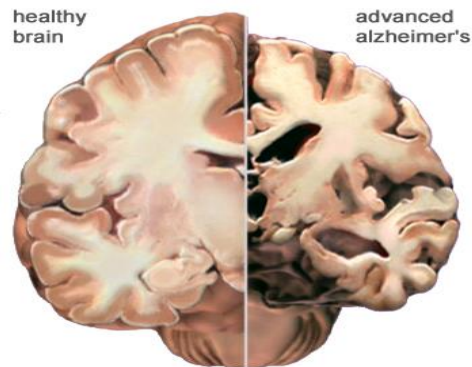


Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΆΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΣΤΑΣΙΝΟΥ ΡΕΒΕΚΚΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΕΦΑΛΙΑΚΟΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2016

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη σύγχρονη εποχή η φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί ένα σημαντικό και δαπανηρό πρόβλημα, που γίνεται συνεχώς εντονότερο με τη συνεχιζόμενη αύξηση παγκοσμίως του πληθυσμού της τρίτης ηλικίας και με τη συνακόλουθη αύξηση της συχνότητας των νόσων που τη συνοδεύουν, μέσα στις οποίες σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η άνοια.

Η παρούσα μελέτη ασχολείται με τη νόσο Alzheimer και τη νοσηλευτική παρέμβαση σε αυτήν. Θέτει τα διαγνωστικά κριτήρια της συγκεκριμένης άνοιας σε σχέση με τις άλλες άνοιες, τα κλινικά χαρακτηριστικά της, τα παθολογοανατομικά ευρήματα που σχετίζονται με αυτή, την αιτιοπαθογένεια της, καθώς και τη διάγνωση της νόσου. Σημειώνονται οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που είναι ανάγκη να γίνουν για την νόσο μέσω των φαρμακευτικών και των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων, καθώς και ο ρόλος του νοσηλευτή στην οικογένεια, στο θεραπευτικό περιβάλλον και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ανοϊκού ασθενούς.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να παρουσιάσει μια ολοκληρωμένη εικόνα για τη Νόσο του Alzheimer, συνοψίζοντας όλες εκείνες τις γνώσεις που είναι απαραίτητες για έναν νοσηλευτή προκειμένου, να βοηθήσει τα άτομα που πάσχουν από την παραπάνω νόσο, καθώς και να έχει τη δυνατότητα να ενημερώσει ικανοποιητικώς τους φροντιστές τους για την καλύτερη φροντίδα και ποιότητα ζωής τους.

ABSTRACT

In modern times the care of elderly individuals constitutes a significant and costly problem, which is becoming more intense with the continuing increase in the population of the Third Age worldwide and [with] the consequent increase in the frequency of diseases accompanying it, among which senile dementia plays an important role .

The present study deals with the Alzheimer's disease and the nursing intervention in this. It sets the diagnostic criteria of this particular dementia compared with other dementias, its clinical characteristics, histology findings associated with this, its pathogenesis as well as the diagnosis of the disease. Necessary nursing interventions for the disease through pharmaceutical and non-pharmaceutical interventions are noted, as well as the role of the nurse in the family, in a therapeutic environment and the improvement of the quality of life of the demented patient.

The aim of this study is to present a comprehensive picture of the Disease of Alzheimer, summing up all that knowledge needed for a nurse in order to help individuals suffering from the above disease, as well as to have the possibility to sufficiently inform their carers upon the best care and life quality of their [patients].

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες με την ραγδαία βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του ανθρώπου, και την επακόλουθη αύξηση του μέσου όρου ζωής έχουν κάνει την εμφάνιση τους ασθένειες που επηρεάζουν δυναμικά την ζωή όλων μας, αλλά και προκαλούν έντονο προβληματισμό στους επιστήμονες και στα συστήματα υγείας και περίθαλψης.

Η άνοια και η νόσος του Alzheimer, αποτελούν πια μια πραγματικότητα και αντιπροσωπεύουν τα πιο συχνά και σοβαρά ψυχικά νοσήματα που προσβάλλουν τους ηλικιωμένους. Αποτελούν σήμερα την τέταρτη αιτία θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τον καρκίνο και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Οι προσπάθειες των επιστημόνων όσον αφορά την ανεύρεση της αιτιολογίας των ανοιών και της νόσου Alzheimer καθώς και της εξάλειψη και της άμεσης θεραπείας τους δεν έχουν καρποφορήσει. Ωστόσο, γίνονται προσπάθειες με σκοπό και την επιβράδυνση των σταδίων της νόσου, ώστε οι ασθενείς να ζουν περισσότερο, άλλα και να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής μέσω σωστής έγκαιρης διάγνωσης και αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης.

Η εμπειρία της άνοιας μπορεί να είναι συγκλονιστική τόσο για τους ηλικιωμένους όσο και για τα άτομα που τους φροντίζουν. Η επιλογή του θέματος για την άνοια και συγκεκριμένα για την νόσο του Alzheimer πέρα του επιστημονικού ενδιαφέροντος, έγινε με γνώμονα το ενδιαφέρον μου για την νόσο αυτή καθώς αρκετά άτομα στο οικογενειακό μου περιβάλλον αποτελούν θύματα αυτής της νόσου. Έχοντας, λοιπόν, ζήσει την δυσκολία της, τόσο για τους ασθενείς όσο και για τα άτομα που τα φροντίζουν, αποφάσισα να μελετήσω αυτό το θέμα για μάθω περισσότερα, καθώς η φροντίδα για τα πάσχοντα άτομα και η καλύτερη ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία είναι κάτι που όλοι επιζητούμε και για τον εαυτό μας αλλά και για τα αγαπημένα μας πρόσωπα.

Για την εκπόνηση αυτής της εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στον κ. Κεφαλικό Αντώνιο για την προθυμία του, την υπομονή του και τη βοήθεια που μου προσέφερε μέσω των πολύτιμων συμβουλών του σε όλη διάρκεια αυτής της προσπάθειας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου και τον σύζυγο μου, για την υποστήριξη τους, την αγάπη τους και την υπομονή τους, σε όλη την διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ABSTRACT.....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ – ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΟΙΑ</u>	
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	8
1.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	8
1.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΟΙΩΝ.....	10
1.4. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΟΙΩΝ.....	13
1.5. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ.....	16
1.6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΟΙΩΝ.....	18
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ – ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER</u>	
2.1. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΟ.....	21
2.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	22
2.3. ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΝΑ.....	26
2.4. ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	27
2.5. ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΝΑ.....	32
2.6. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	35
2.7. ΝΕΥΡΟΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ.....	40

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

3.1. ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΑ.....	43
3.2. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	47
3.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ.....	49
3.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ.....	51
3.5. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΝΟΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	53
3.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.....	56
3.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΑ.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

4.1. 1 ^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	66
4.2. 2 ^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	79
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	79
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο εγκέφαλος αποτελεί το πιο αξιοθαύμαστο όργανο του σώματος μας. Ενώ αποτελεί μόνο το 2% του συνολικού μας βάρους, περιέχει πάνω από 10.000.000.000 περίπου νευρικά κύτταρα που το καθένα με την σειρά του μπορεί να έχει χιλιάδες συνδέσεις και με άλλα νευροκύτταρα.

Το νευρικό σύστημα αποτελεί το πιο πολύπλοκο δίκτυο σήμανσης και ελέγχου στο σώμα. Βασίζετε στην γρήγορη μετάδοση των ηλεκτρικών σημάτων κατά μήκος των νευραξόνων και στην χημική νευροδιαβίβαση μεταξύ των νευρώνων. Αισθητικοί υποδοχείς μετατρέπουν τις πληροφορίες από το εξωτερικό περιβάλλον σε δυναμικά ενέργειας, τα οποία στην συνέχεια μεταβιβάζονται με τους αισθητικούς νευρώνες στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Τα αισθητικά σήματα διεγείρουν, μέσω αντανακλαστικών, τις κατάλληλες κινητικές αντιδράσεις, που εξυπηρετούν την ομοιόσταση και τον κινητικό έλεγχο. Πολλές από τις αντιδράσεις αυτές τις συνειδητοποιούμε με την αντίληψη της αίσθησης. Τα κινητικά συστήματα στον εγκέφαλο μας επιτρέπουν να ελέγχουμε τις εκούσιες κινήσεις μας, μέσω συνδέσεων των κρανιακών και των περιφερικών κινητικών νεύρων, τα οποία διεγείρουν και τους σκελετικούς μυς. Ο εγκέφαλος είναι επίσης υπεύθυνος για την συνείδηση, την σκέψη, την κατανόηση και την χρήση τις γλώσσας, καθώς και την ικανότητα να μαθαίνουμε από προηγούμενες εμπειρίες. Οι ανώτερες αυτές λειτουργίες παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον, αν και είναι πολύ λίγο κατανοητές.

Το γήρας καθώς και οι περισσότερες ασθένειες του κεντρικού νευρικού συστήματος επηρεάζουν τις παραπάνω λειτουργίες, ιδιαίτερα τις ανώτερες εγκεφαλικές. Η άνοια με τον κύριο εκπρόσωπο της την νόσο Alzheimer αποτελούν χαρακτηριστικά παραδείγματα αυτών των διαταραχών.

Η άνοια ως προοδευτικά εξελισσόμενη νόσος αποδιοργανώνει τις ανώτερες νοητικές λειτουργίες, με μεγάλο εύρος αιτιολογικών παραγόντων και ασαφή έναρξη. Η νόσος του Alzheimer αποτελεί την συχνότερη μορφή άνοιας, καθώς είναι υπεύθυνη για περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις ανοιών και χρησιμοποιείται σαν πρότυπο άνοιας. Χαρακτηρίζετε από βαθμιαία έκπτωση μνήμης και άλλων γνωστικών λειτουργιών όπως η συγκέντρωση, η κρίση, ο λόγος και η οπτικοχωρική λειτουργία.

Όλα τα παραπάνω αποτελούν έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου, αρχικά στις σύνθετες δραστηριότητες κ αργότερα στις βασικές. Η νόσος περιπλέκετε με νευροψυχιατρικά προβλήματα στην συντριπτική πλειονότητα των ασθενών. Τελικά η νόσος οδηγεί σε αδυναμία πραγματοποίησης βασικών αναγκών του ατόμου, όπως το πλύσιμο, η μετακίνηση και το φαγητό. Οι ασθενείς τελικά περιορίζονται στο κρεβάτι και έχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κατακλίσεων, λοιμώξεων, και καρδιαγγειακών συμβάντων που τελικά οδηγούν στο θάνατο.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

1.ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ

Ως άνοια δεν ορίζεται κάποια ειδική νόσος. Είναι ένας περιγραφικός όρος που αντιπροσωπεύει ένα σύνδρομο, μη ανατρέψιμων, εγκεφαλικών διαταραχών του νοητικού συστήματος, συνήθως χρόνιας και προοδευτικής διάρκειας. Χαρακτηρίζεται από την καταστροφή εγκεφαλικών κυττάρων και την έκπτωση πολλαπλών ανωτέρων φλοιϊκών λειτουργιών όπως η δυσλειτουργία της μνήμης, της αφηγημένης σκέψης και της κρίσης, καθώς και από αλλαγές στην προσωπικότητα. Αποτελεί διαταραχή γνωσιακών λειτουργιών χωρίς να υπάρχουν διαταραχές συνείδησης.

Μολονότι η άνοια είναι πιο συχνή στη γεροντική ηλικία, δεν θα πρέπει να θεωρείται συνώνυμη των γηρατειών ούτε φυσιολογικό επακόλουθο της μεγάλης ηλικίας. Ενώ η απώλεια μνήμης είναι ίσως το συνηθέστερο σύμπτωμα, η **απώλεια μνήμης από μόνη της δεν σημαίνει αναγκαστικά ότι το άτομο πάσχει από άνοια.** Παρότι δεν υπάρχει θεραπεία για τις περισσότερες περιπτώσεις άνοιας, οι ασθενείς μπορούν να ωφεληθούν από τις υπάρχουσες φαρμακευτικές θεραπείες και την γνωσιακή εκπαίδευση, που βελτιώνουν προσωρινά ή σταθεροποιούν την κατάσταση τους. Με άλλα λόγια μπορεί να βελτιωθεί, τουλάχιστον, η ποιότητα ζωής τους.

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Τα ανοϊκά σύνδρομα, απασχολούσαν από την αρχαιότητα τους ερευνητές, που κατέλαβαν αρκετές προσπάθειες να τα προσδιορίσουν. Πολλοί λόγοι συνέβαλαν σε αυτό όπως η ανεπαρκής γνώση του νευρικού συστήματος αλλά και η έλλειψη ιατρικής τεχνολογίας.

Η πρώτη προσέγγιση των ανοϊών και της νόσου Alzheimer έγινε το 1901, όταν ο Γερμανός ψυχίατρος Alois Alzheimer(1864-1915) ασχολήθηκε για πρώτη φορά με την περίπτωση μιας γυναίκας ασθενούς, της Augusta Deter, η οποία στην ηλικία των 55 ετών, είχε νοσηλευτεί στην κλινική Sioli της Φρανκφούρτης με ψυχιατρικά προβλήματα ακολουθούμενα από σταδιακή έκπτωση μνήμης και παρέμεινε εκεί νοσηλευόμενη μέχρι τον θάνατο της.



Εικόνα 1. Αριστερά φαίνεται ο Dr. Alois Alzheimer, δεξιά η ασθενής του Augusta Deter.

Το 1906 στο 37^ο επιστημονικό συνέδριο της Ψυχιατρικής στο Tubingen της Γερμανίας, ο Alzheimer ανακοίνωσε την περίπτωση αυτή που επρόκειτο να τροφοδοτήσει την απαρχή μιας νέας νοσολογικής οντότητας ως εξής :

« Γυναίκα ηλικίας 51 ετών, παρουσίασε ως πρώτο σύμπτωμα της πάθησης, έντονη ζήλια προς τον άνδρα της. Δεν μπορούσε να βρει το δρόμο της μέσα στο διαμέρισμά της. Μετέφερε αντικείμενα χωρίς λόγο και τα έκρυβε. Φώναζε ότι θέλουν να την σκοτώσουν... περιοδικά ήταν σε παραλήρημα και φαινόταν να έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις... τελικά βρισκόταν σε κατάσταση stupor... η νεκροψία έδειξε ατροφία του εγκεφαλικού παρεγχύματος μικροσκοπικά, χωρίς μακροσκοπικές βλάβες. Τα μεγάλα εγκεφαλικά αγγεία παρουσίαζαν αρτηριοσκλήρωση...

παρατηρήθηκαν περιέργες βλάβες νευροϊνιδίων τα οποία συνέρχονταν σε παχιές δέσμες στις επιφάνειες των κυττάρων.. και πολλαπλές μικρές εστίες στον φλοιό του εγκεφάλου»¹

Παρόλα αυτά, αυτή η πρώτη ανακοίνωση αμφισβητήθηκε, χωρίς να ακολουθήσει καμιά συζήτηση. Μετέπειτα οι εργασίες των Jean-Martin Charcot και του Emil Kraepelin στο διάστημα από 1984-1987 θεωρούνται η αφετηρία της μελέτης των εκφυλιστικών γεροντικών ανοιών. Ο τελευταίος, αυθεντία στην μελέτη νευρολογικών και ψυχιατρικών παθήσεων αναγνώρισε στα ευρήματα των παθολογοανατομικών παρασκευασμάτων του A.Alzheimer, τις νευριτιδικές πλάκες και τις νευροϊνιδιακές αλλοιώσεις, μια νέα παθολογική κατάσταση που την χαρακτήρισε ως «νόσο του Alzheimer»(NA).

Τα επόμενα πενήντα χρόνια υπήρξαν ελάχιστες αναφορές στην NA, η οποία θεωρείτο εξαιρετικά σπάνια νόσος νεότερων ασθενών, σε αντίθεση με τη γεροντική άνοια που θεωρείτο φυσιολογικό επακόλουθο του γήρατος.²

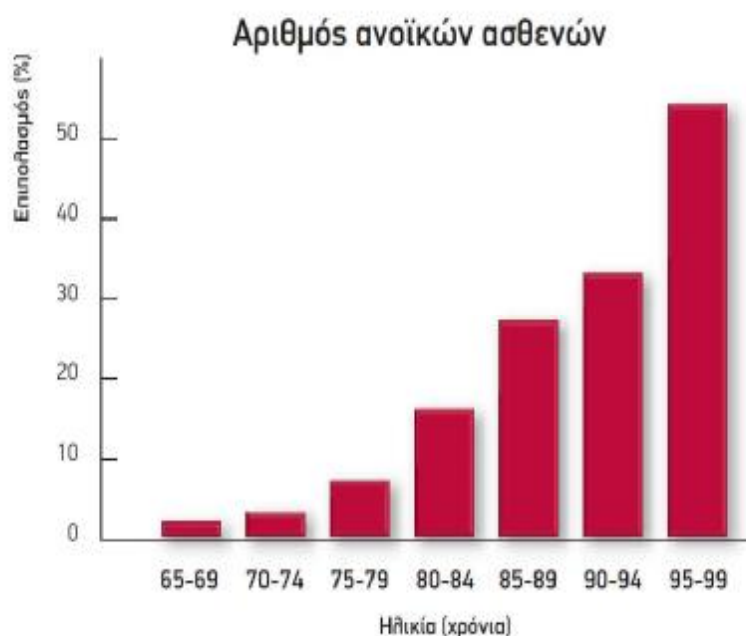
Οι επιστήμονες άρχισαν να ασχολούνται πιο εντατικά και να μελετούν με μεγαλύτερη προσοχή την κλινική εικόνα των ανοϊκών συνδρόμων και να την συνδυάζουν με νευροπαθολογικές εικόνες από τις αρχές του 1960. Σπουδαίο ρόλο σε αυτό διαδραματίζει το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο, η βελτίωση των απεικονιστικών μεθόδων και η πρόοδος της βιοχημείας. Η αιτιολογική ταξινόμηση της άνοιας αλλάζει και η εγκεφαλική αρτηριοσκλήρυνση δε θεωρείται πια ίδια με την γεροντική άνοια. Η νόσος του Alzheimer αναγνωρίζεται πλέον ως μια σημαντική νόσος. Νέες μορφές άνοιας ανακαλύφθηκαν, όπως το 1984 η άνοια με σωμάτια του Lewy, και το 1992 οι μετωποκροταφικές άνοιες.^{2,3}

Η αναγνώριση της άνοιας ως νόσου αυξάνετε συνεχώς. Σε αυτό συμβάλλει και η μεγάλη προβολή από τα ΜΜΕ. Στις ιατρικές ειδικότητες που ασχολούνται με την άνοια προστίθενται και οι επαγγελματίες από άλλους κλάδους υγείας, όπως η ψυχολογία, η νοσηλευτική, η εργοθεραπεία.

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΝΟΙΩΝ

Η μελέτη του επιπολασμού της άνοιας παρουσιάζει σημαντικές δυσκολίες με μεγαλύτερη το διαχωρισμό της άνοιας από την φυσιολογική έκπτωση του γήρατος. Η συχνότητα της νόσου σε περιστατικά που υπάρχουν σήμερα αυξάνετε προοδευτικά με την ηλικία, έτσι στον γενικό πληθυσμό άνοια εμφανίζονται:

- Το 1% περίπου των ατόμων μέχρι 65 ετών
- Το 4% περίπου των ατόμων μεταξύ 65 και 74 ετών
- Το 20% περίπου των ατόμων μεταξύ 75 και 84 ετών.⁴



Η νόσος Alzheimer καλύπτει το 60% περίπου των ανοϊών στο γενικό πληθυσμό, ένα άλλο 15-20% αναλογεί στη νόσο σωματιδίων του Lewy, και ένα άλλο 15% περίπου ανήκει στις αγγειακές άνοιες. Οι υπόλοιπες εμφανίζονται μάλλον σπάνια.⁵

Στις ΗΠΑ υπολογίζετε πως 1 στους 10 άνω των 65 ετών και σχεδόν οι μισοί άνω των 85 ετών πάσχουν από άνοια. Αυτό μεταφράζεται σε 4.5 εκατομμύρια άτομα. Ο αριθμός αυτός υπολογίζεται πως θα τριπλασιαστεί το 2050 και θα φτάσει τα 13,2 εκατομμύρια ασθενείς. Στις ΗΠΑ, 1 στους 10 Αμερικανούς έχει κάποιον με νόσο Alzheimer στην οικογένεια και 1 στους 3 γνωρίζει κάποιον με την νόσο.⁶

Στην Γαλλία ο επιπολασμός της νόσου υπολογίζεται σε 400.000 περιστατικά και η ετήσια επίπτωση σε 100.000. Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπολογίζεται ότι 750.000 άτομα υποφέρουν από άνοια και ότι μέχρι σήμερα υπάρχουν περισσότεροι συνταξιούχοι από μαθητές σχολείων.⁷

Στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι ο αριθμός αύξησης των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι επταπλάσιος εκείνου του γενικού πληθυσμού. Χαρακτηριστικό της πληθυσμιακής αυτής γήρανσης είναι η αύξηση του αριθμού των ασθενών με νόσο Alzheimer και άλλα νευροεκφυλιστικά νοσήματα αφού αυτά συνδέονται άμεσα με την γήρανση. Η νόσος Alzheimer έγινε η πλέον συνηθισμένη εκφυλιστική διαταραχή εγκεφάλου. Είναι η συχνότερη μορφή άνοιας (60% του συνόλου) από την οποία πάσχουν 160.000 άνθρωποι στην Ελλάδα, 10.000.000 στην Ευρώπη και 35.000.000 σε όλο τον κόσμο.⁸

Η επιδημιολογική ανάλυση των παραγόντων κινδύνου σύμφωνα με την ταξινόμηση του ΠΟΥ περιλαμβάνει την ηλικία, το γυναικείο φύλο, την εθνότητα, την κοινωνική τάξη και μόρφωση, το σύνδρομο Down, την γενετική προδιάθεση, τους ενδοκρινικούς, ορμονικούς και τοξικούς παράγοντες, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και αγγειακούς παράγοντες.⁷

Ο Schoenberg και οι συνεργάτες του μελέτησαν την επίδραση της άνοιας στην επιβίωση, η οποία ήταν μειωμένη στους ασθενείς με άνοια σε σχέση με τους μη ανοϊκούς (49% έναντι 64% και 16% έναντι 37% στα 5 και 10 χρόνια αντίστοιχα)⁹. Η άνοια αποτελεί την 8^η αιτία θανάτου συνολικά στις ΗΠΑ ενώ είναι η τέταρτη πιο συχνή αιτία θανάτου των ηλικιωμένων⁷. Το μέσο χρονικό διάστημα από την εκδήλωση των συμπτωμάτων έως το θάνατο υπολογίστηκε στα 9.3 χρόνια⁷, και το πιο χαμηλό στα 3.3 χρόνια¹⁰. Ο Brayne και οι συνεργάτες του βρήκαν τον επιπολασμό της άνοιας τη στιγμή του θανάτου στο 30%.¹¹

Ένα εξίσου σημαντικό γεγονός στην εποχή μας που διαταράζει ακόμα περισσότερο τις κοινωνικό-οικονομικές ισορροπίες είναι το συνολικό κόστος της άνοιας για τα συστήματα υγείας. Είναι η τρίτη πιο δαπανηρή νόσος μετά τις καρδιακές παθήσεις και τον καρκίνο καθώς ξεπερνάει τα 100 δισεκατομμύρια δολάρια στο αμερικάνικο σύστημα υγείας. Το ετήσιο κόστος φροντίδας ενός ανοϊκού ασθενούς στις ΗΠΑ κυμαίνεται από 9,451\$ έως 36,794\$ ανάλογα με την σοβαρότητα της νόσου.¹⁰

Οι επιδημιολογικές έρευνες που έχουν εκπονηθεί μέχρι σήμερα για την καταγραφή του επιπολασμού της άνοιας, αν και παρουσιάζουν διαφορές στην

μεθοδολογία, συνηγορούν ότι η συχνότητα εκδήλωσης της άνοιας αυξάνει σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας και ότι έχουν ενοχοποιηθεί συγκεκριμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου.¹²

1.3 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΑΝΟΙΩΝ

Οι νόσοι που συνοδεύονται από άνοια μοιράζονται μια κοινή εικόνα συμπτωμάτων, αλλά διαφοροποιούνται με βάση την αιτιολογία τους. Συμφωνά με το DSM-IV (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών) που συντάχθηκε από την American Psychiatric Association, οι άνοιες κατανέμονται ως εξής:

- Άνοια τύπου Alzheimer
- Αγγειακή άνοια
- Άνοια οφειλόμενη σε άλλες γενικές ιατρικές καταστάσεις (HIV, Τραύμα κεφαλής, Νόσος του Parkinson, Νόσος του Pick, Νόσος Creutzfeldt-Jacob κ.α)
- Άνοια επίμονη προκαλούμενη από ουσίες
- Άνοια πολλαπλής αιτιολογίας
- Άνοια μη προσδιορισμένη (όταν δεν μπορεί να βρεθεί συγκεκριμένη αιτιολογία)^{13,14}

Η ταξινόμηση των ανοϊκών συνδρόμων ανάλογα με το σύστημα DSM-IV έχει συμβάλει στην ανάπτυξη ειδικών διαγνωστικών κριτηρίων και τυποποιημένων μεθόδων αξιολόγησης, που κάνουν με την σειρά τους την συλλογή πληροφοριών περισσότερο αξιόπιστη και έγκυρη.

Οι άνοιες μπορούν επίσης να διακριθούν σε φλοιώδεις (Νόσος Alzheimer, Pick, Binswanger, Creutzfeldt-Jacob, σωματίων Lewy, Εγκεφαλοπάθεια Wernicke) και υποφλοιώδης (νόσος Parkinson, Huntington, άνοιες που οφείλονται σε υποθυρεοειδισμό, ανεπάρκεια βιταμινών, σε σύφιλη ή HIV, σε υποσκληρίδιο αιμάτωμα, υπερασβεσταιμία, υπογλυκαιμία) ανάλογα αν η βλάβη αφορά τον εγκεφαλικό φλοιό ή τις υποφλοιώδεις περιοχές αντίστοιχα.

Ωφέλιμος ιδιαίτερα από κλινική άποψη είναι ο διαχωρισμός των ανοιών σε δυνητικά αναστρέψιμες και μη αναστρέψιμες. Στις δυνητικά αναστρέψιμες εντάσσονται άνοιες που μετά την άρση του παράγοντα που τις προκάλεσε εκδηλώνουν ύφεση, βελτίωση ή στασιμότητα. Τέτοιες άνοιες είναι όσες οφείλονται σε: μεταβολικά αίτια, ενδοκρινοπάθειες, αβιταμινώσεις, τοξικές ουσίες ή αλκοόλ, υποσκληρίδια αιματώματα, ενδοκρανιακές νεοπλασίες, νευροσύφιλη, χρόνιες μηνιγγίτιδες, υδροκέφαλο, σκλήρυνση κατά πλάκας, νόσο Wilson και νόσο Lyme. Στις μη αναστρέψιμες άνοιες συγκαταλέγονται: νόσος Alzheimer, Μετωποκροταφική άνοια, μεταλοιμώδεις άνοιες (HIV), άνοιες με αιτιολογία τις πρωτεΐνες prions (v. Creutzfeldt-Jacob), και άνοιες που συνυπάρχουν με παθήσεις του εξωπυραμιδικού συστήματος (νόσος Parkinson, Huntington, σωματίων Lewy, Guam, Hallervorden-Sparz, υπερπυρηνική παράλυση, νευροακανθοκυττάρωση).

Ακόμα, αξίζει να σημειωθεί, πως η μεταβατική ή οριακή κατάσταση μεταξύ ενός υγιούς ηλικιωμένου και του πάσχοντος από ανοϊκό σύνδρομο ορίζετε ως Ήπια Νοητική Διαταραχή. Σε μια περίοδο μεταξύ 4-5 ετών, οι ηλικιωμένοι με ήπια νοητική διαταραχή, έχουν αυξημένες πιθανότητες να αναπτύξουν άνοια και μάλιστα νόσο Alzheimer.

Η κατάθλιψη και η ψευδοάνοια αποτελούν μια ψυχοπαθολογική κατάσταση, κατά την οποία εμφανίζετε μια κλινική εικόνα που φαίνεται σαν άνοια ενώ στην πραγματικότητα είναι κατάθλιψη και θεραπεύετε με αντικαταθλιπτικά. Αυτός ο διαχωρισμός ανάμεσα στην άνοια και την κατάθλιψη σε ένα άτομο χωρίς προγενέστερες ψυχιατρικές διαταραχές σχολιάστηκε έντονα από διάφορους μελετητές. Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται οι σημειολογικές διαφορές:

Σημειολογία	Νόσος Alzheimer	Κατάθλιψη
Τρόπος έναρξης	Ύπουλος	Οξύς
Καταθλιπτικό ιστορικό	Όχι	Ναι
Συναίσθημα	Επιφανειακό, μη πραγματική δυστυχία, ούτε ιδέες αποτυχίας, ενοχής, αυτομομφής	Απελπισία Δυστυχία Ενοχή
Κοινωνικό-οικογενειακές σχέσεις	Υφίστανται	Δυσκολία στις σχέσεις
Παράπονα	Ελαχιστοποίηση έως άρνηση δυσκολιών	Μεγιστοποίηση των προβλημάτων
Νευροψυχολογικές δοκιμασίες	Επιδόσεις ανάλογες με την σοβαρότητα των διαταραχών	Επιδόσεις χειρότερες από τις αναμενόμενες
Διαταραχές μνήμης	Διαταραχές μάθησης Ξεχνά πρόσφατα γεγονότα Απαντήσεις κατά προσέγγιση	Διαταραχή ανάκλησης Ξεχνά πρόσφατα αλλά και παλιά γεγονότα Απαντήσεις τύπου δεν «δεν ξέρω»
Προσωνομία,	Συχνά παρούσα	Συχνά απύσχα
Εξέλιξη	Σταδιακή	Γρήγορη και σταθερή
Ρυθμός συμπτωμάτων	Απογευματινή επιδείνωση Νυχτερινή σύγχυση	Πρωινή επιδείνωση Απογευματινή βελτίωση

1.5 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΟΙΑΣ

Τα χαρακτηριστικά της άνοιας ποικίλουν ανάλογα με τον τύπο της ασθένειας, τον χαρακτήρα του ατόμου καθώς και από το περιβάλλον του. Αξίζει να σημειωθεί πως καταστάσεις που αφορούν μειωμένες πνευματικές και νοητικές επιδόσεις λόγω ηλικίας καθώς και παραλήρημα ή κατάθλιψη που προκαλεί μερική απώλεια μνήμης δεν αποτελούν άνοια. Όλα τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει κατά καιρούς να εκτιμώνται για άνοια τακτικά και ξανά αν προβάλλουν τέτοια συμπτώματα. Κάποια κύρια χαρακτηριστικά σύμφωνα με τους Bollinger & Hardiman (1989) που αποτελούν προειδοποιητικές ενδείξεις ή πιστοποιούν την ύπαρξη άνοιας είναι τα εξής:¹⁵

- Διαταραχές μνήμης (άμεσης, πρόσφατης στα αρχικά στάδια και απώτερης μετέπειτα)
- Διανοητική διαταραχή (σχεδιασμός, οργάνωση, αφημένη σκέψη)
- Αλλαγές προσωπικότητας (τρόπος αντιδράσεως σε γεγονότα)
- Διαταραχές επικοινωνίας, αφασία και αγνωσία (ανικανότητα κατανόησης και χρήσης της γλώσσας καθώς και αναγνώρισης καταστάσεων και προσώπων)
- Αλλαγές συναισθημάτων και συμπεριφοράς (απραξία, επιθετικότητα, επαναλαμβανόμενες κινήσεις και δραστηριότητες, διαταραχές σίτισης και ύπνου)
- Αποπροσανατολισμός και σύγχυση (ως προς το χρόνο, τα άτομα και τα μέρη)
- Ψυχολογικές διαταραχές (κατάθλιψη, ψευδαισθήσεις, ντελίριο)

Τα συμπτώματα ποικίλουν ανάλογα με το στάδιο της άνοιας. Μια από τις κλίμακες σταδιακής επιδείνωσης της νοητικής κατάστασης, όπως ορίστηκε από τον Barry Reisberg και τους συνεργάτες του στο Medical Center's Aging a Dementia Research χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί η εξέλιξη τόσο των ανοιών όσο και της νόσου Alzheimer.⁷ Η κλίμακα ορίζει επτά στάδια γνωσιακής έκπτωσης, τα χαρακτηριστικά των οποίων παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

<p>ΣΤΑΔΙΟ 1: Άνευ γνωσιακής έκπτωσης</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Μη αντιμετώπιση προβλημάτων καθημερινότητας
<p>ΣΤΑΔΙΟ 2: Πολύ ήπια γνωστική έκπτωση</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ξεχνά τα ονόματα και την θέση αντικειμένων - Δυσκολία στην εύρεση λέξεων
<p>ΣΤΑΔΙΟ 3: Ήπια γνωσιακή έκπτωση</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Δυσκολία να κινηθεί σε νέους χώρους - Δυσκολία στην αντιμετώπιση προβλημάτων στην εργασία
<p>ΣΤΑΔΙΟ 4: Μέτρια γνωσιακή έκπτωση</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Δυσκολία σε σύνθετες απαιτήσεις όπως οικονομικά, αγορά, σχεδιασμός γεύματος.
<p>ΣΤΑΔΙΟ 5: Μετρίως βαρεία γνωσιακή έκπτωση</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ανάγκη βοήθειας για επιλογή ενδυμάτων - Ανάγκη προτροπής για προσωπική υγιεινή
<p>ΣΤΑΔΙΟ 6 Βαρεία γνωσιακή έκπτωση</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ανάγκη ένδυσης από τρίτους - Ανάγκη βοήθειας στο μπάνιο - Ελαττωμένη ικανότητα χρήσης αποχωρητηρίου ή ακράτεια
<p>ΣΤΑΔΙΟ 7 Πολύ βαρεία γνωσιακή έκπτωση</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Περιορισμός λεξιλογίου και μονολεκτική ομιλία - Απώλεια ικανότητας βάδισης και θέσης ανικανότητα μειδιάματος

1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΟΙΩΝ

Στη διαδικασία διάγνωσης των ανοϊκών συνδρόμων αυτό που αποτελεί πρόκληση είναι ο διαχωρισμός του ανοϊκού ασθενούς με τον μη ανοϊκό και η εύρεση του τύπου της άνοιας, καθώς μόνο μετά το θάνατο του ατόμου, μέσω ιστοπαθολογικής εξέτασης, μπορεί να διαγνωσθεί με απόλυτη βεβαιότητα η μορφή της.

Η διάγνωση της άνοιας σε κάποιο πρώιμο στάδιο είναι κρίσιμης σημασίας, ώστε να μπορεί να δοθεί κατάλληλη υποστήριξη. Με την έγκαιρη διάγνωση μπορεί να επιτευχθεί: η πλήρη ή μερική θεραπεία (σε μικρό ποσοστό ανοϊών), η επιβράδυνση στην εξέλιξη της νόσου καθώς και να δοθεί η κατάλληλη φαρμακευτική αντιμετώπιση. Η πρώιμη ανίχνευση εξαρτάτε από το αν είναι κατάλληλα ενημερωμένοι τόσο το άτομο όσο και η ίδια η οικογένεια του, τόσο για τις προειδοποιητικές ενδείξεις όσο και για τα συμπτώματα, ώστε να μην αγνοηθούν ως χαρακτηριστικά φυσιολογικής γήρανσης, αλλά να αντιμετωπιστούν σωστά και εγκαίρως.¹⁶

Η επίσημη γνωμάτευση παρέχετε από τον ιατρό και βασίζετε κυρίως σε:¹⁵

- Ένα καλό ατομικό κυρίως οικογενειακό ιστορικό
- Σε μια πλήρη σωματική και νευρολογική εξέταση
- Εργαστηριακές εξετάσεις (απεικονιστικές, βιοχημικές, νευροψυχολογικές, αιματολογικές, ουρολογικές)
- Εξετάσεις νοητικής κατάστασης μέσω συζήτησης και δοκιμασιών γνωστικής λειτουργίας
- Ψυχιατρική αξιολόγηση

Αναλυτικά, το ιστορικό πρέπει να επικεντρώνετε στα σημεία που ενδιαφέρουν με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στα γνωστικά πεδία που επηρεάζονται, τον τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων, τη διάρκεια και την εξέλιξη τους καθώς και την επίπτωση τους στην λειτουργικότητα του ασθενούς.¹⁷ Ακόμα το ιστορικό θα πρέπει να περιλαμβάνει το οικογενειακό, το κοινωνικό, το πολιτισμικό και το φαρμακευτικό ιστορικό.

Η νευρολογική εξέταση είναι απαραίτητη γιατί σε συχνούς τύπους άνοιας, όπως στην άνοια με σωμάτια Lewy, συχνά κυριαρχεί νευρολογική συμπτωματολογία. Η νευρολογική και σωματική εξέταση είναι απαραίτητες για την διάγνωση δυνητικά ανατρέψιμων ανοιών, νευρολογικών νοσημάτων στις οποίες η άνοια είναι μέρος μεγαλύτερης δυσλειτουργίας και συννοσηρότητας.¹⁷

Η αξιολόγηση της γνωστικής λειτουργικής και συμπεριφορικής κατάστασης του ασθενούς είναι απαραίτητη για την πρόδρομη διάγνωση της άνοιας και την εύρεση του αιτίου που την προκαλεί μπορεί να γίνει είτε από ιατρό είτε από νευρολόγο και περιλαμβάνει: έλεγχο μνήμης, γνωστικών και εκτελεστικών λειτουργιών, έλεγχο σύνθετων ανωτέρων λειτουργιών και εξετάσεις συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων καθώς και της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς.

Όσον αφορά τις εργαστηριακές εξετάσεις, η πραγματοποίηση αιματολογικών εξετάσεων έχει σαν στόχο τη διερεύνηση συννοσηρότητας, επιπλοκών άνοιας, παραγόντων κινδύνου και συγγυτικών καταστάσεων. Οι εξετάσεις που προτείνονται είναι: ταχύτητα καθίζησης ερυθρών, γενική αίματος, ηλεκτρολύτες, ασβέστιο, γλυκόζη, ηπατικός και νεφρικός έλεγχος και έλεγχος των θυρεοειδικών ορμονών. Σε ειδικές περιπτώσεις και ανάλογα την κλινική εικόνα μπορεί να απαιτηθεί έλεγχος για σύφιλη, AIDS, και επιπέδων βιταμίνης B12.¹⁷

Επιπλέον οι απεικονιστικές μέθοδοι, ως την πιο αξιόπιστη συμπληρωματική εξέταση, περιλαμβάνουν την Αξονική Τομογραφία είτε την Μαγνητική Τομογραφία εγκεφάλου. Ο Τομογράφος Εκπομπής φωτονίων και ο Τομογράφος Εκπομπής Πρωτονίων μπορεί να είναι χρήσιμοι μόνο σε περιπτώσεις διαγνωστικής αβεβαιότητας.¹⁷ Ενώ σε περίπτωση διαγνωστικών αμφιβολιών ή υποψία συγκεκριμένων ασθενειών, συμπληρωματικές εξετάσεις όπως το ηλεκτροκαρδιογράφημα, η ανάλυση του Εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ο καθορισμός επιπέδων πρωτεΐνης μπορούν να χρησιμοποιηθούν.

Μετά την διεξαγωγή όλων των παραπάνω, το επόμενο στάδιο διάγνωσης περιλαμβάνει τα ειδικά διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV τα οποία παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΑΝΟΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΚΑΤΑ DSM-IV.¹⁸

A. Ανάπτυξη πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων που χαρακτηρίζετε από:

- Έκπτωση μνήμης
- Τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα α) αφασία β) απραξία γ) αγνωσία δ) κατασκευαστική δυσχέρεια.

B. Τα παραπάνω ελλείμματα προκαλούν σημαντική έκπτωση επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και σηματοδοτούν έκπτωση από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.

Γ. Τα γνωστικά ελλείμματα δεν οφείλονται σε παραλήρημα ή άλλες παθολογικές καταστάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

2. ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

2.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΟ

Η νόσος Alzheimer (NA) είναι η συχνότερη, μη ανατρέψιμη, νευροεκφυλιστική νόσος, η οποία προσβάλλει τον φλοιό των ημισφαιρίων, τον ιππόκαμπο και το στέλεχος του εγκεφάλου. Η συχνότητα εμφάνισης τής αυξάνετε με την ηλικία του ατόμου, σε ηλικία άνω των 65 ετών το ποσοστό κυμαίνεται από 8-10%, σε ηλικία άνω των 75 ετών σε ποσοστό 18-20% και σε άτομα άνω των 85 ετών αγγίζει και το 40%.¹⁹

Είναι μια νοητική εκφυλιστική ασθένεια με ύπουλη και βραδεία εκδήλωση συμπτωμάτων. Αποτέλεσμα της νευροεκφύλισης είναι η προοδευτική εξασθένηση της νοητικής λειτουργίας, επηρεάζοντας τη μάθηση, τη μνήμη, την ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης, αλλά και την διάθεση και προσωπικότητα του ατόμου. Χαρακτηρίζετε από παθολογοανατομικές αλλαγές στον εγκέφαλο, οι οποίες είναι περισσότερες από τις αντίστοιχες του γήρατος. Αυτές οι αλλαγές κατά τη κλινική πράξη διαπιστώνονται μόνο μετά θάνατο με αυτοψία εγκεφάλου.²⁰ Η διάγνωση είναι κλινική και βασίζεται σε λεπτομερές ιστορικό, σε υπάρχοντα συμπεριφορικά-γνωστικά συμπτώματα και σε εξαίρεση άλλων ανοιών.²¹

Παρά την διεξοδική έρευνα που γίνεται για την εξιχνίαση των αιτιών της νόσου, πολλά από τα κύρια ερωτήματα, όσον αφορά, τους παράγοντες που συμβάλουν στην εκδήλωση και την μετεξέλιξη της νόσου παραμένουν ακόμα αναπάντητα. Δεν έχουν βρεθεί ακόμα αρκετοί βιολογικοί δείκτες που καθιστούν δυνατή την διάκριση της NA από τις άλλες μορφές άνοιας, έστω και αν η έρευνα σ' αυτόν τον τομέα έχει προχωρήσει σε ικανοποιητικό βαθμό.

Για πολλά χρόνια, η NA θεωρούνταν ως είδος άνοιας με σφαιρική γνωστική έκπτωση. Από τότε που το γνωστικό πρότυπο της NA ερευνήθηκε λεπτομερώς έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ότι η αρχική διαταραχή παρουσιάζετε ως αμνησιακό σύνδρομο. Το αμνησιακό σύνδρομο εξελίσσεται προοδευτικά αρκετά χρόνια πριν την έκπτωση των άλλων γνωστικών λειτουργιών, όπως η γλώσσα, η σημασιολογική

μνήμη και οι οπτικοκατασκευαστικές ικανότητες. Η έρευνα για το πρότυπο της αρχικής μνημονικής απώλειας στη ΝΑ, βασίστηκε στην κοινή παραδοχή ότι η μνήμη δεν είναι ένα ενιαίο σύστημα. Τώρα έχει γίνει πλέον αποδεκτό ότι στα διάφορα στάδια της νόσου προσβάλλονται με διαφορετικό τρόπο διαφορετικά είδη μνήμης. Επίσης, ότι η βλάβη στην κωδικοποίηση νέων πληροφοριών, που ανάγονται στη επεισοδιακή μνήμη, είναι χαρακτηριστική έλλειψη στο αρχικό στάδιο της νόσου. Οι βλάβες της προσοχής και της εκτελεστικής λειτουργίας ανακύπτουν καθώς η νόσος εξελίσσεται από το αρχικό αμνησιακό στάδιο. Αυτές οι ελλείψεις παρουσιάζονται πριν από την έκπτωση της γλωσσικής και οπτικοχωρικής ικανότητας, και περιλαμβάνουν κυρίως διεργασίες που απαιτούν την παράλληλη επεξεργασία της πληροφορίας.

Η εξέλιξη της ΝΑ ποικίλει με μια πορεία που μπορεί να διαρκέσει από 3-20 έτη, από το πρώτο σύμπτωμα μέχρι το θάνατο. Η εκφυλιστική διαδικασία ακολουθεί αντίστροφη πορεία από αυτή της ανάπτυξης, όπως αυτή διαγράφεται κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία. Μεταξύ των παθολογικών μεταβολών, που υφίστανται οι παράγοντες κατά την εξέλιξη της ασθένειας περιλαμβάνονται η δυσλειτουργία των κυτταρικών μονοπατιών σήματος, το οξειδωτικό stress, ο κυτταρικός θάνατος, η ατροφία και οι μηχανισμοί φλεγμονής, όπως επίσης και η έκδηλη απώλεια της χολινεργικής λειτουργίας. Λόγω αυτής της πληθώρας παθολογικών αλλαγών, η πραγματική αιτία, η οποία οδηγεί στην ανάπτυξη της ασθένειας αποτελεί και σήμερα αντικείμενο διαμάχης και ο δρόμος προς μια οριστική θεραπεία της ΝΑ φαίνεται να είναι μακρύς.

Λεπτομερή περιγραφή μερικών χαρακτηριστικών της ΝΑ θα δοθεί στις ακόλουθες ενότητες.

2.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Η νόσος Alzheimer αποτελεί τη συχνότερη μορφή άνοιας. Η επιδημιολογία της έχει γίνει πολύ περισσότερο κατανοητή την τελευταία εικοσιπενταετία, όπου αναδύεται πλέον ως μείζον κρίση στην παγκόσμια υγεία, καθώς ο αριθμός των ατόμων που αναμένεται να νοσήσουν συνεχώς αυξάνεται. Ένα νέο περιστατικό διαγιγνώσκεται κάθε 7'' ανά την υφήλιο ως αποτέλεσμα η ΝΑ προβλέπεται να τετραπλασιαστεί μέχρι

το 2050. Η ηλικία, το φύλο, οι κληρονομικοί παράγοντες, η γεωγραφική κατανομή, οι εξωγενείς παράγοντες και κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες φαίνεται, από παγκόσμιες έρευνες να επηρεάζουν την συχνότητα εμφάνισης της νόσου.

· **Η ηλικία**

Η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας και η μείωση της θνησιμότητας δεν συνεπάγεται και μείωση της νοσηρότητας, αφού η ηλικία φαίνεται να σχετίζεται εκθετικά με τη συχνότητα εμφάνισης της νόσου χωρίς να ενοχοποιείτε με οποιοδήποτε τρόπο αυτό καθαυτό το γήρας.

Σύμφωνα με την οργάνωση Alzheimer Europe, ένα άτομο στα είκοσι, ηλικίας άνω των 65 ετών, παρουσιάζει την νόσο ενώ στα άτομα ηλικίας νεότερας των 65 ετών, ο επιπολασμός είναι ένα στα χίλια άτομα.

Έπειτα από νεκροτομικές μελέτες, επιβεβαιώθηκε ο παράγοντας της ηλικίας, καθώς περισσότερο από το 50% των ασθενών από 60-70 ετών έπασχαν από ΝΑ, και λιγότερο από 40% από τις υπόλοιπες άνοιες.²² Ενώ νεότερες στατιστικές εκτιμήσεις υποστηρίζουν ότι η νόσος προσλαμβάνει πολύ μεγαλύτερη διάσταση και η συχνότητα της ανέρχεται στο 10% του πληθυσμού.

· **Το φύλο**

Η ΝΑ εμφανίζεται στα δύο φύλα με σημαντικές διαφορές κατανομής διότι παρατηρείτε ότι οι γυναίκες προσβάλλονται διπλάσια από τους άνδρες, με διαφορά στην εξέλιξη, στην διάρκεια και τον τύπο της νόσου. Στις γυναίκες φαίνεται να κυριαρχεί ο γεροντικός τύπος, με βαρύτερη εμφάνιση της νόσου, και με νοητικές διαταραχές καταλήγουν στο ανοϊκό στάδιο νωρίτερα.

Σύμφωνα με τις στατιστικές μελέτες υπάρχει κληρονομικός παράγοντας που προκαλεί την νόσο με την παρουσία ενός ή περισσότερων προδιαθετικών γονιδίων του φυλετικού Χ χρωμοσώματος με αποτέλεσμα τον διπλασιασμό των γυναικών που νοσούν σε σχέση με τους άνδρες. Ακόμα άλλοι παράγοντες όπως περιβαλλοντολογικοί, ορμονικοί, η μακροβιότητα των γυναικών καθώς και η μεγαλύτερη συχνότητα του αλληλίου ε4, καθιστούν τις γυναίκες ομάδα που προσβάλλεται συχνότερα.²³

· **Οι κληρονομικοί-γενετικοί παράγοντες**

Το οικογενειακό ιστορικό είναι ο ισχυρότερος παράγοντας για άνοια πρώιμης έναρξης. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενούς με άνοια έχουν 3,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο.²⁴

Η πιθανότητα μεταβίβασης της νόσου μέσω των χρωμοσωμάτων υποστηρίχτηκε από διάφορους ερευνητές. Το χρωμόσωμα 21, το χρωμόσωμα 14 και το χρωμόσωμα 19 ενοχοποιήθηκαν από διάφορες ερευνητικές ομάδες.

Λόγω μετάλλαξης του στην οδό αμυλοειδογένεσης και συγκεκριμένα στην πρόδρομη αμυλοειδή πρωτεΐνη ενοχοποιήθηκε το χρωμόσωμα 21. Τα μέλη ορισμένων οικογενειών παρουσίασαν την ΝΑ σε διαδοχικές γενεές και θεωρήθηκε ότι φέρει το παθογόνο γονίδιο.²⁵ Επιπλέον υπάρχει έντονη συσχέτιση της ΝΑ και του συνδρόμου Down. Και στις δυο περιπτώσεις δίνουν την αμυλοειδική ανοσοαντίδραση. Και στις δυο περιπτώσεις το χρωμόσωμα 21 φαίνεται να έχει ουσιαστική συμμετοχή, την μορφή της τρισωμίας στο σύνδρομο Down και με την μορφή της επιβαρύνσεως δια παθογόνου γονιδίου στους εκφραστές, αλλά και ενδεχομένως σε ορισμένους από τους φορείς της ΝΑ.²⁵

Σύγχρονες παρατηρήσεις που βασίζονται σε μελέτες πάνω στην μετάδοση της νόσου αποδεικνύουν την μεταβίβαση της στο χρωμόσωμα 14. Συγκεκριμένα αποτελεί την αιτία της οικογενής ή πρόωρης εμφάνισης ΝΑ, λόγω μετάλλαξης της πρεσινιλίνη -1 -2. Τέλος η μετάλλαξη του αλληλόμορφο γονιδίου της ΑΡΟΕ στο χρωμόσωμα 19 σχετίζεται με τόσο με την ΝΑ όσο και με την ήπια γνωστική διαταραχή και την κατάθλιψη.¹

Δεδομένου ότι η γενετική τεχνολογία έχει προοδεύσει σε ικανοποιητικό βαθμό χωρίς αμφιβολία, τα γονίδια διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο γενότυπο και στο φαινότυπο της ΝΑ. Ωστόσο δεν υπάρχουν στοιχεία που να πιστοποιούν ότι η γενετική προδιάθεση μπορεί από μόνη της να έχει αποκλειστική ευθύνη για την εμφάνιση της νόσου.

· **Η Εκπαίδευση**

Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει την συχνότητα εμφάνισης της νόσου, η οποία εμφανίζεται μικρότερη σε άτομα με υψηλή μόρφωση. Επίσης η υψηλή νοημοσύνη και το μέγεθος του εγκεφάλου έχουν βρεθεί να μειώνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου.

Ο πιθανός προστατευτικός ρόλος της εκπαίδευσης, του προνοσηρού επιπέδου νοημοσύνης και του εγκεφαλικού όγκου ενισχύουν την θεωρία του νοητικού

αποθέματος. Τα αποτελέσματα των ερευνών αυτών πιθανότατα αντικατοπτρίζουν την δυνατότητα των ασθενών αυτών να καλύψουν το γνωστικό τους έλλειμμα και να πετύχουν καλύτερα στα διαγνωστικά ψυχομετρικά εργαλεία. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από την εύρεση σοβαρότερης εγκεφαλικής βλάβης σε μορφωμένους ασθενείς με σχετικά μικρή γνωστική έκπτωση.²⁴

· **Κατάθλιψη**

Αν και αρχικές έρευνες έδειξαν ανάμεικτα αποτελέσματα, σύγχρονες μετά-αναλύσεις δείχνουν πως η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση ΝΑ και άνοιας.²⁶ Η ύπαρξη τουλάχιστον ενός επεισοδίου κατάθλιψης κατά την διάρκεια της ζωής αποτελεί κύριο παράγοντα ανάπτυξης ΝΑ. Συγκεκριμένα τα άτομα αυτά έχουν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο σε σχέση με άτομα που δεν έχουν περάσει κάποιο τέτοιο επεισόδιο.

· **Καρδιαγγειακοί παράγοντες**

Οι παράγοντες κινδύνου από το καρδιαγγειακό (αρτηριακή υπέρταση, κάπνισμα, έμφραγμα μυοκαρδίου, διαβήτης, κολπική μαρμαρυγή, υπερχοληστεριναιμία, μειωμένη άσκηση) προκαλούν καρδιαγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, τα οποία σχετίζονται άμεσα με την εκδήλωση αγγειακής άνοιας. Οι ίδιοι παράγοντες φαίνεται να συνδέονται και με την εκδήλωση της ΝΑ.²⁷

· **Διατροφή**

Εδώ και πολλά χρόνια το αλουμίνιο ενοχοποιήθηκε σαν παράγοντας κινδύνου στην εκδήλωση ΝΑ, ενώ πιο σύγχρονες μελέτες υποστηρίζουν τη θεωρία αυτή.²⁶ Ο ρόλος των αντιοξειδωτικών ουσιών και κυρίως της βιταμίνης C στη νευροπροστασία δεν είναι απολύτως σαφής. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε μείωση της συχνότητας και του επιπολασμού της άνοιας με συνδυασμό βιταμίνης E και C. Ακόμα, η ήπια κατανάλωση αλκοόλ φαίνεται να έχει προστατευτική δράση στην εκδήλωση άνοιας.²⁸

2.3 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Τα αρχικά συμπτώματα της ΝΑ είναι δυσδιάκριτα και η εξέλιξη της νόσου δύσκολα προσδιορίσιμη. Δεδομένων των προκαταλήψεων που υπάρχουν για την διαδικασία της γήρανσης, τα πρώιμα στάδια της νόσου συνήθως παραβλέπονται. Άτυπες εκδηλώσεις υπάρχουν, αλλά η τυπική περίπτωση ΝΑ ξεκινά με την απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης και οι διαταραχές άλλων νοητικών λειτουργιών όπως αφασίες, αγνωσίες, απραξίες, διαταραχές προσοχής, της συγκέντρωσης και του προσανατολισμού στον τόπο και στον χρόνο καθώς και η έκπτωση στις λειτουργικές ικανότητες και τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα αναπτύσσονται αργότερα.

Τα πρότυπα συμπεριφοράς και τα συμπτώματα, που σχετίζονται με την νόσο, διαίρουνται τυπικά σε 4 στάδια: το ήπιο (πρώιμο στάδιο), το μέτριο (ενδιάμεσο στάδιο), το μέτριο προς σοβαρό (ενδιάμεσο προς τελικό στάδιο), και το όψιμο στάδιο όπως παρουσιάζονται παρακάτω:²⁹

Πρώιμο στάδιο

- Βραδεία και προοδευτική απώλεια της πνευματικής διαύγειας.
- Δυσχέρεια μάθησης και απόκτησης νέας γνώσης.
- Ήπια κατάθλιψη
- Η προσωπικότητα και η συνδιαλλαγή με το κοινωνικό περιβάλλον παραμένουν ακέραιες.

Ενδιάμεσο στάδιο

- Προοδευτική απώλεια μνήμης.
- Δυσχέρεια εκτέλεσης των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής.
- Κυμαινόμενη διάθεση.
- Εμφανής αλλοίωση της προσωπικότητας του ατόμου.
- Κοινωνική απομόνωση.
- Παρακολούθηση της ασφάλειας.
- Αποδιοργάνωση της συνομιλίας.

Ενδιάμεσο προς όψιμο στάδιο

- Αδυναμία αναγνώρισης αντικειμένων καθημερινής χρήσης και προσφιλών προσώπων.
- Ανάγκη για επαναλαμβανόμενη καθοδήγηση για απλές πράξεις.
- Ανάγκη πλήρους φροντίδας – ο ασθενής καθίσταται δυσβάστακτο καθήκον για την οικογένεια του.
- Μακρινές περιπλανήσεις.
- Ακράτεια.
- Εκρήξεις οργής, εχθρότητας και παράνοια.

Τελικό στάδιο

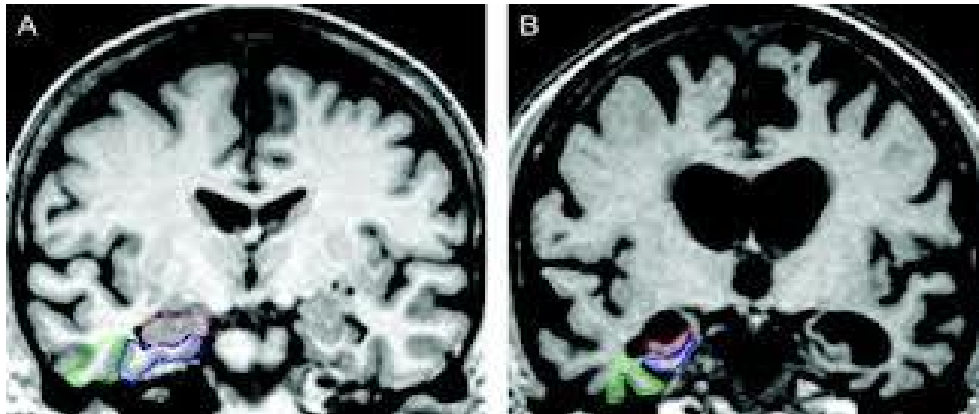
- Ανικανότητα ομιλίας και βάδισης.
- Σοβαρή απώλεια μνήμης.
- Δυσκολία στην κατάποση.
- Απώλεια βάρους.
- Ασθενής κλινήρης.
- Εμβρυική στάση.
- Τελικού σταδίου επιπτώσεις της κακής θρέψης και της κλινήρους κατάστασης: κατακλίσεις, αναπνευστική ανεπάρκεια, μυϊκές συσπάσεις, πνευμονία.

2.4 ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η αναγνώριση της νόσου και ο χαρακτηρισμός της, από τον Alois Alzheimer, ως νέας νοσολογικής οντότητας το 1907, βασίσθηκε στην διαπίστωση και την περιγραφή ειδικών παθολογοανατομικών ευρημάτων που μέχρι σήμερα παραμένουν ασφαλή διαγνωστικά κριτήρια.

Στον αιώνα που μεσολάβησε, η παθολογοανατομική εικόνα της νόσου έχει μελετηθεί μακροσκοπικά και μικροσκοπικά από πλειάδα ερευνητικών ομάδων, τόσο σε post mortem παρασκευάσματα τόσο και με την σύγχρονη τεχνολογία, όπως η MRI.

Μακροσκοπικά, παρατηρείτε μείωση του βάρους του εγκεφάλου που μπορεί να είναι και λιγότερο των 900 γρ. Ο όγκος του εγκεφάλου των πασχόντων εμφανίζεται μειωμένος μέχρι το 10% στους άνδρες και το 18% στις γυναίκες.



A. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ Β. ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ ΜΕ ΝΑ

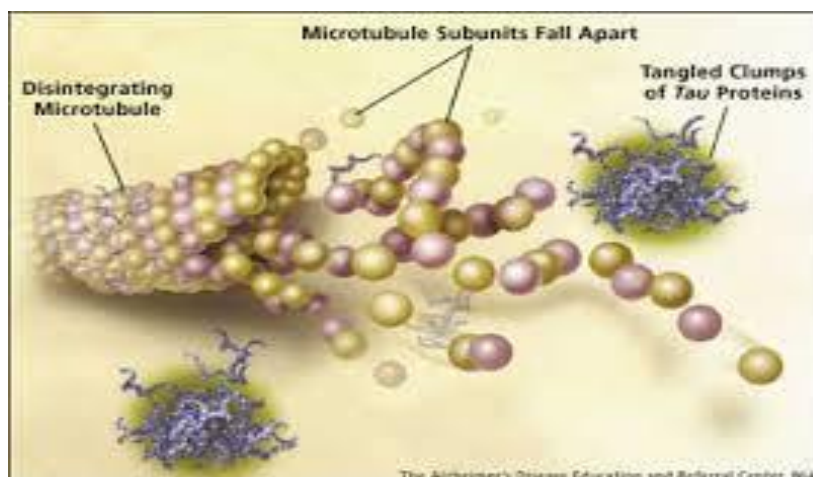
Σε διατομές εγκεφάλου παρατηρείτε ελάττωση του πάχους του φλοιού και διάταση του κοιλιακού συστήματος, με πλάγιες κοιλίες αποστρογγλωμένες. Παρατηρείτε διάχυτη και συμμετρική ατροφία των ελίκων με παράλληλη διεύρυνση των αυλάκων στους μετωπιαίους, τους βρεγματικούς και τους κροταφικούς λοβούς, ενώ οι ινιακοί λοβοί και η παρεγκεφαλίδα δεν φαινόταν ιδιαίτερα προσβεβλημένοι. Η σημαντικότερη ατροφία εμφανίζεται στο ιππόκαμπο. Σε επανειλημμένους ανά έτος MRI ελέγχους εγκεφάλου σε ασθενείς με ΝΑ και σε μάρτυρες, αποδείχθηκε ότι η αύξηση της ατροφίας είναι τετραπλάσια στους πάσχοντες σε σχέση με τους μάρτυρες.

Υπό το μικροσκόπιο παρατηρούνται αλλοιώσεις, κυρίως στον ιππόκαμπο, στον αμυγδαλοειδή πυρήνα, στον υποθάλαμο, στον υπομέλαινα τόπο, στους πυρήνες της ραφής, στους πυρήνες του δικτυωτού σχηματισμού και στην περιοχή υπό τον σύνδεσμο του πυρήνα του Neynert και αφορούν την παρουσία νευροϊνδιακών τολυπίων, νευριτιδικών πλακών, νευρωτικής απώλειας, σωματίων του Hirano και κοκκιοκενοτοπιώδους εκφυλίσεως.

Νευροϊνδιακά τολύπια

Τα νευροϊνδιακά τολύπια δημιουργούνται ενδοκυττάρια από συσσωμάτωση πρωτεϊνικής φύσεως νευρικών ινιδίων (PHF). Η κύρια πρωτεϊνική υπομονάδα των ινιδίων, η οποία βρίσκεται συνδεδεμένη με τους μικροσωληνίσκους, είναι η

υπερφωσφορυλιωμένη πρωτεΐνη τ (tau), που έχει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της κυτταροσκελετικής δομής και λειτουργίας. Η ανώμαλη υπερφωσφορυλίωση υποστηρίζεται ότι οδηγεί στην συγκρότηση των ελικοειδών μορφών των ινιδίων της, με συνέπεια την αποσταθεροποίηση του συστήματος των μικροσωληνίσκων και την κατάρρευση του δικτύου.³⁰



Μετά τον θάνατο και την λύση των νοσούντων νευρώνων, τα νευροϊνιδιακά τούλπια καταλήγουν, λόγω του ανθεκτικού τους στις πρωτεΐνάσες πυρήνα, εξωκυττάρια και καταλαμβάνοντας τον χώρο που κατείχαν τα κύτταρα στα οποία οργανώθηκαν.

Νευριτιδικές πλάκες

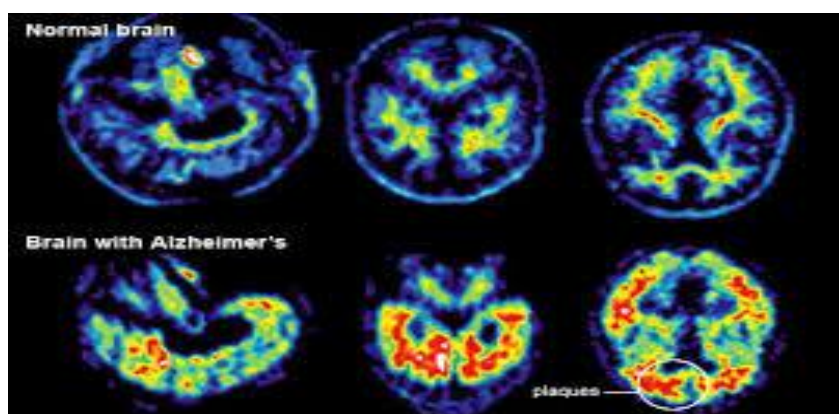
Οι νευριτιδικές πλάκες είναι εξωκυττάρια εναποθέσεις αμυλοειδούς το οποίο συνίσταται κυρίως από β-αμυλοειδική πρωτεΐνη ή β-αμυλοειδές (A β) ένα μικρό πεπτίδιο 39-42 αμινοξέων. Στην διαταραγμένη αμυλοειδογένεση αποδίδεται η παθογένεια της ΝΑ.

Το β-αμυλοειδές προέρχεται από μια πολύ μεγαλύτερη πρόδρομη πρωτεΐνη την APP (amyloid precursor protein). Η APP είναι διαμεμβρανική πρωτεΐνη με τρία τμήματα: ένα μεγάλο εξωκυττάρια αμινοτελικό τμήμα, ένα μικρότερο ενδοκυττάρια καρβοξυτελικό τμήμα και ένα τρίτο, παρεμβαλλόμενο μεταξύ των δύο, διαμεμβρανικό τμήμα που περιέχει το A β .³¹

Η APP είναι κωδικοποιημένη στο χρωμόσωμα 21 και υφίσταται επεξεργασία στην περιοχή του διαμεμβρανικού τμήματος A β από τα ένζυμα της α -σεκρετάσης. Στη ρύθμιση της πρωτεολυτικής διάσπασης της APP φαίνεται να συμμετέχει και η πρεσενιλίνη 1 και η πρεσενιλίνη 2, μεμβρανικές πρωτεΐνες του ενδοπλασματικού

δικτύου και του οργάνου του Golgi.³¹ Στη γονιδιακή μετάλλαξη της προσενιλίνης, αποδίδετε η οικογενειακή ΝΑ πρώιμης έναρξης.

Το β-αμυλοειδές συσσωρεύεται έξω από το κύτταρο κατά την επεξεργασία της APP. Η τριτοταγής διαμόρφωση του κλάσματος είναι η β-δομή (πτυχωτή επιφάνεια) που το καθιστά αδιάλυτο. Συνεπώς συσσωρεύεται αργά, για πολλά χρόνια στον εξωκυττάριο χώρο. Μελέτες δείχνουν ότι το β-αμυλοειδές ασκεί τοξική δράση στις παρακείμενες συνάψεις και τους γειτονικούς νευρώνες, προκαλώντας καταστροφή των μεμβρανικών συνάψεων και τελικά κυτταρικό θάνατο.³¹



ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΝΕΥΡΙΤΙΔΙΚΩΝ ΠΛΑΚΩΝ ΣΕ ΕΓΚΕΦΑΛΟ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER.

Οι νευριτιδικές πλάκες δημιουργούνται τελικά από έναν κεντρικό πυρήνα β-αμυλοειδούς, περιβαλλόμενο από μια πλειάδα πρωτεϊνών και κυτταρικών υπολειμμάτων. Βρίσκονται διάσπαρτες στο φλοιό, περισσότερες στον ιππόκαμπο και την βάση του μετωπιαίου λοβού, βαθμιαία επηρεάζονται ολόκληρος ο νεοφλοιός και η υποφλοιώδης φαιά ουσία, προκαλώντας ένα πρώιμο κλινικό σημείο, την απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης.³¹

Νευρωνική απώλεια

Η νευρωνική απώλεια στη ΝΑ είναι ποιοτική και ποσοτική και μπορεί να αιτιολογήσει την μεγάλη έκπτωση των ανωτέρων φλοιϊκών λειτουργιών. Υποστηρίζετε ότι προσβάλλεται το 40% και το 46% των νεύρων του μετωπιαίου και του κροταφικού λοβού αντίστοιχα, με έξαρση στον βασικό πυρήνα του Meyert, τον υπομέλανα τόπο και τον ιππόκαμπο.³² Η ποσοτική νευρωτική απώλεια οφείλετε σε δραστηριοποίηση ενζύμων που παρεμβαίνουν στην απόπτωση του κυττάρου. Τα ένζυμα αυτά, όπως οι κασπάσες, είναι δυνατόν να έχουν δραστικές συνέπειες, τόσο

στην ποσοτική όσο και στην ποιοτική νευρωνική απώλεια, αφού έχει αποδειχτεί ότι η κασπάση-6, παρεμβαίνει τόσο στην απόπτωση όσο και στον μεταβολισμό της APP πρωτεΐνης.

Εκφυλιστικές αλλοιώσεις στον αριθμό των δενδρικών ακάνθων και μείωση των συναπτικών σχηματισμών αντικατοπτρίζουν την νευρωτική απώλεια στο ποιοτικό επίπεδο. Η ποσοτική απώλεια εκτιμάτε ότι προσεγγίζει το 46-49%. Η απώλεια της νευρωτικής πυκνότητας έχει άμεση συνάρτηση με τις γνωστικές διαταραχές του πάσχοντος. Παράλληλα υπό το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο διαπιστώθηκε η ποιοτική εκφύλιση συνάψεων ιδιαίτερα στον μετωπιαίο λοβό και στις προμετωπιαίες χώρες. Απώλεια στο ποιοτικό επίπεδο θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και η πιθανόν μείωση της μετασυναπτικής πλαστικότητας των νευρώνων, αφού διαπιστώθηκε ότι η ρυθμιστική της πλαστικότητας πρωτεΐνη δεβρίνη, μειώνετε στους πάσχοντες κατά 81%.³³

Κοκκιοκενοτοπιώδης εκφύλιση

Στην ποιοτική νευρωτική απώλεια συγκαταλέγετε η κοκκιοκενοτοπιώδης εκφύλιση, η οποία είναι ένα μη ειδικό ιστολογικό εύρημα, που ανευρίσκετε στη νόσο και σπανίως στο φυσιολογικό γήρας. Τα κενοτόπια εντοπίζονται συνήθως στο κυτταρόπλασμα των πυραμιδικών νευρώνων του ιπόκαμπου των πασχόντων τα οποία βρίσκονται σε συνάρτηση με το βαθμό άνοιας του ασθενούς.³⁴

Σωματία του Hirano

Δεν αποτελούν παθογνωμονικά στοιχεία της ΝΑ αφού παρατηρούνται, εκτός από την συγκεκριμένη νόσο, και σε άλλες εκφυλιστικές παθήσεις, όπως και στο φυσιολογικό γήρας. Η πολυάριθμη όμως παρουσία των σωματίων Hirano, τόσο στους νευρώνες όσο και στην νευρογλοία, πιθανόν να αντιπροσωπεύει τα πρώιμα στάδια της ΝΑ.

Πρόκειται για στρογγυλούς ή ωοειδής πολυσύνθετους ενδοκυττάριους σχηματισμούς συνισταμένους από δέσμες ινώδους υλικού, που περιβάλλονται από μιτοχόνδρια και διευρυμένες δεξαμενές λείου ενδοπλασματικού δικτύου. Η μελέτη των σωματίων του Hirano υπό το ηλεκτρονικό μικροσκόπιο αποκάλυψε την παρουσία πληθώρας πρωτεϊνών, όπως ακτίνης, τροπομυοσίνης, βινκουλίνης, α-ακτίνης, β-προαμυλοειδικής πρωτεΐνης, πρωτεϊνών των μικροσφαιριδίων (MARF's) και τ- πρωτεΐνης.³⁵

2.5 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Διάφορες υποθέσεις αιτιοπαθογένειας υποστηρίχθηκαν για την ΝΑ όπως η υπόθεση των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων, η αμυλοειδική υπόθεση, η υπόθεση των τ-πρωτεϊνών, οι υποθέσεις των συνεργικών δράσεων και η υπόθεση της φλεγμονής του εγκεφαλικού ιστού.

Υπόθεση νευροδιαβιβαστικών συστημάτων

Παλαιότερη υπόθεση αιτιοπαθογένειας της ΝΑ είναι η χολινεργική υπόθεση επί της οποίας και στηρίζονται τα κυκλοφορόντα φάρμακα.³⁶ Σύμφωνα με την υπόθεση αυτή, η ΝΑ οφείλετε στη μειωμένη παραγωγή ακετυλοχολίνης (ACh) επειδή στους πάσχοντες παρατηρείτε εκφύλιση των χολινεργικών πυρήνων του βασικού διεγκεφάλου.³⁷ Η υπόθεση αυτή ενισχύθηκε από την παρατήρηση ότι η χορήγηση αντιχολινεργικών ουσιών, όπως η σκοπαλαμίνη, προκαλεί διαταραχές μνήμης και μνήμης.

Με βάση την υπόθεση αυτή δημιουργήθηκαν φαρμακευτικά σχήματα με στόχο την αύξηση επιπέδων ACh με χορήγηση χολομιμητικών και πρόδρομων ουσιών της, την ενίσχυση της δραστηριότητας των νικοτινικών υποδοχέων και την παράταση της ζωής της ACh με αναστολή της ακετυλοχολινεστεράσης (AChE), ώστε να μην διασπάται η ACh και να αυξάνετε η συγκέντρωση της στη συναπτική σχισμή.

Η αύξηση της σύνθεσης ACh με αυτόν τον τρόπο τελικά δεν έδωσε ουσιαστικά αποτελέσματα³⁸ και μέχρι σήμερα δεν έχουν εγκριθεί σκευάσματα-ενεργοποιητές των υποδοχέων της ACh. Αντίθετα εγκρίθηκαν σκευάσματα- αναστολείς της AChE και ήδη κυκλοφορούν στο εμπόριο (τακρίνη, donepezίλη, ριβαστιγμίνη, γκαλανταμίνη). Η χολινεργική υπόθεση δεν έτυχε ευρείας αποδοχής εξαιτίας των πτωχών θεραπευτικών αποτελεσμάτων των φαρμάκων αντιμετώπισης του χολινεργικού ελλείμματος.

Αναλόγως προς το χολινεργικό σύστημα, ενοχοποιήθηκαν και άλλα νευροδιαβιβαστικά συστήματα. Το γλουταμινεργικό, το σεροτονινέργικο, το νοραδρενεργικό, το ντοπαμινεργικό, και το Gaba-μινεργικό σχετίστηκαν με την αιτιοπαθογένεια της νόσου.³⁹ Η παρατήρηση εκφύλισης νευρώνων των ανωτέρω νευροδιαβιβαστικών συστημάτων, με παράλληλη τη μείωση των αντιστοίχων νευροδιαβιβαστικών ουσιών, σε περιοχές του εγκεφάλου σχετιζόμενες με γνωσιακές λειτουργίες ή ψυχιατρικές εκδηλώσεις, και οι ποσοτικές η ποιοτικές μεταβολές που

παρατηρήθηκαν στους υποδοχείς τους, υποστήριξαν υποθέσεις αιτιοπαθογένειας της νόσου αποδιδόμενες στα νευροδιαβιβαστικά συστήματα.

Αμυλοειδική υπόθεση

Το 1991, η αμυλοειδική υπόθεση υποστήριξε ότι η νόσος οφείλετε στην εναπόθεση β-αμυλοειδούς (Αβ πεπτιδίου) στους νευρώνες.^{40,41} Η υπόθεση υποστηρίχθηκε από τον συνδυασμό τριών παρατηρήσεων: α) την εντόπιση του γονιδίου της προδρομίου πρωτεΐνης του β-αμυλοειδούς (APP) στο χρωμόσωμα 21, β) την ύπαρξη ενός πλεονάζοντος αντιγράφου του γονιδίου της APP στην τρισωμία 21 (Σύνδρομο Down) και γ) το γεγονός ότι οι πάσχοντες από τρισωμία 21 παρουσίαζαν όλοι ΝΑ μετά το 40 έτος της ηλικίας τους.⁴²

Η υπόθεση ενισχύθηκε με την παρατήρηση ότι η απολιποπρωτεΐνη Ε, (APOE), θεωρούμενος ισχυρός παράγοντας κινδύνου για την νόσο, προάγει την άθροιση του αμυλοειδούς στον εγκέφαλο προτού ακόμη εμφανιστούν τα κλινικά συμπτώματα της νόσου, αποδεικνύοντας ότι η εναπόθεση του αμυλοειδούς προηγείται της νόσου.⁴³ Διαπιστώθηκε ακόμη ότι, οι διαγονιδιακοί μύες που εξέφραζαν μεταλλαγμένη την μορφή της ανθρώπινης πρωτεΐνης APP, ανέπτυσαν ινώδεις αμυλοειδείς πλάκες και παθολογοανατομικές βλάβες παρόμοιες με αυτές της ΝΑ και παρουσίαζαν χώρο-μαθησιακές δυσκολίες. Η θεωρία αυτή βρέθηκε σε αντίθεση με τα αποτελέσματα δοκιμής αντιμυλοειδούς εμβολίου όπου και δοκιμάστηκε σε ανθρώπους χωρίς ουσιαστικό ευεργετικό αποτέλεσμα επί της άνοιας.

Το 2009, η θεωρία του αμυλοειδούς αναμορφώθηκε, υποστηρίζοντας ότι μια άλλη πρωτεΐνη σχετιζόμενη με το Αβ, και όχι με το ίδιο το β-αμυλοειδές, είναι πιθανόν να είναι αίτιο της παθογένειας της νόσου. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, υφίσταται μηχανισμός ο οποίος σχετίζεται με την αμυλοειδογένεση και ο οποίος, στη περίοδο της ταχείας ανάπτυξης που σημειώνετε στα πρώτα στάδια της ζωής, διεγείρει τις νευρωτικές συνδέσεις. Ο μηχανισμός αυτός προσβάλλεται από διαδικασία σχετιζόμενη με την ηλικία, στα τελευταία στάδια του βίου και οδηγεί στην νευρωνική εκφύλιση της ΝΑ.⁴⁴ Σύμφωνα με την τελευταία υπόθεση, θραύσμα της APP, αποσπάται από το αμινοτελικό άκρο της με τα ένζυμα της αμυλοειδογένεσεως, συνδέεται αρχικά με το β-αμυλοειδές και στη συνέχεια με το νευρωνικό υποδοχέα, που χαρακτηρίζεται ως υποδοχέας θανάτου 6 (DR6 ή TNFRSF21). Η τελευταία σύνδεση ενεργοποιεί τον αυτοκαταστροφικό μηχανισμό του κυττάρου και το θάνατο του.⁴⁴ Ο υποδοχέας θανάτου 6 παρουσιάζει υψηλή έκφραση στις περιοχές του

εγκεφάλου που προσβάλλονται κατά την νόσο και πιθανόν είναι ο κύριος παράγοντας της γήρανσης του εγκεφάλου, ενώ το Αβ λειτουργεί συμπληρωματικά καταστέλλοντας την συναπτική λειτουργία.

Υπόθεση τ- πρωτεϊνών

Το 2004 βρέθηκε ότι η εναπόθεση αμυλοειδών πλακών δεν σχετίζεται με την νευρωτική απώλεια.⁴⁵ Η παρατήρηση αυτή ενίσχυσε την τ-υπόθεση με την οποία υποστηρίζετε ότι, ανωμαλίες που δημιουργούνται στις τ-πρωτεΐνες σηματοδοτούν καταρράκτη διαδοχικών διεργασιών καταλήγοντας στη νόσο.⁴¹ Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, η υπερφωσφορυλίωση της τ-πρωτεΐνης οδηγεί στη δημιουργία ελικοειδώς σπειρωμένων ζευγών ινιδίων της τ-πρωτεΐνης, με συνέπεια την αποδιοργάνωση των μικροσωληναρίων των νευρώνων, την κατάρρευση του συστήματος μεταφοράς των κυττάρων,⁴⁶ την δυσλειτουργία της βιοχημικής επικοινωνίας και τον θάνατο τους.⁴⁷

Υποθέσεις συνεργικών δράσεων

Πρόσφατα, η νόσος αποδόθηκε σε συνεργική δράση των τριών ανωτέρων υποθέσεων. Η μια θεωρία υποστηρίζει ότι η παρουσία β-αμυλοειδούς προκαλεί τοξική υπερδιέγερση των υποδοχέων του γλουταμινικού.⁴⁸ Αντίθετα, μια άλλη θεωρία την αντικρούει, υποστηρίζοντας ότι η αυξημένη σύνθεση αμυλοειδούς, με συνέπεια την γενικευμένη νευροφλεγμονή, οφείλεται σε χολινεργική δράση.⁴⁹ Τέλος, μια τρίτη θεωρία υποστηρίζει ότι, υφίσταται φαύλος κύκλος, σύμφωνα με τον οποίο η νευρωνική εκφύλιση, έχει σαν συνέπεια την παράλληλη μείωση Ach και γλουταμινικού οξέος.⁵⁰

Η μείωση των νευροδιαβιβαστικών μειώνει αλυσιδωτά τη ενεργοποίηση των μουσκαρινικών και μεταβοτροπικών υποδοχέων του γλουταμινικού, την ενεργότητα των ένζυμων φωσφολιπάσης C και πρωτεϊνικής κινάσης C. Αυτό αυξάνει αντίστοιχα τις συνθέσεις Αβ και υπερφωσφορυλιωμένης τ-πρωτεΐνης, με αποτέλεσμα την νευρωνική εκφύλιση.

Υπόθεση της φλεγμονής του εγκεφαλικού ιστού

Το 1987 τέθηκε για πρώτη φορά υπόθεση της φλεγμονής του εγκεφαλικού ιστού όταν διαπιστώθηκε, σε ιστολογικές αλλοιώσεις της ΝΑ, η σύνθεση της ανοσοδραστικής πρωτεΐνης HLA-DR από ενεργοποιημένη μικρογλοία.⁵¹ Η

καταστροφή των νευρώνων υποστηρίζεται ότι είναι αυτοτοξικής φύσεως και αιτιολογείται από την μη έκδηλη παρουσία αντισωμάτων και λεμφοκυττάρων, δηλαδή στοιχείων που θα χαρακτήριζαν μια κλασική αυτοανοσοποιητική απάντηση.

Ακολούθησαν και άλλες ερευνητικές προσπάθειες που αποκάλυψαν στον εγκεφαλικό ιστό ασθενών με ΝΑ, την ύπαρξη μορίων γνωστών ως «διαβιβαστών της περιφερικής ανοσολογικής απάντησης».^{52,53} Μεταξύ των μορίων αυτών είναι: οι πρωτεΐνες του συμπληρώματος και οι αναστολείς τους, οι φλεγμονώδης κυτοκίνες και οι υποδοχείς τους, τα στοιχεία του μηχανισμού πήξεως (ενδογενούς και εξωγενούς συστήματος), οι πεντραξίνες και οι πρωτεάσες και οι αναστολείς τους. Σε εργασίες που εκπονήθηκαν, βρέθηκαν αυξημένα τα επίπεδα κυτοκινών σε πάσχοντες από την ΝΑ.⁵⁴

Υπό το πρίσμα της υπόθεσης αυτής, θα ήταν χρήσιμη για την θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου η χορήγηση ουσιών που παρεμβαίνουν στο επίπεδο της αυτοτοξικής απάντησης.

2.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η έγκαιρη και ακριβής διάγνωση της ΝΑ παραμένει δυσχερής δεδομένου ότι δεν έχει επιτευχθεί ο καθορισμός των βιολογικών δεικτών που θα επέτρεπαν τη διάγνωση της νόσου και θα οδηγούσαν στη διαφορική διάγνωση της. Η διάγνωση της ΝΑ είναι βέβαια μόνο όταν η άνοια έχει τα κλινικά χαρακτηριστικά μιας «πιθανής» ΝΑ και υπάρχει ιστοπαθολογική επιβεβαίωση με νεκροψία .

Οι διαγνωστικές προσπάθειες στηρίζονται σε κριτήρια που θεσπίστηκαν από ομάδες ερευνητών και αφορούν την ΝΑ και τις άλλες μορφές ανοιών. Τα βασικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως είναι τα εξής:

- NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological Disorders and Stroke-Alzheimer Disease and related Disorders)
- DSM-IV-TR της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας
- ICD-10/CIM-10 που θεσπίστηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας και αντιστοιχούν στη διεθνή ταξινόμηση των νοητικών διαταραχών συμπεριφοράς.

Τα ανωτέρω κριτήρια δεν εξασφαλίζουν την οριστική διάγνωση της νόσου, η οποία τίθεται, όπως αναφέρθηκε, με τον συνδυασμό κλινικών και παθολογοανατομικών στοιχείων, συνήθως «post mortem» αν και τα παθολογικά ευρήματα δεν συμβαδίζουν απόλυτα με τις κλινικές εκδηλώσεις και είναι δυνατόν να παρατηρηθούν ασθενείς με προχωρημένη άνοια και εκτεταμένες ιστολογικές εκδηλώσεις, αλλά και ασθενείς με ήπιες ή και απύσες τις ανοϊκές διαταραχές, κατά την νεκροψία των οποίων παρουσιάζονται σημαντικές ιστολογικές αλλοιώσεις τύπου ΝΑ.⁵⁵

Διαγνωστικά κριτήρια NINCDS-ADRDA

Τα κριτήρια NINCDS-ADRDA θεσπίστηκαν το 1984 και διακρίνουν την νόσο σε: α) «ΠΙΘΑΝΗ» β) «ΔΥΝΑΤΗ» γ) «ΑΒΕΒΑΙΗ»

α) Τα κριτήρια για πιθανή διάγνωση ΝΑ είναι:⁵⁶

- Η ύπαρξη ανοϊκού συνδρόμου που επιβεβαιώνετε από κλινικά δεδομένα τα οποία προκύπτουν από μια κλίμακα όπως το Mini Mental State Examination, την κλίμακα του Blessed ή μια παραπλήσια διαδικασία και επιβεβαιώνετε από νευροψυχολογικές δοκιμασίες.
- Η παρουσία διαταραχών σε τουλάχιστον δυο νοητικές λειτουργίες.
- Η έναρξη μεταξύ του ηλιακού φάσματος από 40 έως 90 ετών, συνήθως μετά τα 65 έτη.
- Η απουσία συστηματικής ή εγκεφαλικής νόσου, η οποία θα μπορούσε να δικαιολογήσει από μόνη της τις προοδευτικές νοητικές διαταραχές.

Η διάγνωση της νόσου μπορεί να στηριχθεί σε νοητικές διαταραχές όπως η προοδευτική διαταραχή του λόγου (αφασία), της κινητικής επιδεξιότητας (απραξία), ή της αναγνώρισης (αγνωσία), σε διαταραχές της συμπεριφοράς και σε ελάττωση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Επίσης, μπορεί να στηριχθεί στο οικογενειακό ιστορικό και στα αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, όπως η απουσία παθολογικών ευρημάτων στο Ε.Ν.Υ, η ύπαρξη φυσιολογικών επαρμάτων ή η ύπαρξη μη ειδικών αλλοιώσεων, όπως π.χ. βραδέων κυμάτων στο Η.Ε.Γ και η επιβεβαίωση της προοδευτικά αυξανόμενης εγκεφαλικής ατροφίας σε επαναλαμβανόμενες CT και MRI εγκεφάλου.

Υπάρχουν επίσης κλινικά χαρακτηριστικά τα οποία ενώ δεν είναι τυπικά της νόσου είναι συμβατά με αυτή. Τέτοια είναι η ύπαρξη στάσιμων περιόδων κατά την εξέλιξη της νόσου, η ύπαρξη κατάθλιψης, αϋπνίας, ακράτειας, ψευδαισθησιών, αιφνίδιων αντιδράσεων, διαταραχών της γενετήσιας συμπεριφοράς και απώλεια βάρους. Επίσης, σε μερικούς ασθενείς, ιδίως σε προχωρημένα στάδια της νόσου, είναι δυνατόν να παρουσιαστούν άλλα νευρολογικά σημεία όπως υπέρταση, μυοκλονίες, διαταραχές της βάδισης, επιληπτικές κρίσεις καθώς και αιφνίδιο κώμα. Συμβατός επίσης με την διάγνωση είναι ο φυσιολογικός απεικονιστικός έλεγχος.

Τέλος, υπάρχουν και συμπτώματα τα οποία όχι μόνο δεν είναι τυπικά τα νόσου αλλά καθιστούν τυχαία τη διάγνωση της *πιθανής* NA. Τέτοια είναι η αιφνίδια έναρξη της νόσου με αποπληκτοειδή κατάσταση ή με ύπαρξη εστιακών νευρολογικών σημείων, όπως η ημιπάρεση, οι αισθητικές διαταραχές, η μείωση του οπτικού πεδίου, οι διαταραχές της συνέργειας των κινήσεων, οι διαταραχές στη βάδιση και οι επιληπτικές κρίσεις.

β) Τα κριτήρια για την *δυνατή* NA είναι:⁵⁶

- Η ύπαρξη ενός ανοϊκού συνδρόμου με απουσία άλλων συστηματικών, νευρολογικών και ψυχιατρικών παθήσεων ικανών να εξηγήσουν τα συμπτώματα, καθώς και η παρουσία διακυμάνσεων στον τρόπο έναρξης των αρχικών συμπτωμάτων και στην εξέλιξη τους.
- Η παρουσία μιας άλλης εγκεφαλικής ή συστηματικής παθήσεως η οποία είναι δυνητικά ικανή να προκαλέσει ανοϊκό σύνδρομο , αλλά που στην προκειμένη περίπτωση δεν θεωρείτε η αιτία της νόσου.
- Η διάγνωση της *δυνατής* NA μπορεί να χρησιμοποιηθεί κατά την μελέτη μιας σοβαρής, μεμονωμένης και προοδευτικής νοητικής διαταραχής, η οποία δεν προκαλείτε από κάποια εντοπισμένη αιτία.

γ) Η *βέβαιη* διάγνωση της νόσου χαρακτηρίζεται από όμοια συμπτωματολογία με αυτή της *πιθανής* αλλά μπορεί να τεθεί μόνο με ιστοπαθολογική επιβεβαίωση ή νεκροψία.⁵⁶

Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IV-TR

Τα αρχικά DSM-IV-TR προέρχονται από το εγχειρίδιο Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision, που δημοσιεύθηκε από την

American psychiatric Association (APA) το έτος 2000 και περιλαμβάνει όλες τις μέχρι τότε αναγνωρίσιμες ψυχικές διαταραχές. Στο DSM-IV-TR αναγράφονται 17 μείζονες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών, που περιλαμβάνουν 400 ξεχωριστά νοσήματα και κωδικοί αριθμοί της χρησιμοποιούνται στις ιατρικές αναφορές και τις φόρμες των ασφαλιστικών οργανισμών.

Τα νοσήματα κατατάσσονται σε πέντε άξονες ως ακολούθως:⁵⁷

Άξονας I: Κλινικές διαταραχές. Άλλες καταστάσεις που μπορεί να αποτελούν εστία κλινικής διαταραχής.

Άξονας II: Διαταραχές της προσωπικότητας. Νοητική Καθυστέρηση.

Άξονας III: Γενικές σωματικές καταστάσεις.

Άξονας IV: Ψυχοκοινωνικά η περιβαλλοντολογικά προβλήματα.

Άξονας V: Σφαιρική εκτίμηση της λειτουργικότητας.

Η νόσος κωδικοποιείται στον άξονα II ως το 294.1x και τα κριτήρια της είναι:⁵⁸

A: Ανάπτυξη πολλαπλών γνωσιακών ελλειμμάτων εκδηλωμένων με τα ακόλουθα δυο:

1^{ον}) Έκπτωση της μνήμης (έκπτωση της ικανότητας του ατόμου να μαθαίνει νέες πληροφορίες ή να ανακαλεί προηγουμένως μαθημένες πληροφορίες) και

2^{ον}) Μία ή περισσότερες από τις ακόλουθες κλινικές εκδηλώσεις:

- Αφασία (διαταραχή του λόγου)
- Απραξία (έκπτωση της ικανότητας πραγματοποίησης κινητικών δραστηριοτήτων, παρά την άθικτη κινητική λειτουργία)
- Αγνωσία (αδυναμία αναγνώρισης ή ταυτοποίησης αντικειμένων, παρά την άθικτη αισθητηριακή λειτουργία)
- Διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας (δηλαδή του σχεδιασμού, της συνεπαγωγής, της συνόψισης)

B: Το καθένα από τα γνωσιακά κριτήρια A1 και A2 προκαλεί σημαντική έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας και αντιπροσωπεύει έκπτωση από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου.

Γ: Η πορεία χαρακτηρίζεται από βαθμιαία έναρξη και συνεχιζόμενη γνωσιακή έκπτωση.

Δ: Τα γνωσιακά ελλείμματα των κριτηρίων A1 και A2 δεν πρέπει να οφείλονται σε ένα από τα παρακάτω:

- (1) Άλλες παθήσεις νευρικού συστήματος, οι οποίες προκαλούν προοδευτικά ελλείμματα της μνήμης και γνωσιακών λειτουργιών (π.χ. νόσος των αγγείων του εγκεφάλου, νόσος του Parkinson, νόσος του Huntington, υποσκληρίδιο αιμάτωμα, υδροκέφαλος φυσιολογικής τάσεως, νεοπλασματική επεξεργασία εγκεφάλου, μετωποκροταφική Άνοια, σύνδρομο Steele-Richardson-Olszewski).
- (2) Συστηματικές παθήσεις, οι οποίες μπορούν δυνητικά να προκαλέσουν άνοια (π.χ υποθυρεοειδισμός, ανεπάρκεια VitB₁₂, φυλλικού οξέος και νιασίνης, υπερκαλιαιμία, νευροσύφιλη, λοίμωξη από HIV).
- (3) Παθολογικές καταστάσεις που προκαλούνται από ουσίες.

E: Τα γνωσιακά ελλείμματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος.

ΣΤ: Η διαταραχή δεν εξηγείτε καλύτερα από μια άλλη διαταραχή του άξονα I (π.χ Μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, Σχιζοφρένεια)

Με βάση την, κλινικά σημαντική, παρουσία ή την απουσία διαταραχή της συμπεριφοράς διακρίνεται σε:

294.10 Επί απουσίας διαταραχής της συμπεριφοράς: εάν η γνωσιακή διαταραχή δεν συνοδεύετε από κάποια, κλινικά σημαντική, διαταραχή της συμπεριφοράς.

294.11 Επί απουσίας διαταραχής της συμπεριφοράς: εάν η γνωσιακή διαταραχή συνοδεύετε από κάποια, κλινικά σημαντική, διαταραχή συμπεριφοράς.

Και θα πρέπει να διευκρινίζεται αν πρόκειται περί:

Πρώιμης έναρξης της νόσου: όταν η έναρξη χρονολογείτε στην ηλικία των 65 ετών ή νωρίτερα.

Όψιμης έναρξης της νόσου: όταν η έναρξη χρονολογείτε σε ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών.

Όταν τα κριτήρια πληρούνται, μπορεί να σημειωθεί ένας από τους ακόλουθους προσδιορισμούς βαρύτητας μετά την διάγνωση: α) ήπια, β) μέτρια και γ) βαριά.

Διαγνωστικά κριτήρια ICD-10

Σύμφωνα με το ICD-10, το ανοϊκό σύνδρομο περιλαμβάνει τη ΝΑ, τις αγγειακές άνοιες και άλλες παθήσεις που προσβάλλουν τον εγκέφαλο πρωτοπαθώς ή δευτεροπαθώς.

Η διάγνωση της άνοιας στηρίζεται σύμφωνα με το ICD-10: ⁵⁹

1) Στην διαταραχή της μνήμης και των ιδεών. Η διαταραχή της μνήμης αφορά την απόκριση, την αποθήκευση και ανάκληση νέων πληροφοριών. Οι παλαιότερες μνήμες μπορούν επίσης να λησμονηθούν, σε προχωρημένες ιδίως μορφές. Μια άνοια δεν περιορίζεται μόνο σε εξασθένηση της μνήμης αλλά διαταράσσονται επίσης και οι ιδέες, η λογική και η ροή της σκέψης.

2) Στον βαθμό που δυσκολεύονται οι καθημερινές δραστηριότητες.

3) Η επεξεργασία των πληροφοριών διαταράσσεται στο μέτρο που το άτομο αντιμετωπίζει αυξανόμενες δυσκολίες γιατί απαιτείται να προσέχει παραπάνω από ένα ερεθίσματα, όταν π.χ συμμετέχει σε μια συζήτηση με παραπάνω από ένα άτομα.

4) Επίσης, ενώ ένα παραλήρημα μπορεί να επικαθήσει στην κλινική εικόνα της άνοιας, η διάγνωση της θα πρέπει να τίθεται σε απουσία θόλωσης της συνειδήσεως.

5) Τέλος, τα προαναφερθέντα συμπτώματα θα πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον ένα εξάμηνο, έτσι ώστε να είναι κλινικά τεκμηριωμένη η διάγνωση της άνοιας.

6) Η άνοια μπορεί να είναι συνέπεια οποιασδήποτε άλλης οργανικής νόσου ή να συνυπάρχει με αυτήν.

Για τη διαφορική διάγνωση θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν:⁵⁹ α) το παραλήρημα, β) η μέση ή βαριά διανοητική υστέρηση, γ) μια οριακή νοητική λειτουργία εξ' αιτίας σοβαρών κοινωνικών επιπτώσεων, δ) μια καταθλιπτική διαταραχή, ε) ιατρογενείς νοητικές διαταραχές από ένα φάρμακο, στ) βαριά ηλεκτρολυτική διαταραχή και ζ) ελάττωση των λευκωμάτων.

2.7 Νευροαπεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης ΝΑ

Ενώ παλαιότερα οι απεικονιστικές εξετάσεις θεωρούνταν σημαντικές μόνο για τον αποκλεισμό αναστρέψιμων αιτιών άνοιας, σήμερα αποτελούν την πιο αξιόπιστη συμπληρωματική εξέταση για την διάγνωση του τύπου της άνοιας. Σύμφωνα με τις οδηγίες της EFNS κάθε ασθενής με υποψία άνοιας πρέπει να υποβάλλεται είτε σε Αξονική Τομογραφία είτε σε Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου. Ο Τομογράφος Εκπομπής Φωτονίων (SPECT) και ο Τομογράφος Εκπομπής Πρωτονίων (PET) μπορεί να είναι χρήσιμοι μόνο σε περιπτώσεις διαγνωστικής αβεβαιότητας.¹⁷

Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία (CT και MRI)

Η ανάγκη διαφοροδιάγνωσης της ΝΑ από άλλες άνοιες, (χωροκατακτητικές εξεργασίες, πολυεμφραγματικές ή υδροκέφαλο χαμηλής πίεσης) καθιστούν την Αξονική και Μαγνητική Τομογραφία τις πρώτες απεικονιστικές μεθόδους διερεύνησης, αν και οι ανωτέρω τεχνικές δεν παρέχουν σαφή και εξειδικευμένα ευρήματα για την νόσο, δεδομένου ότι πολλά ανοϊκά σύνδρομα έχουν κοινό το στοιχείο της εγκεφαλικής ατροφίας.

Επί ΝΑ, στην αξονική τομογραφία μπορεί να παρατηρηθεί διάταση του κοιλιακού συστήματος (ιδιαίτερα της 3^{ης} κοιλίας) και των υπαραχνοειδών χώρων, γενικευμένη διερεύνηση των αυλάκων και των σχισμών του εγκεφάλου, γενικευμένη ατροφία των ελίκων του μετωπιαίου, του κροταφικού και του ινιακού λοβού, ασαφής διαχωρισμός της φαιάς από την λευκή ουσία και πολλαπλές υποπυκνωτικές περιοχές, κυρίως στην περιοχή του ιππόκαμπου αλλά και στον μετωπιαίο και κροταφικό λοβό.

Η απεικόνιση της ατροφίας του ιππόκαμπου με MRI θα μπορούσε να αποτελέσει στοιχείο για την διαφοροδιάγνωση της ΝΑ από την Πολυεμφραγματική Άνοια και την φυσιολογική γεροντική ατροφία λόγω γήρατος.^{60,61} Υποστηρίζετε ακόμη ότι ο ογκομετρικός υπολογισμός της μάζας του ιππόκαμπου και των αμυγδαλών με MRI, και όχι μόνο της επιφάνειας των δομών τους, θα μπορούσε να είναι ακριβέστερο διαγνωστικό κριτήριο αφού αυξάνει την ακρίβεια της μεθόδου από το 80%, που ισχύει για την απλή MRI, σε 92%.^{60,61}

Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων PET (Positron Emission Tomography) και SPECT (Single Photon Computed Tomography)

Οι τεχνικές PET και SPECT μελετούν την λειτουργικότητα του εγκεφάλου αποκαλύπτοντας δυσλειτουργικές περιοχές του εγκεφάλου τις οποίες αδυνατεί να απεικονίσει η CT και η MRI. Για το λόγω αυτό αποτελούν σημαντικό βοήθημα για την πρόιμη διάγνωση της ΝΑ.

Η PET βασίζεται στο γεγονός ότι, οι ιστοί αυξημένης ή ελαττωμένης λειτουργικότητας παρουσιάζουν αντίστοιχα, αυξημένες ή ελαττωμένες: α) μεταβολική δραστηριότητα, β) κατανάλωση οξυγόνου και γ) ροή και όγκο αίματος. Έτσι με την χορήγηση φθοριωμένης δεοξυγλυκόζης διαπιστώνονται περιοχές του

εγκεφάλου στις οποίες, λόγω ελαττωμένης λειτουργικότητας, εντοπίζεται χαμηλός μεταβολισμός γλυκόζης (rCMglu) και ελάττωση της κατανάλωσης οξυγόνου. Στη ΝΑ παρατηρείται ελαττωμένη (rCMglu) στους βρεγματικούς φλοιούς, στη έσω επιφάνεια του κροταφικού λοβού, και ιδιαίτερα στον ιππόκαμπο. Επίσης, το επίπεδο κατανάλωσης O₂ (rCMO₂) παρουσιάζει μείωση στον κροταφικό και τον βρεγματικό λοβό. Σε κάποιες ομάδες μπορεί να παρουσιαστεί μειωμένος μεταβολισμός στις ρινοεγκεφαλικές και μετωπιαίες περιοχές.

Η εικόνα επί ΝΑ είναι διαφορετική από αυτή της γεροντικής ατροφίας. Στην τελευταία παρατηρείτε συνολική ελάττωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου, χωρίς να συνοδεύετε από την αντίστοιχη μείωση της κατανάλωσης οξυγόνου ή του μεταβολισμού. Διαφορετική εξάλλου είναι και η εικόνα επί Πολυεμφραγματικής Άνοιας, όπου μειωμένος μεταβολισμός της γλυκόζης είναι διάχυτος, χωρίς να εντοπίζεται στις κροταφοβρεγματικές περιοχές.

Η SPECT μελετά την λειτουργικότητα του εγκεφάλου με μονοφωτονική κάμερα εκπομπής, απεικονίζοντας την τοπική αιματική εγκεφαλική ροή (rCBF) με την χρήση λιπόφιλων ραδιοσημασμένων φαρμάκων, ικανών να διαπεράσουν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό. Είναι πιο προσιτή οικονομικά από την PET και χαρακτηρίζεται ως « η PET των φτωχών». Παρουσιάζει μειωμένη ακρίβεια σε σχέση με αυτήν της PET, η οποία αντιρροπείται από την μεγάλη διαφορά κόστους των δύο τεχνικών.

Λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία fMRI (Functional MRI)

Η Λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία fMRI, είναι τεχνική που χαρτογραφεί ταυτόχρονα με τις ανατομικές δομές του εγκεφάλου τις τοπικές αιμοδυναμικές αλλαγές που συμβαίνουν όταν επιτελείτε κάποια εγκεφαλική λειτουργία. Η τοπική αύξηση της αιματικής ροής που συνοδεύει νευρωνική δραστηριότητα είναι παράλληλη με την ελάττωση της δεοξυαιμοσφαιρίνης. Η δεοξυαιμοσφαιρίνη, η οποία αναφέρεται ως «ενδογενής σκιαστικός παράγοντας», είναι παραμαγνητική ουσία και λόγω της ιδιότητας αυτής, είναι πηγή του ανιχνεύσιμου σήματος για την fMRI.

Πλεονεκτήματα της μεθόδου είναι ότι, δεν χρειάζεται εξωγενές ραδιενεργό ή σκιαστικό, ο χρόνος σάρωσης είναι μικρός και έχει καλή ανάλυση εικόνας.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

3.1 ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί σημαντική πρόοδος στην κατανόηση της παθογένειας και της παθοφυσιολογίας της ΝΑ και αυτό έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη νέων θεραπευτικών στρατηγικών και στην εισαγωγή διάφορων φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων με στόχο τα νοητικά και νευροψυχιατρικά συμπτώματα.

Είναι ευρέως γνωστό ότι η εγκεφαλική πλαστικότητα στη νεαρή ηλικία εξαρτάται άμεσα από την ποσότητα και την ποιότητα των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος. Μελέτες με αντικείμενο την εκμάθηση δεύτερης γλώσσας έχουν δείξει ότι οδηγεί σε φλουική επανοργάνωση. Μερικά χρόνια πριν δεν φανταζόμασταν ότι θα μπορούσαμε να περιμένουμε βελτίωση της εγκεφαλικής λειτουργίας σε μεγαλύτερες ηλικίες. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η άποψη της κεντρικής υπόθεσης, ότι νέα εγκεφαλικά κύτταρα δεν μπορούν να εμφανιστούν στην ενηλικίωση, δεν είναι αληθής. Σε αμφότερα, ανθρώπους και ζώα, πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι νέα κύτταρα μπορούν πράγματι να εμφανισθούν στον ιππόκαμπο.⁶² Το εύρημα ακολουθεί μια επαναστατική ανακάλυψη της τελευταίας δεκαετίας - τη δήλωση/απόδειξη ότι ο ενήλικας/ώριμος εγκέφαλος παρουσιάζει μεγάλη "εμπειριοεξαρτώμενη" αλλαγή στα νευρωνικά κυκλώματα, περιλαμβανομένων των δενδριτικών και αξονικών εκβλαστήσεων.

Θα πρέπει να γνωρίζουμε ότι η χρήση θεραπείας της συμπεριφοράς και συμπεριφορικών προσεγγίσεων που αφορούν στην εφαρμογή αρχών εκμάθησης έχουν φανεί αποτελεσματικά ως παρεμβατικές τεχνικές στους ενήλικες για ποικίλα προβλήματα σε διάφορα περιβάλλοντα. Για παράδειγμα, πρόγραμμα εντατικής

νοητικής θεραπείας σε εκτελεστικές λειτουργίες σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και παρεμβάσεις σε σύγχυση και άνοια όπως ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα.

Μερικές ΑΡΧΕΣ περιγράφονται παρακάτω:

- Όταν χρησιμοποιούνται συμπεριφορικές προσεγγίσεις, είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι η συμπεριφορά των οργανισμών διατηρείται από την ενίσχυση.
- Εάν ένα άτομο προβάλλει μια συμπεριφορά, είναι επειδή αυτή εξυπηρετεί κάποια ανάγκη. Για να αλλάξει η συμπεριφορά είτε θα πρέπει η ανάγκη να ικανοποιηθεί από διαφορετική συμπεριφορά, ή η συμπεριφορά να έχει διαφορετική συνέπεια.
- Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις είναι εξαιρετικά δυνατές στο να διατηρούν και να αλλάζουν συμπεριφορά.
- Για σκόπιμη αλλαγή συμπεριφοράς, είναι σημαντικό να έχει κανείς υπόψη ότι η εξυπηρέτηση αναγκών από διαφορετική ειδική συμπεριφορά ή η ενίσχυση μιας νέας συμπεριφοράς πρέπει να είναι συνεχής από το καθημερινό ημερήσιο περιβάλλον.
- Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις είναι συχνά η πρώτη επιλογή στην αντιμετώπιση ηπιότερων συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων άνοιας, αν και υπάρχει περιορισμένη έρευνα που να υποστηρίζει τη χρήση αυτών των παρεμβάσεων.
- Παρά το γεγονός ότι η έρευνα υποστηρίζει την αποτελεσματικότητα συμπεριφορικών παρεμβάσεων για ειδικά συμπεριφορικά προβλήματα, τέτοιες στρατηγικές δεν έχουν ευρεία χρήση στην κατ' οίκον νοσηλεία.
- Ένας άλλος λόγος για την περιορισμένη χρήση συμπεριφορικών προσεγγίσεων μπορεί να είναι το ότι οι επισκέπτες υγείας/επαγγελματίες περιθάλποντες δεν είναι ενημερωμένοι με την πιθανή αποτελεσματικότητα τέτοιων παρεμβάσεων.
- Άλλοι λόγοι για την περιορισμένη χρήση συμπεριφορικών προσεγγίσεων σε μονάδες μακροχρόνιας φροντίδας μπορεί να είναι το ότι η εφαρμογή απαιτεί, όχι μόνο την εκπαίδευση του περιθάλποντος

αλλά και τη συνεχή διατήρηση των κατάλληλων περιβαλλοντικών συνθηκών.

- Για μέτρια έως οξεία συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα άνοιας, η φαρμακευτική αγωγή είναι σαφώς ενδεδειγμένη, συχνά (αν και όχι πάντα) σε συνδυασμό με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Όμως η απόφαση της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να ληφθεί προσεκτικά και η όποια αγωγή θα πρέπει να παρακολουθηθεί και να προσαρμοστεί ανάλογα.
- Οι ασθενείς με άνοια μπορεί να γίνουν φοβικοί, αγχώδεις ή ανήσυχοι γιατί δεν μπορούν να δουν ή να ακούσουν το περιβάλλον. Έτσι, οι ασθενείς χρήζουν εξέτασης σε επίπεδο ρουτίνας για την εκτίμηση της όρασης και της ακοής.
- Περιβαλλοντικές παρεμβάσεις είναι επίσης πολύ βοηθητικές. Το ιδανικό περιβάλλον για έναν ασθενή είναι αυτό που είναι σταθερό, μη στρεσογόνο και οικείο.
- Μια γενική προσέγγιση περιλαμβάνει: α) αναγνώριση του στόχου των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων της άνοιας, β) συλλογή πληροφοριών για τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, γ) αναγνώριση των πυροδοτούμενων ή συνεπαγόμενων γεγονότων ειδικού συμπτώματος, δ) τοποθέτηση ρεαλιστικών στόχων και οργάνωση σχεδίου, ε) ενθάρρυνση των περιθαλπόντων για να ανταμείβουν τους εαυτούς τους και τους άλλους με την επίτευξη στόχων, στ) συνεχή εκτίμηση και τροποποίηση σχεδίων.

ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που διέπουν τη φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από ΝΑ, είναι δύσκολο να περιγραφούν διότι αποτελεί ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων, τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει:

A) Τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για την μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα.

B) Τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα, την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

- Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.
- Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση.
- Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται.

Η Νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με ΝΑ λαμβάνει χώρα:

A) Στο Νοσοκομείο, όπου νοσηλεύονται ασθενείς τόσο για την ίδια την νόσο (διάγνωση, εκτίμηση της βαρύτητας, διερεύνηση), όσο και για άλλες παθολογικές ή χειρουργικές παθήσεις πάσχοντας ταυτόχρονα και από ΝΑ.

B) Σε οίκους ευγηρίας.

Γ) Στο σπίτι (νοσηλεία κατ' οίκον).

Δ) Σε νοσοκομεία ημέρας.

Ε) Σε άλλες κοινωνικοπολιτιστικές δομές (ΚΑΠΗ, σύλλογοι κ.α.).

Αντικείμενο της νοσηλευτικής φροντίδας, αποτελούν τα συμπτώματα της νόσου, οι επιπλοκές, η φαρμακευτική αγωγή, η εκπαίδευση και η υποστήριξη άρρωστου και οικογένειας.

3.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Φαρμακευτική θεραπεία της νόσου Alzheimer

Οι στόχοι της φαρμακευτικής αντιμετώπισης είναι η διατήρηση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων, η ελαχιστοποίηση των συμπεριφορικών διαταραχών και η επιβράδυνση της πορείας της νόσου.⁶³ Δεν υπάρχει αγωγή που μπορεί να σταματήσει την εξέλιξη της ΝΑ.

Η πρώτη κατηγορία φαρμάκων με έγκριση για την αντιμετώπιση της νόσου είναι οι αναστολείς των χολινεστερασών. Η donepezίλη είναι εκλεκτικός αναστρέψιμος αναστολέας της ακετυλοχολινεστεράσης (AChE), η ριβαστιγμίνη αναστέλει και την AChE και την βουτυρυλοχολινεστεράση (BuChE) και τέλος η ριβαστιγμίνη είναι ταυτόχρονα αναστολέας της AChE και τροποποιητής των νικοτινικών υποδοχέων.¹ Η μεμαντίνη, δρα με διαφορετικό τρόπο σε σχέση με τους αναστολείς. Πιο συγκεκριμένα, ανταγωνίζεται τους NMDA υποδοχείς, αναστέλλοντας έτσι την παθολογική ενεργοποίηση των υποδοχέων NMDA λόγω αυξημένων επιπέδων γλουταμινικού στη συναπτική σχισμή.^{1,64}

Οι αναστολείς των χολινεστερασών έχουν ένδειξη για την ήπια έως μέτρια ΝΑ και σε αρκετές μελέτες έχει φανεί πως μειώνουν την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, και πως βελτιώνουν την λειτουργικότητα του ασθενούς, μειώνουν τις διαταραχές της συμπεριφοράς και καθυστερούν τον χρόνο εισαγωγής του ασθενούς σε ίδρυμα.^{1,64}

Οι ανεπιθύμητες ενέργειες των αναστολέων των χολινεστερασών σχετίζονται με την χολινεργική τους δράση με συχνότερες παρενέργειες από το γαστρεντερικό (ναυτία, έμετος, διάρροια, κοιλιακό άλγος), κεφαλαλγία, κόπωση, ανορεξία, απώλεια βάρους και ακράτεια ούρων.⁶⁴

Μη φαρμακευτική θεραπεία της ΝΑ

Σε μια από τις πιο πρόσφατες ανασκοπήσεις πάνω στη θεραπεία των ανοϊκών συνδρόμων, οι ερευνητές καταλήγουν στο ότι καθώς η φαρμακευτική θεραπεία μειώνει απλά την επιδείνωση της νόσου, η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός με

μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις.⁶⁵ Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις δεν αποτελούν απλά συμπληρωματική θεραπεία αλλά θεραπεία εκλογής.

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις χωρίζονται σε αυτές που απευθύνονται στους ίδιους τους ασθενείς και σε αυτές που απευθύνονται στους φροντιστές των ασθενών ή και τους δυο. Υπάρχουν κάποιες αρχές που πρέπει να εφαρμόζονται προκειμένου οι παρεμβάσεις να έχουν το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα. Αυτές είναι:⁶⁶

- Η καλή εκτίμηση γνωστικής, λειτουργικής και συμπεριφορικής κατάστασης του ασθενούς.
- Η εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του φροντιστή.
- Η εκτίμηση των προβλημάτων του ασθενή που επιδεινώνουν περισσότερο την ποιότητα ζωής του καθώς και αυτών που επιβαρύνουν περισσότερο τον φροντιστή.
- Η λήψη καλού κοινωνικού ιστορικού με έμφαση στα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα του ασθενούς και περιθάλποντα, καθώς και στη μεταξύ τους σχέση.
- Το να τίθενται ρεαλιστικοί στόχοι. Ο θεραπευτής έχει πάντα την πρωτοβουλία. Οι παρεμβάσεις βασίζονται κυρίως στους δικούς του χειρισμούς.
- Το να αντιμετωπίζεται ο ασθενής σαν άτομο με προσωπικότητα.

Οι μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις στη άνοια μπορεί να κατηγοριοποιηθούν σε α) γνωστικές παρεμβάσεις, β) εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις, γ) μεθόδους αναμνήσεων, δ) μουσικοθεραπευτικές και ε) άλλες εξειδικευμένες παρεμβάσεις. Στην πραγματικότητα, οι περισσότερες από τις παρεμβάσεις που εφαρμόζονται είναι σύνθετες, υιοθετώντας δύο ή παραπάνω από αυτές τις κατηγορίες.

Οι γνωστικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ενημέρωση πάνω στη νόσο, ενίσχυση της ευαισθησίας, ασκήσεις χαλάρωσης, παιχνίδια ρόλων, αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, ενεργοποίηση συμπεριφορών, ευχάριστες δραστηριότητες, εκπαιδευτική θεραπεία, ασκήσεις προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο, ασκήσεις μνήμης. Συχνά συνδυάζονται με μουσική και πρόγραμμα άσκησης. Μπορούν να συμμετάσχουν συγγενείς και φίλοι κατά τη διάρκεια της

θεραπείας και η οικογένεια να υποστηρίζεται συνεχώς μέσω ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.⁶⁷

Μια ανασκόπηση μελετών πάνω στις εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις στην άνοια, έδειξε πως οδήγησαν σε μέτρια βελτίωση στην υποκειμενική ευεξία, την επικοινωνία, τις γλωσσικές λειτουργίες και τα προβλήματα συμπεριφοράς.⁶⁸

Ακόμα, η μέθοδος αναμνήσεων μπορεί να βελτιώσει τη γνωστική έκπτωση, τη διάθεση και την συμπεριφορά των ασθενών.⁶⁹ Αν και έχουν μελετηθεί λιγότερο, υπάρχει περιορισμένος αριθμός μελετών που ενισχύει τη εφαρμογή και άλλων πιο εξειδικευμένων παρεμβάσεων όπως: μουσικοθεραπεία, πρόγραμμα βάδισης, φυσική άσκηση και φυσικοθεραπεία, θεραπεία με κατοικίδια ζώα, θεραπευτικοί κήποι, αισθητηριακά ερεθίσματα και θεραπεία έντονου φωτισμού.

3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η παρέμβαση στην οικογένεια την ανακουφίζει από την επιβάρυνση και βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, περιλαμβάνει τους εξής τομείς:⁷⁰

1. Ενημέρωση:

- Φύση της νόσου
- Πορεία/ στάδια της νόσου,
- Προβλήματα συμπεριφοράς – συναισθήματος
- Αποτελέσματα της νόσου

2. Εκπαίδευση

- Κατάλληλες φροντίδες

3. Συμμετοχή στη θεραπευτική προσπάθεια

- Τακτικές επισκέψεις στην ιατρική ομάδα ή σε μέλη της (κάθε φορά αξιολόγηση ασθενούς και φροντιστή για συναισθηματική υποστήριξη, ενημέρωση για φάρμακα/ προσδοκίες)

4. Ομάδες υποστήριξης και εθελοντικές οργανώσεις

- Συναισθηματική υποστήριξη
- Ενημέρωση για υπηρεσίες υγείας, πρόνοιας, ασφάλισης και δικαιώματα
- Εκμάθηση φροντίδας

- Υπηρεσίες (βοήθεια σε ψώνια, μαγείρεμα, λογαριασμούς, καθαριότητα, πλύσιμο, σιδέρωμα ρούχων, μετακίνηση, βοηθητικός φροντιστής συνοδός σε εξόδους, εκπαίδευση του συζύγου, φιλικές επισκέψεις, παρέμβαση στην κρίση).
5. Υποστηρικτικές/ ανακουφιστικές παρεμβάσεις
- Ημερήσια περίθαλψη.
 - Προσωρινή διαμονή σε διαμερίσματα
 - Εύκολη παραπομπή σε διαθέσιμα κρεβάτια για όποια προβλήματα
6. Ψυχολογική βοήθεια στους φροντιστές
- Η καλή ψυχολογική κατάσταση του φροντιστή βοηθάει την παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή.
7. Υποστήριξη στη λήψη απόφασης για μεταφορά του ασθενούς σε ίδρυμα.

3.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ

Ο λόγος βέβαια που γίνεται για τη νόσο Alzheimer, αφορά κυρίως τους ηλικιωμένους. Τα ηλικιωμένα άτομα είναι ιδιαίτερα επιρρεπή στην ανησυχία που δημιουργείται λόγω της ύπαρξης ενός ξένου περιβάλλοντος, από το οποίο απουσιάζει η οργάνωση. Οι άνθρωποι εκτιμούν τη τάξη, τη ρουτίνα και το ρυθμό στη καθημερινή ζωή τους και προοδεύουν πιο εύκολα σε ένα περιβάλλον όπου πιστεύουν ότι υπάρχουν η ασφάλεια και η αίσθηση του ατόμου ως μέλους ενός συνόλου, αν και χρειάζεται να τονισθεί ότι η τάξη και η ρουτίνα έχουν μεγαλύτερη σημασία σε ορισμένους ανθρώπους από ότι σε άλλους. Κατά τα πρώιμα στάδια εμφάνισης της νόσου θα ήταν το ιδανικό σενάριο αναγνώρισης, της άνοιας ώστε να μπορεί να δοθεί κατάλληλη υποστήριξη. Ωστόσο οι διάφορες υποστηρικτικές υπηρεσίες κατευθύνονται συχνότερα προς τις παρεμβάσεις κατά τα όψιμα στάδια της ασθένειας και κατά τη διάρκεια περιόδων κρίσεων.

Οι ασθενείς με ΝΑ, κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο σπίτι, δέχονται τη φροντίδα των οικείων τους, μέχρι ωσότου οι δεύτεροι εξαντληθούν και αναζητήσουν τη βοήθεια των νοσηλευτών από κάποιο ίδρυμα. Εντασσόμενοι σε ίδρυμα νοσηλείας ή γηροκομείο, περνούν το περισσότερο χρόνο με το νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι είναι απαραίτητη η ευαισθητοποίηση, η εκπαίδευση, η ειδίκευση στη γεροντολογική νοσηλευτική και στη ψυχικής υγείας, όπως επίσης και η συνεχόμενη επιμόρφωση του νοσηλευτικού προσωπικού για να είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα ιδιαίτερα προβλήματα νοσηλείας των ασθενών με ΝΑ. Το ίδρυμα-γηροκομείο χορηγεί όχι μόνο νοσηλεία και ιατρική φροντίδα αλλά παροδικά και ένα σπίτι και σιγουριά. Η αντιμετώπιση του αρρώστου αρχίζει από τη στιγμή της εισόδου του στο νοσοκομείο, όπου θα πρέπει να υπάρχει κατάλληλο περιβάλλον για τις ανάγκες του. Η ασθένεια του τον καθιστά ανίκανο να προσαρμοστεί στο περιβάλλον επομένως ανίκανο να προσαρμοστεί και στο γηροκομείο-ίδρυμα. Οπότε το περιβάλλον είναι που πρέπει να προσαρμοστεί προς τον άρρωστο.

Οι παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία θεραπευτικής ατμόσφαιρας στο γηροκομείο είναι η δομή και η διευθέτηση του τμήματος. Οι περισσότεροι άρρωστοι αισθάνονται μια ευχάριστη έκπληξη όταν ανακαλύπτουν ότι τα τμήματα του νοσοκομείου μοιάζουν περισσότερο σαν σπίτι παρά σαν νοσοκομείο. Σε όλα τα τμήματα ο σκοπός πρέπει να είναι η δημιουργία μιας ατμόσφαιρας ζεστασιάς, άνεσης και χαλάρωσης. Τα χρώματα του δωματίου που διακοσμήθηκαν με γούστο, η φροντίδα στη διευθέτηση των επίπλων, σε εικόνες, τα λουλούδια βοηθούν και δίνουν στο τμήμα μια ατμόσφαιρα σπιτική. Σε μερικά νοσοκομεία συνηθίζεται διαφορετική διευθέτηση κάθε τμήματος, έτσι ώστε το καθένα να είναι κατάλληλο για μια ομάδα αρρώστων και μόνο. Ανάλογα με την περίπτωση της αρρώστιας ο ασθενής μεταφέρεται από τμήμα σε τμήμα καθώς χειροτερεύει η κατάσταση του, για την καλύτερη ασφάλεια του ιδίου. Μερικοί πιστεύουν ότι είναι ωφέλιμο για τον άρρωστο να παραμείνει σε ένα τμήμα σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Αυτό του δίνει χρόνο να μάθει καλά το προσωπικό, να δημιουργήσει σταθερές και διαρκείς σχέσεις με τους νοσηλευτές και τους άλλους ασθενείς. Το μέγεθος των τμημάτων έχει μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση του αρρώστου.⁷¹

Όσο χαμένος είναι ο ασθενής, τόσο μεγαλύτερη ανάγκη από βοήθεια χρειάζεται, ώστε ο διαταραγμένος ασθενής με ΝΑ μπορεί να ωφεληθεί από ένα μικρό τμήμα όπου είναι εκτεθειμένος μόνο σε λίγους ανθρώπους και όπου είναι εύκολο να καταλάβει τη διαρρύθμιση και να προσαρμοστεί στους χώρους του τμήματος. Εκεί ο άρρωστος αισθάνεται μεγάλη σιγουριά από το αίσθημα ότι είναι σωματικά ασφαλής γιατί συνοδεύεται πάντοτε από αξιόπιστο προσωπικό που γνωρίζει καλά. Ο δεύτερος παράγοντας που συντελεί στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η συμπεριφορά του προσωπικού. Η αντιμετώπιση της θεραπείας από τους ασθενείς εξαρτάται από τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού. Για την καλύτερη ασφάλεια των ασθενών με ΝΑ – κυρίως στα μεσαία στάδια- συνηθίζεται να κλειδώνονται οι θύρες εισόδου/εξόδου, ώστε να μην περιπλανώνται εκτός του ιδρύματος και από τον αποπροσανατολισμό τους να χαθούν. Ακόμα η ασφάλεια των κλειστών θυρών επιτρέπει στο νοσηλευτικό προσωπικό να δώσει όλη του την προσοχή στην ενεργητική θεραπευτική αντιμετώπιση παρά στη φύλαξη. Σε ένα κλειδωμένο τμήμα, οι ασθενείς μπορεί να γίνουν εξαιρετικά διαταραγμένοι. Ανησυχία, θυμός και πιθανόν βία μπορεί να απορρέουν από το γεγονός του κλειστού χώρου. Μπορεί ακόμα να αναπτύξουν απορριπτική συμπεριφορά στη νοσηλεύτρια ή νοσηλεύτη που κρατά το κλειδί. Γι' αυτόν τον λόγο τα ιδρύματα με κήπους και πολλά διακοσμητικά στοιχεία, βοηθούν στην ανακουφιστική αντιμετώπιση θεραπείας.⁷¹

Πολλοί ασθενείς αισθάνονται εξαιρετικά φοβισμένοι όταν εισάγονται στο νοσοκομείο είτε γιατί πιστεύουν ότι θα μείνουν εκεί για πάντα είτε γιατί απλά φοβούνται την απομάκρυνση των οικείων τους, στους οποίους πρωτύτερα στηρίζονταν. Παρόλα αυτά είναι δυνατό οι άρρωστοι με ΝΑ, να νοσηλεύονται σε κλειστά τμήματα και να είναι ευτυχείς εφόσον το νοσηλευτικό προσωπικό είναι ειδικευμένο στη γηριατρική νοσηλευτική. Οι γνώσεις του νοσηλευτικού προσωπικού συντελούν θετικά στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος που δίνει στον άρρωστο σωστή θεραπευτική αγωγή, χαρά, σιγουριά, άνεση, ενδιαφέρον, απασχόληση, στόχους, προγραμματισμό, φιλία, ζεστασιά, σπιτικό περιβάλλοντος, στενή διακριτική παρακολούθηση, ώρες αναψυχής και ώρες συνεργασίας. Τα ιδρύματα είναι επιμήκη κτήρια, όπου στο βάθος βρίσκονται τα δωμάτια ξεκούρασης και οι κλίνες, που είναι μόνο για ύπνο και οι πρώτοι θάλαμοι χρησιμοποιούνται για ημερήσια διαμονή, με χώρους αναψυχής, τραπεζαρία,

χώρους εργασίας, χώρους παιχνιδιών και εξωτερικό περιορισμένο περιβάλλον για περιπάτους με την επίβλεψη πάντα του νοσηλευτικού προσωπικού.

Τέλος η συνεργασία του προσωπικού, η οποία αφορά στην αρμονική λειτουργία ενός τμήματος βοηθά στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος. Η καλή συνεργασία προϋποθέτει την ύπαρξη σεβασμού, εμπιστοσύνης, αγάπης, διαλόγου κατανόησης, ευγένειας, συνέπειας, προθυμίας και διάθεσης από όλο το προσωπικό μεταξύ του με στόχο πάντα τον άρρωστο. Μια τέτοια συνεργασία , με όλα τα παραπάνω στοιχεία, δημιουργεί το ιδανικό θεραπευτικό περιβάλλον για τον κάθε άρρωστο και τον βοηθάει στη σταθεροποίηση της υγείας του. Παράλληλα βοηθάει το ίδιο το προσωπικό, που εργαζόμενο σε ένα καλά οργανωμένο και σωστά διοικούμενο - από τους ίδιους κυρίως – τμήμα, εισπράττει τεράστια ικανοποίηση για τη συμβολή του στη δημιουργία του ιδανικού θεραπευτικού περιβάλλοντος. Το αντίθετο, η μη συνεργασία, του προσωπικού καταλήγει με μαθηματική ακρίβεια στην ανυπαρξία θεραπευτικού περιβάλλοντος με καταστροφικές επιπτώσεις στον άρρωστο. Βασική λοιπόν αρχή κάθε νοσηλευτικής μονάδας πρέπει να είναι η ελεύθερη συζήτηση όλων των προβλημάτων μεταξύ του προσωπικού. Έτσι το προσωπικό θα αισθάνεται ασφαλές στις σχέσεις του με τους άλλους.

3.5 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

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.

Η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο είναι η τροφή και το νερό σε μελέτη με θέμα την επικοινωνία των ανοϊκών ασθενών-νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές δαπανούν μόνον 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 κοινωνική αντίδραση αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και τη φυσική του κατάσταση.

Οι νοσηλευτές στην προσπάθεια τους να επικοινωνήσουν με τους άλλους ανοϊκούς 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 παρακάτω οδηγίες:^{72,73}

- Να μιλάτε σε κανονικό τόνο.
- Να χρησιμοποιείται γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.
- Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοικτές ερωτήσεις.
- Να αποφεύγετε το απαγορευτικό «μη» και να δίνεται θετικές οδηγίες.
- Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
- Να δίνεται 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 κάνετε 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, τότε μην τον πιέζετε. Αν προσπαθήσετε ξανά με πιο απλές ερωτήσεις ίσως να ανταποκριθεί καλύτερα.
- Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που κάνετε με άλλους ανθρώπους.
- Να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στον ασθενή, διαφορετικά θα ζημιώσετε την συμπεριφορά του απέναντι σας.
- Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή

επικοινωνία με τον ασθενή.

Οι αναμνήσεις είναι ανακουφιστικό μέσο για τον ασθενή. Η υπενθύμιση γεγονότων που έχουν αποθηκευτεί στην μνήμη του λειτουργούν με δύο τρόπους :

- 1) Διαπιστώνουμε τι μπορεί να θυμηθεί ο ασθενής και
- 2) Πως αντιλαμβάνεται την φάση του κύκλου της ζωής του.

Η μουσική που συνήθιζε το άτομο να ακούει έχει βρεθεί ότι ηρεμεί, αλλάζει την διάθεση και τον ανακουφίζει από το άγχος και τον εκνευρισμό.

Το άγγιγμα με την αφή είναι προωθημένο μέσο επικοινωνίας και χαρακτηρίζεται ως δυναμική θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να μεταφέρει θετικά μηνύματα και να αυξήσει την λεκτική ικανότητα του ασθενή. Μπορεί ακόμα να συνοδεύεται με κινήσεις, όπως ένα χάδι, ένα απαλό χτύπημα στην πλάτη, ένα θερμό σφίξιμο του χεριού και τόσες άλλες μικρές αλλά τόσο σημαντικές πράξεις, που όμως προϋποθέτουν εμπιστοσύνη για να είναι αποτελεσματικές.^{72,73}

Σύμφωνα με καλά τεκμηριωμένες μελέτες το βάρος της φροντίδας του ηλικιωμένου ανοϊκού ασθενή το σηκώνει η οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλεία γίνεται περισσότερο σύνθετη και τούτο γιατί η επικοινωνία με τους οικείους του επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση. Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενή, σύζυγοι, αδέρφια, κ.α., στην προσπάθειά τους να παρέχουν άνεση και ασφάλεια, υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση.^{72,73}

Γι' αυτό καθήκον του νοσηλευτή είναι :

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους.
- Να παρέχει βοήθεια όπου είναι ανάγκη, για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή.
- Να παρέχει οδηγίες σχετικές με την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Να προτείνει να γραφούν τα στοιχεία του ασθενούς, η διεύθυνση και το τηλέφωνο, ώστε αν χαθεί να ειδοποιηθεί η οικογένεια.
- Να δώσει οδηγίες σχετικές με το διαιτολόγιο του ασθενή. Οι ερευνητές τοποθετούν την απώλεια βάρους ως σύμπτωμα της

νόσου και των γενικότερα ανοιών.

- Να συστήσει ειδικό έντυπο εκτιμήσεως της διατροφικής καταστάσεως του ασθενούς (Mini Nutritional Assessment-MNA)
- Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
- Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη με σκοπό την μείωση της συγκινησιακής και της σωματικής έντασης.

Τα άτομα που εμπλέκονται στην φροντίδα των θυμάτων της νόσου Alzheimer και της άνοιας είναι αναγκαίο να διαθέτουν ψυχικό σθένος και ηρωισμό. Και τούτο γιατί πολλές φορές δοκιμάζουν βαθιά οδύνη όταν βλέπουν ανθρώπινα πλάσματα να παλινδρομούν και χωρίς αναστολές να συμπεριφέρονται κατά τρόπο που ποτέ δεν θα τον ενέκριναν. Επομένως στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών αυτών πρέπει να περιληφθεί ειδική μέριμνα για εκείνους που παρέχουν φροντίδα.

3.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΟΡΓΑΝΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Παρά το γεγονός ότι η ΝΑ θεωρείται ένα ψυχιατρικό-νευρολογικό νόσημα, εμφανίζει πολλά οργανικά συμπτώματα και επιπλοκές, τις οποίες ο νοσηλευτής καλείται στα πλαίσια της φροντίδας προς τον άρρωστο να αντιμετωπίσει, ή ακόμα καλύτερα να προλάβει την εμφάνισή τους. Η απώλεια ελέγχου κινήσεων και συντονισμού, επιβάλλει την σωματική υποστήριξη του άρρωστου κατά την μετακίνηση του εντός και εκτός σπιτιού. Ιδιαίτερα απαραίτητη κρίνεται η λήψη μέτρων, όπως κάγκελα, μπάρες, βοηθητικές καρέκλες και ζώνες ανύψωσης για την χρήση του μπάνιου και της τουαλέτας.

Η καθαριότητα του άρρωστου ίσως να υπολείπεται, είτε γιατί ο ασθενής αδυνατεί να φροντίσει τον εαυτό του, είτε γιατί αμελεί, μη θεωρώντας το σαν κάτι απαραίτητο. Ο νοσηλευτής καλείται να φροντίσει και να διατηρήσει την καθαριότητα του άρρωστου, γεγονός που συμβάλλει στην οργανική και ψυχική υγεία, όπως και στην ενίσχυση των κοινωνικών σχέσεων και επαφών. Δεδομένου πως ο ασθενής σε προχωρημένα στάδια αδυνατεί να αξιολογήσει τις καιρικές συνθήκες και τον τρόπο ενδυμασίας του, ο νοσηλευτής μέριμνα και γι' αυτό, ώστε

ο άρρωστος να είναι ενδεδυμένος κατάλληλα και αξιοπρεπώς. Οι διαταραχές θρέψης μπορούν να οφείλονται είτε σε εγκεφαλική δυσλειτουργία, είτε σε κατάθλιψη, είτε γιατί ο ασθενής ξεχνά ή αμελεί να σιτιστεί. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί το βάρος του άρρωστου και τη διάθεση του για φαγητό. Επίσης απαραίτητη είναι η παρατήρηση για τυχόν δυσκολίες στην κατάποση που συνοδεύονται από βήχα και κίνδυνο πνιγμονής. Αναφέρεται πως μια από τις αιτίες θανάτου ασθενών με ΝΑ είναι η πνευμονία από εισρόφηση. Κατά συνέπεια χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην σίτιση ασθενών με δυσκαταποσία. Συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων και έγκαιρη αναφορά τυχόν αναπνευστικών προβλημάτων στο θεράποντα ιατρό κρίνονται απαραίτητα μέτρα για την έγκαιρη διάγνωση επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα.⁷⁴

Για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας που παρουσιάζουν μερικές φορές οι ασθενείς με ΝΑ λαμβάνονται μέτρα διατροφικά ή γίνεται χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων που χορηγούνται από το στόμα ή το ορθό. Η ακράτεια των ασθενών αυτών θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με μεγάλη προσοχή. Εάν απαιτούνται καθετηριασμοί λαμβάνονται όλα τα μέτρα για την πρόληψη των λοιμώξεων, πάντα στα πλαίσια μιας σχολαστικής υγιεινής. Η ακράτεια μπορεί να έχει ιδιαίτερα αρνητικές ψυχοκοινωνικές συνέπειες και μάλιστα σε ένα ασθενή με ΝΑ. Στις περιπτώσεις που ο ασθενής καθηλώνεται στο κρεβάτι (τελικά στάδια της νόσου) λαμβάνεται μέριμνα για πρόληψη των κατακλίσεων, των θρομβοεμβολικών επεισοδίων και της αγκύλωσης των αρθρώσεων.⁷⁴

Σε όλο το διάστημα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, μέλημα του Νοσηλευτή είναι η ορθή χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής. Εάν υπάρχουν και άλλες παθολογικές καταστάσεις που χρήζουν φαρμακευτικής θεραπείας ο νοσηλευτής παρακολουθεί για τυχόν αλληλεπιδράσεις των φάρμακων. Οφείλει γενικά να παρακολουθεί την πορεία της υγείας και των άλλων συστημάτων που ενδεχομένως να νοσούν, μέσα στα πλαίσια της ολιστικής και βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης του άρρωστου. Θα πρέπει να είναι ενημερωμένος και ικανός να διακρίνει καταστάσεις που επιβαρύνουν την ψυχική και διανοητική κατάσταση του άρρωστου, όπως ένα οργανικό ψυχοσύνδρομο εξαιτίας π.χ φαρμακευτικής αγωγής.⁷⁴

3.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Ν.Α

- Παρεμβάσεις για βελτίωση της νοητικής λειτουργίας:

Υπάρχουν διαφορετικές διαδικασίες για τη νοητική αντιμετώπιση στα πρώιμα, στα ήπια και στα ήπια έως μέτρια στάδια από ότι στα μέτρια έως σοβαρά στάδια. Αυτές οι παρεμβάσεις μπορεί να αποβούν χρήσιμες για όλα τα προβλήματα της άνοιας: διανοητική κατάσταση, δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, συμπεριφορά και φόρτος του περιβάλλοντα. Οι πιο συχνές παρεμβάσεις γίνονται με:

- Υποστηρικτικές ομάδες πρώιμου σταδίου απώλειας μνήμης

Αυτά τα προγράμματα παρουσιάζουν την ποικιλία υποστηρικτικών προγραμμάτων για ανθρώπους στα πρώιμα στάδια της ΝΑ και των οικογενειών τους. Καταδεικνύουν τη μοναδικότητα κάθε προγράμματος που περιλαμβάνει υπηρεσίες, έρευνα, μόρφωση, εκπαίδευση, υποστήριξη και κινητοποίηση μελών που δεν έχουν ξεκινήσει με προγράμματα πρώιμου σταδίου. Αν και υπήρχε ένα σημαντικό κενό στις υπηρεσίες για μεμονωμένα άτομα που έχουν διαγνωστεί ως πρώιμου σταδίου, τα προγράμματα τώρα παρέχουν παρακολούθηση και συμπλήρωμα στις φαρμακευτικές αγωγές. Αυτά τα προγράμματα έχουν το πρόσθετο όφελος να προσεγγίζουν τις οικογένειες που έχουν ασθενή σε πρώιμο στάδιο και να τις εξοικειώνουν με όλες τις υπηρεσίες για τη ΝΑ πιο έγκαιρα.

Ο στόχος κάποιων προγραμμάτων πρώιμου σταδίου είναι καταρχάς να στηρίζουν τις μορφωτικές, κοινωνικές, συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου (και της οικογένειας-περιβάλλοντα) στα πρώιμα στάδια της άνοιας με κύριο πρόβλημα την απώλεια της μνήμης, κατά δεύτερον να παρέχουν ένα ασφαλές και θετικό περιβάλλον ώστε το άτομο να εκφράζει τα συναισθήματα για τις απώλειες και να μάθει να οικοδομεί με τις δυνάμεις του και να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του ατόμου συμπεριλαμβάνοντάς το στο σχεδιασμό των μελλοντικών του αναγκών.⁷⁵

Θα μπορούσαμε να προτείνουμε ένα κατάλογο αντιμετώπισης της απώλειας μνήμης για κάθε ασθενή. Σε αυτόν τον κατάλογο κυρίως πρέπει να είναι ανοιχτός και τίμιος για την απώλεια της μνήμης του με τους ανθρώπους που συναντά, να

αποδέχεται την απώλεια της μνήμης του και να βρίσκει τρόπους να την ξεπερνά, να καθιερώσει μια απλή ρουτίνα και να προσκολληθεί σε αυτήν, να αναλάβει κάποιος που εμπιστεύεται το γεγονός της απώλειας της μνήμης του, κρατώντας τους φόβους του και τα συναισθήματά του κρυφά.

- **Μεθόδους εξυπηρέτησης της προσωπικής έκφρασης**

Αν και έχει υποθεθεί ότι τα άτομα με ΝΑ βιώνουν μια απώλεια του εαυτού τους ως αποτέλεσμα της ασθένειας, υπάρχει εύλογη αιτία να αμφισβητήσουμε αυτή την άποψη. Χρησιμοποιώντας το πλαίσιο της Κοινωνικής Δομικής Θεωρίας, γίνεται σαφές ότι οι πάσχοντες από ΝΑ, ακόμα και σε μέτρια έως σοβαρά στάδια της νόσου: α) μπορούν και βιώνουν και εκφράζουν την ατομικότητα με ποικίλους τρόπους, -λεκτική και μη-λεκτική επικοινωνία – β) είναι ευάλωτοι στις απώλειες κάποιων μορφών της ατομικότητας, αλλά αυτές οι απώλειες δεν σχετίζονται πάντοτε και υποχρεωτικά με τη νόσο, αλλά και με τους τρόπους που οι άλλοι υγιείς προσεγγίζουν και επικοινωνούν με τους ασθενείς με ΝΑ, γ) μπορούν να βοηθηθούν με μια ποικιλία τρόπων ώστε να αποφύγουν τέτοιες απώλειες της ατομικότητας.

Άλλες μέθοδοι βελτίωσης της επικοινωνίας και κατ' επέκταση της προσωπικής έκφρασης θεωρούνται οι εξής: η ομιλία τους και η κοινωνική επικοινωνία στις ομάδες στήριξης, ο γραπτός λόγος σε εργαστήρια γραφής, όταν οι συμμετέχοντες της ομάδας γράφουν και θυμούνται ενώ οι εκφράσεις τους με οπτικές φόρμες διαμέσου της θεραπείας τέχνης, βελτιώνει την επικοινωνία τους.

Ωστόσο η προσπάθεια αποκατάστασης ή μάλλον σταθεροποίησης (ασκήσεις μνήμης, χειρωνακτικές/δημιουργικές δραστηριότητες, βελτίωση αισθητικοκινητικών λειτουργιών και θεραπεία αυτοεξυπηρέτησης) αποδείχθηκε περισσότερο ικανή στη βελτίωση των νοητικών ικανοτήτων, της ψυχοκινητικής λειτουργικότητας, της συναισθηματικής ισορροπίας και της υποκειμενικής αίσθησης ευεξίας από ότι η λειτουργική αποκατάσταση (θεραπεία επαγγελματικής λειτουργικότητας, λογοθεραπεία και φυσιοθεραπεία).

- Αναπόληση (Reminiscence)

Υπάρχει ένα πρόγραμμα στην Ευρώπη "The age exchange training program" που είναι διεθνώς γνωστό για την ενασχόλησή του με την αναπόληση σε όλους τους

τομείς, περιλαμβανομένων θεάτρου, εκδόσεων, εκθέσεων, διαγενεαλογικών προγραμμάτων και εργαστηρίων εξάσκησης.. Η ανάμνηση ικανοτήτων εργασίας βοηθά στη γένεση ενεργοποιητικών και διασκεδαστικών δημιουργικών δραστηριοτήτων. Δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αναπτύσσουν κοινωνικές επαφές με άτομα διαφόρων ηλικιών και εθνικών προελεύσεων και εμπλουτίζει την προσωπική και επαγγελματική εργασιακή ικανοποίηση ενός ευρέως φάσματος περιθαλπόντων, δασκάλων και καλλιτεχνών. Κανείς μπορεί να μιλά για την αναπόληση από πολλές διαφορετικές οπτικές γωνίες: Η αναπόληση σαν εργαλείο επικοινωνίας ανάμεσα στον περιθάλλοντα και τον περιθαλπόμενο, η αναπόληση ως τρόπος επανενεργοποίησης της ταυτότητας του ατόμου καθώς και του περιθάλλοντα και η αναπόληση ως μέσο αίσθησης συνοχής με τον περιθάλλοντα και βοήθειας για την επιτυχή αντιμετώπιση της περιθάλησης.

Σε μια μελέτη η αναπόληση μείωσε την κατάθλιψη του περιθάλλοντα και βελτίωσε τη γνώμη του για την διάθεση και τη συμπεριφορά του περιθαλπόμενου. Η λειτουργικότητα του περιθαλπόμενου βελτιώθηκε σε δύο πεδία, την κοινωνικότητα και το περπάτημα.

- Φυσική άσκηση .

Από την Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών έχει ολοκληρωθεί ένα πρόγραμμα άσκησης με ασθενείς με νόσο Alzheimer που επιδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το οποίο έδειξε ότι οι ασθενείς με άνοια μπορεί να βοηθηθούν πάρα πολύ από τέτοια προγράμματα στα νοητικά, λειτουργικά και συμπεριφορικά συμπτώματα και να αλλάξει η ζωή τους.

Το πιο σημαντικό θέμα για τους ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer είναι η ικανότητα βάδισης μέχρι τα τελευταία στάδια. Μερικές φορές η ικανότητά τους να περπατούν ασταμάτητα μπορεί να θεωρηθεί διαταραχή για την οποία χορηγείται πολλές φορές φάρμακο. Αλλά αυτοί αισθάνονται ότι η κινητικότητά τους είναι η δύναμή τους. Μπορούμε να τη χρησιμοποιήσουμε για να τους βοηθήσουμε. Είναι κάτι που μπορούν να κάνουν αυτόνομα και είναι ένας τρόπος να αλληλεπιδρούν με τον κόσμο. Σίγουρα είναι ένας τρόπος προσωπικής έκφρασης αρκεί να μη προκαλεί σ' αυτούς ή σε άλλους κάποια προφανή βλάβη.⁷⁵

- Θεραπεία αξιολόγησης

Τώρα η θεραπεία αξιολόγησης είναι αναπόσπαστο κομμάτι του επικοινωνιακού μέρους και των τεχνικών ομαδικής θεραπείας γι' αυτούς που πάσχουν από άνοια. Επικεντρώνει περισσότερο στο συναισθηματικό, απ' ότι στο πραγματικό περιεχόμενο όσων λέγονται. Θεωρεί ότι η συμπεριφορά και ο λόγος των αποπροσανατολισμένων ανθρώπων έχει ένα βαθύτερο νόημα και ότι οι αποπροσανατολισμένοι ηλικιωμένοι γυρνούν στο παρελθόν σε μια προσπάθεια να λύσουν ανολοκλήρωτες αντιθέσεις εκφράζοντας παλαιότερα αισθήματα και να ξαναζήσουν τις αναμνήσεις τους. Η αξιολογητική προσέγγιση σημαίνει να αποδέχεσαι τα αισθήματα του ηλικιωμένου ανοϊκού ατόμου· να γνωρίζεις τις αναμνήσεις του, τις απώλειες και τις ανθρώπινες ανάγκες που βρίσκονται κάτω από τις συμπεριφορές του χωρίς να προσπαθείς να εισάγεις ή να εξαναγκάζεις νέες αντιλήψεις. Η θεραπεία αξιολόγησης περιλαμβάνει αρχές όπως: να αντανακλάς τα αισθήματα ενός ατόμου, να βοηθάς το άτομο να εκφράσει ανεκπλήρωτες ανθρώπινες ανάγκες, να αποκαθιστάς καλά εδραιωμένους κοινωνικούς ρόλους (οι οποίοι σε αντάλλαγμα βοηθούν την κινητοποίηση της έκφρασης κοινωνικών συμπεριφορών) διευκολύνοντας το αίσθημα της ευεξίας και ενεργοποιώντας την αλληλεπίδραση με τους άλλους.

- Παρεμβάσεις για βελτίωση της λειτουργικότητας

- Βελτίωση της διατροφής

Υπάρχουν μερικές αρχές που θα μπορούσαν να μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τη διατροφή: α) Πρέπει να γνωρίζουμε ότι όταν οι ασθενείς έχουν αλλαγές στην αντίληψη, μπορεί να σταματήσουν να τρώνε εξαιτίας παρανοϊκού και ψευδαισθητωσικού ιδεασμού για το φαγητό και τα υγρά. Τότε η θεραπεία της υποβόσκουσας ψυχωσικής διαδικασίας θα βοηθήσει. β) Το άτομο με άνοια μπορεί να τρώει από μόνο του για όσο διάστημα είναι δυνατό. Οι περιθάλποντες πρέπει να φροντίζουν το περιβάλλον στα γεύματα, το ίδιο το γεύμα, την προσέγγισή τους κατά το γεύμα, την εκτίμηση των νοητικών και φυσικών ικανοτήτων, την ικανότητα του ασθενούς να τρώει ανεξάρτητα, την όρεξη του ατόμου με άνοια και τη συναισθηματική του κατάσταση. Ίσως είναι αναγκαίες σύντομες, βήμα-βήμα

οδηγίες. Για κάποιον που είναι πιο εξασθενημένος, μπορεί επίσης να χρειαστεί ελαφρό χάδι στο μάγουλο σαν υπενθύμιση για να μασήσει το φαγητό.

- Θεραπευτικοί κήποι

Μέχρι πρόσφατα τα ιδρύματα παροχής φροντίδας για άτομα με νόσο του Alzheimer δεν έχουν εστιάσει στο εξωτερικό περιβάλλον και στην ανάγκη ενθάρρυνσης των ηλικιωμένων να ξοδεύουν χρόνο εκεί. Προσεκτικά σχεδιασμένα περιβάλλοντα ιδρυμάτων, είτε εσωτερικοί είτε εξωτερικοί χώροι, βοηθούν στη μείωση της διαταραγμένης συμπεριφοράς όπως είναι η οργή, η ανυπομονησία και οι περιπλανήσεις· φτωχά σχεδιασμένα περιβάλλοντα, αντίθετα, μπορούν να επισπεύσουν την οργή και να συνεισφέρουν στον αποπροσανατολισμό και τη σύγχυση.

- Θεραπεία με κατοικίδια ζώα

Δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να μπορούν να δείξουν τα ωφέλιμα αποτελέσματα της θεραπείας με κατοικίδια. Όμως στην καθημερινή κλινική πράξη ακούμε από περιθάλποντες ή επαγγελματίες υγείας ότι οι ασθενείς με άνοια φροντίζουν τα ζώα τους και παίζουν και επικοινωνούν μαζί τους, ακόμη και όταν δεν μπορούν να επικοινωνούν με τους οικείους τους.

- Παρεμβάσεις αυτοεξυπηρέτησης

Οι ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης αρχίζουν να εξαφανίζονται στα μεσαία στάδια της ΝΑ και συχνά είναι απύσες στα μετέπειτα στάδια. Οι γεροντολόγοι συμπεριφοράς απαιτούν εξάσκηση ικανοτήτων και τεχνικές επανενεργοποίησης, ώστε να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους ασθενείς να επανακτήσουν ικανότητες αυτοεξυπηρέτησης.

- Βελτίωση προσωπικής υγιεινής

Ένα αρκετά συχνό πρόβλημα στα άτομα με άνοια είναι η ακράτεια των ούρων ή/και των κοπράνων. Σε ανοϊκούς που ζουν μέσα στην κοινότητα αναφέρεται σε ποσοστό 37-57%, που είναι ίσο με το ποσοστό εμφάνισης ακράτειας

σε ηλικιωμένους που διαβιούν σε ιδρύματα (40- 60%). Η ακράτεια των ούρων ή/και των κοπράνων μπορεί να έχει επιβαρυντικά αποτελέσματα στη φυσική κατάσταση, την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και στο κόστος φροντίδας, και έτσι να αποτελεί επιπλέον φυσικό, συναισθηματικό και οικονομικό βάρος στη φροντίδα ασθενών με άνοια. Για παράδειγμα, η ακράτεια ούρων μπορεί να προκαλέσει τοπικές δερματικές φλεγμονές, συχνές ουρολοιμώξεις, ενώ η εμφάνισή της είναι συχνά το τελικό γεγονός που θα ωθήσει τους συγγενείς-περιθάλποντες να τοποθετήσουν τον ανοϊκό ασθενή σε κάποιο ίδρυμα για μόνιμη παραμονή.

Πέρα από τις όποιες θεραπευτικές παρεμβάσεις για την ακράτεια, είναι δυνατό να εφαρμοστούν συμπεριφορικά σχήματα για τη βελτίωσή της. Αυτά διαχωρίζονται σε εκείνα που εξαρτώνται από τον ασθενή και μπορούν να εφαρμοστούν στα πρώτα στάδια της νόσου (ασκήσεις του πυελικού εδάφους, διαδικασίες βιοανατροφοδότησης με ειδικό εξοπλισμό, εκπαίδευση συμπεριφοράς και εκπαίδευση της κύστης) και σε εκείνα που εξαρτώνται από τον περιθάλποντα και μπορούν να εφαρμοστούν ακόμη και σε προχωρημένα στάδια της νόσου (εκπαίδευση συνηθειών, προγραμματισμός επισκέψεων στην τουαλέτα σε τακτά χρονικά διαστήματα, θετική ενίσχυση, τεχνικές όπως ελαφρά χτυπήματα στο έσω μέρος των μηρών, μαλάξεις στην ηβική χώρα και κάμψη του κορμού προς τα μπροστά κατά την στιγμή της ούρησης). Ο συνεχής καθετηριασμός της κύστης πρέπει να αποφεύγεται με εξαίρεση τις περιπτώσεις που υπάρχουν επιπλοκές, φλεγμονή τραύματος ή μη ανεκτές διαταραχές της συμπεριφοράς που προκύπτουν από την ακράτεια.

- Παρεμβάσεις για τη βελτίωση των προβλημάτων συμπεριφοράς

Είναι αναγκαίο να διενεργείται φυσική εξέταση για τον αποκλεισμό κάποιας φυσικής νόσου και πλήρης ψυχιατρική εκτίμηση. Τα παραληρήματα και οι ψευδαισθήσεις καθώς και η κατάθλιψη είχαν ίση εμφάνιση σε άνδρες και γυναίκες. Παρόλα αυτά, οι άνδρες ήταν περισσότερο πιθανό να λάβουν αντιψυχωσική αγωγή. Υπάρχουν μερικές αρχές στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που περιλαμβάνουν την αναγνώριση του στόχου των διαταραχών της συμπεριφοράς, τη συλλογή πληροφοριών για τις διαταραχές αυτές, την αναγνώριση των πυροδοτήσεων ή των επακόλουθων γεγονότων ενός συμπτώματος. Η τοποθέτηση ρεαλιστικών στόχων

και η οργάνωση σχεδίων, η ενθάρρυνση των περιθαλπόντων να επιβραβεύουν τους εαυτούς τους και τους άλλους για την επίτευξη στόχων, και η συνεχής εκτίμηση και τροποποίηση πλάνων αντιμετώπισης όπως και η θεραπεία τέχνης.

Ιστορικά, οι τέχνες και οι ανθρωπιστικές επιστήμες σπάνια αναγνωρίστηκαν για τις δυνατότητές τους να προάγουν τη φροντίδα της υγείας και να προωθούν την ποιότητα της ζωής μέσα στα πεδία που παραδοσιακά φυλάσσονται για τις "σκληρές επιστήμες". Όμως, τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την αξία της μουσικής, της τέχνης και άλλων δημιουργικών θεραπειών στα άτομα με άνοια. Αυτές οι παρεμβάσεις είναι συνήθως πρώτης γραμμής αν και υπάρχουν περιορισμένες βιβλιογραφικές αναφορές που να υποστηρίζουν όλες αυτές τις παρεμβάσεις. Έχουν γίνει μεγάλα βήματα στη μελέτη της μουσικής όσον αφορά τα άτομα με άνοια. Η έρευνα έχει εστιαστεί σε δύο βασικές κατηγορίες μουσικής: α) κλασική μουσική χαλάρωσης για ομάδες ασθενών· και β) εξατομικευμένη ή προτιμώμενη μουσική για έναν προς έναν.

Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα που είναι τα περισσότερο υπεύθυνα για τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν: ήπια κατάθλιψη/απάθεια, περιπλάνηση/βηματισμούς, επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις. Συνήθως θα πρέπει να ξεκινάμε την παρέμβαση τροποποιώντας το περιβάλλον. Έπειτα παρεμβαίνουμε σε εκείνους τους παράγοντες που επιβαρύνουν τη συμπεριφορά, όπως κάποιος ενοχλητικός θόρυβος ή εξαιρετικά έντονος φωτισμός. Οι στρατηγικές, επίσης, θα πρέπει να βελτιώνουν την κοινωνική και φυσική ενεργοποίηση χρησιμοποιώντας από τις αναφερόμενες παραπάνω τεχνικές όπως η αξιολόγηση, η υποστήριξη και η αναπόληση. Όλες αυτές οι τεχνικές μπορούν να βοηθήσουν αυξάνοντας τη λειτουργικότητα και την ανεξαρτησία, επαυξάνοντας την επικοινωνία, προάγοντας μια αίσθηση ασφάλειας και προβλεψιμότητας, τροποποιώντας τη συμπεριφορά και βοηθώντας στη βελτίωση της διάθεσης.

Η θεραπευτική διαδικασία θα πρέπει, επίσης, να απευθύνεται στους περιθάλποντες. Οι θεράποντες ιατροί θα πρέπει να ενθαρρύνονται να εκπαιδεύουν περιθάλποντες και ασθενείς για τη διάγνωση, την πρόγνωση, τις φαρμακευτικές και τις μη φαρμακευτικές στρατηγικές που είναι πιθανό να αποδειχθούν πολύ χρήσιμες, αναγνωρίζοντας ότι οι περιθάλποντες έχουν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στο χειρισμό των προβλημάτων του ασθενούς.⁷⁶

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

4.1 1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ο κύριος Κ.Τ. είναι 80 ετών, διαγνώστηκε με νόσο Alzheimer και μένει μαζί με το γιό του. Ο γιός του δουλεύει σε πλήρη απασχόληση και περιστασιακά αφήνει τον πατέρα του στο κέντρο ημερήσιας φροντίδας. Ο γιός του μας λέει ότι ο πατέρας του βρίσκεται σε σύγχυση και απομόνωση το περισσότερο καιρό. Χρειάζεται υπενθύμιση για να φάει και να πάει για τουαλέτα και καθοδήγηση του προς το μέρος. Παρατηρούμε ότι ο κος Κ.Τ περιπλανιέται μόνος του και προσπαθεί να βγει έξω. Πρέπει να τον φέρνουμε πίσω πολλές φορές και νομίζει ότι η νοσηλεύτρια είναι η κόρη του και ο νοσηλευτής ο γιός του.

Ανάγκες/προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
- Διαταραχή της σκέψης- Παραληρητικές ιδέες.	- Συγκέντρωση και σκέψεις βασισμένες στην πραγματικότητα.	- Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης. - Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.		
	- Επαναφορά στο προηγούμενο επίπεδο γνωστικών λειτουργιών.	- Εστίαση στη πραγματικότητα σε σύντομες επαφές με τον ασθενή. - Προσανατολισμός στη πραγματικότητα.		
		- Εκπαίδευση στην αντιμετώπιση των ιδεών και του παραληρήματος.		
		- Παροχή ασφαλούς περιβάλλοντος.		

		<ul style="list-style-type: none"> - Χορήγηση Φ.Α. - Υποστήριξη και ενίσχυση της προσανατολισμένης και ορθολογιστικής σκέψης. - Εκπαίδευση της οικογένειας σε τεχνικές προσανατολισμένης στη πραγματικότητα. 		
<p>- Διαταραχή των νοητικών λειτουργιών και της μνήμης/Χρόνια σύγχυση σχετιζόμενη με τις διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής θα καταστεί λειτουργικός σε ικανοποιητικό επίπεδο για τον παρόντα βαθμό αποδιοργάνωσης των γνωσιακών λειτουργιών του. - Ο ασθενής θα ακολουθεί συγκεκριμένες οδηγίες 	<ul style="list-style-type: none"> - Συμμετοχή ασθενή σε απλά παιχνίδια μνήμης. - Ο νοσηλευτής συστήνει τον εαυτό του. - Χρήση καθαρής και αργής ομιλίας και σύντομων φράσεων. Επανάληψη των οδηγιών εφόσον χρειάζεται. 		<p>- Ο ασθενής συνεχώς συγχέει εσφαλμένα τα παιδιά του με τους νοσηλευτές. Αναγνωρίζει, ωστόσο, το πρόσωπο του ιατρού.</p>
	.	<ul style="list-style-type: none"> • Άμεση οπτική επαφή με τον ασθενή όταν του απευθύνεται ο λόγος. • Χρήση εικόνων για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας. - Συνέπεια στη προσέγγιση, ανάθεση της φροντίδας στο ίδιο προσωπικό και διατήρηση του ημερήσιου 		<p>- Η χρήση της αργής και σαφούς ομιλίας και οι επαναλήψεις διευκολύνουν τον ασθενή στην κατανόηση του λόγου.</p>

		<p>προγράμματος και της ρουτίνας.</p> <p>- Τα καθήκοντα πρέπει να διασπώνται σε πολλά βήματα και να ενθαρρύνεται η εκπλήρωση ενός βήματος κάθε φορά.</p>	
		<p>- Ενθάρρυνση για ανάκληση εικόνων από το παρελθόν.</p>	
			<p>- Η χρήση βελών, με κατεύθυνση προς κάθε δωμάτιο, αποδεικνύεται βοηθητική.</p> <p>- Ο ασθενής προσαρμόζεται καλύτερα, όταν τηρείται το ημερήσιο πρόγραμμα.</p> <p>- Σήμερα το πρωί, ο ασθενής ήταν σε θέση να βουρτσίσει τα δόντια του με καθοδήγηση βήμα προς βήμα.</p> <p>- Ο ασθενής απολαμβάνει να μιλάει για τη γάτα του.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Οι εκβάσεις επιτεύχθηκαν. · Το σχέδιο φροντίδας συνεχίζεται.

<p>- Έλλειμμα αυτοφροντίδας (μπάνιο,σίτιση) σχετιζόμενες με τις διαταραχές γνωσίας και τις αντίληψης.</p>	<p>- Ο ασθενής θα εκτελεί τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ανεξάρτητα ή με ελάχιστη βοήθεια από το φροντιστή.</p>	<p>- Αξιολόγηση της ικανότητας του ασθενούς για ανεξάρτητη εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων ή με ελάχιστη βοήθεια.</p> <p>- Ενθάρρυνση του ασθενούς για διατήρηση της ανεξαρτησίας στις καθημερινές δραστηριότητες.</p>	<p>- Ο ασθενής είναι ικανός να εκτελέσει περισσότερες καθημερινές του δραστηριότητες, αλλά χρειάζεται καθοδήγηση σε κάθε βήμα.</p>
		<p>- Ενίσχυση του ασθενούς να φοράει μόνοι τα ενδύματα του.</p>	
		<p>- Χρησιμοποίηση ενδυμάτων με φερμουάρ ή αυτοκόλλητα..</p>	<p>- Το παιδί αναφέρει ότι «όλα γίνονται ταχύτερα, όταν τα κάνει ο ίδιος», αλλά αναγνωρίζει τα πλεονεκτήματα της ανεξαρτησίας του γονιού του.</p>
		<p>- Επιβράβευση για κάθε επίτευξη στόχου.</p>	
		<p>- Χρήση απλών και άμεσων εξηγήσεων κατά την επίδειξη στον ασθενή συγκεκριμένης συμπεριφοράς που πρέπει να εκπληρώσει.</p>	
		<p>- Διατήρηση συγκεκριμένου προγράμματος για χρήση της τουαλέτας.</p>	<p>- Ο ασθενής συνήθως αναγνωρίζει τα ενδύματα του, αλλά χρειάζεται καθοδήγηση, για να ντυθεί. Χειρίζεται επιτυχώς τα αυτοκόλλητα.</p>
		<p>- Ενθάρρυνση λήψης τροφών που μπορεί ο χειρισμός τους να γίνει με τα δάχτυλα.</p>	<p>- Φαίνεται να απολαμβάνει τη συναναστροφή και τη συζήτηση με άλλα άτομα.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> · Ακολουθεί τις οδηγίες, αλλά σπάνια ζητάει βοήθεια. · Επισκέπτεται τη τουαλέτα κάθε 4 ώρες. Συνήθως δεν έχει ακράτεια. · Τρώει όλο το φαγητό του, εάν υπάρχει διαρκής παρακίνηση. Δυσκολεύεται να κόψει το κρέας με το μαχαιροπίρουνο. · Οι εκβάσεις επιτεύχθηκαν. · Το σχέδιο φροντίδας συνεχίζεται.
--	--	--	--

Απόσυρση/ Διαταραγμένη	· Ο ασθενής θα συμμετάσχει σε ομαδικές	· Αξιολόγηση των προτύπων κοινωνικής δραστηριότητας, που προτιμούσε ο ασθενής στο	- Η κοινωνική επαφή περιορίζεται συνήθως στα
---------------------------	--	---	--

<p>κοινωνική αλληλεπίδραση σχετιζόμενη με το άγχος, την κατάθλιψη, την απάθεια και τη σύγχυση.</p>	<p>δραστηριότητες.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής θα επιδειξει κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. • Μείωση του άγχους. 	<p>παρελθόν.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παροχή απλών ομαδικών δραστηριοτήτων, όπως το τραγούδι και διάφορες δεξιότητες (π.χ. τέχνη). • Παραμονή κοντά στον ασθενή στη διάρκεια των ομαδικών δραστηριοτήτων, εφόσον χρειάζεται. <p>- Αποφυγή πίεσης του ασθενούς, να συμμετάσχει στην ομάδα, εφόσον έχει γίνει ευερέθιστος.</p>	<p>μέλη της οικογένειας. Περιστασιακά πηγαίνει στην εκκλησία.</p> <p>- Φαίνεται να απολαμβάνει τις βραδινές προβολές και τα μουσικά σχήματα.</p>
		<p>- Βαθμιαία ενίσχυση της κοινωνικής συναστροφής με άλλα μέλη του προσωπικού και ασθενείς.</p>	<p>- Δεν αρχίζει το διάλογο, αλλά ανταποκρίνεται, εάν του μιλήσουν.</p>
		<p>- Υπενθύμιση, αλλά χωρίς εστίαση σε γεγονότα της ημέρας.</p> <p>- Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.</p>	<p>- Σήμερα συμφώνησε πρόθυμα να λάβει μέρος σε όλες τις δραστηριότητες.</p>
		<p>- Ανάπτυξη σχέση εμπιστοσύνης.</p>	<p>- Κάθεται σε άλλους, αλλά δεν αρχίζει καμιά συνομιλία.</p>
		<p>- Ενθάρρυνση έκφρασης σκέψεων και συναισθημάτων.</p> <p>- Διδασκαλία τεχνικών χαλάρωσης και αναπνοής.</p>	
		<p>- Συχνές ατομικές συναντήσεις με προσωπικό νοσηλεύτη.</p>	<p>- Μιλάει με άλλους</p>

		- Συνεργασία με ψυχολόγο-εργοθεραπευτή.	ασθενείς, εάν του απευθύνουν το λόγο.
		- Ενθάρρυνση για παρακολούθηση των προγραμμάτων και συμμετοχή στις ομάδες που παρέχονται στην κλινική.	- Χαμογελάει και φαίνεται ευτυχισμένος, όταν αναφέρεται στη γάτα του. · Οι εκβάσεις επιτεύχθηκαν. Το σχέδιο φροντίδας συνεχίζεται.

- Κίνδυνος για άγχος εκπλήρωσης του	- Ο φροντιστής θα εκφράσει τρόπους εκτέλεσης του	- Αξιολόγηση της δυνατότητας του φροντιστή να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενούς.	- Το παιδί εκφράζει την προθυμία του να
ρόλου του φροντιστή, σχετιζόμενος με τις υπερβολικές συναισθηματικές και σωματικές ανάγκες, την ανησυχία για την ασφάλεια του γονιού και την απομόνωση του φροντιστή.	ρόλου του φροντιστή, χωρίς να εξαντλείται. - Ο φροντιστής θα εκφράσει ανοιχτά τα συναισθήματά του.	· Προσεκτική ακρόαση των φόβων και των ανησυχιών του. · Εκπαίδευση του παιδιού σχετικά με τις γνωσιακές διαταραχές και τα γνωσιακά ελλείμματα του ασθενούς. · Ενίσχυση του παιδιού να αντιμετωπίσει με ρεαλισμό την πρόγνωση του αγαπημένου του γονιού.	συνεχίσει να βοηθάει το γονιό του, αλλά εργάζεται με πλήρη απασχόληση. - Εκφράζει φόβους για την ασφάλεια του γονιού του, ανησυχεί για τις περιπλανήσεις του. - Στο παιδί δόθηκαν

		- Ενημέρωση σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες στην κοινότητα, όπως είναι η βοήθεια στο σπίτι.	γραφτώς πληροφορίες και συζητήθηκαν οι
			διαταραχές των
		- Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης.	γνωσιακών λειτουργιών.
		- Ενίσχυση του παιδιού για τη φροντίδα της δικής του υγείας.	- Το παιδί εκφράζει με αβεβαιότητα το μέλλον. Γνωρίζει ότι η κατάσταση του γονιού του θα επιδεινωθεί.
			· Παραπέμφθηκε σε ομάδες φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer.
			· Το παιδί συζητά για τη βοήθεια στο σπίτι και σχεδιάζει να κάνει μικρά διαλείμματα. Το σχέδιο φροντίδας συνεχίζεται.

<p>- Άγνωστο περιβάλλον/ περιπλάνηση σχετιζόμενη με τη γνωσιακή διαταραχή και την απώλεια της κριτικής ικανότητας.</p>	<p>- Ο ασθενής θα παραμείνει εντός των συνόρων του κέντρου (ή της οικογενειακής κατοικίας), εκτός εάν συνοδεύεται από άλλους.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Περιορισμός του ασθενούς σε χώρο με μειωμένη πρόσβαση. • Τοποθέτηση πολύπλοκων κλειδαριών στις πόρτες. • Παροχή πρόσβασης σε περιφραγμένη αυλή. • Χρήση βραχιολιών με τα στοιχεία του ασθενούς και συρραφή στα ενδύματα του ετικετών με το όνομα του. • Ανάρτηση πινακίων στις πόρτες των δωματίων. • Απομάκρυνση από το οπτικό του πεδίο αντικειμένων που τον παρακινούν (π.χ. κλειδιά αυτοκινήτου, πανωφόρια). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής παρέμεινε ασφαλής στο κέντρο. Το πρωί βγήκε στην αυλή με τη συνοδεία ενός βοηθού νοσηλεύτη. • Συζητήθηκε με το παιδί η τακτική για συρραφή ετικετών στα ενδύματα του ασθενούς. • Τα βέλη με κατεύθυνση προς το μπάνιο αποδείχθηκαν πολύ βοηθητικά.
--	---	---	--

		<p>- Ενημέρωση της αστυνομίας και των γειτόνων να βρίσκονται σε επαγρύπνηση.</p>	<p>- Ο ασθενής ζήτησε το παλτό του και έλαβε διαβεβαιώσεις ότι είναι ακόμη στη ντουλάπα.</p>
--	--	--	--

			<i>- Συζητήθηκε με το παιδί</i>
			<i>το θέμα της ενημέρωσης</i>
			<i>των γειτόνων και της</i>
			<i>αστυνομίας.</i>
			<i>- Οι εκβάσεις</i>
			<i>επιτεύχθηκαν.</i>
			<i>- Το σχέδιο φροντίδας</i>
			<i>συνεχίζεται.</i>

4.2 2^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ο κύριος Α.Σ , 70 ετών, συνταξιούχος, κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του σε νοσοκομείο, παρουσίασε αφασικές διαταραχές. Διεγνώσθη αγγειακό επεισόδιο. Πρέπει να σημειωθεί ότι ο ασθενής πριν το επεισόδιο, ήταν περιπατητικός χωρίς κανένα πρόβλημα. Επιπλέον πριν 1 χρόνο έκανε εγχείρηση για αιμάτωμα στο κεφάλι. Κατά τον έλεγχο διαπιστώθηκε:

Πνεύμονες : δύσπνοια.

Κοιλία : κοιλιακά αντανακλαστικά ελαττωμένα δεξιά.

Ορθόν : μυϊκός τόνος ελαττωμένος δεξιά.

Άκρα : δεξιά ημιπάρεση άνω και κάτω άκρου. Ανακλαστικά δεξιά νωθρά και αριστερά κατά φύση.

Νευρικό : αφασία εκπομπής ενώ δεν παρατηρείται σημαντική αφασία αντίληψης. Δεν παρατηρείται αυχενική δυσκαμψία.

Οφθαλμοί : μυδρίαση οφθαλμού με σύνδρομο καταρράχτη και καταργημένο αντανακλαστικό φωτός.

Στόμα : πάρεση δεξιού κατώτερου προσωπικού νεύρου.

Καρδιά : αρρυθμία.

Εργαστηριακές εξετάσεις : Ερυθρά :4.670.000 κ.ε. αίματος, Αιματοκρίτης :41,8 gr%, Αιμοσφαιρίνη :14,5 gr%, Λευκά :7.400 κ.ε. αίματος,

Σάκχαρο :119 mg/dl, Ουρία :45 mg/dl

Διάγνωση : Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Σκληρυντική καρδιοπάθεια. Πνευμονοπάθεια.

Πορεία νόσου : Η κατάσταση του ασθενούς είναι βαρεία.

Δεν έχει κένωση από την ημέρα της εισαγωγής του. Τρέφεται με πολτώδεις τροφές.

Ανάγκες/προβλήματα	Αντικειμενικοί σκοποί	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<i>Οιδήματα κάτω άκρων.</i>	<i>Υποχώρηση των οιδημάτων.</i>	<i>Ανύψωση των κάτω άκρων.</i>	<i>Τοποθέτηση μαξιλαριών κάτω από τα πόδια του ασθενούς ώστε να είναι ελαφρώς ανασηκωμένα.</i>	<i>Τα οιδήματα άρχισαν να υποχωρούν από την τέταρτη ημέρα της νοσηλείας του.</i>
		<i>Εφαρμογή άναλου διαίτας.</i>		
			<i>Ο ασθενής ξεκίνησε άναλο</i>	<i>Ο ασθενής μετά την</i>
		<i>Μέτρηση</i>	<i>δίαιτα (το αλάτι ευνοεί την κατακράτηση υγρών).</i>	<i>εφαρμογή της άναλου</i>
		<i>προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών.</i>		<i>δίαιτας, είχε 1500cc ούρα.</i>
			<i>Μετριούνται και καταγράφονται καθημερινά τα αποβαλλόμενα και</i>	<i>Την Πέμπτη ημέρα της νοσηλείας του, ο ασθενής</i>
		<i>Καθημερινό ζύγισμα.</i>	<i>προσλαμβανόμενα υγρά.</i>	<i>ζύγιζε λιγότερα κιλά.</i>
		<i>Ενημέρωση του ασθενούς να μην παίρνει πολλά υγρά.</i>	<i>Ο ασθενής παίρνει από το στόμα 1000cc υγρά σε καθημερινή βάση.</i>	<i>Το βάρος του διατηρείται από την ημέρα αυτή και μετά σταθερό.</i>
		<i>Συγκριτική μέτρηση των οιδημάτων και άκρων με μεζούρα.</i>		

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας		Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Καταβολή δυνάμεων.	Σωματική τοποθέτηση του ασθενούς,	των	Ενημέρωση των συγγενικών προσώπων να μην επισκέπτονται όλοι μαζί.	Έγινε η ενημέρωση των συγγενών να μην επισκέπτονται όλοι μαζί για την αποφυγή κόπωσης.	Σταδιακή ανάκτηση των δυνάμεων του ασθενούς.
	ανάκτηση δυνάμεων.	των	Ενθάρρυνση του ασθενούς να κοιμάται αρκετά.	Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να κοιμάται όσο πιο πολύ μπορεί.	
			Εφαρμογή δίαιτας πλούσιας σε πρωτεΐνες.		

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μέσα από την εργασία γίνεται γνωστό ότι η Νόσος Alzheimer δεν είναι μια ασθένεια με ιατρικές μόνο διαστάσεις. Οι επιπτώσεις της στην καθημερινή ζωή του ασθενή και της οικογένειά του, δείχνουν την κοινωνική διάσταση της νόσου και την συναισθηματική εμπλοκή του ασθενή και των μελών της οικογένειας.

Οι πρόοδοι στις βιοεπιστήμες αυξάνουν την πιθανότητα κατανόησης των σύνθετων παραγόντων κινδύνου για άνοια και προτείνουν τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, και ειδικά στην περίπτωση της ΝΑ στην ανάλογη εμπειρική δράση. Την ίδια στιγμή, σχεδιάζονται τεχνικές διερεύνησης και κατανόησης της εμπειρίας της άνοιας, οι οποίες επιτρέπουν μια εκτίμηση των τρόπων με τους οποίους οι παροχείς μέριμνας μπορούν να ενισχύσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με την πάθηση αυτή, που στο περισσότερο διαγνωσμένο ποσοστό αφορά την άνοια τύπου Alzheimer.

Ωστόσο, η κατανόηση των τεχνικών και των στρατηγικών που είναι περισσότερο αποτελεσματικές από την άποψη αυτή υποδεικνύει πως απαιτούνται υψηλά επίπεδα δεξιοτήτων μέσα από τους εξειδικευμένους νοσηλευτές και πόρων, τόσο οικονομικών όσων και ανθρώπινων. Το οικονομικό δεν έχει θιχτεί στο βαθμό που θα έπρεπε, παρόλα αυτά είναι εμφανές το ποσό που χρειάζεται μια οικογένεια με ασθενή με ΝΑ για να τον κρατήσει στο σπίτι με το δικό του φροντιστή υγείας ή σε ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας, ότι αποτελεί την αχίλλειο πτέρνα για το κάθε νοικοκυριό, όποιας κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Οι ασύμφοροι πόροι που παρέχονται από την κοινωνία για βοηθήματα-επιδόματα και ειδικά οι ανύπαρκτοι πόροι για την επένδυση στην φροντίδα της άνοιας, χρειάζεται να επαναπροσδιοριστούν και να μην θυσιάζονται για χάρη καμιάς «οικονομικής κρίσης». Αυτοί που εργάζονται στενά με τους ηλικιωμένους με άνοια χρειάζεται να εκτιμηθούν και να αμειφθούν, με τρόπο τέτοιο που θα αναγνωρίζεται η πολυπλοκότητα και τα προσόντα που απαιτούνται, ώστε να διασφαλιστεί η βέλτιστη ποιότητα ζωής στην άνοια.

Τέλος θα ήταν απαραίτητο να υπάρξει στην Ελλάδα περισσότερη ενημέρωση για την συγκεκριμένη νόσο και γενικότερα για την παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας σε ασθενείς με νόσο Alzheimer.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η μνήμη και η εξάρτηση της ιστορίας του ανθρώπου από αυτήν αποτελεί σημαντικό συστατικό στοιχείο της εξέλιξής τους. Έχει οριστεί η 21η Σεπτεμβρίου ως η παγκόσμια μέρα Alzheimer. Σύμφωνα με την παγκόσμια έκθεση Alzheimer 2013 οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι από 101 εκατομμύρια υπολογίζονται σε 277 εκατ. το 2050.

Η Νόσος Alzheimer αποτελεί μια επιδημία του 21ου αιώνα. Τα τελευταία χρόνια γίνεται μεγάλη ερευνητική προσπάθεια για την εύρεση ριζικών θεραπειών και υπάρχει μεγάλη αισιοδοξία στον επιστημονικό χώρο ότι στο εγγύς μέλλον θα έχουμε πολύ πιο αποτελεσματικές φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Μέχρι τότε, η αυξημένη εγρήγορση και η ευαισθητοποίηση της κοινωνίας για όλες τις διαστάσεις της νόσου είναι εξαιρετικά σημαντικές.

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. Απαιτεί πλήρη σεβασμό προς την ανθρώπινη ζωή, απαιτεί αγάπη, απαιτεί να είσαι άνθρωπος και να δίνεις τον καλύτερο σου εαυτό για τον συνάνθρωπο σου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Τσολάκη Μ. Κάζης Α. « Άνοια: Ιατρική και Κοινωνική πρόκληση». Εκδόσεις University studio Press. Θεσσαλονίκη 2005.
2. Hodges JR (2006) Alzheimer's Centennial Legacy: origins, landmarks and the current status of knowledge concerning cognitive aspects. *Brain* 129, 2811-2822
3. Reisberg B. (2006) Diagnostic Criteria in Dementia. A comparison of current criteria, research challenges and implication for DSM-IV. *Geniatr Psychiatry Neurol* 19, 137-146.
4. Ψυχογηριατρική Εταιρία «Ο Νέστωρ» - Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, Πρώιμη διάγνωση της Νόσου Alzheimer και συναφών Ανοιών, Αθήνα 2002.
5. Δημήτρης Βασιλόπουλος. Νευρολογία- Επιτομών Θεωρεία και Πράξη. Ιατρικές εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδη 2003.
6. Beier M (2005). Alzheimer's disease: Epidemiology and risk factors. *Adv Stud Pharm*, 2(4) 116-125.
7. Μεντενόπουλος Γ. Μπουράς Κ. « Η νόσος του Alzheimer» University studio press. Θεσσαλονίκη 2003.
8. ADI, Παγκόσμια Ημέρα Νόσου Alzheimer 2009.
9. Schoenberg B, Okazaki H και Kokmen E (1981). Reduced survival in patients with dementia. A population study. *Transactions of the American Neurological Association*, 106, 306-308.
10. Sadik K και Wilcock G (2003). The Increasing Burden of Alzheimer Disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 17, S75-S79.
11. Brayne C, Gao L, Dewey M, και Matthews F.E (2006). Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study Investigators. Dementia before

- death in ageing. *Society- The Promise of Prevention and the Reality*. PLoS Med, 3(10): e 397.
12. Τσολάκη Μ. Νευροψυχολογική Εκτίμηση Ηλικιωμένων, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις Μέλισσα, 1997.
 13. Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Mary Ann Hogan. Επιμέλεια-Πρόλογος Ελληνικής Έκδοσης Μαρία Ν. Κ. Καρανικόλα. Εκδόσεις Πασχαλίδη 2012.
 14. American Psychiatric Association (2000). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed text revision) Washington.
 15. Νοσηλευτική Φροντίδα ηλικιωμένων. Sally J. Redfern-Fiona M. Ross. Ελληνική έκδοση και συγγραφή Δρ. Βασίλειος Ραφτόπουλος. Εκδόσεις Πασχαλίδη 2011.
 16. Pollit PA, O'Connor DW, Anderson I 1981. Mild dementia: perceptions and problems. *Ageing and Society* 9:261-275
 17. Waldemara G., Dubois B., Emrec M., Georgesd J., McKeith I.G., Rossorf M., Scheltensg P., Tariskah P., Winbladi B., (2007). Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer's disease and other disorders associated with dementia
 18. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition (DSM-IV) Washington DC: American Psychiatric Association, 123-163.
 19. Δαρδαβέσης, Θ. (2005). *Επιδημιολογία της άνοιας*. Κεφάλαιο επιδημιολογία, στο βιβλίο των Τσολάκη Μ. και Κάζη Α. Άνοια, ιατρική και κοινωνική πρόκληση. Εκδόσεις University studios press.
 20. Καρκαβέλας, Γ. (2005). *Οι νευροπαθολογικές αλλοιώσεις στις άνοιες*. Κεφάλαιο Διάγνωση (εργαστηριακά ευρήματα), στο βιβλίο Τσολάκη Μ. και Κάζη Α. Άνοια, ιατρική και κοινωνική πρόκληση, εκδόσεις University Studio Press.

21. Ζαλώνης Ι. και Κούντη Φ. (2005) Νευρολογική εκτίμηση ασθενών με άνοια Κεφάλαιο Διάγνωση (κλινική εικόνα), στο βιβλίο των Τσολάκη Μ. Κάζη Α. Άνοια Ιατρική και Κοινωνική πρόκληση. Εκδόσεις University Studio Press.
22. Tolminson B, Blessesed G, Toth M. Observationw on brains of demented old people. J Neurosci. 1970; 11: 205-242
23. Μεντενόπουλος Γ. 2000. « Η Νόσος του Alzheimer». Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις University Studio Press.
24. Jorm A, (2002). Epidemiology of the dementias of late life. Jacoby R.,Oppenheimer. Phychiatry in the elderly. OXFORD University Press 487-500.
25. Thomas P, Fenech M (2007). A review of genome mutation and Alzheimer's disease. Mutagenesis 22(1) 15-33.
26. Ownby, Acevedo A, John V, Coewenstein P, (2006). Depression and risk for Alzheimer disease: Systematic review, meta-analysis and metaregression analysis. Arch Gen Phyciatry 63(3), 143-9.
27. Rosendorff C, Beeri M.S, Silverman J.M. (2007). Cardiovascular risk factors for Alzheimer's disease, Am J Geriatr Cardiol, 16(3), 143-9.
28. Stamfer M.J. (2006). Cardiovascular disease and Alzheimer's disease: common links. J Intern Med, 260(3), 211-23.
29. Susan C Dewit. Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Έννοιες και πρακτική. Γενική επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Αικατερίνη Λαμπρινού. Χρυσούλα Λεμονίδου. Τόμος 2, Εκδόσεις Πασχαλίδης 2009.
30. Allonso AD, Di Clerico J, Li B, Corbo CP, Alaniz ME, Grundke-Iqbal K. Phosphorylation of tau at Thr 212, Thr 231 and Ser 262 combined causes neuridegeneration. J Biol Chem 2010 Oct 1, 285 (40): 30851-60.
31. Frank H Netter. Παθολογία Νευρικού Συστήματος. Μετάφραση- επιμέλεια Κωνσταντίνα Σπεγκου. Εκδόσεις Πασχαλίδης 2010.

32. Terry RD, Gonatas NK, and Weiss M. Ultrastructural Studies in Alzheimer's presenile dementia. *Amer J Path* 1964,44,269-299.
33. Hatanpaa K, Isaacs KR, Shirao T, Brady DR, Rapoport SI. Loss of proteins regulating synaptic plasticity in normal aging of the human brain and in Alzheimer's disease. *J Neuropathol Exp Neurol*, 1999 Jun 58(6): 637-43
34. Ball MJ, Lo P. Granulovacuolar degeneration in the aging brain and in dementia. *J Neuropathol Exp Neurol*. 1977 May 36(3): 474-87.
35. Galloway PG, Perry G, Kiosk KS, Gambetti P (1987). Hirano bodies filaments contain actin and actin associate proteins. *J Neuropath, Exp Neurol*, 1987; 46:185-199.
36. Bartus RT, Dean RL, Beer B, και συν. The cholinergic hypothesis of geriatric patients. *Acta Psychiatr Scand*. 1991 Aug; 84 (2): 160-2.
37. Geula C et Mesulam MM. Cholinergic systems and related neuropathological predilection patterns in Alzheimer's disease In Bick KL, Katzman R, Terry RD (eds). *Alzheimer's disease* Raven Press, New York, 1994; 263-335-343.
38. Higgins JPT, Flicker L. Lecithin and cognitive impairment. *The cochrane data of systematic reviews*, 2001.
39. Palmer AM, Gershon S. The neurochemical basis of Alzheimer's disease cholinergic or glutamergic. 1990; 4; 2745-2752.
40. Hardy J, Allsop D. Amyloid deposition as the central event in the aetiology of Alzheimer's disease. Department of Biochemistry and Molecular Genetics. St Mary's Hospital Medical School, London UK. *Trends Pharmacol Sci*. 1991 Oct; 12(10) : 383-8.
41. Mudher A, Lovestone S. Alzheimer's disease-do tauists and baptists finally shake hands? *Trends Neurosci*. 2002 Jan; 25(1): 22-6.
42. Nistor M, Don M, Parekh M, Sarsoza F, Goodus M, Lopez GE, Kawas C, Leverenz J, Doran E, Lott IT, Hill M, Head E. Alpha and beta secretase activity as a function of age and beta-amyloid in Down syndrome and normal

- brain. Institute for Brain Aging and Dementia, CA, United States. *Neurobiol Aging* 2007; Oct; 28 (10).
43. Polvikoski T, Sulkana R, Haltia M, Kainulainen K, Vuorio A, Verkkoniemi A, Niinisto L, Halonen P, Kontula K. Apolipoprotein E, dementia, and cortical deposition of beta- amyloid protein. *N Engl J Med.* 1995 Nov 9; 333(19):1242-7.
 44. Nikolaev, A McLaughlin T, O'Leary DD, Tessier-Lavigne M. APP binds DR6 to trigger axon pruning and neuron death via distinct caspases. *Nature*, 2009.
 45. Schmitz C, Rutten RP, Pielen A, Schafer S, Wirths O, Tremp G, Czech C, Blanchard V, Multhaup G, Rezaie P, Korr H, Steinbusch HW, Pradier L, Bayer TA. Hippocampal neuron loss exceeds amyloid plaque load in a transgenic mouse model of Alzheimer's disease. *Am J Pathol.* 2004 April; 164(4):1495-502.
 46. Iqbal K, Grundke-Iqbal I. Pharmacological approaches of neurofibrillary degeneration. *Curr Alzheimer's Res*, 2005 Jul; 2(3): 335-41.
 47. Chun W, and Johnson, G.V.W. The role of tau phosphorylation and cleavage in neurocell death. *Frontiers in Bioscience.* 2007; 733-756.
 48. Koh JY, Yang LL, Cotman CW. B-Amyloid protein increases the vulnerability of cultured cortical neurons to excitotoxic damage. *Brain Res* 1990; 533:315-320.
 49. Wenk GL. Neuropathologic changes in Alzheimer's disease. *J Clin Psychiatry*; 2003; 64 Suppl 9:7-10.
 50. Francis PT, Palmer AM, Snape M, Wilcock GK. The cholinergic hypothesis of Alzheimer's disease: a review of progress. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 67: 558.
 51. McGeer PL, Itagaki S, Tago H, McGeer EG. Reactive microglia in patients with senile dementia of the Alzheimer type are positive for the histocompatibility glycoprotein HLA-DR. *Neurosci Lett* 1987; 79: 195-200.

52. McGeer PL, McGeer EG. The inflammatory response system of the brain: implications for therapy of brain: implications for therapy of Alzheimer and other neurodegenerative diseases. *Brain Res Rev* .1995 Sep; 21(2): 195-218.
53. Akiyama H, et al. Inflammation and Alzheimer's disease. *Neurobio Aging*. 200 May- Jun; 21(3): 383-42.
54. Αρναούτογλου Μ. Διδακτορική διατριβή 2003. Μελέτη των κυτοκινών στη Νόσο Alzheimer και στα πειραματικά πρότυπα της .
55. Cumming, J.L and Khachaturian Z.S (1999). Definitions and Diagnostic criteria in clinical diagnosis and management of Alzheimer's Disease (ed S.Gauthier), pp 3-13, London: Martin Dunitz.
56. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA work Group under the auspices of department of health and human. Services task force on Alzheimer's disease. *Neurology*. 1984 Jul; 34(7):939-44.
57. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR).
58. The International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM) 2009.
59. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. World Health Organization. Geneva 1993.
60. Jack CR, Peterson RC, Xu YC, O'Brian PC, Tangalos EG, Smith GE, Ivnik RJ and Kokmen E. Medical Temporal Atrophy on MRI in normal aging and very mild Alzheimer's disease, *Neurology* 1997; 49:786-796.
61. Laasko MP, Soininen H, Partanen K, Lehtovirta M, Hellikainen T, Helkama E.L, Vaino P, and Riekkinen PJ. MRI of the hippocampus in Alzheimer's disease: sensitivity, specificity, and analysis of the incorrectly classified subjects. *Neurobiol. Aging* 1998; 19:23-31.
62. Χαράλαμπος Μουτσόπουλος, 2002, Παθολογική Φυσιολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα(σελ 268-272).

63. Geldmacher,D.S 2003.Alzheimer's disease: Current pharmacotherapy in the context of Patient and family needs. Journal of the American Geriatrics Society, 51,5298-295.
64. Evans J.G, Wilcock G (2004). Evidence-based pharmacotherapy of Alzheimer's disease. International Journal of Neuropsychopharmacology, 7,357-369.
65. Shaddicha S, Pandey V.(2008). Alzheimer's and non-alzheimer's dementia, a critical review of pharmacological and non pharmacological strategies. AmJ Alzheimers Dis Other Deme. 23(2), 150-61.
66. Τζανακάκη- Μελισσάρη Μ, Καστανάκη Α, Πέτσιου Μ (2005). Μη Φαρμακευτικές Προσεγγίσεις της ΑΤΑ. Στο Τσολάκη Μ, Καζής Α. Άνοια, Ιατρική και κοινωνική πρόκληση. University Studio Press 451-458.
67. Kraus C.A., Seignourei P, Balasubramanyam V, Snow A.L, Wilson N.I, Kunik M.E, Schulz P.E, Stanley M.A. (2008). Cognitive behavioral treatmentfor anxiety in patients with dementia: two case studies. J Psychiatric Pract. 1413, 186-92.
68. Steuljens EM, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, Vn de Ende CH (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review, Age Ageing, 33(5), 453-60.
69. Woods B, Thorgimsen C, Spector A, Royan L, Orrell M (2006). Improved quality of life and cognitive stimulation therapy in dementia. Aging Ment Health 10(3), 219-26.
70. Αθανάσιος Μούγιας, Νόσος Alzheimer, Έγκαιρη διάγνωση, βοήθεια στην οικογένεια. Αθήνα 1997.
71. Redfern S, Ross F. (2011). Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων. Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.
72. «Γεροντολογική Νοσηλευτική». Χρυσάνθη Δ. Πλάτη. Αναπληρώτρια καθηγήτρια νοσηλευτικής πανεπιστημίου Αθηνών. Έκδοση ΣΤ, αναθεωρημένη, Αθήνα 2004.

73. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική» Δ΄ έκδοση, βελτιωμένη, Αθήνα 2004.
74. Αφροδίτη Χρ. Ραγιά, «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Ψυχιατρική Νοσηλευτική» Αθήνα 2009.
75. Dewit S (2001) Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας. Ιατρικές εκδόσεις, Λάγος – Δημήτριος, Αθήνα.
76. Ingnatavicious M, Workman L. (2008) Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.