

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: Ζέρβας Γεώργιος

Καραλής Νικόλαος

Μπαντούνος Ιωάννης

ΥΠΕΥΘΥΝΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Γεωργίου Διαμαντούλα

ΠΑΤΡΑ
ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2009

ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ

Για την διεκπεραίωση της πτυχιακής εργασίας μας θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την υπεύθυνη καθηγήτρια μας κα Γεωργίου Διαμαντούλα για την καθοδήγηση και την υποστήριξη που μας προσέφερε και τους επαγγελματίες υπηρεσιών υγείας με τους οποίους συνεργαστήκαμε για την άντληση στοιχείων και πληροφοριών. Πιο συγκεκριμένα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις νοσηλεύτριες και συνεργάτιδες του Α.Τ.Ε.Ι. Λαμίας Κα Γαλλή Μαρία και Κα Στίγκα Ιουλία, καθώς και τον Κο Διαμαντή Νίκο, ιατρός, επιμελητής Α΄ του Κέντρου Υγείας Στυλίδας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Περιεχόμενα	σελ. 3
Περίληψη.....	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Το πρόβλημα	σελ.10
1.2 Εισαγωγή	12
1.3 Σκοπός μελέτης	14
1.4 Γενικά περί τρίτης ηλικίας.....	15
1.5 Ιστορική αναδρομή	22
1.6 Ορισμοί όρων	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Γενικά περί Άνοιας	σελ.31
2.2 Τύποι άνοιας ονομαστικά	32
2.3 Πιο συχνοί τύποι Άνοιας και συμπτωματολογία	34
2.4 Παράγοντες που προδιαθέτουν στην εκδήλωση της νόσου	41
2.4.1 Ποιος μπορεί να εμφανίσει Άνοια;	42
2.4.2 Βέβαιοι παράγοντες	42
2.4.3 Πιθανοί προδιαθεσιακοί παράγοντες	43
2.4.4 Προδιαθεσιακοί παράγοντες έντονα αμφισβητούμενοι	44
2.5 Γενετική και Νόσος Alzheimer	45
2.6 Κλινική εικόνα της Άνοιας τύπου Alzheimer.....	49
2.6.1 Κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου.....	50
2.6.2 Συμπεριφορικά και ψυχολογικά σημεία και	

συμπτώματα της άνοιας.....σελ.53	σελ.53
2.6.3 Διαταραχές συμπεριφοράς και συναισθήματος	54
2.6.4 Γενικές αρχές αντιμετώπισης των διαταραχών συμπεριφοράς συναισθήματος.....σελ.60	σελ.60
2.6.5 Επιπρόσθετα προβλήματα που μπορούν να επιδεινώσουν την κλινική εικόνα.....σελ.63	σελ.63
2.7 Τα συμπτώματα της νόσου και συμπτώματα σε κάθε στάδιο.....	64
2.8 Η διάγνωση της νόσου	69
2.8.1 Διαφορική διάγνωση	70
2.8.2 Η σημασία της διάγνωσης (για τον ασθενή και για την οικογένειά του.....σελ.72	σελ.72
2.8.3 Πρέπει να γνωρίζει ο ασθενής ή όχι για το πρόβλημά του;	σελ.74
2.8.4 Υπάρχει εξέταση για τη διάγνωση της νόσου;	75
2.8.5 Χρήσιμες δοκιμασίες για τη διάγνωση της άνοιας και την παρακολούθηση της πορείας της	σελ.75
2.8.6 Πόσο χρονικό διάστημα είναι πιθανό να ζήσει το άτομο με άνοια τύπου Alzheimer.....σελ.79	σελ.79

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση	σελ.80
3.1.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου	80
3.1.2 Εναλλακτικές θεραπείες	83
3.1.3 Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην άνοια	84
3.1.4 Παρεμβάσεις στην οικογένεια	95
3.1.5 Η σημασία της θεραπείας στην άνοια	97
3.2 Πρόληψη κατά της νόσου..	σελ.99

3.2.1 Προφυλακτικοί παράγοντες	σελ.104
--------------------------------------	---------

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Κοινωνικά ζητήματα στην άνοια	σελ.109
4.2 Οικονομικά ζητήματα στην άνοια	111
4.2.1 Το κόστος της άνοιας τύπου Alzheimer	114
4.2.2 Το κόστος της άνοιας τύπου Alzheimer σε διάφορες χώρες και στην Ελλάδα.....	σελ.119
4.3 Νομικά ζητήματα της νόσου.	125
4.4 Ποιότητα ζωής στην άνοια	131

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Επαγγελματίες υγείας και άνοια	σελ.136
5.2 Δομές που ασχολούνται με τη νόσο... ..	138
5.3 Δεοντολογικές παράμετροι	143
5.4 Ο ρόλος του φροντιστή	146
5.5 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού	158

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 Συμπεράσματα.....	σελ.167
6.2 Προτάσεις.....	169

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	σελ.172
---------------------------	---------

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	σελ.179
------------------------	---------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΜΕΛΕΤΗΣ

Στην παρούσα μελέτη που έχει ως θέμα την άνοια και τους πιο συχνούς τύπους της, την προσέγγιση και την ανάλυση της, βασικός στόχος είναι η αντικειμενική και καίρια καταγραφή όλων των πλευρών της ασθένειας, μέσα από μία προσπάθεια συλλογής, επεξεργασίας και ανάλυσης του υπάρχοντος βιβλιογραφικού υλικού, με απώτερο σκοπό τη διατύπωση συμπερασμάτων και προτάσεων, χρήσιμων για τη βαθύτερη γνώση του θέματος.

Για την διεκπεραίωση του θέματος η μελέτη χωρίζεται σε έξι κεφάλαια:

- Ø 1^ο κεφάλαιο: περιλαμβάνει το πρόβλημα και την εισαγωγή της μελέτης καθώς και την ιστορική αναδρομή της άνοιας με το πέρασμα των χρόνων και κάποια στοιχεία γενικότερα για την τρίτη ηλικία, την οποία κυρίως προσβάλλει η νόσο. Επιπλέον σε αυτό το κεφάλαιο δίνονται και οι ορισμοί όρων που θεωρούνται ως οι πιο σημαντικοί για την καλύτερη κατανόηση του θέματος.
- Ø 2^ο κεφάλαιο: παρατίθενται οι τύποι της άνοιας και η συμπτωματολογία τους, οι παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν άνοια, καθώς και η κλινική εικόνα και η διάγνωση της νόσου.
- Ø 3^ο κεφάλαιο: παρουσιάζεται η θεραπευτική αντιμετώπιση της άνοιας, οι τρόποι της θεραπείας, η σημασία της και στοιχεία που αφορούν τον τομέα της πρόληψης.
- Ø 4^ο κεφάλαιο: γίνεται ανασκόπηση των κοινωνικών, οικονομικών, και νομικών ζητημάτων που προκύπτουν από την άνοια και

παρουσιάζονται στοιχεία για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων που πάσχουν από τη νόσο.

- Ø 5^ο κεφάλαιο: παρατίθενται οι δομές που ασχολούνται με την άνοια, οι επαγγελματίες υγείας, ειδικότερα ο ρόλος του φροντιστή και αναλύεται ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού.
- Ø 6^ο κεφάλαιο: περιλαμβάνει τα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη μελέτη αλλά και προτάσεις για μια ορθότερη, καθολική αντιμετώπιση της νόσου.

Τέλος ακολουθεί το παράρτημα στο οποίο περιλαμβάνονται κλίμακες-τεστ για έγκαιρη διάγνωση και νευροψυχολογική αξιολόγηση της άνοιας, ασκήσεις νοητικής ενδυνάμωσης που χρησιμοποιούνται από τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης και οι υπηρεσίες που αποτελούν το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο για άτομα τρίτης ηλικίας και για ανοϊκούς ασθενείς και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της μελέτης.

ABSTRACT

Title: Dementia and Alzheimer's disease.

The present study, which aims to dementia and the most common types, the approach and analysis of it, the main target is the objective and timely recording of all aspects of the disease, through an effort of collecting, processing and analysis of literature material, with a view to drawing conclusions and proposals relevant to the knowledge of this matter.

For the handling of the matter, the study is divided into six chapters:

1st section: includes the problem and the introducing of the study as well as the history of dementia over the years and some general information for the elderly, who are mainly affected by the disease. In addition to this chapter are the definitions and terms which are considered the key to better understanding of the issue.

2nd section: lists the types of dementia and their symptoms, the factors that can cause dementia and the clinical picture and diagnosis of the disease.

3rd section: shows the treatment of dementia, the methods of cure, the importance of it and information relating to the prevention field.

Chapter 4: reviews the social, economic, and legal issues arising from dementia and presents data on the quality of life of elderly people suffering from the disease.

Chapter 5: lists the structures dealing with dementia, health professionals, particularly the role of carer and analyzes the role of social worker.

Chapter 6: contains the conclusions drawn from the study and suggestions for a better, universal treatment of the disease.

Finally, following the supplement which includes scales-test for early diagnosis and Neuropsychological assessment of dementia, mental exercises used to strengthen the mental empowerment programs and services that are the social support network for elderly people and patients and the literature used to carry out the study.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Πριν είκοσι περίπου χρόνια, η άνοια χαρακτηριζόταν ως η «επιδημία που πλησιάζει». Σήμερα είναι πλέον αποδεκτό ότι αποτελεί κύριο πρόβλημα δημόσιας υγείας για τη σύγχρονη κοινωνία, λόγω και της παγκόσμιας αυξανόμενης γήρανσης του πληθυσμού. Άλλωστε, είναι ίσως η μόνη νόσος που προσβάλλει συγχρόνως αλλά και με διαφορετικό τρόπο δύο άτομα, τον ασθενή και τον φροντιστή του. Μάλιστα υποστηρίζεται ότι η άνοια είναι η υπ' αριθμόν ένα ασθένεια στον κόσμο σε θνησιμότητα... όχι στους ασθενείς αλλά στους φροντιστές (Καραβάτος, 1999).

Συμφώνα με δεδομένα της Καναδικής Μελέτης για την Υγεία και τη Γήρανση (Canadian Study of Health and Aging) η άνοια, συμπεριλαμβανομένης της νόσου Alzheimer, αυξάνεται εκθετικά μετά την ηλικία των 65 ετών. Ο αριθμός των ατόμων με άνοια θα αυξηθεί σημαντικά τις τρεις επόμενες δεκαετίες καθώς γερνάει ο πληθυσμός. Ενώ δεν παρατηρείται αξιοσημείωτη διαφορά στο ρυθμό επιπολασμού και επίπτωσης στις γυναίκες, σε σύγκριση με τους άνδρες. Οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, οπότε ο αριθμός των γυναικών με άνοια είναι μεγαλύτερος από εκείνο των ανδρών. Ακόμη, η πιο ραγδαία αύξηση του πληθυσμού είναι στους πολύ ηλικιωμένους, ηλικίας 85 ετών και άνω, οι οποίοι εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης άνοιας. Επίσης, οι γυναίκες είναι συχνότερα άτομα φροντίδας ασθενών με άνοια. Έτσι η άνοια είναι ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας ιδιαίτερα για τις γυναίκες (Lindsay and Anderson, 2004).

Η άνοια είναι συχνή νόσος: 6-8% των ατόμων άνω των 65 ετών πάσχουν από κάποιας μορφής άνοια και το ποσοστό φτάνει το 40% περίπου των ατόμων άνω των 80 ετών. Από το σύνολο τους το 4-5% πάσχει από άνοια σε στάδιο στο οποίο επηρεάζεται καθοριστικά η ζωή του ασθενούς όσο και της οικογένειας του για 7 με 10 χρόνια, διάστημα κατά το οποίο η νόσος εξελίσσεται προοδευτικά (Μούγιας, 1997).

Ένα νέο περιστατικό νόσου Alzheimer διαγιγνώσκεται κάθε 7 δευτερόλεπτα ανά την υφήλιο, ενώ ο αριθμός των ανοϊκών ασθενών στην Ελλάδα σήμερα, ανέρχεται 141.000 άτομα. Σύμφωνα με τα στοιχεία πρόσφατης δημοσίευσης στο Lancet, υπολογίζεται ότι 24,3 εκατομμύρια άνθρωποι νοσούν αυτή τη στιγμή με άνοια, ενώ ετησίως σημειώνονται 4,6 εκατομμύρια νέων περιστατικών. Ως αποτέλεσμα, ο αριθμός των ανοϊκών ασθενών αναμένεται να φτάσει τα 42,3 εκατομμύρια το 2020 και τα 81,1 εκατομμύρια το 2040. Όπως προκύπτει από την έρευνα, υπάρχει επείγουσα ανάγκη αλλαγής της στάσης του κοινού, του επιστημονικού κόσμου και κυρίως της πολιτείας απέναντι στο ιατρικό, κοινωνικό και οικονομοτεχνικό πρόβλημα της άνοιας (www.healthellas.gr).

Η φροντίδα αυτού του υψηλού αριθμού ασθενών με άνοια όχι μόνο αναλύει μια μεγάλη αναλογία εθνικών πόρων, αλλά αντιπροσωπεύει και μία τρομερή κοινωνική, συναισθηματική και οικονομική επιβάρυνση στις οικογένειες και ιδιαίτερα τα άτομα που κρίνονται υπεύθυνα για την μέριμνα αυτών των ασθενών. Αυτό συμβαίνει διότι η προοδευτική σοβαρότητα της άνοιας καθιστά σταδιακά τον ασθενή εξαρτώμενο από την οικογένεια του, τους επαγγελματίες υγείας και στα τελευταία στάδια κρίνεται αναγκαία η ιδρυματική του φροντίδα. Ωστόσο, η διατήρηση της λειτουργικότητας του ασθενούς με νόσο Alzheimer στη καθημερινή του ζωή είναι βασικός στόχος θεραπευτικής αντιμετώπισης του και

θεωρείται ότι μπορεί να μειώσει την εισαγωγή του σε ένα γηριατρικό ίδρυμα ή κλινική. Η άνοια τύπου Alzheimer αποτελεί λοιπόν σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας.

1.2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μέχρι τώρα, οι βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες του Δυτικού κόσμου ήταν αυτές που ανησυχούσαν για την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων στον πληθυσμό, κάτι που ονομαζόταν «γήρανση των εθνών». Ωστόσο τώρα πια οι περισσότερες αναπτυσσόμενες χώρες αποτελούν μάρτυρες της «γήρανσης» των δικών τους πληθυσμών. Η σύνθεση του πληθυσμού σε όλες τις χώρες αλλάζει ραγδαία με αποτέλεσμα ο αριθμός των ηλικιωμένων να αυξάνεται σε όλες τις κοινωνίες και σε όλες τις χώρες του κόσμου. Σημαντικότερο ωστόσο είναι το γεγονός ότι με το πέρασμα του χρόνου ο αριθμός αυτός θα συνεχίζει να αυξάνεται με πολύ μεγαλύτερη ταχύτητα από αυτή του συνολικού πληθυσμού (Σούρτζη, 2000).

Επιστημονικά δεδομένα προερχόμενα είτε από μεμονωμένους ερευνητές ή από διεθνείς οργανισμούς, προβλέπουν ότι τις πρώτες δεκαετίες του 21ού αιώνα η δημογραφική γήρανση θα είναι τόσο μεγάλη, ώστε το 1/5 του πληθυσμού να θεωρούνται υπερήλικες (δηλαδή πάνω από 65 ετών). Συγχρόνως σημαντικότερες κοινωνικοοικονομικές αλλαγές θα επηρεάσουν αποφασιστικά όχι μόνο τις κοινωνικές σχέσεις, αλλά και τον τρόπο ζωής. Αυτό θα προσδώσει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στο επιδημιολογικό πρότυπο, το οποίο μεταλλάσσεται ταχύτατα (Χανιώτης, 1998).

Οι σημαντικότεροι λόγοι που συντέλεσαν και εξακολουθούν να επηρεάζουν αυτή την έκρηξη της δημογραφικής γήρανσης είναι:

- Η μείωση της γονιμότητας (δηλαδή του μέσου αριθμού παιδιών κατά ζεύγος γονέων). Η υπογεννητικότητα πλήττει όλες σχεδόν τις χώρες. Στην Ελλάδα αντιστοιχούσαν 30,4 γεννήσεις ανά 1000 κατοίκους το 1928 και ως το 1991 είχαν μειωθεί στις 10 γεννήσεις ανά 1000 κατοίκους.
- Η βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, η τεχνολογική εξέλιξη και η ανάπτυξη της ιατρικής, είχαν ως αποτέλεσμα την αύξηση του μέσου όρου ζωής και τη μείωση της θνησιμότητας. Χάρη στις προόδους και τα επιτεύγματα της ιατρικής τα ηλικιωμένα άτομα επωφελήθηκαν κερδίζοντας αρκετά χρόνια ζωής.
- Ένας τελευταίος παράγοντας που διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη γήρανση ενός πληθυσμού, είναι η μετανάστευση. Η μετανάστευση εργατικού δυναμικού κάνει μια χώρα πιο γερασμένη αφού στερείται μέρος του νεανικού της πληθυσμού (Στασινοπούλου, 1999).

Αν σταθούμε στα θέματα υγείας, το πέρασμα στην τρίτη ηλικία, μειώνει τη δυνατότητα ανεξαρτησίας του ατόμου, δημιουργεί ανάγκες φροντίδας και οδηγεί σε μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών. Σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες οι ηλικιωμένοι καταναλώνουν 4 με 6 φορές περισσότερες υγειονομικές υπηρεσίες από τους μη ηλικιωμένους. Τα γενικά νοσοκομεία μας νοσηλεύουν σε ποσοστό πάνω από 50% άτομα μεγαλύτερα από 65 ετών, ενώ περίπου 25% των νοσηλευόμενων είναι άτομα πάνω από 80 ετών.

Ορισμένες αρρώστιες εμφανίζονται κυρίως σε ηλικιωμένους. Για παράδειγμα, το 99% των ανοιών εμφανίζεται σε άτομα άνω των 65 ετών. Η άνοια χαρακτηρίζει κατ' εξοχήν τα άτομα της τρίτης ηλικίας και συνεπάγεται την πρόκληση ποικίλων ιατροκοινωνικών προβλημάτων, οι επιπτώσεις των οποίων επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους τους πάσχοντες και το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και ευρύτερα το κοινωνικό σύνολο (Τσολάκη, 2005).

1.3. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αφορμή για την επιλογή συγκεκριμένου θέματος μελέτης αποτέλεσε η ενασχόληση μας, κατά τη διάρκεια της εργαστηριακής πρακτικής άσκησης, σε χώρους με άτομα τρίτης ηλικίας, όπου είχαμε την δυνατότητα να έρθουμε σε επαφή με περιπτώσεις ανοϊκών ασθενών. Επίσης, κρούσματα της συγκεκριμένης ασθένειας σε άτομα του στενού μας οικογενειακού περιβάλλοντος, μας ευαισθητοποίησε ιδιαίτερα σχετικά με τη νόσο και συντέλεσε καταλυτικά στην επιλογή του θέματος.

Επιμέρους στόχοι της εργασίας είναι:

- Η βιβλιογραφική προσέγγιση της άνοιας και ιδιαίτερα του τύπου Alzheimer.
- Η διερεύνηση στο επίπεδο της πληροφόρησης, νομικών, κοινωνικών και οικονομικών ζητημάτων περί της ασθένειας.
- Η διερεύνηση του έργου των επαγγελματιών υγείας που σχετίζονται με τη νόσο.

- Να τονιστεί, αφενός η επάρκεια προληπτικής η θεραπευτικής αγωγής που σχετίζεται αποκλειστικά στο ιατρικό μοντέλο και αφετέρου να τονιστεί η ανάγκη ποιότητας φροντίδας και ζωής των ασθενών.

1.4 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

A) Σωματική και πνευματική εξέλιξη τρίτης ηλικίας:

Η φυσιολογική ζωή περιλαμβάνει τρεις φάσεις:

- 1) τη φάση της ανάπτυξης
- 2) τη φάση της ωρίμανσης
- 3) τη φάση του γήρατος ή υποτροπής.

Στη φάση της ανάπτυξης κυριαρχούν οι δημιουργικές δυνάμεις, στην ωρίμανση υπάρχει ισορροπία μεταξύ των δυνάμεων της δημιουργίας και της φθοράς, ενώ στο γήρας ή στη φάση της υποτροπής, κύρια επεξεργασία είναι η φθορά του οργανισμού. Πρέπει να τονιστεί ότι σε πολλές περιπτώσεις η ηλικία και μόνο δεν αποτελεί σαφές κριτήριο της αρχής των γηρατειών.

Από παρατηρήσεις σε ηλικιωμένους διαπιστώνεται διαφορά στον ρυθμό της εμφάνισης του γήρατος στα διάφορα άτομα και αυτό δηλώνει την ύπαρξη παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνισή του περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα (Μαλγαρινού - Γούλια, 1997).

Η τρίτη ηλικία είναι δυνατό να διαιρεθεί σε τέσσερα στάδια, που αντιστοιχούν στις τέσσερις δεκαετίες μεταξύ 60 και 100 ετών. Το πώς οι άνθρωποι

αντιμετωπίζουν τη ζωή στο καθένα από αυτά τα στάδια είναι μια ατομική υπόθεση, καθώς πολλά εξαρτώνται από τις αλλαγές και τα γεγονότα ζωής που βιώνουν.

- Βιοσωματικές αλλαγές:

Το 85% των ενηλίκων άνω των 65 ετών υποφέρουν από τουλάχιστον μία χρόνια ασθένεια, όπως τα αρθρικά και οι ρευματισμοί. Τα άτομα όμως, που εξακολουθούν να έχουν καλή υγεία μπορεί να ζήσουν δραστήρια ζωή. Παρόλο που οι μυς συρρικνώνονται και τα οστά γίνονται πιο εύθραυστα, τα άτομα που πάντοτε γυμνάζονταν παραμένουν σχετικά δυνατά. Η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να διαρκέσει και μέχρι τα 80, ανάλογα με την υγεία και των δύο συντρόφων. Η διαφορά στην ποιότητα ζωής ανάμεσα σε ένα ηλικιωμένο άτομο που έχει διατηρηθεί σε φόρμα και σε ένα συνομήλικό του άτομο που δεν έχει κρατηθεί σε φόρμα είναι μπορεί να είναι τεράστια. Στην πραγματικότητα η μεγαλύτερη έκπτωση που συμβαίνει στην τρίτη ηλικία έχει να κάνει περισσότερο με τις επιδράσεις διαφόρων χρονιών ασθενειών, που εξασθενούν το άτομο, παρά με την ίδια την τρίτη ηλικία.

- Νοητικές αλλαγές:

Η τρίτη ηλικία συνδέεται συνήθως με μία έκπτωση της νοητικής ικανότητας. Ωστόσο μόνο το 5% περίπου των ανθρώπων είναι υποχρεωμένοι, λόγω της έκπτωσης αυτής να ζήσουν την υπόλοιπη ζωή τους σε ιδρυματικό περιβάλλον. Αν και οι νοητικές τους αντιδράσεις δεν είναι τόσο ταχείες όσο ήταν στο παρελθόν, τα άτομα της ηλικίας αυτής ανταποκρίνονται ακόμη με επιτυχία σε περιπτώσεις και έργα που απαιτούν δεξιότητες μάθησης. Μερικοί επιλέγουν να διαβάζουν, ενώ άλλοι παραμένουν ζωηροί και σε εγρήγορση καθώς απασχολούνται ενεργά με κάτι που τους ενδιαφέρει στη ζωή τους.

Μερικές φορές στην ηλικία αυτή είναι δυνατό να εμφανιστεί η νόσος του Alzheimer. Η νόσος αυτή συνδέεται με αλλαγές στη δομή του εγκεφάλου, οι οποίες καταλήγουν σε σταδιακή αποδιοργάνωση της λειτουργίας του, με σοβαρές επιπτώσεις στη νόηση. Το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων με κακή ψυχική υγεία είναι παρόμοιο με αυτό του γενικού πληθυσμού.

- Συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές:

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι άνθρωποι που αποκτούν εγγόνια βρίσκουν ότι ο ρόλος του παππού και της γιαγιάς είναι πιο εύκολος από το ρόλο του γονέα και συχνά αντλούν μεγάλη ευχαρίστηση από αυτόν. Η ηλικία των παππούδων και των γιαγιάδων κυμαίνεται από 40 ως 100 ετών. Οι πιο νέοι από αυτούς εργάζονται ακόμη και δεν είναι πάντοτε διαθέσιμοι στα εγγόνια τους. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική έδειξε ότι το 60% των παππούδων και των γιαγιάδων βλέπουν τα εγγόνια τους μία ή δύο φορές το μήνα, αν και οι επισκέψεις αυτές μειώνονται καθώς τα εγγόνια μεγαλώνουν. Το 33% των γιαγιάδων αξιολογούσαν τις σχέσεις τους με τα εγγόνια τους ως «πολύ σημαντικές», αλλά ένα άλλο 25% δεν είχε καμία ανάμιξη στη σχέση αυτή (Neugarten-Weinstein, 1964).

Οι σταθεροί και ευτυχισμένοι γάμοι εξακολουθούν να είναι σημαντικοί στην ηλικία αυτή, ιδιαίτερα όταν βοηθούν τα άτομα να αποφεύγουν το πρόβλημα της μοναξιάς. Μια ερευνά στην Αμερική έδειξε ότι το 90% των ηλικιωμένων έγγαμων ζευγαριών περιέγραψε τη σχέση τους ως πολύ καλή. Αλλά οι ηλικιωμένοι άνθρωποι που ζουν μόνοι τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν μοναξιά στην περίοδο αυτή. Από το τέλος της εφηβείας και έπειτα, τα κοινωνικά προγράμματα στήριξης για τους περισσότερους ανθρώπους συνήθως μειώνονται.

Η τρίτη ηλικία αφήνει κάποτε τους ανθρώπους με λίγους φίλους, ενώ συγχρόνως ελαχιστοποιεί την ενέργεια και την πίστη στην ικανότητα τους να συνάπτουν καινούριες κοινωνικές σχέσεις (Dickens-Perlman, 1981).

Τα γεράματα βεβαίως αρχίζουν πολύ νωρίτερα από την ημέρα που θα εμφανιστούν οι σωματικές και ψυχικές εκείνες αλλοιώσεις, που τα χαρακτηρίζουν και αυτό οφείλεται στη βραδεία φθορά των οργανικών και ψυχικών λειτουργιών. Έτσι η έννοια του γήρατος είναι γενικότερη και καθορίζεται διαφορετικά από τους κοινωνιολόγους, τους μεταφυσικούς και τους βιολόγους - γιατρούς.

Η κοινωνιολογία θεωρεί, ότι ένα άτομο γερνάει, όταν δεν παρουσιάζει ενδιαφέρον για την οικονομική και κοινωνική δραστηριότητα που το περιβάλλει. Γι' αυτό το γήρας εμφανίζεται με διαφορετικό τρόπο στις διάφορες κοινωνικοοικονομικές τάξεις (στις χαμηλότερες τάξεις τα άτομα γερνούν γρηγορότερα). Βεβαίως δεν θα πρέπει να συγχέεται το γήρας με την μακροζωία, γιατί πολλές φορές άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης γερνούν νωρίτερα αλλά ζουν περισσότερα χρόνια.

Η μεταφυσική εξετάζει τον άνθρωπο σαν ενιαίο ψυχοσωματικό σύνολο και ο βιολογικός κύκλος της ζωής του ανθρώπου είναι μόνο ένα απλό γεγονός μέσα στην παγκόσμια ζωή. Η εξαφάνιση της ψυχικής ζωής δεν θεωρείται οριστική, αλλά αποτελεί ένα ενδιάμεσο στάδιο της "αιώνιας ζωής". Με αυτές τις σκέψεις το γήρας αποτελεί φάση ανάπτυξης και τελείωσης της ανθρώπινης προσωπικότητας και στάδιο προετοιμασίας για την είσοδο στην αιώνια ζωή.

Η βιολογία και η ιατρική θεωρούν το γήρας σαν μία επεξεργασία φθοράς, που αρχίζει από τη γέννηση και διαρκεί όλη τη ζωή. Έτσι διαχωρίζεται η έννοια

του «ημερολογιακού γήρατος» όπου εννοείται η χρονολογική ηλικία του ατόμου, από το «βιολογικό γήρας», όπου εννοούμε τις βιολογικές δυνάμεις που διατηρεί ένα άτομο, ανεξάρτητα από την ηλικία του. Επίσης φυσιολογικό ή βιολογικό θεωρείται το γήρας, όταν παρατηρείται αρμονική εξέλιξη και φθορά όλων των οργάνων και ιστών του οργανισμού. Ενώ πρόωρο ή παθολογικό γήρας, χαρακτηρίζεται η ασύγχρονη και δυσαρμονική φθορά των διαφόρων οργάνων, που οφείλεται συνήθως σε συγκεκριμένα παθολογικά αίτια (Τσουνίας, 1993).

Στον άνθρωπο, ο μέσος όρος ζωής παρουσιάζει μία αυξητική τάση, από την πρωτόγονη εποχή μέχρι τον αιώνα μας, μέσα στον οποίο η αύξηση αυτή πήρε εντυπωσιακές διαστάσεις. Έτσι, παλαιοντολογικά ευρήματα δείχνουν ότι, στη λίθινη εποχή μόνο το 20% των ανθρώπων προσέγγιζαν την ηλικία των 35 χρόνων, ενώ σήμερα πιστεύεται ότι το ίδιο ποσοστό μπορεί να φτάσει στην ηλικία των 85 χρόνων.

Υπάρχει η αξιοπρόσεκτη άποψη των βιολόγων που πιστεύουν, ότι είναι δυνατόν μέσα στον 21^ο αιώνα ο άνθρωπος να ζει 120 χρόνια. Αυτό θα μπορεί να επιτευχθεί αν δεχθούμε την άποψη ότι, γήρανση είναι η διαδικασία εκείνη, που με την πάροδο του χρόνου, οδηγεί στο βαθμιαίο περιορισμό της προσαρμοστικότητας (σε επίπεδο κυττάρου ή συστήματος) και των εφεδρειών του οργανισμού, με συνέπεια να είναι πιο επιρρεπής στις αρρώστιες και το θάνατο, αφού κάθε προσβολή ξεπερνάει εύκολα το κατώφλι της αντιροπιστικής του ικανότητας και προκαλεί κρίσιμες διαταραχές της ομοιόστασης και αυξάνει τη θνησιμότητα. Στον άνθρωπο, η περίοδος της ελάχιστης θνησιμότητας είναι η ηλικία των 12 ετών και της μέγιστης των 80-85 ετών (Χανιώτης, 1998).

B) Αντιλήψεις και θεωρίες περί τρίτης ηλικίας:

Ο κατά συνθήκη προσδιορισμός ενός ηλικιακού ορίου πέρα από το οποίο το άτομο αποσύρεται από την ενεργό παραγωγική διαδικασία, συνταξιοδοτείται και παραχωρεί τη θέση του σε νεότερους, είναι μια κοινωνική ανάγκη, που αποβλέπει στην εκπλήρωση ενός ηθικού χρέους στις προηγούμενες γενιές και επιχειρεί μια υγειονομική τακτοποίηση των κατά κανόνα ασθενέστερων και βιολογικά ηλικιωμένων.

- Θεωρίες του γήρατος:

Υπάρχει απεριόριστος αριθμός θεωριών για την εξήγηση του φαινομένου της υπερηλικίωσης και όλες καταλήγουν σε ένα κοινό σημείο: στη διαπίστωση ότι η υπερηλικίωση συνοδεύεται από εκφυλιστικές αλλαγές οι οποίες επιδρούν στη λειτουργική ικανότητα ολόκληρου του ανθρώπινου οργανισμού. Στη συνέχεια αναπτύσσονται οι πιο αξιόλογες θεωρίες για το γήρας.

- Θεωρία της βιολογικής ρύθμισης:

Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής πιστεύουν ότι στον οργανισμό του ατόμου υπάρχει ένας εσωτερικός «ρυθμιστής» που κυβερνά τον ρυθμό και τον χρόνο πολλαπλασιασμού, ανάπτυξης, μαρασμού και θανάτου των κυττάρων. Μερικοί πιστεύουν ότι βρίσκεται στον εγκέφαλο και συγκεκριμένα στον υποθάλαμο. Άλλοι όμως υποστηρίζουν ότι κάθε κύτταρο έχει τον δικό του βιολογικό ρυθμιστή, του οποίου η λειτουργία εκπίπτει με την πάροδο του χρόνου και οδηγεί στο γήρας.

- Θεωρία της συσσώρευσης καταστροφικών παραγόντων:

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η ραδιενέργεια, η ρύπανση και η υγρασία, προκαλούν γενετική

καταστροφή, η οποία οδηγεί στη γήρανση δημιουργώντας καταστροφή των κυττάρων.

- Θεωρία άθροισης άχρηστων προϊόντων:

Σταδιακή καταστροφή των κυττάρων που οφείλεται στα χημικά παράγωγα του οργανισμού.

- Θεωρία της αυτοάμυνας:

Το αμυντικό δυναμικό του οργανισμού αποδυναμώνεται με την πάροδο του χρόνου και αυτή η ίδια διεργασία αποτελεί το γήρας. Τα λεμφοκύτταρα του θύμου αδένα γενικά επιτίθενται εναντίον κάθε βλαβερού κυττάρου που μπαίνει στον οργανισμό και το καταστρέφουν. Ο αριθμός των κυττάρων αυτών με την πάροδο του χρόνου ελαττώνεται και η άμυνα του οργανισμού πέφτει και ακολουθεί το γήρας.

- Η θεωρία της ουσίας της ζωής (Loeb):

Κατά τον Αμερικανό φυσιολόγο Loeb κάθε ζωντανός οργανισμός από την γέννησή του έχει μέσα του μια ποσότητα ουσίας, άγνωστης ακόμα, που σιγά-σιγά με την πάροδο της ζωής καταναλώνεται με την ανταλλαγή ύλης. Όταν η ουσία αυτή εξαντλείται, το άτομο γηράσκει και πεθαίνει.

- Η θεωρία του Carrel:

Η θεωρία αυτή παρατηρεί ότι όλα τα κύτταρα κάτω από κατάλληλες συνθήκες, είναι δυνατόν να μείνουν αθάνατα και ότι το γήρας

οφείλεται πιθανότατα σε αλλοίωση των χυμών που περιβάλλουν τα κύτταρα (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1993).

1.5. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

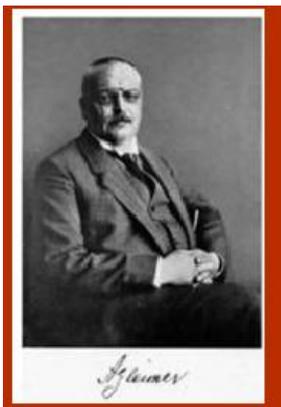
Ψάχνοντας να βρούμε την εμφάνιση του συνδρόμου ιστορικά, παρατηρούμε ότι η εν' λόγω νόσος έχει ρίζες από αρχαιοτάτων χρόνων. Μπορεί να μην υπήρχαν τα μέσα ή η γνώση για να γίνει δυνατή η διάγνωση της, αλλά από ιστορικές πηγές βλέπουμε ότι υπάρχει συσχετισμός περιστατικών, τα οποία όμως εξηγούνται με διαφορετικό τρόπο ανά εποχή.

Συγκεκριμένα λοιπόν, αναζητώντας χρήσιμες εργασίες ή απόψεις που οδηγούν στο αίτιο ή και στην αντιμετώπιση της άνοιας τύπου Alzheimer(ΑΤΑ), μπορούμε να θυμηθούμε τον αρχαίο Έλληνα συγγραφέα Ησίοδο. Σύμφωνα με τη «Θεογονία» του Ησίοδου (βιβλίο 54), η Μνημοσύνη μας κάνει να θυμόμαστε τα καθημερινά και τις καλές μας πράξεις, ώστε να ξεχνάμε τα κακά και να καταπραΰνουμε τις τύψεις μας. Η μνήμη θεωρούταν πολύ σημαντική στην αρχαία Ελλάδα, αφού ήταν κόρη του Ουρανού και της Γης, μία από τις συζύγους του Δία και μητέρα των εννέα μουσών. Οι τύψεις στον Ησίοδο ονομαζόταν «μερμηράες» , όπως τα μυρμήγκια που κατατρώγουν το ξύλο ή ανασκάπτουν το χώμα. Η αντιπαλότητα μεταξύ των τύψεων που κατατρώγουν και ανασκάπτουν τον αφενός εγκέφαλο μας και των κακών μας πράξεων και αφετέρου των αναμνήσεων των καλών μας πράξεων είναι διαρκής. Ίσως αν δεν επιβληθεί τελικά η αγαθή μνήμη, να είναι δυνατό να προκληθούν σοβαρές βλάβες στον εγκέφαλο μας, λόγω της διαρκούς υπερπροσπάθειας του εγκεφάλου να προσποιείται ότι δεν θυμάται τις τύψεις και τα δυσάρεστα γεγονότα. Οι βλάβες αυτές ενδεχομένως οδηγούν στην

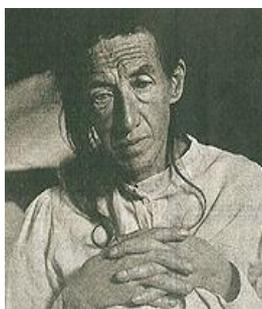
κατάργηση μέρους της μνήμης και άρα συμβάλουν στην εμφάνιση της άνοιας. Όσο κι αν φαίνεται παράξενο, η σχέση τύψεων και καλής μνήμης δεν έχει μέχρι σήμερα μελετηθεί και αξιολογηθεί στην άνοια τύπου Alzheimer (ΑΤΑ) (Τσολάκη, 2005).

Συνεχίζοντας αυτό το ταξίδι στο χρόνο και μελετώντας διαφορετικές εποχές και πολιτισμούς παρατηρούμε διαχρονικά ότι ψήγματα του ανοϊκού συνδρόμου υπάρχουν παντού ανά τον κόσμο και αναφέρουμε επιγραμματικά μερικά από αυτά παρακάτω:

- Το 2000 π.Χ. στην Αίγυπτο, έχουμε γνώση στο γεγονός ότι η μνήμη μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας.
- Τον ένατο αιώνα π.Χ. πάλι στην Αίγυπτο καταγράφονται περιγραφές περιστατικών άνοιας.
- Στα ρωμαϊκά χρόνια η λέξη άνοια (dementia) αναφέρεται από τον Celsus όντας επηρεασμένος από την ελληνική έννοια του όρου. Ο όρος άνοια όμως γίνεται περισσότερο σαφής γύρω στα 600 μ.Χ. .
- Το 1530 περίπου, αναφέρεται η σημασία της κληρονομικότητας στην άνοια.
- Το 1670 ο Thomas Willis αναφέρει περιστατικό άνοιας μετά από αποπληξία.
- Τέλος το 19ό αιώνα η νευροπαθολογία αποσαφηνίζει τους τύπους της άνοιας με τους Alois Alzheimer, Arnold Pick και Otto Binswanger, γύρω στο 1900 (www.iatrikionline.gr).



Ο Alois Alzheimer (1864-1915) περιέγραψε σε επιστημονικό συνέδριο την περίπτωση μιας γυναίκας ηλικίας 51 ετών, το 1904. Η γυναίκα αυτή νοσηλεύτηκε επί τέσσερα χρόνια από τον Alzheimer και πέθανε το 1906. Στη συνέχεια, το 1907, ο Alzheimer δημοσίευσε μία σύντομη περιγραφή της περίπτωσης στην οποία αναφερόταν ως εξής: «Γυναίκα, ηλικίας 51 ετών, (Augusta D.), παρουσίασε ως πρώτο σύμπτωμα της πάθησης, έντονη ζήλια προς τον άνδρα της. Ακολούθησε προϊούσα απώλεια μνήμης. Δεν μπορούσε να βρει το δρόμο της μέσα στο ίδιο της το διαμέρισμα. Μετέφερε αντικείμενα χωρίς λόγο και τα έκρυβε. Φώναζε ότι θέλουν να τη σκοτώσουν,... περιοδικά ήταν σε παραλήρημα ... και φαινόταν να έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις... . Τελικά ήταν σε κατάσταση stupor... . Η νεκροψία έδειξε γενικά ατροφικό εγκέφαλο χωρίς μακροσκοπικές βλάβες. Τα μεγάλα εγκεφαλικά αγγεία παρουσίαζαν αρτηριοσκλήρωση Παρατηρήθηκαν περίεργες βλάβες των νευροϊνιδίων τα οποία συνέρχονταν σε παχιές δέσμες στις επιφάνειες των κυττάρων... και πολλαπλές μικρές εστίες στον φλοιό που είχαν μια ιδιάζουσα ουσία που ξεχώριζε χωρίς να χρειάζεται να τη χρωματίσουμε».



Άρα, ο Alzheimer είχε από το 1906 περιγράψει τόσο τα νευροϊνιδιακά τολύπια, όσο και τις πλάκες αμυλοειδούς (Τσολάκη, 2005).

Ο όρος Alzheimer's disease, εισήχθη από τον Emil Kraepelin, καθηγητή του Alzheimer, το 1910, στην όγδοη έκδοση του εγχειριδίου του προς τους φοιτητές. Ο Kraepelin βασίστηκε στην περιγραφή της πρώτης περίπτωσης του Alzheimer και στην περιγραφή άλλων τριών περιπτώσεων από συνεργάτες του Alzheimer και κατέταξε τη νέα αυτή πάθηση στις προγεροντικές άνοιες. Ο Alzheimer μάλλον δεν δεχόταν πλήρως αυτή την άποψη του Kraepelin.

Το 1911, ο Alzheimer δημοσίευσε λεπτομερή περιγραφή μιας ιδιαίζουσας περίπτωσης άνδρα ηλικίας 56 ετών (Johann F.), που νοσηλεύτηκε πάνω από τρία χρόνια στην ίδια κλινική του Kraepelin και πέθανε το 1910. Η περίπτωση αυτή δεν είχε νευροϊνιδιακά τούμπια αλλά «μόνο πλάκες». Είχε επίσης οικογενή χαρακτήρα πάθησης. Τα ευρήματα αυτά, όπως και στοιχεία από το ιστορικό της πρώτης ασθενούς με άνοια τύπου Alzheimer τα δημοσιοποίησε στο περιοδικό «The Lancet» ο K. Mamer το 1997.

Ο Alzheimer παντρεύτηκε τη χήρα του τραπεζίτη Geinsenheimer και έκανε τρία παιδιά. Ζούσε πολλές ώρες κοντά στο μικροσκόπιο μιλώντας με φοιτητές και καπνίζοντας πάνω από είκοσι πούρα τη μέρα. Το 1912 έπαθε καρδιακό επεισόδιο. Τον ίδιο χρόνο έγινε καθηγητής της ψυχιατρικής. Το 1915 πέθανε από χρόνια ρευματική καρδίτιδα (J. Neurol Neurosurg Psychiatry 2008).

Την περίοδο που ακολούθησε μετά την διάγνωση της νόσου από τον Alzheimer μέχρι σήμερα (ένας αιώνας), έγιναν πολλές έρευνες πάνω στη νόσο από διάφορους ερευνητές, αρκετά πειράματα, δημιουργήθηκαν και χορηγήθηκαν διάφορες συνταγές και φάρμακα τα οποία θα παρουσιάσουμε επιγραμματικά παρακάτω:

- Alzheimer 1907 ή Perusini 1909

- Emil Kraepelin 1910 (αρχές του αιώνα) «προγεροντική άνοια» με ηλικία έναρξης πριν τα 55 ή 65
- Martin Roth, Garry Blessed 1960: Όμοια νευροπαθολογικά ευρήματα και στην γεροντική άνοια
- Kidd και Terry, 1963: Μελέτες των αμυλοειδικών πλακών και των νευροϊνιδιακών αλλοιώσεων στο ηλεκτρονικό μικροσκόπιο.
- Ακολούθησαν την ίδια περίοδο πειραματικά μοντέλα σε ζώα (Wisniewski).
- Robert Katzman, 1976-1978: Alzheimer's disease: Ίδια κλινική εικόνα, όμοια νευροπαθολογικά ευρήματα και στην γεροντική άνοια
- Το 1979 ιδρύεται η ένωση νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών στην Αμερική.
- Το 1993 γίνεται η διάγνωση της νόσου στον πρώην πρόεδρο της Αμερικής Ronald Reagan.
- Τέλος, κάποια από τα φάρμακα που χορηγήθηκαν για την καταπολέμηση της νόσου είναι τα εξής: τακρίνη 1986, doneξεπίλη 1996, ριβαστιγμίνη 1998, γαλανθαμίνη 2000, μεμαντίνη 2002.

Κλείνοντας να τονίσουμε τον τεράστιο ρόλο που έπαιξε ο νευροπαθολόγος Alois Alzheimer που έκανε την πρώτη διάγνωση και χάρη σε αυτόν και την ομάδα του βρήκαν πάτημα επόμενες γενιές ερευνητών και γιατρών ώστε να πραγματοποιηθούν άλματα για την εξερεύνηση και την καταπολέμηση της άνοιας. Η ονομασία της νόσου δόθηκε προς τιμήν του (Ιακωβίδου, 2007).

1.6 ΟΡΙΣΜΟΙ ΟΡΩΝ

Για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε καλύτερα ορισμένους όρους που θα συναντήσουμε παρακάτω, θα κάνουμε μία προσπάθεια επεξήγησης των σημαντικότερων όρων από αυτούς. Οι όροι παραθέτονται σε αλφαβητική σειρά.

Άνοια: Άνοια (ή): έλλειψις νού, ανοησία, μωρία // (ιατρ.) επίκτητος, ολική ή μερική, απώλεια της διανοητικής, της συναισθηματικής και της ηθικής ικανότητας. (‘‘Η Πρωΐα’’, 1933).

Σύμφωνα με τους ειδικούς η άνοια δεν είναι νόσος αλλά σύνδρομο πράγμα που σημαίνει πως αποτελείται από ένα σύνολο συμπτωμάτων τα οποία υποδηλώνουν εξασθένηση των διαδικασιών της σκέψης, όπως για παράδειγμα η απώλεια μνήμης, νοητικές διαταραχές και μεταβολές της συμπεριφοράς (www.janssen-cilag.gr/ 2007).

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έκπτωση των ανωτέρων νοητικών λειτουργιών. Ο όρος άνοια αναφέρεται σε μια σειρά συμπτωμάτων που παρουσιάζουν άτομα με νοσήματα που καταστρέφουν τα εγκεφαλικά κύτταρα και προκαλούν μία σταδιακή και αργή επιδείνωση των νοητικών ικανοτήτων του ατόμου, προσβάλουν δηλαδή τη μνήμη, το λόγο, την κρίση, τη συμπεριφορά και οδηγούν σε πλήρη αποδιοργάνωση της ζωής και της προσωπικότητας του ([www.alzheimer-hellas.gr/2006](http://www.alzheimer-hellas.gr/)).

Οι άνοιες αποτελούν κλινικά σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από επίκτητη διαταραχή των γνωσιακών λειτουργιών, χωρίς να υπάρχουν διαταραχές της συνείδησης. Οι λειτουργίες που θίγονται περιλαμβάνουν τη νοημοσύνη, την

ικανότητα μάθησης, τη μνήμη, το λόγο, τον προσανατολισμό, την αντίληψη, τη συγκέντρωση, την κρίση την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και τον κοινωνικό ρόλο. Ακόμα ελαττώνεται η λειτουργικότητα σε στοιχειώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και οι ασθενείς δε μπορούν να κυκλοφορήσουν μόνοι, να εργαστούν, ή να φροντίσουν τον εαυτό τους.

Η προοδευτικά επιδεινούμενη νοητική δυσλειτουργία, συνοδεύεται από εκδηλώσεις κατάθλιψης, διέγερσης και ψύχωσης στους περισσότερους ανοϊκούς ασθενείς κατά τη διάρκεια της πορείας της νόσου. Αυτά τα μη γνωσιακά νευροψυχιατρικά συμπτώματα βασανίζουν τους ασθενείς και τους συγγενείς τους και συμβάλουν στην περιθωριοποίηση και την ιδρυματοποίηση των ανοϊκών ασθενών (Παππάς, 2004).

Ασθένεια: Είναι απόκλιση από την φυσιολογική λειτουργία, διαταραχή της λειτουργίας από την εισβολή μέχρι την αποδρομή της. Η ασθένεια μπορεί να εισβάλει λόγω των εσωτερικών παραγόντων, κυρίως κληρονομικών, και εξωτερικών όπως κακώσεις, χημικές προσβολές από φάρμακα από μικροβιακές μολύνσεις, έκθεση σε χαμηλές ή υψηλές θερμοκρασίες, στέρηση καθαρού αέρα, νερού, τροφής. Ακόμη και η εξασθένηση του οργανισμού από άγχος, κόπωση και αγωνία θεωρείται εξωτερικός παράγοντας (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1999).

Γεροντολογία: Είναι η επιστήμη που ασχολείται με το φαινόμενο της γήρανσης κάθε έμβιου όντος και τα διάφορα προβλήματα της διεργασίας αυτής (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1999).

Γήρας: Η γήρανση μπορεί να προσδιοριστεί ως η προοδευτική έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής και ομοιοστασίας κάθε οργανικού συστήματος. Η

έκπτωση αυτή αρχίζει ήδη από την τρίτη δεκαετία της ζωής και είναι βαθμιαία και προοδευτική, αν και ο ρυθμός της ποικίλει. Είναι γνωστό ότι ο ρυθμός της γήρανσης διαφέρει από άτομο σε άτομο και καθορίζεται κατ' αρχήν, από τη γενετική ιδιοσυγκρασία του ατόμου και κατά δεύτερο λόγο από περιβαλλοντολογικούς παράγοντες (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1999).

Γηριατρική: Η επιστήμη που μελετά τους παράγοντες που επιφέρουν το γήρας και τους τρόπους για την επιβράδυνση της εμφάνισης του γήρατος (Ε. Πάπυρος, Τόμος 17, 1994).

Δημογραφική Γήρανση: Είναι τα προβλήματα που δημιουργούνται από τη δυσανάλογη αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων στο σύνολο του πληθυσμού (Τεγόπουλος-Φυτράκης, 1999).

Νόσος Alzheimer (N.A.): «είναι μία εκφυλιστική νόσος, η οποία αργά και προοδευτικά καταστρέφει εγκεφαλικά κύτταρα. Πήρε το όνομα της από τον Αλούα Αλτσχάιμερ, έναν Γερμανό νευρολόγο, ο οποίος το 1907 πρώτος περιέγραψε τα συμπτώματα και τα νευροπαθολογοανατομικά ευρήματα της νόσου, όπως είναι οι πλάκες και οι νευροϊνδιακές εκφυλίσεις στον εγκέφαλο. Η νόσος προσβάλλει τη μνήμη και τη νοητική λειτουργία (όπως σκέψη, ομιλία), αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει και σε άλλα προβλήματα, όπως σύγχυση, αλλαγές στη διάθεση και αποπροσανατολισμό σε χρόνο και χώρο» (Τσολάκη, 1999)

Ποιότητα Ζωής: Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (1993), ποιότητα ζωής είναι η αντίληψη που έχει ένα άτομο για τη θέση του στον κόσμο, στον πολιτισμό, στο σύστημα αξιών που ζει, σε σχέση με τους στόχους του, τις προσδοκίες του, τους κανόνες συμβίωσης και τις ανησυχίες του. Η ποιότητα ζωής

είναι μια πολύ πλατιά έννοια που επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από τη φυσική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας του, τις κοινωνικές του σχέσεις, καθώς και τη σχέση του με τους ζωτικούς παράγοντες του περιβάλλοντος του (www.disabled.gr).

Τρίτη Ηλικία: Είναι ένας όρος που πρωτοεμφανίστηκε στη γαλλική βιβλιογραφία και αναφέρεται στην ομάδα των ατόμων που έχουν ξεπεράσει τα 65 χρόνια ζωής και άνω (Τεγόπουλος - Φυτράκης, 1999,).

Υγεία: Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και Ηνωμένων Εθνών ορίζει την υγεία ως «σωματική, ψυχική, πνευματική ευεξία και όχι μόνο απουσία νόσου». Δηλαδή ο άνθρωπος είναι υγιείς όταν δεν είναι ασθενής στο σώμα και στο πνεύμα αλλά συγχρόνως είναι και θετικό στοιχείο του κοινωνικού συνόλου. Η υγεία είναι ένα υπέρτατο αγαθό και η διατήρησή της είναι δικαίωμα και υποχρέωση του καθένα. Απαιτείται λοιπόν η χάραξη μιας στρατηγικής ανανέωσης των συστημάτων υγείας και ενημέρωσης του κοινού.

Η υγεία είναι δικαίωμα στενά συνδεδεμένο με υποχρεώσεις που υπαγορεύουν συνεχή προσπάθεια και ενεργό συμμετοχή όλων στον αγώνα για τη βελτίωση και διατήρηση της (Γουρνέλη Θ., 1992). Σύμφωνα με τον νομπελίστα κ. Βηθούλκα (1990) «υγεία είναι η απαλλαγή από τον πόνο στο υλικό σώμα, ώστε αυτό να φτάνει σε ένα επίπεδο ευφορίας, απαλλαγή από το πάθος στο συγκινησιακό επίπεδο, που έχει ως αποτέλεσμα μία δυναμική κατάσταση γαλήνης και ηρεμίας και απαλλαγή από τον εγωισμό στη διανοητική σφαίρα, που να οδηγεί στην πλήρη ταύτιση με την αλήθεια».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΑΝΟΙΑΣ

Η άνοια συνιστά μια χρόνια επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών και γνωστικών ικανοτήτων τόσο σοβαρή ώστε να παρεμποδίζει την ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Η άνοια αποτελείται από ένα σύνολο συμπτωμάτων, με βασικότερα εκείνα που υποδηλώνουν έκπτωση των γνωστικών ικανοτήτων, όπως είναι η απώλεια της μνήμης και άλλες μεταβολές στη προσωπικότητα του ασθενούς. Πρόκειται για μία νευροεκφυλιστική νόσο του εγκεφάλου που επηρεάζει την ικανότητα του ατόμου στην εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων (Μάνος, 1988 και Lindsay and Anderson, 2004).

Υπάρχουν διάφορες μορφές άνοιας με πολλές διαφορετικές αιτίες. Η νόσος του Αλτσχάιμερ είναι η συχνότερη μορφή άνοιας. Η άνοια μπορεί να εμφανιστεί σε ηλικιωμένους αλλά και σε νέους. Όμως η συχνότητα της νόσου Αλτσχάιμερ αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας. Επειδή ο μέσος όρος διάρκειας ζωής των ανθρώπων αυξάνεται, ταυτόχρονα αυξάνεται και ο αριθμός των ανθρώπων που παρουσιάζουν την πάθηση.

2.2 ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΑΣ ΟΝΟΜΑΣΤΙΚΑ

- Αναστρέψιμες άνοιες:

- Τοξικά αίτια
- Λοιμώδη αίτια
- Μεταβολικές διαταραχές
- Όγκοι
- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Ενδοκρινοπάθειες
- Υδροκέφαλος χαμηλής πίεσης

- Μη αναστρέψιμες άνοιες:

1) Εκφυλιστικές

- Νόσος Alzheimer
- Νόσος σωματιδίων Lewy
- Μετωποκροταφική και νόσος Pick
- Νόσος Huntington
- Νόσος Parkinson
- Προ'ιούσα υπερπυρινική παράλυση
- Ιδιοπαθής θαλαμική εκφύλιση

2) Γενετικές βιοχημικές ανωμαλίες

- Νόσος Wilson
- Μεταχρωματική λευκοδυστροφία
- Μιτοχονδριακές εγκεφαλοπάθειες

3) Αγγειακές άνοιες

- Πολυεμφρακτική
- Νόσος Binswanger
- Κενοτοπιώδης
- Αμυλοειδική αγγειοπάθεια
- Οζώδης πολυαρτηρίτιδα

4) A.I.D.S.

5) Νόσος Creutzfeldt – Jacob

(Γ. Παπαδάκης, 2004)

2.3 ΠΙΟ ΣΥΧΝΟΙ ΤΥΠΟΙ ΑΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΥΤΩΝ

Νόσος Alzheimer :

Η νόσος του Alzheimer είναι μία εκφυλιστική νόσος, η οποία αργά και προοδευτικά καταστρέφει εγκεφαλικά κύτταρα. Πήρε το όνομά της από τον Αλούα Αλτσχάιμερ, έναν Γερμανό νευρολόγο, ο οποίος το 1907 πρώτος περιέγραψε τα συμπτώματα και τα νευροπαθολογικοανατομικά ευρήματα της νόσου, όπως είναι οι πλάκες και οι νευροινιδιακές εκφυλίσεις στον εγκέφαλο. Η νόσος προσβάλλει τη μνήμη και τη νοητική λειτουργία (όπως σκέψη, ομιλία) , αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει και σε άλλα προβλήματα , όπως σε σύγχυση , αλλαγές στη διάθεση και αποπροσανατολισμό σε χρόνο και χώρο (www.alzheimerhellas.gr).

Συμπτώματα της νόσου Alzheimer :

Τα πρώτα συμπτώματα της νόσου μπορεί να είναι τόσο ήπια ώστε να περνούν απαρατήρητα τόσο από τον ίδιο όσο και από την οικογένειά του. Αρχικά το άτομο δυσκολεύεται να ανακαλέσει στη μνήμη πρόσφατα γεγονότα. Καθώς η νόσος εξελίσσεται , τα συμπτώματα γίνονται όλο και πιο εμφανή ενώ αρχίζουν να διαταράσσονται οι καθημερινές ασχολίες του ατόμου. Προειδοποιητικά σημάδια μιας τέτοιας εξέλιξης , μπορεί να είναι η εμφάνιση δύο ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα:

- Επιδείνωση της μνήμης που επηρεάζει επαγγελματικές ή κοινωνικές δεξιότητες (αρκετά άτομα , για να βοηθήσουν τον εαυτό τους έχουν τάση

να κάνουν αλληπάλληλες λίστες καθημερινών ενεργειών και να αφήνουν σημειώματα στον εαυτό τους ακόμη και για αυτονόητα πράγματα).

- Προβλήματα στην ομιλία.
- Απώλεια προσανατολισμού σε γνωστό χώρο.
- Λαθεμένη τοποθέτηση αντικειμένων.
- Προβλήματα στην «αφηρημένη σκέψη», πτωχή κρίση.
- Αλλαγές στη διάθεση και τη συμπεριφορά.
- Μεταβολές της προσωπικότητας.

Στα προχωρημένα στάδια της νόσου , ο ασθενής χάνει την αυτονομία του, αδυνατεί να εκτελέσει απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ντύσιμο, καθαριότητα). Η φροντίδα ενός ασθενούς με προχωρημένη άνοια επιβαρύνει σοβαρά τον οικογενειακό του περίγυρο και ιδιαίτερα τα άτομα που την έχουν επωμιστεί (www.novartis.gr).

Αγγειακή άνοια :

Η αγγειακή άνοια οφείλεται στη διαταραχή της ροής του αίματος στον εγκέφαλο. Συχνά, θεωρείται πιο συχνή μορφή άνοιας και μπορεί να συνυπάρχει με τη νόσο Alzheimer. Η αγγειακή άνοια μπορεί να προκληθεί από ένα ή από πολλαπλά εγκεφαλικά. Ένα εγκεφαλικό είναι η κύρια περιοχή κατεστραμμένου εγκεφαλικού ιστού και προκαλείται από τη διαταραχή της αιματικής ροής στον εγκέφαλο. Τα εγκεφαλικά μπορεί να προκαλέσουν αδυναμία στα άνω ή στα κάτω άκρα, δυσκολία στην ομιλία , συναισθηματικές εκρήξεις ή ακόμα και αλλαγή στον τρόπο βαδίσματος. Η αγγειακή άνοια έχει συνήθως αιφνίδια έναρξη , αλλά μπορεί να ακολουθήσει σταδιακή εξέλιξη. Ο ακριβής τύπος της

αγγειακής άνοιας εξαρτάται από τη φύση της αγγειακής νόσου. Η πολυεμφρακτική άνοια για παράδειγμα, προκαλείται από μια σειρά μικροεγκεφαλικών. Διαφορετικές λειτουργίες του εγκεφάλου επηρεάζονται ανάλογα με το σημείο του εγκεφάλου στο οποίο εντοπίζεται το εγκεφαλικό. Τα εγκεφαλικά στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στην ομιλία και στη μνήμη ενώ τα εγκεφαλικά στη δεξιά πλευρά του εγκεφάλου μπορεί να οδηγήσουν σε προβλήματα στην αναγνώριση των αντικειμένων και στο συντονισμό για την εκτέλεση πιο σύνθετων πράξεων.

(Τσολάκη, 2005)

Άνοια με σωμάτια του Lewy :

Η νόσος με σωμάτια του Lewy θεωρείται η Τρίτη κατά σειρά συχνότητα μετά τη νόσο Alzheimer και την αγγειακή άνοια. Η νόσος χαρακτηρίζεται νευροπαθολογικά από την παρουσία των σωματιδίων Lewy σε περιοχές του κεντρικού νευρικού συστήματος και κυρίως του εγκεφαλικού φλοιού. Στην αρχική της μορφή η νόσος μοιάζει με τη νόσο Parkinson.

(Μπαλογιάννης , 2004)

Η νόσος εμφανίζει δυσκαμψία, βραδυκινησία, αστάθεια κατά τη βάδιση, ενίοτε και τρόμο. Ο ασθενής παρουσιάζει έντονες διακυμάνσεις των γνωστικών λειτουργιών με αυξομειώσεις εγρήγορσης και προσοχής, διαταραχές προσοχής οπτικοχωρικών και κατασκευαστικών δεξιοτήτων. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις αποτελούν το πιο συχνό φαινόμενο της νόσου, εμφανίζονται από τα αρχικά στάδια και διατηρούνται μέχρι το τέλος της ζωής του ασθενούς (Τσολάκη, 2005).

Μετωποκροταφικές άνοιες :

Στις μετωποκροταφικές άνοιες ανήκουν τρεις μορφές άνοιας:

- 1) Το μετωπιαίο σύνδρομο,
- 2) πρωτοπαθής προοδευτική αφασία,
- 3) σημασιολογική άνοια.

Το μετωπιαίο σύνδρομο χαρακτηρίζεται από κοινωνικοπαθολογική προσωπικότητα, με άρση των αναστολών, υπερσεξουαλικότητα, εμμονές και απάθεια. Διαταραχές συναισθήματος με άμβλυνη, ψευδοευφορία και ακαταλληλότητα. Ο ασθενής παρουσιάζει εκτελεστική δυσλειτουργία – συμπεριφορά χρησιμοποίησης. Η μνήμη, ο λόγος και ο προσανατολισμός στο χώρο παραμένουν σχεδόν ανέπαφες μέχρι τα τελικά στάδια της νόσου.

Η δεύτερη μορφή μετωπιαίας άνοιας είναι η πρωτογενής προοδευτική αφασία. Χαρακτηρίζεται από διαταραχές στην έκφραση του λόγου παρόλη την προσπάθεια παραγωγής του. Δυσκολία στην ανάκληση των λέξεων με παρουσία φωνολογικών και γραμματικών λαθών. Δυσκολίες στην ανάγνωση και τη γραφή. Όπως και στο μετωπιαίο σύνδρομο έχουμε σχετική διατήρηση μνήμης και οπτικοχωρικών ικανοτήτων.

Η τρίτη μορφή μετωπιαίας άνοιας είναι η σημασιολογική άνοια. Ο ασθενής χάνει τη σημασία και την αντίληψη των λέξεων. Παρουσιάζει δυσκολία στο να κατονομάσει για παράδειγμα ένα αντικείμενο ή έναν άνθρωπο. Η ροή του λόγου διατηρείται σε καλό επίπεδο. (Τσολάκη,2005)

Η μετωποκροταφική άνοια ίσως ευθύνεται μέχρι και για το 20% των ασθενών με προγεροντική άνοια δευτεροπαθή σε μία πρωτοπαθή εγκεφαλική

εκφύλιση. Μέχρι πρόσφατα που αναφέρθηκαν παρόμοιοι ασθενείς στις Η.Π.Α. και πολλά άλλα μέρη του κόσμου, εγείρετο η υπόθεση πως η μετωποκροταφική άνοια περιοριζόταν αποκλειστικά στη Β. Αγγλία και τη Ν. Σουηδία. Η μετωποκροταφική άνοια πιθανότατα υποδιαγνώσκεται. Τα πρώτα κεντρικά συμπτώματα της νόσου είναι τα προβλήματα συμπεριφοράς στις αρχικές φάσεις της νόσου πολλοί ασθενείς δεν αξιολογούνται για άνοια. (Ρούσσο, 2003)

Νόσος Parkinson :

Η κλασική νόσος του Parkinson αποτελεί ιδιοπαθή, άγνωστης αιτιολογίας οντότητα και προσβάλλει κυρίως άτομα 50-80 ετών. Σε ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων αποδεικνύεται μία σαφής κληρονομική επιβάρυνση και επισημαίνεται επικρατικός τρόπος κληρονομικής μεταβίβασης. Κλινικά η νόσος χαρακτηρίζεται από το συνδυασμό του ακινητικού συνδρόμου, του τρόμου στάσεως και ηρεμίας και της εξωπυραμιδικής υπερτονίας. Τα συμπτώματα αρχίζουν από τα άνω άκρα με τρόμο και αθέλητες μικροκινήσεις των δακτύλων, ενώ τα κάτω άκρα προσβάλλονται αργότερα. Διαταράσσονται η αυτοματική κινητικότητα και γίνονται έκδηλες ειδικότερα οι διαταραχές της ομιλίας, της βάδισης και της γραφής (Πατσούρης, 1995).

Εκτός από τα κινητικά συμπτώματα, η νόσος του Parkinson συνδέεται συχνά με νοητικές διαταραχές και άνοια. Εκτιμάται ότι δύο στους πέντε ανθρώπους με νόσο του Parkinson αναπτύσσουν άνοια σε κάποιο στάδιο της νόσου τους. (Τσολάκη, 2005)

Συμπτωματολογία άνοιας Parkinson :

- Η άνοια συμβαίνει κυρίως αργά κατά την εξέλιξη της νόσου.
- Διαταραχές στις εκτελεστικές λειτουργίες, γλωσσικές διαταραχές.
- Βραδύτητα της σκέψης.
- Ελαττωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων.
- Σπάνια απραξία, αγνωσία.

Creutzfeldt – Jacob:

Αρχίζει συνήθως μεταξύ του 50^{ου} και 60^{ου} έτους της ηλικίας. Πιο συνηθισμένες εκδηλώσεις της νόσου είναι η προϊούσα διανοητική έκπτωση και η προσβολή του πυραμιδικού και εξωπυραμιδικού συστήματος. Μυοκλονίες και σπασμοί είναι επίσης πολύ συχνές εκδηλώσεις, ενώ επίσης μπορεί να παρατηρηθούν ατροφίες μυών.

Η επιβίωση δεν ξεπερνά τα τέσσερα χρόνια (το 80% καταλήγει εντός του 1^{ου} έτους). Η γνώση ότι άλλες σπογγιόμορφες εγκεφαλοπάθειες όπως η Kuru (παρατηρείται στη Ν. Γουινέα και συσχετίζεται με κανιβαλισμό) και usctapie (μία νόσος των προβάτων) μπορεί να μεταδοθούν, έθεσε την υπόνοια ότι και η νόσος των Creutzfeldt – Jacob μπορεί να μεταδοθεί. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο με ευοφθαλμισμό (αίμα του ασθενή σε λύση συνεχείας του δέρματος άλλου ατόμου) και γι' αυτό πρέπει να λαμβάνονται προφυλάξεις από αυτούς που φροντίζουν τον ασθενή (Λογοθέτης Ι. – Μυλωνάς Ι., 1996).

Άνοια από χρήση αλκοόλ :

Η χρόνια λήψη αλκοόλ μπορεί να προκαλέσει τοξικές καταστάσεις που οφείλονται στην αιθυλική αλκοόλη και στην έλλειψη βιταμινών του συμπλέγματος Β , και να καταλήξει σε άνοια.

Τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν έναν αλκοολικό ανοϊκό είναι : Διαταραχές συμπεριφοράς / ψυχωσικά επεισόδια / επιληπτοειδής προδιάθεση / σχιζοφρενικές αντιδράσεις, λειτουργικές ανωμαλίες στη LIBIDO/ παραισθήσεις / έντονες φαντασιώσεις / σύνδρομο φυγής / τάσεις αφανισμού / κατάθλιψη / βραδυψιχισμός / σύγχυση / τρόμος / οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις. (Αυγουστής, 2002)

Παρεγκεφαλική αταξία :

Τη νόσο χαρακτηρίζει αταξία στη στάση και τη βάρδιση (ο ασθενής περπατά με παρεκκλίσεις «ζικ - ζακ» και με τρομώδεις κινήσεις). Η δοκιμασία Romberg είναι θετική τόσο με κλειστά, όσο και με ανοιχτά.

Η αταξία υπάρχει και στις εκούσιες κινήσεις. Υπάρχει επιβράδυνση των κινήσεων με αδυναμία ελέγχου της έναρξης και της διακοπής αυτών. Παρεγκεφαλικός τρόμος (τρόμος κίνησης και μυϊκή υποτονία και νυσταγμός) συνυπάρχουν στα συμπτώματα. Ο ασθενής εμφανίζει διαταραχές λόγου (δυσαρθρία), απραξία και διαταραχές προσανατολισμού.(Σακκά, 2005).

Ακόμη υπάρχουν και άλλα είδη ανοιών, τα οποία δεν εμφανίζονται σε τόσο μεγάλο βαθμό, κάποια από αυτά είναι τα εξής :

- Προϊούσα υπερπυρηνική παράλυση.

- Νόσος Huntington.
- Φλοιοβασική εκφύλιση.
- Άνοια από AIDS.
- Ατροφία πολλαπλών συστημάτων.
- Σύνδρομο Down.

2.4 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σύμφωνα με την Τσολάκη Μ. (1999) δεν υπάρχει κάποια ένδειξη ότι κάποια συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων είναι πιθανότερο να αναπτύξει άνοια ή νόσο Alzheimer. Η φυλή, το επάγγελμα, το επίπεδο μόρφωσης, η γεωγραφική θέση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, δεν είναι καθοριστικοί παράγοντες της νόσου. Ωστόσο, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο κινδυνεύουν λιγότερο απ' αυτά με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Συγκρίνοντας μεγάλες ομάδες ατόμων με νόσο του Alzheimer, με άλλους που δεν έχουν τη νόσο, κάποιοι ερευνητές προτείνουν πιθανούς παράγοντες κινδύνου. Αυτό σημαίνει ότι ορισμένοι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα από άλλους να προσβληθούν από τη νόσο. Παρ' όλα αυτά, είναι απίθανο η ασθένεια να οφείλεται σε έναν και μόνο παράγοντα. Είναι πιο πιθανό, ότι συνδυασμός παραγόντων (με διαφορετική για τη νόσο βαρύτητα από άτομο σε άτομο) να οδηγεί στην εμφάνιση της.

2.4.1 Ποιος μπορεί να εμφανίσει άνοια:

Η άνοια παρουσιάζεται κυρίως σε άτομα τρίτης ηλικίας. Περίπου 20% των ατόμων άνω των 80 ετών πάσχουν από άνοια. Στις νεότερες ηλικίες η άνοια εμφανίζεται σε ένα στα εκατό άτομα. Λόγω της αυξημένης γήρανσης του πληθυσμού, το πρόβλημα της άνοιας έχει πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις (www.janssen-cilag.gr).

Άνοια έχουν το 1% περίπου των ατόμων μέχρι 65 ετών. Μεταξύ 65 και 74 ετών περίπου το 3% και μεταξύ 75 και 84 ετών περίπου το 19%. Συμπτώματα άνοιας εμφανίζουν μέχρι και το 47% των ατόμων άνω των 85 ετών συμφώνα με διάφορες έρευνες. Συνολικά σε ηλικίες άνω των 65 ετών 4-5% των ατόμων πάσχει από άνοια, σε βαθμό που να μην μπορούν να ζήσουν αυτόνομα (www.gerontology.gr).

2.4.2 Βέβαιοι παράγοντες:

- Η μεγάλη ηλικία.
- Υπάρχει μια γενετική προδιάθεση.
- Οι γυναίκες έχουν κάποιο ελαφρά αυξημένο ρίσκο (13%) σε σχέση με τους άνδρες, αν και αυτό δεν επιβεβαιώνεται σε όλες τις μελέτες, καθώς θα μπορούσε να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο.
- Το περιβάλλον και διάφορες συνήθειες. Υπάρχουν χώρες, όπως η Νιγηρία, όπου δεν παρατηρείται νόσος Alzheimer, ενώ σε άλλες χώρες είναι πιο συχνή η εμφάνιση της νόσου, όπως η Κίνα, η Ιαπωνία και οι

χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης όπου είναι πιο συχνή η αγγειακής αιτιολογίας άνοια απ' ότι η νόσος Alzheimer.

Ασφαλώς διαφοροποιήσεις στις διαγνωστικές μεθόδους μπορεί να παίζουν ρόλο. Κυρίως όμως οι μεταναστεύοντες σε μικρή ηλικία εμφανίζουν άνοια κατά τα επικρατούντα στις χώρες όπου μεταναστεύουν και όχι κατά τα επικρατούντα στις χώρες από τις οποίες προέρχονται.

Ο συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων αποδυναμώνεται και από το γεγονός ότι μόνο το 50% των μονογενών διδύμων προσβάλλεται από τη νόσο, αλλά και πάλι όταν δυο μονογενείς δίδυμοι προσβληθούν, η ηλικία έναρξης της νόσου μπορεί να υφίσταται και κατά 15 χρόνια (www.iatronet.gr).

2.4.3 Πιθανοί προδιαθεσιακοί παράγοντες:

- Η παρουσία της απολιποπρωτεΐνης E-e4 στο χρωμόσωμα 19, αν ανευρεθεί σε κάποια ειδική εξέταση, είναι ενδεικτική της αυξημένης πιθανότητας προσβολής από τη νόσο Alzheimer από 2 μέχρι 10 φορές.
- Η μη χρήση κατά τη διάρκεια της ζωής διαφόρων κατηγοριών φαρμάκων (η χρήση οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση στη γυναίκα έχει κάποια προστατευτική δράση, την οποία ίσως έχει και η χρήση αντιφλεγμονόδων φαρμάκων).
- Η μείωση αντιοξειδοτικών παραγόντων στον οργανισμό (βιταμίνες A, C, E, καροτινοειδή, μεταλλικό σελήνιο, συστατικά που υπάρχουν σε

φρούτα και λαχανικά). Το κάπνισμα και τα πολλά λιπαρά συντελούν στη μείωση αυτών των παραγόντων.

- Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
- Ιστορικό καρδιακών επεισοδίων
- Ιστορικό εγκεφαλικών επεισοδίων
- Παρουσία αρτηριακής υπέρτασης
- Συγγένεια με άτομο που πάσχει από σύνδρομο Down (Μούγιας,2003).

2.4.4 Προδιαθεσιακοί παράγοντες έντονα αμφισβητούμενοι:

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

Η μελέτη των παραπάνω παραγόντων βρίσκεται ακόμη σε ερευνητικό επίπεδο και το γεγονός αυτό, αποτελεί ενδεικτικό στοιχείο ατελούς ακόμα γνώσης του αντικειμένου (Μούγιας,2003).

2.5 ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

Σύμφωνα με όσα γνωρίζουμε σήμερα η μεγάλη πλειονότητα των περιπτώσεων άνοιας Alzheimer δεν είναι κληρονομικής μορφής. Πρόσφατα ανακαλύφθηκαν κάποια γονίδια τα οποία σχετίζονται με τη νόσο. Ωστόσο η ύπαρξή τους δεν συνεπάγεται εμφάνιση της νόσου, απλώς αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης της. Δεν συνίσταται κανένας προληπτικός έλεγχος. Υπάρχει ένας εξαιρετικά περιορισμένος αριθμός οικογενειών όπου η εμφάνιση της άνοιας αποτελεί μία κυρίαρχη γενετική εκδήλωση. (www.novartis.gr)

Δεν υπάρχει ομοιογένεια της νόσου σε οικογενείς μορφές. Σε όψιμες μορφές δεν υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις γενετικής προδιάθεσης , αλλά πολλά άτομα δεν φτάνουν σε ηλικία που θα μπορούσε να εκδηλωθεί η νόσος. Στις μορφές στις οποίες η νόσος εκδηλώνεται σε νεαρές ηλικίες οι ενδείξεις είναι περισσότερες. Υπάρχει ένας γενετικός παράγοντας σε μικρό αριθμό οικογενειών. Δεν υπάρχει ειδικό γονίδιο αποκλειστικά για τη νόσο. Μόνο οι γενετικοί παράγοντες δεν εξηγούν το γιατί στην ίδια οικογένεια κάποιος μπορεί να κληρονομήσει τη νόσο και άλλοι όχι. Πολλοί παράγοντες, ιδίως αγγειακού τύπου, επεμβαίνουν στην εκδήλωση της νόσου, δεν είναι επομένως δεδομένο ότι και όλες οι γενετικές επιβαρύνσεις να υπάρχουν ότι η νόσος θα εκδηλωθεί. Είναι μία νόσος που εκδηλώνεται σε διάφορες ηλικίες και, με δεδομένο ότι μόνο το 1% των ατόμων με άνοια είναι κάτω από 65 ετών, είναι ελάχιστα πιθανό η νόσος να προσβάλλει το οποίο άτομο σε ενεργό ηλικία, με πολύ πιθανό μάλιστα να μην προλάβει ποτέ να εκδηλωθεί η νόσος, ακόμα και αν υπάρχει στο γενετικό υλικό.

Περίπου τα μισά από τα μέλη μιας οικογένειας ατόμου με άνοια κληρονομούν τέτοιο γενετικό υλικό που να διευκολύνει κάποτε την εκδήλωση της

νόσου με τους πολλούς περιορισμούς που ήδη αναφέραμε. Και μεταφέρουν το γενετικό υλικό στην επόμενη γενιά, είτε εκδηλώσουν τη νόσο είτε όχι. Η όποια εξέταση για γενετικό υλικό έχει νόημα μόνο εφ' όσον έχετε τρεις τουλάχιστον συγγενείς με άνοια που να έχει αρχίσει σαφώς νωρίς, πολύ πριν τα 65 χρόνια.

Είναι οι μόνες περιπτώσεις με πραγματικό ρίσκο κληρονομικότητας της νόσου. Πολύ λίγες οικογένειες στον κόσμο (περί τις 15) έχουν γενετικό σφάλμα στο χρωμόσωμα 21, που επηρεάζει την παραγωγή μιας πρωτεΐνης (αμυλοειδούς) που έχουν συνδεθεί με τη νόσο Alzheimer. Πιο πολλές οικογένειες έχουν γενετικό σφάλμα στο χρωμόσωμα 14 που ευθύνεται για την πρόιμη έναρξη της νόσου. Αυτά τα γενετικά σφάλματα συνδέονται με έναρξη της νόσου μεταξύ 35 και 60 χρονών, όταν συνολικά 1 στους 1000 κινδυνεύει να έχει τη νόσο.

Σε ότι αφορά τις άνοιες που ξεκινούν στις συνηθείς ηλικίες των πάνω από 65 χρόνων, γενικά το ρίσκο είναι 1 στους 50 για τους πάνω από 65 χρόνων και γίνεται 1 στους 5 για τους πάνω από 80 χρόνων. Στις περιπτώσεις με τη συνηθή έναρξη της νόσου μετά τα 65 χρόνια υπάρχει μια κληρονομικότητα πιο αδύναμη από αυτήν που αφορά τα άτομα με γρήγορη έναρξη της νόσου και που συναντάται όχι πια σε λίγες αλλά σε πολλές οικογένειες. Η παρουσία απολιποπρωτεΐνης E (Apo E) που έχουμε όλοι στο αίμα και το μυαλό σε τρεις μορφές. Όλοι έχουμε δυο αντίγραφα του γονιδίου που μπορεί να είναι ίδια ή να διαφέρουν μεταξύ τους. Η παρουσία Apo E4 υπάρχει στο 1/4 του πληθυσμού και δηλώνει αύξηση κατά 4 φορές την πιθανότητα να πάθει κάποιος άνοια.

Το 2% του πληθυσμού έχει «διπλή δόση» Apo E4, κληρονομημένη από τους δύο γονείς, αλλά πάλι δεν σημαίνει ότι θα πάθει το άτομο άνοια. Πάντως έχει 16 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να πάθει τη νόσο. Το 60% του πληθυσμού

έχουν «διπλή δόση» Apo E3 και οι περίπου μισοί θα πάθουν άνοια μετά τα 85 χρόνια τους.

Το Apo E2 γονίδιο ελάχιστα συνδέεται με τη νόσο. Υπάρχει σε έναν άνθρωπο στους έξι. Η παρουσία ενός Apo E2 και ενός Apo E3 συμβαίνει στο 11% του πληθυσμού. Οι μισοί από αυτούς θα πάθουν άνοια αν ζήσουν περισσότερο από 95 χρόνια.

Σημειώνεται η συμμετοχή και άλλων παραγόντων που δεν γνωρίζουμε σήμερα στην εκδήλωση της νόσου. Κάτι προφανές από τα πολύ μεγάλα ποσοστά του γενικού πληθυσμού που έχουν το γονίδιο σε σχέση με το ποσοστό που θα έχουν τη νόσο. Πρόσφατες έρευνες συνέδεσαν στην όψιμη μορφή της νόσου υποδοχείς απολιποπρωτεΐνης, την βοτθυρχονεστεϊάση K, το γονίδιο HLA, κάποια περιοχή του χρωμοσώματος 12, τους μεταφορείς σεροτονίνης. (www.iatronet.gr)

Ποια τα υπέρ και ποια τα κατά της εξέτασης για γενετική προδιάθεση

Υπέρ :

- Η βοήθεια σε ερευνητές.
 - Η βοήθεια στο μελλοντικό σχεδιασμό της ζωής.
 - Η βοήθεια από τυχόν φάρμακα που καθυστερούν την έναρξη της νόσου.
- (Μούγιας , 2003)

Κατά :

- Οι σημερινές δυνατότητες (θεραπευτικές και άλλου είδους επεμβάσεις στο γονίδιο) δεν επιτρέπουν την όποια προληπτική παρέμβαση. Επομένως, πιθανές εξετάσεις θα γέμιζαν άγχος και ανασφάλεια τα άτομα που θα υποβάλλονταν σε αυτές, χωρίς να υπάρχει πραγματικός λόγος.
- Δεν μπορεί να καθορίζεται το μέλλον σας και τις επιλογές σας από κάποια πιθανότητα να πάθετε κάποτε άνοια, έστω και αν γνωρίζετε ότι η ζωή, η εργασία και η κοινωνικότητα σας θα επηρεαστούν βαθιά από ενδεχόμενη διάγνωση άνοιας, για παράδειγμα η δανειοληπτική δυνατότητα του ατόμου με άνοια είναι σαφώς μειωμένη.
- Οι εξετάσεις, σε περίπτωση που είναι θετικές, δεν προβλέπουν απόλυτα, αν προσβληθεί από τη νόσο, όπως μια αρνητική εξέταση δεν εγγυάται ότι δεν πρόκειται να προσβληθεί ποτέ.

Είναι προφανές ότι η ευρεία εξέταση για τυχόν παρουσία κληρονομικών παραγόντων θα είχε μόνο αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνία και στα ίδια τα άτομα.

Συμπερασματικά, μόνον εφόσον έχετε πάνω από τρία άτομα στην οικογένεια με νόσο που εκδηλώθηκε πριν από το 60 έτος της ηλικίας τους, υπάρχει κάποια σκοπιμότητα εξέτασης. Και πάλι, όμως, μονάχα αξιολογώντας σωστά τα δεδομένα και μόνο εφόσον υπάρχει πραγματικός λόγος. (Μούγιας , 2003)

2.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

Η Ν.Α. αρχίζει συνήθως μετά τα 65 έτη (όψιμη έναρξη, που είναι πολύ πιο συχνή της πρώιμης έναρξης). Λίγες περιπτώσεις αρχίζουν πριν τα 50 έτη. Υπολογίζεται ότι 2-4% του πληθυσμού πάνω από 65 χρονών έχει άνοια τύπου Alzheimer και πιο συχνά οι γυναίκες. Ο επιπολασμός αυξάνει με την ηλικία, ιδιαίτερα μετά τα 75 έτη, επίσης αυξάνει σε άτομα με σύνδρομο Down ή με ιστορικό τραύματος κεφαλής. (Μάνος , 1997)

Τα συμπτώματα αρχίζουν βαθμιαία, προοδευτικά χειροτερεύουν και η ασθένεια καταλήγει στο θάνατο μέσα σε διάστημα 8-10 χρόνων κυρίως από δευτεροπαθείς αιτίες.

Δεν υπάρχουν σαφή αντικειμενικά ή εργαστηριακά στοιχεία και η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην ύπουλη έναρξη και στη βαθμιαία προοδευτική επιδείνωση, ύστερα από αποκλεισμό όλων των άλλων συγκεκριμένων αιτιών άνοιας με το ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις. (Μεντελόπουλος Γ. , 2000)

Όσον αφορά την αιτιολογία της άνοιας τύπου Alzheimer , ουσιαστικά είναι άγνωστη , οπωσδήποτε υπάρχει κάποια γενετική προδιάθεση (Μάνος Ν. , 1997).

2.6.1 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

- Έκπτωση της μνήμης :
(σύμπτωμα που υπάρχει στο 100% των ατόμων που πάσχουν από άνοια)
Έκπτωση βραχύχρονης μνήμης αρχικά και εν συνεχεία της μακρόχρονης (ο πάσχων αρχικά ξεχνάει τα πρόσφατα γεγονότα και αργότερα τα παλαιά γεγονότα), επειδή υπάρχει ανεπάρκεια καταγραφής, αποτύπωσης και ανάκλασης στη μνήμη νέας πληροφορίας. Το αποτέλεσμα είναι λάθη, ατυχήματα, απώλειες στο σπίτι. Στην εξέταση της μνήμης αξιολογείται και η υπεκφυγή να απαντήσει σε κάποια ερώτηση (Μούγιας , 2003).
- Έκπτωση αφηρημένης σκέψης :
Είναι η δυσκολία στον προσδιορισμό ομοιοτήτων και διαφορών σε συναφείς λέξεις, δυσχέρεια στον ορισμό λέξεων και εννοιών.
(Μεντελόπουλος Γ. , 2000)
- Έκπτωση της κρίσης :
Είναι η ανικανότητα λογικού σχεδιασμού. (Μεντελόπουλος Γ., 2000)
- Αφασικές διαταραχές :
Είναι οι διαταραχές του λόγου.
- Απραξία :
Είναι η αδυναμία να κάνει κάτι παρά τη διατήρηση της κινητικότητας .
(Μούγιας Α. , 2003)

- Αγνωσία :
Είναι η αδυναμία προσδιορισμού αντικειμένου.

- Κατασκευαστική δυσχέρεια :
Είναι η αδυναμία συναρμολόγησης ή αντιγραφής σχημάτων.
(Μεντελόπουλος Γ., 2000)

- Διαταραχή του προσανατολισμού στο χώρο και στο χρόνο :
Η αίσθηση του χρόνου επηρεάζεται αρχικά. Δεν γίνεται συσχετισμός των τρεχόντων γεγονότων με ένα πλαίσιο παρελθόντος ή μέλλοντος (καλός δείκτης για εξέταση είναι το έτος και ο μήνας, επειδή έπονται και ακολουθούν σταθερές). Διαταραχή προσανατολισμού στα πρόσωπα. Οι φυσιολογικοί άνθρωποι βλέπουν τις διαφορές ανάμεσα σε δύο όμοια πράγματα, ενώ οι ανοϊκοί βλέπουν τις ομοιότητες ανάμεσα σε ανθρώπους, αναγνωρίζοντας, πιθανώς, έτσι ψευδώς κάποιον με κοινά χαρακτηριστικά γνωστού τους ατόμου. (Μεντελόπουλος Γ., 2000)

- Μεταβολή στο χαρακτήρα :
 - συναισθηματική αταξία
 - ξεσπάσματα επιθετικότητας ή οργής (εκρηκτικού τύπου)
 - έκπτωση της κρίσης που αναδεικνύεται σε κοινωνικές περιστάσεις
 - απάθεια, αδιαφορία
 - καχυποψία
(Μούγιας Α. , 2003)

- Η εκτίμηση βασίζεται στη μεταβολή της συμπεριφοράς :
 - περιπλάνηση (μπορεί να είναι αμνησιακή, αναχρονιστική, ανακουφιστική, αταβιστική). Ξεχνάει να πληρώσει (εκδηλώνεται σαν αντικοινωνική συμπεριφορά) ή ξεχνάει να κουμπωθεί (μπορεί να εκτιμηθεί σαν παλινδρόμηση ούρων).
 - Υπερβολικό δέσιμο με την ιδιοκτησία και το χρήμα (ανασφάλεια). (Μούγιας Α. , 2003)

- Άλλα συμπτώματα :
 - κατάθλιψη (15-25%)
 - ψυχωτικές διαταραχές (87%)
 - διωκτικές ιδέες (63%)
 - ψευδείς κατηγορίες (60%)
 - ψευδαισθητική συμπεριφορά , πιο συχνά το βράδυ (87%)
 - ακράτεια (40%)
 - επιθετικότητα με λόγια ή πράξεις (47%)

Στις απαντήσεις της εξέτασης θα πρέπει να συνεκτιμάται η επιβράδυνση των νοητικών λειτουργιών λόγω φυσιολογικού γήρατος.

Η εμφάνιση της άνοιας γίνεται συνήθως προοδευτικά και χωρίς θορυβώδη συμπτώματα, γι' αυτό και γίνεται πιο γρήγορα αντιληπτή στα θύματα της νόσου νεότερης ηλικίας και σε όσους εργάζονται ιδιαίτερα σε επαγγέλματα που απαιτούν πνευματική προσπάθεια (Μούγιας Α., 2003).

2.6.2 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Υπάρχουν πολλά είδη συμπεριφορικών και ψυχολογικών σημείων και συμπτωμάτων της άνοιας (behavioural and psychological signs and symptoms of dementia, BPSSD) (Brodaty H., 1996).

Για αρκετούς λόγους, η κατανόηση των μη γνωσιακών εκδηλώσεων της άνοιας διαδραματίζει κριτικό ρόλο στην αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer :

1. Τα BPSSD συνήθως προκαλούν περισσότερη ενόχληση στους ασθενείς, τις οικογένειες τους και τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τη φροντίδα τους από ότι η επιδείνωση της μνήμης, άλλων γνωσιακών λειτουργιών και λειτουργικής ανεξαρτησίας. Για παράδειγμα, περίπου το 25% της ανησυχίας που νοιώθουν οι φροντιστές των πασχόντων μπορεί να εξηγηθεί από την παρουσία των BPSSD (Tariot PN, 1994).
2. Οι συμπεριφερολογικές και ψυχιατρικές επιπλοκές της άνοιας επιβαρύνουν την έκπτωση του ασθενούς, δηλαδή οδηγούν τις λειτουργίες του ατόμου σε ακόμα χαμηλότερο επίπεδο από αυτό που θα αναμενόταν μόνο από την άνοια.
3. Τα BPSSD ρυθμίζουν σημαντικά την πρόβλεψη για ιδρυματοποίηση των ασθενών και μπορεί να σηματοδοτούν φτωχότερη πρόγνωση με πιο γρήγορη επιδείνωση (Brodaty H, 1996).

4. Υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης των BPSSD και της κακοποίησης των ηλικιωμένων, γεγονός το οποίο ίσως είναι κατανοητό δεδομένων των αντιδράσεων που μπορεί να προκαλέσουν τα BPSSD στους άλλους (Brodaty H, 1996).
5. Η συσχέτιση των BPSSD με βιοχημικές και παθολογοανατομικές αλλαγές μπορεί να έχει ερευνητική σημασία (Brodaty H, 1996).
6. Τα BPSSD είναι θεραπεύσιμα (Brodaty H, 1996).

Όμως, παρά αυτά τα μεθοδολογικά και διαγνωστικά προβλήματα, η μείζων κατάθλιψη φαίνεται συχνότερη από ότι το γενικό πληθυσμό αντίστοιχης ηλικίας. Η κατάθλιψη οδηγεί σε μεγάλη αναπηρία, συνδυάζεται με ψυχολογική επιβάρυνση στα άτομα που φροντίζουν τον ασθενή και χρειάζεται θεραπεία. Πριν την έναρξη της θεραπείας πάντως, πρέπει να αποκλείονται άλλες σύνοδες ασθένειες και χρήση φαρμάκων ως πιθανές αιτίες για τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Brodaty H, 1996).

2.6.3 ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Συναισθηματικές διαταραχές

- Απάθεια

Η απάθεια και τα σχετικά με αυτήν συμπτώματα είναι από τα συχνότερα Συμπεριφορικά και Ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας (Steinberg, 2000). Η απάθεια εμφανίζεται στο 50% των ασθενών στα πρώιμα και ενδιάμεσα στάδια της

ΑΤΑ και των άλλων ανοιών. Οι ασθενείς με απάθεια εμφανίζουν έλλειψη ενδιαφέροντος στις καθημερινές δραστηριότητες και την προσωπική τους φροντίδα και μία αποδυνάμωση των διάφορων μορφών διαντίδρασης (ελαττωμένες κοινωνικές διαντιδράσεις, φτωχή προσωπική έκφραση, φτωχό κυματισμό της φωνής, ελαττωμένη συναισθηματική απαντητικότητα, ελαττωμένη πρωτοβουλία) (Μάγδα Τσολάκη, 2005).

- *Άγχος*

Το άγχος στην άνοια μπορεί να σχετίζεται είτε με εκδηλώσεις των άλλων Συμπεριφορικών συμπτωμάτων της άνοιας ή να είναι ανεξάρτητο. Οι ασθενείς με άγχος και άνοια θα εκδηλώσουν αγχώδεις αντιδράσεις για ενδιαφέροντα τα οποία στην πριν από τη νόσηση περίοδο δεν φαίνονταν να τους απασχολούν, όπως τα οικονομικά, το μέλλον, η υγεία τους (περιλαμβανόμενης και της μνημονικής τους ικανότητας) και για τα γεγονότα και δραστηριότητες τα οποία και πάλι στην περίοδο πριν τη νόσηση δεν τους ανησυχούσαν, όπως το να βρεθούν μακριά από το σπίτι τους (Reisberg, 1986).

- *Κατάθλιψη*

Η δυσλειτουργία πολλών νευροδιαβιβαστικών οδών στην ΑΤΑ, συμπεριλαμβανομένων των σεροτονινεργικών και νοραδρενεργικών συστημάτων, φαίνεται να ευθύνεται για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς. Η συχνότητα της κατάθλιψης στην ΑΤΑ κυμαίνεται μεταξύ 14-85%, ανάλογα με τους ερευνητές και με το τι ορίζει ο καθένας ως κατάθλιψη. Ωστόσο, η εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης είναι σχετικά σπάνια στην ΑΤΑ και συμβαίνει, κυρίως στα πρώτα στάδια της νόσου.

Στην αρχή της νόσου, η αστάθεια του συναισθήματος και τα ξεσπάσματα σε κλάμα είναι συχνά, αλλά η καταθλιπτική διάθεση, συνήθως, διαρκεί από μερικά λεπτά έως λίγες ώρες και δεν παραμένει σταθερή (κριτήριο απαραίτητο για τη διάγνωση της κατάθλιψης). (Βικτώρια Παναγιωτοπούλου-Βρέντα από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

- *Ευερεθιστότητα και συναισθηματική αστάθεια*

Ευερεθιστότητα και συναισθηματική αστάθεια εμφανίζονται στο 42% περίπου των ασθενών με ΑΤΑ ως άμεση αντίδραση σε εξωτερικά στρεσογόνα ερεθίσματα, που δεν διαρκούν πολύ. Ο θυμός τους ξεθυμαίνει γρήγορα. Το να τραβήξεις την προσοχή τους σε κάτι άλλο είναι, συνήθως, η καλύτερη αντιμετώπιση. Ενίοτε, μπορεί να οφείλονται στη συνυπάρχουσα ψύχωση (Βικτώρια Παναγιωτοπούλου-Βρέντα από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

- *Άρση αναστολών*

Οι ασθενείς με το σύνδρομο της άρσης των αναστολών συμπεριφέρονται παρορμητικά και ακατάλληλα. Αναστατώνονται εύκολα, γίνονται συναισθηματικά ασταθείς, έχουν φτωχή επίγνωση και κρίση και είναι ανίκανοι να διατηρήσουν το προηγούμενο επίπεδο της κοινωνικής συμπεριφοράς. Άλλα συμπτώματα που σχετίζονται με την άρση των αναστολών είναι : το κλάμα, η ευφορία, η φωνητική επιθετικότητα, η φυσική επιθετικότητα προς άλλους ανθρώπους και αντικείμενα, η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, η άρση σεξουαλικών αναστολών, η κινητική αναστάτωση, η αδιάκριτη συμπεριφορά, η παρορμητικότητα και η περιπλάνηση. (Ανδρέας Τζήμος από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

- *Ευφορία – μανία*

Η ευφορία είναι σπάνια στους ασθενείς με ΑΤΑ. Όταν όμως, εμφανίζονται συμπτώματα μανίας με ψυχοκινητική ανησυχία, μειωμένη ανάγκη για ύπνο, φυγή ιδεών, πιεστική ομιλία και δυσκολία συγκέντρωσης πρέπει να διερευνώνται προσεκτικά και να αντιμετωπίζονται φαρμακευτικά (Βικτώρια Παναγιωτοπούλου-Βρέντα από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

- *Ψυχωσικές διαταραχές*

Ήπια ψυχωτικά συμπτώματα και ιδιαίτερα παραληρητικές ιδέες εμφανίζονται συχνά στην ΑΤΑ. Η συχνότητα και η ένταση αυτών των συμπτωμάτων συμβαδίζουν με την έκπτωση των νοητικών διαταραχών και της λειτουργικότητας που προκαλεί η νόσος. Παραληρητικές ιδέες εμφανίζονται στο 70% των ασθενών με ΑΤΑ και είναι κυρίως παρανοϊκού χαρακτήρα. Οι ασθενείς φοβούνται και κατηγορούν τους άλλους ότι τους κλέβουν, είναι καχύποπτοι στην αρχή με πρόσωπα που δεν γνωρίζουν και αργότερα με τους συγγενείς, κατηγορούν τον/τη σύζυγο για απιστία, αγωνιούν ότι θα εγκαταλειφθούν. Οι ασθενείς με παραληρητικές ιδέες είναι ανήσυχοι και παρορμητικοί, αγωνιούν και κινούνται διαρκώς, ενώ παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό διαταραχές ύπνου.

Οι σωματικές παραισθήσεις δεν είναι σπάνιες. Συχνά μπερδεύουν άγνωστους με γνωστούς ή θεωρούν ότι τα πρόσωπα και οι καταστάσεις στην τηλεόραση συμμετέχουν στην προσωπική τους ζωή, ενώ δεν αναγνωρίζουν στον καθρέφτη τον εαυτό τους. Το 12-15% των ασθενών με ΑΤΑ εμφανίζονται οπτικές ψευδαισθήσεις. Οι ψευδαισθήσεις, συνήθως, εμφανίζονται στα σοβαρότερα στάδια της νόσου και είναι ένδειξη επιδείνωσης (Βικτώρια Παναγιωτοπούλου-Βρέντα από Μάγδα Τσολάκη, 2005).

Νευροφυτικές διαταραχές

- *Ψυχοκινητική ανησυχία*

Ψυχοκινητική ανησυχία εμφανίζεται συχνά στους ασθενείς με ΑΤΑ (46%). Περιπλανήσεις και συνεχής βηματισμός είναι συχνά προβλήματα στους ασθενείς, που οδηγούν σε αυξημένη νοσηρότητα, εξαιτίας των πτώσεων και των εξαφανίσεων. Τάσεις φυγής έχει το 3-26% των ασθενών και είναι αρκετά επικίνδυνο αν ο ασθενής διαφύγει της προσοχής του ατόμου που τον φροντίζει και βγει έξω από το σπίτι μόνος του. Άλλοτε ψάχνουν πράγματα και άλλοτε πρόσωπα ή τοποθεσίες ή και το ίδιο τους το σπίτι, ακόμα και όταν είναι μέσα σε αυτό (Βικτώρια Παναγιωτοπούλου-Βρέντα από Μάγδα Τσολάκη, 2005).

- *Διαταραχές ύπνου*

Διαταραχές στον ύπνο εμφανίζει το 42% των ασθενών με ΑΤΑ και η συχνότητα τους φαίνεται να αυξάνει με την πρόοδο της νόσου. Η αϋπνία είναι συχνότερη στις μεγαλύτερες ηλικίες, εξαιτίας και της αναμενόμενης μείωσης του ύπνου που επισυμβαίνει με τη γήρανση. Συχνότερα, ο ύπνος είναι διακοπτόμενος, αλλά ενίοτε μπορεί να έχουμε και πλήρη αναστροφή του κύκλου ύπνου-εγρήγορσης. Η αϋπνία μπορεί να προκαλεί άγχος και δυσφορία, αν και συνήθως οι περισσότεροι ασθενείς καταφέρνουν να συμπληρώσουν τις ανάγκες τους για ύπνο κατά τη διάρκεια της ημέρας (κάτι που δεν μπορούν να κάνουν τα άτομα που τους φροντίζουν και είναι ένας από τους παράγοντες που συμβάλλει καθοριστικά στην εξάντληση της υπομονής τους). Υπάρχει μείωση του REM και του βαθέως ύπνου, καθώς και αύξηση της συχνότητας των νυχτερινών αφυπνίσεων. (Βικτώρια Παναγιωτοπούλου-Βρέντα από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

- *Επιδείνωση συμπτωμάτων μετά τη δύση του ηλίου*

Η συχνότητα των συγχυτικών φαινομένων αυξάνει στο 18% των ασθενών με ΑΤΑ μετά τη δύση του ηλίου, κυρίως εξαιτίας της μείωσης των οπτικών αισθητηριακών ερεθισμάτων. Η κλινική εικόνα είναι εντονότερη στα άτομα με πολλαπλά αισθητηριακά ελλείμματα (διαταραχές όρασης, ακοής, περιφερική νευροπάθεια). Η κούραση της ημέρας και η διαταραχή των κερκαδιανών ρυθμών μπορεί να έχουν επιβαρυντικό ρόλο στην εμφάνιση συγχυτικών φαινομένων. (Βικτώρια Παναγιωτοπούλου-Βρέντα από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

- *Διαταραχές διατροφής*

Στα μέσα και τελευταία στάδια της ΑΤΑ εμφανίζεται μείωση της όρεξης και απώλεια βάρους στα άτομα που πάσχουν. Όσοι μένουν μόνοι τους δεν μπορούν να προετοιμάσουν το φαγητό τους ή το πετούν στα σκουπίδια ή ξεχνούν να φάνε, ενώ στα προχωρημένα στάδια της νόσου υπάρχουν δυσκολίες στην κατάποση. (Βικτώρια Παναγιωτοπούλου-Βρέντα από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

- *Διαταραχές σεξουαλικότητας*

Ποσοστό ίσο με 3% των ασθενών με ΑΤΑ εμφανίζει υπερσεξουαλικότητα, κυρίως στα τελευταία στάδια της νόσου, συχνότερα εκδηλούμενη με σεξουαλικά σχόλια και σπανιότερα με χάδια ή με εκδήλωση σεξουαλικής επιθετικότητας. Η συνυπάρχουσα άρση αναστολών και η παρορμητικότητα επιτείνουν το πρόβλημα, που συνήθως περιορίζεται σε κράτημα, φιλία ή προσπάθεια αγκαλιάσματος.

(Βικτώρια Παναγιωτοπούλου-Βρέντα από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

- *Ιδεοψυχαναγκασμοί*

Το 2% περίπου των ασθενών με ΑΤΑ εμφανίζουν συμπεριφορές με ψυχαναγκαστικό χαρακτήρα (και όχι ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή), δηλαδή τελετουργίες, επανάληψη πράξεων ή λέξεων, απαριθμήσεις. Η εκφορά κραυγών, ενίοτε μπορεί να μην οφείλεται σε πόνο, δυσφορία ή οποιοδήποτε άλλο λόγο. (Βικτώρια Παναγιωτοπούλου, 2005)

2.6.4 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΟΣ

Είναι σημαντικό για τον ασθενή με ΑΤΑ που οι νοητικές του λειτουργίες είναι ήδη επιβαρημένες, να εξαντλήσουμε τις τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς του πριν προβούμε στην προσθήκη νέων φαρμάκων για την αντιμετώπιση των διαταραχών συμπεριφοράς, τα οποία δεν είναι άμοιρα παρενεργειών. Με τη χρήση των κατάλληλων τεχνικών μπορούμε να μειώσουμε τόσο τη συχνότητα όσο και τη σοβαρότητα των διαταραχών συμπεριφοράς.

Ως γενικές αρχές διαχείρισης μπορούμε να αναφέρουμε τις εξής :

- Να προσπαθήσουμε να μπούμε στη θέση του ασθενούς με ΑΤΑ, προκειμένου να καταλάβουμε την αιτία της συμπεριφοράς του.

- Να ενημερώσουμε τους συγγενείς για τη φύση της νόσου και να τους δώσουμε σαφείς οδηγίες για την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, κατανοώντας και τις δικές τους δυσκολίες.
- Οι ασθενείς θα πρέπει να κινούνται σε ένα ασφαλές περιβάλλον (με ελάχιστα και μόνο τα απαραίτητα έπιπλα), ώστε να αποφεύγονται οι πτώσεις και τα κατάγματα που προκαλούν επιπρόσθετα προβλήματα υγείας.
- Θα πρέπει να υπάρχει επίβλεψη για την πρόληψη ατυχημάτων (όπως πτώσεις και φωτιά), τη λήψη φαρμάκων και την κατάλληλη σίτιση.
- Πρόνοια για την αποφυγή αισθητηριακών αποστερήσεων (γυαλιά-ακουστικά, αν είναι απαραίτητα) και κατάλληλος φωτισμός, ιδιαίτερα όταν σκοτεινιάζει και καθ' όλη τη διάρκεια της νύχτας.
- Προστασία από ενοχλητικά εξωτερικά ερεθίσματα : θορύβους, πολυκοσμία, πολλές επισκέψεις, αλλαγή επίπλων ή τόπου κατοικίας, ή αλλαγή της καθημερινής ρουτίνας του ασθενούς.
- Υποστηρικτική θεραπεία και συμβουλευτική μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της συμπεριφοράς στα πρώτα στάδια της ΑΤΑ.
- Εκπαίδευση και στήριξη των ατόμων που έχουν αναλάβει τη φροντίδα των ασθενών με συμμετοχή σε ομάδες, συμβουλευτική

δουλειά από ειδικούς και επαφή με τις αντίστοιχες κοινωνικές υπηρεσίες.

Ωστόσο, κάποιες διαταραχές στη συμπεριφορά είναι τόσο επίμονες και έντονες που μπορεί να μην υποχωρούν ακόμα και όταν εφαρμόζονται οι παραπάνω τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς. Τότε πλέον, η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων θα πρέπει να αντιμετωπιστεί και φαρμακευτικά. (Βικτώρια Παναγιωτοπούλου, 2005)

Ως γενικές αρχές φαρμακοθεραπείας των διαταραχών συμπεριφοράς στην ΑΤΑ μπορούμε να αναφέρουμε :

- Εξατομίκευση της φαρμακοθεραπείας, λαμβάνοντας υπ' όψιν τα συμπαρομαρτούντα ιατρικά προβλήματα και την παράλληλη φαρμακευτική αγωγή (αλληλεπιδράσεις φαρμάκων).
- Όλα τα φάρμακα πρέπει να ξεκινούν με τις χαμηλότερες δόσεις και να αυξάνουν σταδιακά.
- Στους γηριατρικούς ασθενείς η έναρξη της θεραπείας θα πρέπει να γίνεται με δόσεις στο $\frac{1}{2}$ ή $\frac{1}{3}$ της συνιστώμενης δόσης για τους ενήλικες.
- Περιοδικά, θα πρέπει να δοκιμάζεται μείωση ή διακοπή του φαρμάκου και να γίνεται επανεκτίμηση της κλινικής κατάστασης.
- Θα πρέπει να αποφεύγονται τα αντιχολινεργικά φάρμακα, γιατί προκαλούν επιπρόσθετα προβλήματα στη μνήμη, δυσκοιλιότητα και επίσχεση ούρων,

συμπεριλαμβανομένων των αντισταμινικών και των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών.

- Καλό επίσης θα είναι, να αποφεύγονται οι βενζοδιαζεπίνες, οι οποίες προκαλούν φαινόμενα σύγχυσης στα ηλικιωμένα άτομα, ανοχή, εξάρτηση και στερητικά συμπτώματα μετά τη διακοπή τους. (Βικτώρια Παναγιωτοπούλου-Βρέντα από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

2.6.5 ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΟΥΝ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Πρέπει να υπάρχει συνεχής επαγρύπνηση για ενδεχόμενη εκδήλωση ή επιδείνωση της νόσου, η οποία δεν σχετίζεται με την ασθένεια, αλλά με κάποιον από τους παρακάτω παράγοντες:

- Υπο-υπεργλυκαιμία
- Υπονατριάμια
- Λοίμωξη
- Πυρετός
- Αναιμία
- Εγκεφαλικό επεισόδιο
- Φάρμακα
 - Βενζοδιαζεπίνες
 - Υπνωτικά, βαρβιτουρικά
 - Νευροληπτικά

- Αντικαταθλιπτικά
- Αντιϊσταμινικά
- Διουρητικά
- Αντιυπερτασικά, γλυκοσίδες
- Αναστολείς διαύλων ασβεστίου
- Αναλγητικά
- Αντιφλεγμονώδη

Οι παράγοντες αυτοί είναι αναστρέψιμοι και επιβαρύνουν τη μη αναστρέψιμη άνοια, δηλαδή επιδεινώνουν τη σύγχυση των ατόμων με άνοια.(Μούγιας, 2003)

2.7 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΕ ΚΑΘΕ ΣΤΑΔΙΟ

Η Ν.Α. έχει απασχολήσει πολλούς μελετητές, όπου ο καθένας από αυτούς έχει προσδιορίσει τα στάδια της νόσου με τη δική του επιστημονική θεώρηση. Σύμφωνα με τον Hayter (1974) Jaber F. Gubrium (1986) τρία στάδια περιγράφουν την εξέλιξη της Ν.Α.:

- Το πρώτο στάδιο διαρκεί δύο ή τέσσερα χρόνια. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η απώλεια της μνήμης και ο αποπροσανατολισμός. Η απώλεια της μνήμης είναι το πιο εμφανές και πιο συνηθισμένο σύμπτωμα.
- Το δεύτερο στάδιο διαρκεί αρκετά χρόνια. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η βαθμιαία απώλεια της μνήμης, αφασία, αγνωσία, απραξία, μία διάθεση για περιπλάνηση και επαναλαμβανόμενες κινήσεις.

- Στο τελικό στάδιο οι ασθενείς γίνονται ανορεκτικοί, βωβοί και είναι ανίκανοι να επικοινωνήσουν και να πράξουν οτιδήποτε. Το τελευταίο στάδιο διαρκεί πολύ λιγότερο από το προηγούμενο, συνήθως όχι περισσότερο από ένα χρόνο.

(Hayter 1974, Jaber F. Gubrium 1986)

Σύμφωνα με τον Μούγια Αθ. (εγχειρίδιο για φροντιστές) η νόσος Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας τα στάδια περιγράφονται ως εξής :

- 1^ο στάδιο : Είναι ένα στάδιο χωρίς ορατές διαταραχές που να προβληματίσουν τους οικείους ή τους γιατρούς.
- 2^ο στάδιο : Εμφανίζονται μικρές διαταραχές στη μνήμη. Το άτομο ξεχνάει που έχει βάλει γνωστά του αντικείμενα ή ονόματα που ήξερε καλά στο παρελθόν. Οι διαταραχές αυτές θεωρούνται «φυσιολογικές» δεν επηρεάζουν ακόμη την κοινωνική ή επαγγελματική του ζωή και «δεν φαίνονται» στις κλινικές εξετάσεις.
- 3^ο στάδιο : Στο στάδιο αυτό το άτομο :
 - Μπορεί να έχει μειωμένη απόδοση στην εργασία του, πράγμα που γίνεται αντιληπτό από τους συναδέλφους του.
 - Μπορεί να χάνεται όταν βρίσκεται σε άγνωστο μέρος.
 - Οξύνεται το πρόβλημα στο να μη βρίσκει ονόματα και λέξεις.
 - Μπορεί να θυμάται όλο και πιο δύσκολα καινούριες γνωριμίες.
 - Μπορεί να χάσει ή να τοποθετήσει σε άλλο μέρος κάποιο αντικείμενο αξίας.

- Παρουσιάζει διαταραχές στη συγκέντρωση της προσοχής του και μειωμένη απόδοση στην κοινωνική του ζωή με αποτέλεσμα να φαίνεται αρνητικός και να διακατέχεται από ένα ήπιο ή μέτριο άγχος.
- 4^ο στάδιο : Το άτομο σε 4^ο στάδιο παρουσιάζει αρκετά συμπτώματα που ανησυχούν τους συγγενείς και γι' αυτό σ' αυτό το στάδιο γίνεται συνήθως η διάγνωση της αρρώστιας.
- Μειωμένη αντίληψη των πρόσφατων γεγονότων.
 - Κενά μνήμης στην προσωπική του ιστορία.
 - Σοβαρό πρόβλημα συγκέντρωσης (συνεχώς δείχνει ότι αφαιρείται ή ονειρεύεται).
 - Μειωμένη ικανότητα στη μετακίνηση του και στη διαχείριση των οικονομικών του.
 - Παρουσιάζει αδυναμία στην εκτέλεση σύνθετων εργασιών όπως π.χ. η εκτέλεση μιας μαθηματικής πράξης.
- Διακατέχεται από αρνητισμό που γίνεται βασικός μηχανισμός άμυνας, έτσι ώστε να αποφεύγει να εκτελεί διάφορες εργασίες, επειδή ακριβώς δεν μπορεί να τις φέρει εις πέρας. Αποφεύγει να ασχολείται με προβληματικές καταστάσεις. Στο στάδιο αυτό όμως, εξακολουθεί να αναγνωρίζει γνωστούς του ανθρώπους, προσανατολίζεται σε χώρο και χρόνο διατηρώντας την ικανότητα του να μετακινείται χωρίς προβλήματα σε γνωστά μέρη.
- 5^ο στάδιο : Εδώ ο ασθενής δεν μπορεί πια να διαβιώσει χωρίς κάποια βοήθεια .

- Όταν ερωτάται δεν θυμάται βασικά στοιχεία όπως διευθύνσεις, τηλέφωνα, ονόματα συγγενών.
 - Μπερδεύει τον τόπο και το χρόνο.
 - Δυσκολεύεται να παίρνει αποφάσεις.
 - Χάνει περιστασιακά τον προσανατολισμό του σε γνωστά μέρη, μπερδεύει τα λόγια του, δεν αναπτύσσει πρωτοβουλίες, εγκαταλείπει τα χόμπι του.
 - Οι μορφωμένοι δυσκολεύονται να μετρούν αντίστροφα για παράδειγμα να κατεβαίνουν ανά 7 από το 100.
 - Διατηρούν τη γνώση σημαντικών γεγονότων δικών τους και άλλων όπως το γάμο του παιδιού τους, εκλογές, πόλεμο.
 - Δεν ζητούν βοήθεια στην τουαλέτα ή στο φαγητό.
 - Δυσκολεύονται όμως στην επιλογή του σωστού ρούχου, κουράζονται ευκολότερα και κάνουν λάθη αφηρημάδας.
- 6^ο στάδιο : Όσο προχωράει η ασθένεια τόσο τα προβλήματα γίνονται πιο εμφανή και περιοριστικά στην εκτέλεση των καθηκόντων της καθημερινής διαβίωσης.
- Δυσκολεύεται στο πλύσιμο, στο φαγητό, στο ντύσιμο.
 - Μπορεί να ξεχγούν κάθε τόσο το όνομα του ή της συζύγου τους.
 - Ελαττώνεται και η επιδεξιότητα.
 - Μιλάνε αργά και μπερδεύουν έννοιες και λέξεις.
 - Χάνουν την επαφή με το περιβάλλον, το χρόνο, την εποχή.
 - Μπορεί να δυσκολεύονται να μετρούν κανονικά ή αντίστροφα από και ως το 10.
 - Δεν αναγνωρίζουν χαρτονομίσματα και την προσωπική τους αξία.

- Δυσκολεύονται στην οδήγηση.
- Ξεχνούν όλα τα πρόσφατα γεγονότα και τις εμπειρίες τους. Θυμούνται όμως μερικά σπάνια γεγονότα από το παρελθόν τους αν και τα μπερδεύουν. Συνεχίζουν να θυμούνται το όνομα τους και να διακρίνουν γνωστά από άγνωστα άτομα.
- Ο ύπνος τους παρουσιάζει διαταραχές. Την ημέρα διακατέχονται από υπνηλία και τη νύχτα ξαγρυπνούν.

Σοβαρές είναι οι ψυχικές διαταραχές στο στάδιο αυτό :

- Έχουν παραισθήσεις, παραληρούν, υποψιάζονται και κατηγορούν τους άλλους για κλοπές, κρύψιμο πραγμάτων, μιλούν μόνοι τους ή στον καθρέφτη.
 - Χαρακτηρίζονται από μανίες όπως της καθαριότητας. Περιπλανιούνται συνεχώς και ζητούν επίμονα να οδηγήσουν ή να ταξιδέψουν.
 - Εμφανίζουν άγχος, διέγερση μέχρι και βίαιη συμπεριφορά.
- 7^ο στάδιο : Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται από ολοκληρωτική εξάρτηση των ασθενών, που δεν μπορούν να έχουν κάποια δραστηριότητα :
- Οι διαταραχές της μνήμης και οι σωματικές επιπτώσεις της ασθένειας είναι πάρα πολύ σοβαρές.
 - Τα άτομα χάνουν σταδιακά κάθε ικανότητα να μιλήσουν.
 - Παρουσιάζουν σοβαρές δυσκολίες στο φαγητό και στην τουαλέτα.
 - Δεν αναγνωρίζουν συγγενείς, φίλους και γνωστά τους αντικείμενα.

- Μπερδεύονται όταν κυκλοφορούν μέσα στο σπίτι τους.
- Δυσκολεύονται στο περπάτημα.
- Εμφανίζουν ακράτεια ούρων και κοπράνων.
- Συμπεριφέρονται απαράδεκτα, χειρονομούν, βρίζουν.
- Αυξάνονται οι ψευδαισθήσεις τους και ενεργούν σπασμωδικά.
- Το μυαλό μοιάζει να μη μπορεί να πει στο σώμα τι να κάνει.

(Μούγιας, 1997)

2.8 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η αξιολόγηση της άνοιας αρχίζει από ένα λεπτομερές ιστορικό του αρχικού προβλήματος από τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειάς του ή τα άτομα που τον φροντίζουν. Πληροφορίες για την εκτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης, οδήγησης (τυχόν πρόσφατα ατυχήματα ή επεισόδια που ο ασθενής έχασε το δρόμο του) συμπεριφορικές διαταραχές όπως απάθεια, ψευδαισθήσεις, παραληρήματα, διαταραχές ύπνου, κατάθλιψη, κινητική ανησυχία ή άγχος.

Κατόπιν γίνεται εξέταση της ψυχολογικής – νοητικής κατάστασης. Αυτή αρχίζει από την παρατήρηση της εμφάνισης και συμπεριφοράς του ασθενούς. Είναι σε εγρήγορση, προσέχει και συνεργάζεται, έχει καλή ροή του λόγου; Είναι κατάλληλα ντυμένος, φροντισμένος και κοινωνικά πρόσφορος;

Για τον προσδιορισμό μιας αριθμητικής γνωσιακής τιμής αναφοράς μπορούν να χρησιμοποιηθούν δοκιμασίες όπως η Mini – mental, η Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης (Geriatric depression scale) η κλίμακα Katz για δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης (Ρούσσοις, 2003).

Δεν υπάρχει κάποια δοκιμασία ή βιολογικός δείκτης για τη διάγνωση της άνοιας. Η κλινική εικόνα, το ιστορικό και μία σειρά παρακλινικών εξετάσεων προσφέρουν ουσιαστική βοήθεια.

- Γενικός αιματολογικός και βιοχημικός έλεγχος, δείκτες θυροειδικής λειτουργίας, καθορισμός επιπέδων βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος, ορολογικός έλεγχος για σύφιλη και HIV.
 - Απεικονιστικός έλεγχος με αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.
 - Νευροψυχολογικός έλεγχος με κλίμακες όπως η κλίμακα MMSE (Mini Mental State Examination) και η κλίμακα ADAS-Cog (Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive Subscale).
- (Παππάς, 2004)

2.8.1 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της άνοιας γίνεται από:

- **Φυσιολογική διεργασία της γήρανσης.** Η διάγνωση της άνοιας θα μπει μόνο όταν η έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών παρεμποδίζει σημαντικά την κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία του ατόμου.
- **Παραλήρημα.** Και σ' αυτό υπάρχει έκπτωση της μνήμης. Υπάρχει όμως θόλωση της συνείδησης, ενώ στην άνοια η συνείδηση είναι φυσιολογική. Επίσης το παραλήρημα αναπτύσσεται γρήγορα και η πορεία του είναι ταχεία, ενώ η άνοια αναπτύσσεται συνήθως αργά και ύπουλα και η πορεία της είναι χρόνια και προοδευτική.

- **Ψευδοάνοια.** Πολλά ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα άνοιας, όπως έκπτωση της μνήμης, δυσκολία στη συγκέντρωση, συνολική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, που να οφείλονται όμως σε κατάθλιψη, να έχουν δηλαδή ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο. Η εικόνα αυτή ονομάζεται «ψευδοάνοια» ή «το ανοϊκό σύνδρομο της κατάθλιψης».
- **Αμνησική διαταραχή.** Εδώ συναντούμε σοβαρή έκπτωση της μνήμης, χωρίς όμως άλλη σημαντική διαταραχή στις γνωστικές λειτουργίες.
- **Προσποίηση και ακατανόητα προσποιητή διαταραχή.** Η διαφορική διάγνωση γίνεται από τη μη σταθερότητα των γνωστικών ελλειμμάτων. Όσον αφορά τη διανοητική καθυστέρηση, αυτή δεν συνοδεύεται αναγκαστικά από έκπτωση της μνήμης και αρχίζει πριν από την ηλικία των δεκαοχτώ ετών, ενώ η άνοια συνήθως αρχίζει σε μεγάλη ηλικία. (Μάνος, 1997)

2.8.2 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ :

(για τον ασθενή και την οικογένειά του)

Ο καθένας έχει το δικαίωμα να γνωρίζει τη διάγνωση της πάθησης του και τα άτομα με άνοια δεν αποτελούν εξαίρεση σε αυτόν τον κανόνα. Πράγματι είναι μειωτικό το να μην είναι ενημερωμένοι σχετικά με τη διάγνωση. Το να γνωρίζει το άτομο με άνοια τη διάγνωση του μπορεί να βοηθήσει ώστε να τερματίσει μία περίοδος σύγχυσης ή ακόμα και να ανακουφίσει τόσο το άτομο με άνοια όσο και τον περιθάλποντα. Ορισμένα άτομα προτιμούν να γνωρίζουν το τι ακριβώς τους συμβαίνει και ότι δεν πρόκειται να τρελαθούν. Επιπλέον, η ενημέρωση σχετικά με τη διάγνωση μπορεί να ενισχύσει μια σχέση που βασίζεται στην εμπιστοσύνη και την ειλικρίνεια. Όταν τα άτομα με άνοια δεν είναι ενημερωμένα υπάρχει ο κίνδυνος να το ανακαλύψουν τυχαία όπως διαβάζοντας το ενημερωτικό σημείωμα μέσα στο κουτί των φαρμάκων (Τσολάκη, 2006).

Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να δώσει στο άτομο και τα άτομα της οικογένειας που το φροντίζουν :

- Την ευκαιρία να ενημερωθούν έγκαιρα για τη φύση της νόσου και την πρόγνωσή της.
- Να φροντίσουν έγκαιρα για την παροχή υπηρεσιών ατομικής φροντίδας και ιατρικής περίθαλψης.
- Να διατηρούν αυξημένη συμμόρφωση για τη φαρμακευτική και μη φαρμακευτική αγωγή.
- Να τακτοποιήσουν αυξημένη συμμόρφωση για τη φαρμακευτική και μη φαρμακευτική αγωγή.
- Να τακτοποιήσουν έγκαιρα οικονομικά και νομικά ζητήματα

(Παππάς, 2004)

Παρά το ότι η συντριπτική πλειοψηφία των ανθρώπων δηλώνει ότι θα ήθελε να γνωρίζει τη διάγνωση, μερικοί θα προτιμούσαν ο φίλος ή ο συγγενής τους να μην το γνωρίζει. Ο βασικός λόγος είναι ότι θα προτιμούσαν να μην τους προκαλέσουν αναίτιο άγχος. Και ενώ είναι αλήθεια ότι οι γιατροί θα πρέπει να είναι πολύ προσεχτικοί με τα άτομα που έχουν αυτοκτονικούς ιδεασμούς, στις περισσότερες περιπτώσεις τα πλεονεκτήματα της ανακοίνωσης της διάγνωσης είναι περισσότερα από τα μειονεκτήματα.

Φυσικά δε θα πρέπει να πιεστεί κάποιος να ακούσει τη διάγνωση όταν είναι προφανές ότι θα προτιμούσε να μην γνωρίζει. Εξάλλου η διάγνωση αποτελεί προσωπικό δεδομένο για κάθε άτομο και επομένως μπορεί να μη θέλει να τη μοιραστεί με άλλους ανθρώπους. Μερικά άτομα ξεκαθαρίζουν ότι δεν θέλουν να γνωρίζουν. Οι γιατροί και οι περιθάλποντες θα πρέπει να δείξουν ευαισθησία σ' αυτά τα ζητήματα και να βεβαιωθούν ότι σέβονται τις επιθυμίες του ατόμου με άνοια (Τσολάκη, 2006).

2.8.3 ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ Η ΟΧΙ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ;

Δεν υπάρχει έτοιμη απάντηση στο ερώτημα κατά πόσον είναι συνετό να πείτε σε κάποιον ότι έχει άνοια. Εξαρτάται από την προσωπικότητα του ασθενούς. Στη χώρα μας, ο κανόνας είναι να μην ανακοινώνεται η διάγνωση, ενώ ελάχιστοι είναι εκείνοι που ζητούν επίμονα να μάθουν την αλήθεια.

Οι καταθλιπτικές αντιδράσεις στις αρχές της νόσου είναι αρκετά συχνές, ιδίως όταν το άτομο αντιλαμβάνεται ορισμένα προβλήματα στις ανώτερες λειτουργίες οι οποίες δεν του επιτρέπουν να συνεχίσει απόλυτα τις συνήθειες, πνευματικές ιδίως δραστηριότητες του. Υπάρχει επομένως, ο πραγματικός κίνδυνος η ανακοίνωση της διάγνωσης να οδηγήσει σε καταθλιπτική αντίδραση.

Συμπερασματικά, ναι μεν η επιλογή ανακοίνωσης της διάγνωσης παρουσιάζει μειονεκτήματα, αλλά πρέπει και να γίνεται σεβαστή η σαφώς διαφαινόμενη επιθυμία του ασθενούς να μάθει όλη την αλήθεια (Μούγιας, 1998).

2.8.4 ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΞΕΤΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ;

Δυστυχώς δεν υπάρχει κάποιος τρόπος για να προβλεφθεί αν κάποιο άτομο θα εμφανίσει τη νόσο. Είναι δυνατόν να γίνει κάποιος έλεγχος για κάποιο συγκεκριμένο γονίδιο (γνωστό ως ApoE4) που μπορεί να καθορίσει έμμεσα τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου. Ωστόσο, υπάρχουν άτομα που είχαν το γονίδιο ApoE4 κι έζησαν καλά μέχρι τα βαθιά τους γεράματα, όπως επίσης υπήρχαν και άτομα που δεν είχαν το γονίδιο ApoE4 και που εμφάνισαν τη νόσο. Μόνο οι μισοί από όσους πάσχουν από νόσο Alzheimer έχουν το γονίδιο ApoE4, ενώ αντίθετα δε νοσούν όλοι όσοι το γονίδιο ApoE4. Συνεπώς, η Ευρωπαϊκή Εταιρία Alzheimer δε συνιστά αυτή την εξέταση μιας και υπάρχει ο κίνδυνος να προκαλέσει αναίτια ανησυχία η εφησυχασμό σε ορισμένους ανθρώπους (Τσολάκη, 2006).

2.8.5 ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ ΤΗΣ

Η διάγνωση και η εν συνεχεία παρακολούθηση του περιστατικού μπορούν να βοηθηθούν και να διευκολυνθούν από σειρά δοκιμασιών, οι οποίες είναι εύχρηστες για κάθε επαγγελματία υγείας και επαρκείς για να καθοδηγήσουν κάθε είδους θεραπευτική παρέμβαση, χωρίς να είναι απαραίτητα χρονοβόρες (Μούγιας, 2003).

Η νευροψυχολογική εξέταση μπορεί να συνεισφέρει σημαντικά στη διάγνωση της άνοιας ελαφριάς μορφής, ειδικά όταν εκτιμάται καθυστέρηση στην ανάκληση μιας ανάμνησης. Τα νευροψυχολογικά τεστ μπορούν να προσδιορίσουν

την απόδοση σε ποικίλους γνωστικούς τομείς, μεταξύ των οποίων ο προσανατολισμός και η συγκέντρωση, οι λειτουργίες της γλώσσας, η ικανότητα οπτικοκινητικού συντονισμού, η μνήμη, η αφηρημένη σκέψη και αντίληψη και οι εκτελεστικές λειτουργίες. Η εκτίμηση της απόδοσης ενός ατόμου σε τέτοιου είδους δοκιμασίες μπορεί να βοηθήσει: α) στη διάγνωση της άνοιας σε άτομα με υψηλές προνοσηρά νοητικές ικανότητες, β) στη διάκριση μεταξύ των ασθενών με εστιακές εγκεφαλικές βλάβες και γ) στη διαφοροποίηση ορισμένων μορφών άνοιας.

Η νευροψυχολογική εξέταση πρέπει να ερμηνευθεί σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες κλινικές πληροφορίες, όπως το ιστορικό γνωστικής έκπτωσης το οποίο βασίζεται σε πληροφορίες που αντλούνται από τα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενούς, ενδείξεις διαταραχής των καθημερινών βασικών δραστηριοτήτων, μορφωτική υποδομή, εξέταση για κατάθλιψη, αισθητηριακές διαταραχές, καθώς και σε άλλους παράγοντες πέρα από την άνοια, οι οποίοι μπορεί να εξηγούν τη μειωμένη απόδοση (Χριστοδούλου, 2000).

Καθεμία από τις δοκιμασίες που επιλέχθηκαν απαιτεί 5 με 10 λεπτά της ώρας, δηλαδή συνολικά 45 λεπτά, αν απαιτείται εκτέλεση όλων, αφότου αποκτηθεί μια εξοικείωση.

Τα διαγνωστικά βήματα για την άνοια περιλαμβάνουν:

- Τη διαπίστωση ότι κάποιο άτομο παρουσιάζει ορισμένα συμπτώματα άνοιας. Η πιο διαδεδομένη δοκιμασία που βοηθάει σε μια πρώτη σχετική διάγνωση είναι η **Mini Mental State Examination (MMSE)**.

- Το **FAQ**, το οποίο είναι μια μέτρηση των λειτουργικών ικανοτήτων του ατόμου, βασισμένο σε πληροφοριοδότες, οι οποίοι αξιολογούν τους εξεταζόμενους σε δέκα πολύπλοκες, ανωτάτου επιπέδου δραστηριότητες.
- Διάκριση μεταξύ άνοιας και κατάθλιψης και κατά συνέπεια τον αποκλεισμό του ενδεχόμενου να βρίσκεται κάποιος ενώπιον μιας κατάθλιψης που υποδύεται συμπτώματα άνοιας.
- Παράθεση μιας δοκιμασίας της **Geriatric Depression Scale-15 (GDS-15)**, η οποία προσδιορίζει την παρουσία κατάθλιψης, με κάποια εξειδίκευση στα άτομα της Τρίτης Ηλικίας, καθώς αυτά είναι τα πιο συχνά θύματα της άνοιας.
- Στάδια της άνοιας. Όταν πειστούμε ότι πρόκειται για άνοια, κάτι που μπορεί να επιβεβαιωθεί με αξονική τομογραφία εγκεφάλου, η οποία είναι πιθανόν να αναδείξει ατροφία του εγκεφάλου, τότε προέχει να διαπιστώσουμε σε ποιο στάδιο της νόσου βρίσκεται ο ασθενής.
- Ταυτόχρονα, είναι χρήσιμο να πιθανολογήσουμε αν πρόκειται για άνοια αγγειακής αιτιολογίας (πολυεμφρακτική) ή για εκφυλιστική, έχοντας κατά νου ότι η εκφυλιστική και η αγγειακή άνοια μπορεί να συνυπάρχουν. Γι' αυτό το λόγο, παρατίθεται η κλίμακα **Haschinski** (διάκριση μεταξύ εκφυλιστικής και πολυεμφρακτικής άνοιας), η οποία βοηθάει στη διάκριση και η οποία αποτελεί χρήσιμο ιατρικό «εργαλείο».
- Η πορεία της νόσου πρέπει να εκτιμάται με την κλίμακα που προσδιορίζει τα στάδια της νόσου, την κλίμακα **Reisberg**. Εύχρηστες

είναι οι κλίμακες που μετράνε τις λειτουργικές δυνατότητες του ασθενούς σε συνάρτηση με τις καθημερινές του συνήθειες. Η μέτρηση των **Activities of Daily Living (ADL)** γίνεται με πολλά ερωτηματολόγια.

- Τέλος, χωρίς να είναι κάτι που έχει άμεση σχέση με τη διάγνωση της άνοιας, παρατίθενται τρία ερωτηματολόγια σχετικά με τη σωστή διατροφή και τα προβλήματα διατροφής του ατόμου με άνοια. Είναι δεδομένο ότι κάθε ηλικιωμένο άτομο, πόσο μάλλον ο ανοϊκός ασθενής, βρίσκεται πολύ συχνά σε κατάσταση κακής διατροφής, η οποία επιδεινώνει τη γενική τους κατάσταση. Η **Mini Nutritional Assesment (MNA)** αναπτύχθηκε ως μια προσπάθεια προσδιορισμού της διατροφικής κατάστασης του ατόμου, με σκοπό τη λήψη ειδικής μέριμνας σχετικά με το ζήτημα αυτό.
- Ερωτηματολόγιο Αρνητικής Διατροφικής Συμπεριφοράς για άτομα με άνοια (**AFB, Blandford Scale, Aversive Feeding Behavior Inventory for demented patients**). Παρατίθεται διότι μέσα από τις ερωτήσεις που περιέχει, γίνονται εμφανείς όλοι οι λόγοι για τους οποίους ένα άτομο με άνοια μπορεί να παρουσιάζει προβλήματα διατροφής.
- Αξιολόγηση στην Κλίμακα Συμπεριφοράς Διατροφής (**EBS**). Παρατίθεται διότι αποτελεί ένα σύντομο και εύχρηστο ερωτηματολόγιο, που αξιολογεί τον βαθμό εξάρτησης σε ότι αφορά τη διατροφή του ατόμου με άνοια (Alzheimer Europe, 1999-Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία 1997-Μούγιας, 1998).

2.8.6 ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΠΙΘΑΝΟ ΝΑ ΖΗΣΕΙ ΤΟ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Επειδή κάποιοι άνθρωποι ίσως να πάσχουν από την νόσο Alzheimer αρκετό καιρό πριν τεθεί η διάγνωση, είναι δύσκολο να υπολογιστεί πόσο καιρό οι άνθρωποι αυτοί μπορούν να ζήσουν με τη νόσο. Υπολογίζεται ότι μπορεί να είναι από 6 έως 14 χρόνια, αλλά μπορεί να είναι και περισσότερο ή λιγότερο (Τσολάκη, 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Θεραπευτική αντιμετώπιση

Όσον αφορά την θεραπεία της άνοιας, έχει μεγάλη σημασία η αναγνώριση του κατά πόσο η άνοια που θα αντιμετωπίσουμε θεραπευτικά είναι μη αναστρέψιμη ή η αιτία της μπορεί να θεραπευθεί. Στη δεύτερη περίπτωση, που ανήκουν περίπου το ένα τέταρτο των ανοιών, ειδική θεραπεία μπορεί να επιφέρει και πλήρη αναστροφή της άνοιας. Στις μη αναστρέψιμες άνοιες και πάλι η θεραπευτική αντιμετώπιση πρέπει να είναι ενεργητική για να βοηθήσει τους ασθενείς και τις οικογένειες τους να ανταπεξέλθουν. Έτσι κατ' αρχήν ατομική και οικογενειακή θεραπεία μπορεί να επιλύσει ενδοπροσωπικά και διαπροσωπικά προβλήματα και να προετοιμάσει την υποστήριξη του ασθενή μέσα στο σπίτι ή σε ειδικό νοσηλευτήριο. Επίσης όμως, πολλές φορές είναι απαραίτητη και η φαρμακευτική αγωγή. (Μάνος, 1997)

3.1.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου

Για να προσεγγίσει κανείς θεραπευτικά τον ανοϊκό ασθενή, πρέπει πρώτα να θέσει προσεκτικά τη διάγνωση. Τα παθολογικά αίτια που μπορεί να οδηγήσουν σε ανοϊκό σύνδρομο είναι πολλά και βάσει αυτών χωρίσαμε τις άνοιες σε αναστρέψιμες και μη αναστρέψιμες. Στις αναστρέψιμες η αντιμετώπιση των αιτιών μπορεί να επιφέρει τη μερική ή πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων της άνοιας.

Η αντιμετώπιση της υπέρτασης, του σακχαρώδη διαβήτη, της ισχαιμικής καρδιοπάθειας, της υπερλιπιδαιμίας, η διακοπή του καπνίσματος, είναι σημαντική για τη μείωση εκδήλωσης ανοϊκού συνδρόμου.

Η θεραπεία της βασικής νόσου Alzheimer αναπτύχθηκε μόνον τελευταία και οι έρευνες στον τομέα αυτόν είναι πολλές και συνεχίζονται με διαρκώς αυξανόμενους ρυθμούς, κυρίως επειδή με τη γήρανση του πληθυσμού, αναμένεται μεγάλη αύξηση του αριθμού των ασθενών με νόσο Alzheimer.

Η συμπτωματική θεραπεία αντιμετωπίζει τα προβλήματα συμπεριφοράς και τις ψυχωτικές εκδηλώσεις των ατόμων με άνοια, που παρουσιάζονται σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90% κατά την πορεία της νόσου (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, παραληρήματα). Οι ουσίες που χρησιμοποιούνται, όταν χρησιμοποιούνται στο αρχικό στάδιο της νόσου, αποσκοπούν στην καθυστέρηση της εξέλιξης και σε σημαντικά ποσοστά ασθενών το επιτυγχάνουν, για διαστήματα μηνών ή 1-2 ετών. (Μούγιας, 1998)

Φάρμακα που κυκλοφορούν στην αγορά :

- Τακρίνη (coguex)

Εμφανίστηκε στην αγορά το 1993 στις Η.Π.Α. Επειδή ήταν το πρώτο φάρμακο που κυκλοφόρησε, έδωσε ελπίδες για τη θεραπεία της άνοιας. Όταν χορηγήθηκε σε αρχικά στάδια, επιβράδυνε την εξέλιξη, και βελτίωσε τον τρόπο ζωής των ανοϊκών ασθενών. Η μεγάλη ηπατοξικότητα του και το δοσολογικό του σχήμα (4 φορές ημερησίως), έθεσαν το φάρμακο εκτός χρησιμότητας.

- Δονεπεζίλη – Ντονεπεζίλη (Aricept)

Κυκλοφόρησε το 1997. Υπάρχει σε χάπια και χορηγείται σε μία δόση ημερησίως. Δεν είναι ηπατοξικό και οι παρενέργειές που αναφέρονται από το γαστρεντερικό σύστημα (ναυτία, εμετός, διάρροια), σπάνια εμφανίζονται στην πράξη. Στα αρχικά στάδια όταν χορηγείται βοηθάει τους ασθενείς στα συμπεριφορικά προβλήματα. Τους κάνει πιο ήπιους και πιο συνεργάσιμους.

- Ριβαστιγμίνη (Exelon)

Κυκλοφόρησε το 1999. Δεν μεταβολίζεται στο ήπαρ και μπορεί να χορηγηθεί με άλλα σκευάσματα, χωρίς προβλήματα αλληλεπιδράσεων. Βοηθάει στη βελτίωση των συμπεριφορικών συμπτωμάτων. Κάνει τους ασθενείς πιο ήπιους και συνεργάσιμους και μπορεί να μειώσει την χορήγηση ψυχοτρόπων.

- Γκανταλαμίνη (Reminyl)

Κυκλοφόρησε το 2001. Δρα σαν αναστολέας της ακετυλχολινεστεράσης και αυξάνει την απάντηση των νικοτινικών υποδοχέων στην ακετυλχολίνη.

- Μεμαντίνη (Lundbeck)

Κυκλοφόρησε το 2003. Βοηθάει τη βελτίωση των νοητικών λειτουργιών και των συμπεριφορικών διαταραχών. Έχει δράση και σε προχωρημένο στάδιο.(Βαγενάς, 2007)

- Φάρμακο-αυτοκόλλητο κατά Αλτσχάιμερ



Ένα νέο φάρμακο που έχει τη μορφή διαδερμικού αυτοκόλλητου για τη θεραπεία της νόσου Αλτσχάιμερ και της άνοιας από νόσο

Πάρκινσον θα κυκλοφορήσει το καλοκαίρι στην Ευρώπη και την Αμερική και τον προσεχή Οκτώβριο και στην Ελλάδα. Πρόκειται για ένα αυτοκόλλητο με δραστική ουσία τη ριβαστιγμίνη, το οποίο θα επικολλάται σε ένα σημείο του σώματος του ασθενούς και θα τον απαλλάσσει από το να λαμβάνει δύο κάψουλες φαρμάκου την ημέρα. Αυτά ανέφερε η πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Μάγδα Τσολάκη στο πλαίσιο του 5ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών που πραγματοποιείται στη Θεσσαλονίκη.

3.1.2 Εναλλακτικές θεραπείες

Λόγω της όχι καθοριστικής αποτελεσματικότητας της θεραπείας και επειδή η νόσος, ανεξάρτητα από το αν η όποια θεραπεία επιβράδυνε την πορεία της, συνέχισε το δρόμο της προς τα επόμενα στάδια της εξέλιξης της, είναι πολλοί οι συγγενείς και οι φροντιστές που καταφεύγουν σε εναλλακτικές θεραπείες.

Σπάνια έβλαψαν τον άρρωστο, αλλά δεν είναι γνωστές περιπτώσεις που ο άρρωστος ωφελήθηκε. Πρέπει στις περιπτώσεις αυτές να λαμβάνεται υπόψη και η ταλαιπωρία του ασθενούς ή και η οικονομική επιβάρυνση.

Αυτές οι εναλλακτικές θεραπείες περιλαμβάνουν :

- Χορήγηση βιταμινών
- Είδη « υγιεινής διατροφής»
- Φυτικά φάρμακα
- Τα διάφορα φάρμακα που κυκλοφορούν με ένδειξη ότι αυξάνουν τη διαύγεια του πνεύματος

- Δοκιμές φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε άλλες παθήσεις
- Δοκιμές διάφορων μηχανημάτων που λειτουργούν στις ανώτερες λειτουργίες
- Αρωματοθεραπεία με μασάζ (μια θεραπεία που ανέρχεται από την εποχή της Αρχαίας Αιγύπτου με αρωματικά βασικά έλαια)
(Μούγιας, 1998)

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι συγγενείς είναι ορισμένες φορές ευχαριστημένοι από τις θεραπείες αυτές. Είναι και ο λόγος που συνήθως οι γιατροί, που ξέρουν ότι δεν τεκμηριώνεται σήμερα με τα επιστημονικά δεδομένα αξία στη θεραπεία της νόσου με τέτοιες θεραπευτικές προσεγγίσεις, δεν αποτρέπουν κατά κανόνα από τη συνέχιση της προσπάθειας αναγνωρίζοντας τον ρόλο των θεραπειών αυτών στη βελτίωση του ηθικού των φροντιστών και στην ενεργό συμμετοχή τους στην προσπάθεια θεραπείας των ασθενών τους. (Κυριακοπούλου, 2000)

3.1.3 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση

Η ψυχοθεραπεία στην άνοια εκ των πραγμάτων, δεν μπορεί να βασιστεί στις κλασικές μεθόδους ψυχοθεραπείας, χωρίς τις απαραίτητες τροποποιήσεις και προσαρμογές. Θα πρέπει να ακολουθεί το νοητικό και λειτουργικό επίπεδο, καθώς και τις δυνατότητες του ασθενούς, να συνυπολογίζει τη σχέση ασθενούς και φροντιστή και να βασίζεται περισσότερο στους χειρισμούς του θεραπευτή και λιγότερο στις πρωτοβουλίες του ασθενούς. Επίσης θα πρέπει να θέτονται επιτεύξιμοι στόχοι, όπως η καλή συναισθηματική κατάσταση και λειτουργικότητα

του ασθενούς και του φροντιστή του. Καλό θα είναι ακόμα να εξασφαλίζεται η αποδοχή του ασθενούς ως ατόμου με προσωπικότητα, βλέποντας το άτομο ολιστικά.

Στα αρχικά στάδια της άνοιας τύπου Alzheimer, η ψυχοθεραπεία μπορεί να έχει τη μορφή ατομικής ή ομαδικής παρέμβασης συνήθως λεκτικού τύπου και να διεξάγεται με πολλούς τρόπους, συνυπολογιζόμενων των αναγκαίων προσαρμογών.

Στόχοι μιας τέτοιας παρέμβασης θα είναι: α) να εκπαιδευτεί το άτομο, ώστε να χειρίζεται το άγχος του, β) να εγκαταστήσει μηχανισμούς αντιμετώπισης των ελλειμμάτων, γ) να καλλιεργήσει την αίσθηση της ταυτότητας, δ) να προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη, ε) να προσφέρει τη δυνατότητα έκφρασης των συναισθημάτων, στ) να διατηρήσει τις υπάρχουσες διανοητικές ικανότητες, ζ) να αποκαταστήσει την αίσθηση της σειράς και του νοήματος και η) να βοηθήσει ώστε να αποκατασταθεί η αίσθηση της αυτοδυναμίας.

Στην περίπτωση της ομαδικής ψυχοθεραπείας στους παραπάνω στόχους προστίθενται οι εξής: α) η ευκαιρία για συναισθηματική κάλυψη διαμέσου της κατάθεσης των συναισθημάτων των άλλων και β) η κοινωνική αλληλεπίδραση, ώστε να διατηρηθούν οι κοινωνικές ικανότητες.

Κατά την εξέλιξη της νόσου επιλέγονται παρεμβάσεις που στηρίζονται σε διαφορετικούς τρόπους έκφρασης, όπως η τέχνη (Τζανακάκη-Μελισσάρη, 2005).

Γνωστική παρέμβαση

Η γνωστική θεραπεία παρέχει βελτίωση στις νοητικές ικανότητες, στα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, στις λειτουργικές διαταραχές και στην εκτίμηση της αυτό-αποτελεσματικότητας. Κρίνεται απαραίτητο, ταυτόχρονα με τη γνωστική θεραπεία των ασθενών, να παρέχεται παράλληλα και συμβουλευτική στους συγγενείς. Η παρέμβαση επίσης, χρειάζεται να είναι δομημένη και προσαρμοσμένη σύμφωνα με τις ειδικές ανάγκες και τις υπάρχουσες δεξιότητες του κάθε ασθενή. Η γνωστική άσκηση, σε συνδυασμό με τη φαρμακευτική αγωγή των ασθενών και τη συμβουλευτική των συγγενών, ενισχύει το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Οι ανοϊκοί ασθενείς αποτελούν συνήθως μεγάλο πρόβλημα για τους συγγενείς και τους φροντιστές, καθώς η νόσος εξελίσσεται. Έρευνες έδειξαν ότι ένα πρόγραμμα φυσικών ασκήσεων, παιχνιδιού, κοινωνικής επαφής και δομημένων δραστηριοτήτων έχει τη δυνατότητα θετικών επιδράσεων στην ποιότητα ζωής των ασθενών και στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Εξάλλου θεωρείται, ότι η περιβαλλοντική στρατηγική ανακούφισης των ανοϊκών ηλικιωμένων από το άγχος της απομόνωσης και η προσφορά καθημερινής εξωτερικής δραστηριότητας, αναστέλλει την εξέλιξη της άνοιας και βελτιώνει εν μέρει την νοητική βλάβη, τις συμπεριφορικές διαταραχές, την ποιότητα ζωής και τις καθημερινές δράσεις (Τζανακάκη-Μελισσάρη, 2005).

Αξίζει σε αυτό το σημείο να αναφερθούν τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης οπου πραγματοποιούνται από το 2005, από την Εταιρεία νόσου Αλτσχάιμερ και συναφών διαταραχών Αθηνών. Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης αποτελούν μία νέα, μη φαρμακευτική θεραπευτική προσέγγιση της

νόσου Αλτσχάιμερ, η οποία τα τελευταία χρόνια προσελκύει την προσοχή των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την άνοια.

Ενδεικτικό του ενδιαφέροντος των ειδικών είναι ο αυξανόμενος αριθμός των σχετικών με το θέμα εργασιών που δημοσιεύονται σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά και παρουσιάζονται σε διεθνή συνέδρια. Όπως είναι γνωστό, η αποδυνάμωση των γνωστικών λειτουργιών όπως είναι η μνήμη, ο λόγος, η προσοχή και η κρίση, είναι ένα από τα αρχικά συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς με νόσο Αλτσχάιμερ. Η αποδυνάμωση αυτή γίνεται σταδιακά, με τις σύνθετες λειτουργίες να βλάπτονται πρώτες. Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης στοχεύουν στην αξιοποίηση των γνωστικών λειτουργιών του ανοϊκού ασθενούς που παραμένουν σε ικανοποιητικό επίπεδο. Με αυτό τον τρόπο επιδιώκεται η σταθεροποίηση ή ακόμα και η μείωση της γνωστικής έκπτωσης του ασθενούς. Απώτερος στόχος βέβαια είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο του ασθενούς, όσο και της οικογένειάς του.

Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης είναι κατάλληλα κυρίως για ασθενείς με ήπιας έως μέτριας βαρύτητας νόσο Αλτσχάιμερ, καθώς σε αυτή τη φάση της νόσου οι ασθενείς διατηρούν αρκετά γνωστικά αποθέματα που μπορούν να αξιοποιηθούν προς όφελός τους.

Η θεραπεία νοητικής ενδυνάμωσης χρησιμοποιεί μία μεγάλη ποικιλία ερεθισμάτων και εξειδικευμένων μεθόδων ώστε να επιτύχει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ανάλογα με τις ικανότητες, τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς, σχεδιάζεται ένα πρόγραμμα στο οποίο περιλαμβάνονται δραστηριότητες όπως:

- προσανατολισμός στο χώρο και το χρόνο
- συζήτηση για θέματα της επικαιρότητας

- εκμάθηση ή επανεκμάθηση υλικού με την εφαρμογή κατάλληλων μεθόδων
- εκπαίδευση στη χρήση εξωτερικών μνημονικών βοηθημάτων
- ασκήσεις που ασκούν τη μνήμη, την προσοχή, το λόγο, την κριτική σκέψη
- θεραπείες τέχνης
- θεραπεία δι' αναμνήσεων
- επιτραπέζια παιχνίδια

Το μεγαλύτερο ίσως πλεονέκτημα των προγραμμάτων νοητικής ενδυνάμωσης είναι η ευελιξία που διαθέτουν: αποτελούν μια θεραπευτική προσέγγιση απόλυτα προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενούς, πραγματοποιούνται είτε σε ατομικές συνεδρίες, είτε ομαδικά και μπορούν να αναπροσαρμοστούν καθώς η ασθένεια εξελίσσεται και η κατάσταση του ασθενούς, γνωστική και συναισθηματική, μεταβάλλεται.

Επιπλέον, ιδιαίτερη σημασία έχει το γεγονός ότι μέσα στα πλαίσια της συγκεκριμένης θεραπείας, ο ασθενής ενθαρρύνεται να καταβάλλει συνειδητή προσπάθεια, ώστε να βοηθήσει ο ίδιος τον εαυτό του. Κατά συνέπεια, δεν αναγκάζεται να εναποθέσει τις ελπίδες του αποκλειστικά στη δυσνόητη ή «μαγική» δράση ενός φαρμάκου, αλλά συμμετέχει ενεργά στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νόσου και νιώθει να αποκτά ξανά τον έλεγχο της ζωής του.

Η θεραπεία νοητικής ενδυνάμωσης δεν έρχεται να αντικαταστήσει τη φαρμακευτική θεραπεία της νόσου Αλτσχάιμερ, τα οφέλη της οποίας είναι ανεκτίμητα και αδιαμφισβήτητα. Στόχος της είναι η συνδυαστική δράση, η οποία

φαίνεται ότι μπορεί να ενισχύσει τη δράση των φαρμάκων, βελτιώνοντας θεαματικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Τον ενθουσιασμό και την αισιοδοξία των ειδικών σχετικά με τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης δικαιώνουν έρευνες που έρχονται καθημερινά στο φως της δημοσιότητας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών, η συμμετοχή ασθενών με νόσο Αλτσχάιμερ σε τέτοιου είδους προγράμματα βελτίωσε σημαντικά τόσο τις γνωστικές τους λειτουργίες, όσο και την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Επίσης, συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στην καταπολέμηση της απάθειας, της απόσυρσης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τα οποία εμφανίζονται σε μεγάλο αριθμό ανοϊκών ασθενών.

Λογοθεραπευτική παρέμβαση

Η λογοθεραπευτική παρέμβαση στην άνοια τύπου Alzheimer ξεκινά με τη διάγνωση των διαταραχών επικοινωνίας του ασθενούς, όπου ο λογοθεραπευτής καταρτίζει την καρτέλα του ασθενούς χρησιμοποιώντας τα ανάλογα τεστ. Η παρέμβαση στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές: α) στην ολιστική θεώρηση της επικοινωνίας, β) στην επιλεκτική πρόταση για τη θεραπεία και γ) στην καθημερινή αγωγή.

Οι θεραπευτικές ενέργειες οφείλουν να έχουν ως στόχο ένα σφαιρικό πρόγραμμα αποκατάστασης. Ο θεραπευτής ενδιαφέρεται για την ανάκτηση της καθομιλουμένης γλώσσας των ασθενών στα ιδιαίτερα γλωσσικά και κοινωνικά τους περιβάλλοντα και όχι κάποιας αφηρημένης νόρμας του λόγου. Η θεραπεία

είναι συμπτωματολογική, δηλαδή αντιμετωπίζει τα συμπτώματα των διαταραχών του λόγου. Διαφορετικά είδη διαταραχών χρήζουν διαφορετικής θεραπείας.

Η αγωγή στοχεύει στην ανάπτυξη της καθημερινής επικοινωνίας, ενθαρρύνοντας θέματα προς συζήτηση και προωθώντας σχέσεις κοινωνικοποίησης με τον περίγυρο του ασθενούς. Στοχεύει επίσης στην αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας του ατόμου, στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης, στη συντήρηση και ανά περιπτώσεις στην επαναφορά των ικανοτήτων κατανόησης και έκφρασης του λόγου.

Συμπερασματικά, ο συμβουλευτικός ρόλος του λογοθεραπευτή εμπεριέχει στοιχεία πρόληψης, έγκαιρης ενημέρωσης και πληροφόρησης των συγγενών. Ακόμα υπάρχει συντονισμός και συνδυασμός των προσπαθειών από πλευράς συγγενών με τις ενέργειες του λογοθεραπευτή, ούτως ώστε οι συγγενείς να αποποιηθούν το ρόλο του παρατηρητή και να τους δοθεί η δυνατότητα να συμμετέχουν ενεργά στην όλη διαδικασία (Τζανακάκη-Μελισσάρη, 2005).

Εργοθεραπευτική παρέμβαση

Η εργοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα υγείας που παρέχει υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης σε άτομα που παρουσιάζουν νοητικές, συναισθηματικές, μαθησιακές και κινητικές διαταραχές. Στόχος της είναι η αποκατάσταση των ικανοτήτων του ατόμου στο μέγιστο δυνατό βαθμό, μέσα στα πλαίσια του προβλήματος ή της αναπηρίας του, ώστε να έχει ανεξάρτητη, παραγωγική και ποιοτική ζωή.

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς αναφέρεται σε προγράμματα ενεργοποίησης – δραστηριοποίησης, αυτοεξυπηρέτησης σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, εργονομικής παρέμβασης στο χώρο που ζει ο ασθενής και συναισθηματικής υποστήριξης τόσο του ασθενούς όσο και των φροντιστών (Τζανακάκη-Μελισσάρη, 2005).

Οι στόχοι του εργοθεραπευτικού προγράμματος είναι κοινωνικοί, ψυχολογικοί, πνευματικοί και σωματικοί και διαφοροποιούνται ανάλογα με το στάδιο της νόσου που βρίσκεται ο ασθενής.

Μουσικοθεραπεία

Στη σύγχρονη εποχή, το όλο πλαίσιο της αποδεδειγμένης επίδρασης της μουσικής στον άνθρωπο, έχει αναχθεί στον χώρο της απόλυτης ορθολογικής επιστημονικής ανάλυσης, που ονομάζεται μουσικοθεραπεία. Οι ήχοι, οι μελωδίες, οι αυτοσχεδιασμοί και οι διάφορες μουσικές συνθέσεις δημιουργούν το πλαίσιο εκείνο μέσω του οποίου, έχουν πρακτική εφαρμογή σε μια πληθώρα ψυχικών, παθολογικών διαταραχών και επιπλοκών του ανθρώπου.

Επιστημονικές έρευνες έχουν αναφερθεί στη θετική επίδραση που έχουν τα μουσικά ή ηχητικά ερεθίσματα στα διάφορα συστήματα λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού. Επίσης υπάρχουν και πολλαπλές παρατηρήσεις αναφορικά με την επίδραση της μουσικής στην ανθρώπινη ψυχολογία, από τη στιγμή της σύλληψής του και σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.

Σήμερα, εφαρμόζονται ποικίλα επιτυχημένα προγράμματα στους ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer. Η προσφορά της μουσικής στην άνοια αυτού του τύπου, μπορεί να δομηθεί με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να αυξήσει τη συμμετοχή, τις κοινωνικές και συναισθηματικές δεξιότητες και να μειώσει τα συνοδά προβλήματα συμπεριφοράς στα άτομα που ασθενούν, όπως είναι δηλαδή η ευερεθιστότητα και η επιθετικότητα. Χρησιμοποιείται ως ερέθισμα για να βοηθήσει στη μνημονική ανάκληση και στις γλωσσικές δεξιότητες αυτών των ατόμων.

Επίσης η μουσική πιθανόν να είναι το μέσο επικοινωνίας των ηλικιωμένων και να παρέχει είσοδο σε γεγονότα και μνήμες, που είναι δύσκολο να ανακληθούν με λεκτικά μέσα. Νευροψυχολογικές έρευνες καταδεικνύουν ότι υπάρχει θετική επίδραση στην αναδρομική ανάκληση, στην αναγνώριση λέξεων και προσώπων του παρελθόντος, αλλά και στη λειτουργία της άμεσης μνήμης. Ακόμα έχει θετικές επιδράσεις και στο σύνδρομο RDV's (επαναλαμβανόμενες ενοχλητικές κραυγές) των ατόμων με άνοια. Επιπλέον, η μουσική επιδρά θετικά στη λήψη φαγητού και στις συνήθεις προβληματικές συμπεριφορές των ατόμων με άνοια, όπως είναι η καταθλιπτική διάθεση, η ευερεθιστότητα και το άγχος.

Η μουσικοθεραπεία λοιπόν λειτουργεί ως τρόπος επικοινωνίας με το γέλιο ή με το τραγούδι – μουσική, στοχεύει στην αύξηση της προσοχής και της επαγρύπνησης και, μέσω επιμονής και υπομονής, ενθαρρύνει και εμψυχώνει τους φροντιστές και τους ασθενείς με ατομικά και ομαδικά τραγούδια, σε επίπεδο τόσο ατομικής όσο και οικογενειακής ή κοινωνικής επικοινωνίας (Τζανακάκη-Μελισσάρη, 2005).

Εικαστική Θεραπεία (Art Therapy)

Η εικαστική θεραπεία είναι η αξιοποίηση της καλλιτεχνικής δημιουργίας του ατόμου και προωθεί την ικανότητά του να εκφράζει συναισθήματα, σκέψεις, εσωτερικές συγκρούσεις και να τις μεταβιβάζει στο περιβάλλον του. Η διαδικασία αυτή στοχεύει σε μια θεραπεία, που διευκολύνει την κατάλυση των αμυντικών μηχανισμών και την ανάδυση των συναισθημάτων. Μέσα από τη χρήση διαφορετικών καλλιτεχνικών υλικών, το άτομο μπορεί να βρει καινούρια ενδιαφέροντα που θα του παρέχουν νέες γνώσεις, γεγονός που αποτελεί βασικό τρόπο καταπολέμησης ή καταστολής της άνοιας.

Το αποτέλεσμα είναι συχνά πολύ αποδιοργανωμένο, ώστε να ονομάζεται «τέχνη». Η ουσία του θεραπευτικού έργου είναι τα συναισθήματα που βιώνονται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας, όπως είναι η επιθετικότητα, η αμφιθυμία και τα εκρηκτικά συναισθήματα. Η καλλιτεχνική δραστηριότητα λοιπόν είναι μια συνειδητή διαδικασία που δίνει συγκεκριμένη μορφή σε συναισθήματα συχνά ασυνείδητα, παρουσία του θεραπευτή. Αυτός ενθαρρύνει με την κατάλληλη στάση την καλλιτεχνική έκφραση του ατόμου.

Θα ήταν λοιπόν σωστό να λεχθεί, ότι ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος συνεργάζονται προκειμένου να κατανοήσουν τη διαδικασία και το τελικό προϊόν της κάθε συνεδρίας, που υλοποιούνται σε έργα «τέχνης».

Ο εικαστικός θεραπευτής μπορεί να προωθήσει την εσωτερική ροή με τη σωστή στάση του ή και να παρεμποδίσει την εσωτερική δημιουργική διαδικασία. Κρίνεται σκόπιμο να κάνει ανακαλύψεις ως προς το νόημα των εικόνων του ο ίδιος ο θεραπευόμενος και όχι να δίνει έξυπνες ερμηνείες ο θεραπευτής. Τα σχόλιά του θα

πρέπει να ξεκαθαρίζουν την εικόνα και όχι να επιβάλλονται (Τζανακάκη-Μελισσάρη, 2005).

Γυμναστική

Τα προγράμματα σωματικής άσκησης που προορίζονται για ανοϊκούς ασθενείς περιλαμβάνουν συνήθως περπάτημα, ποδηλασία, αεροβική γυμναστική και ασκήσεις ισορροπίας και μυϊκής ενδυνάμωσης. Οι ασθενείς ωφελούνται από τη σωματική άσκηση καθώς διατηρούν σε ικανοποιητικό επίπεδο τη φυσική τους κατάσταση και ταυτόχρονα καταπολεμούν τα καταθλιπτικά συναισθήματα, αφού μέσω της άσκησης έχουν την ευκαιρία να ψυχαγωγηθούν και να κοινωνικοποιηθούν.



3.1.4 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η παρέμβαση στην οικογένεια την ανακουφίζει από την επιβάρυνση και βελτιώνει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

1. Ενημέρωση

- Φύση νόσου
- Πορεία / στάδια νόσου
- Προβλήματα συμπεριφοράς, συναισθήματος, αποτελέσματα 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, γεύματα, λογαριασμούς, καθαριότητα, πλύσιμο, σιδέρωμα ρούχων, μετακίνηση, βοηθητικός

φροντιστής συνοδός σε εξόδους, εκπαίδευση του συζύγου σε οικιακές εργασίες, 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 στην παρεχόμενη φροντίδα στον ασθενή

7. Υποστήριξη στη λήψη απόφασης για μεταφορά του ασθενούς σε ίδρυμα.

(Μούγιας, 2004)

3.1.5 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

Είναι αναμφισβήτητο ότι μέχρι σήμερα, οι φαρμακευτικές θεραπείες δεν έχουν την επιθυμητή αποτελεσματικότητα. Σύμφωνα με την Ελληνική γεροντολογική και γηριατρική εταιρεία, σε κάθε περίπτωση και ανεξάρτητα από το τι σκέφτεται ο γιατρός για τη θεραπεία, είναι σφάλμα το να μην επιχειρείται θεραπεία :

- Επειδή την ζητάει η οικογένεια που κάποτε μαθαίνει ότι υπάρχουν φάρμακα που δεν δόθηκαν στο συγγενή της και αυτό αυξάνει τις ενοχές, τη διεκδικητική διάθεση.
- Επειδή η φαρμακευτική αντιμετώπιση αποτελεί έναν καθοριστικό λόγο επαφής των συγγενών με την ιατρική ομάδα, τον γιατρό, τον κοινωνικό λειτουργό ή το νοσηλευτή που χειρίζεται το περιστατικό.
- Για τις πολλές μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που πρέπει να γίνονται και που ωφελούν ουσιαστικά τον ασθενή και τους φροντιστές, ακόμη και σε επίπεδο ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης και ανακούφισης της οικογένειας.
- Για την αντιμετώπιση των συχνών συνοδών ιατρικών προβλημάτων, που επιδεινώνουν την κατάσταση του ασθενούς.

Η άνοια δεν είναι η μοναδική ασθένεια χωρίς θεραπεία, γεγονός που δικαιολογεί την αισιοδοξία που συχνά συνοδεύει τη διάγνωση. Η συνήθης διάρκεια

της αρρώστιας είναι 7 με 10 χρόνια (το φάσμα είναι 5-20 χρόνια) και μόνο τα τελείως τελευταία στάδια είναι δυσβάσταχτα για τους φροντιστές. Όπως αντιμετωπίζουμε όλες τις άλλες ασθένειες, αξιοποιώντας τα μέσα που έχουμε στη διάθεση μας, έτσι πρέπει να κάνουμε και για την άνοια. (Ελληνική γεροντολογική και γηριατρική εταιρεία, 2002)

3.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η νόσος Alzheimer είναι μια πολυπαραγοντική νόσος: περιβαλλοντικές, γενετικές και αφορώσες τον τρόπο ζωής συνιστώσες συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Άλλοι από αυτούς τους παράγοντες είναι γνωστοί και άλλοι όχι, ενώ μελέτες διεξάγονται παγκοσμίως προκειμένου να διασαφηνιστεί η φύση αυτών και μ' αυτόν τον τρόπο να υπάρξει αποτελεσματική αντιμετώπισή τους.

Με τα μέχρι σήμερα δεδομένα, η πρόληψη συνίσταται στη βελτίωση καταστάσεων που ήδη έχουν ενοχοποιηθεί για αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της νόσου και ακολούθως θα αναφερθούν μερικοί από αυτούς.

Ένα ερώτημα που τίθεται συχνά είναι αν η νόσος Alzheimer είναι κληρονομική. Με απλά λόγια, αν κινδυνεύει ένας άνθρωπος να εμφανίσει νόσο Alzheimer, επειδή κάποιος από τους γονείς του πάσχει από αυτή τη νόσο. Το 95% των περιπτώσεων νόσου Alzheimer είναι σποραδικές και μόνο το υπόλοιπο 5% σχετίζεται με κάποια γονίδια, τρία από τα οποία έχουν αναγνωρισθεί. Δεδομένου του μικρού ποσοστού των κληρονομικών περιπτώσεων της νόσου, δεν θεωρείται σκόπιμος ο γενετικός έλεγχος στον γενικό πληθυσμό.

Η ηλικία και η κληρονομικότητα που αναφέρθηκαν πιο πάνω ανήκουν στους λεγόμενους μη τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Όπως προαναφέραμε όμως, γνωρίζουμε σήμερα την επίδραση άλλων παραγόντων, η τροποποίηση των οποίων μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο για νόσο Alzheimer.

Η αρτηριακή υπέρταση για παράδειγμα είναι γνωστό ότι προκαλεί βλάβες στα αγγεία όλου του σώματος. Η δυσλειτουργία των αγγείων του εγκεφάλου και η

συνεπακόλουθη μειωμένη παροχή οξυγόνου σε αυτόν μπορεί να επηρεάζουν τη μνήμη και τις άλλες γνωστικές λειτουργίες.

Εν γένει, όλοι οι λεγόμενοι αγγειακοί παράγοντες κινδύνου (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερχοληστερολαιμία, κάπνισμα), οι οποίοι ενοχοποιούνται για τη στεφανιαία νόσο και τα εγκεφαλικά επεισόδια, είναι δυνατόν να παραβλάψουν τις νοητικές λειτουργίες. Ενοχοποιούνται για μια μορφή άνοιας που λέγεται αγγειακή και συνδέεται με προηγούμενο ιστορικό εγκεφαλικών επεισοδίων, αλλά φαίνεται ότι παίζουν ρόλο και στη νόσο Alzheimer αυτή καθ' αυτήν.

Ο σακχαρώδης διαβήτης για παράδειγμα, μοιράζεται ορισμένους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς με τη νόσο Alzheimer και φαίνεται ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ τους: οι διαβητικοί εμφανίζουν μιάμιση φορά αύξηση κινδύνου για τη νόσο σε σχέση με μη διαβητικούς ασθενείς.

Η αυξημένη χοληστερόλη αίματος έχει επίσης συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νόσου Alzheimer. Μάλιστα σήμερα μελετάται το κατά πόσον μια φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη και της υπερχοληστερολαιμίας μπορεί να έχει επίδραση και στη νόσο Alzheimer και τουλάχιστον για κάποια αντιδιαβητικά φάρμακα, τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά. Εκτός από τους αγγειακούς παράγοντες, στην παθοφυσιολογία της νόσου Alzheimer εμπλέκονται η φλεγμονή και μηχανισμοί οξειδωτικού stress. Έχουν γίνει μελέτες στις οποίες διερευνήθηκε η επίδραση χορήγησης αντιοξειδωτικών ουσιών όπως βιταμίνες C και E στην εγκεφαλική λειτουργία, αλλά με τα έως τώρα δεδομένα φαίνεται ότι η διατροφική πρόσληψη βιταμινών και άλλων θρεπτικών συστατικών στο πλαίσιο μιας ισορροπημένης, υγιεινής

διατροφής υπερέχει σημαντικά της χορήγησης συμπληρωμάτων.

Τα υψηλά επίπεδα του αμινοξέος ομοκυστεΐνη στο αίμα έχουν αναγνωριστεί ως παράγων κινδύνου για εμφάνιση νόσου Alzheimer. Το αμινοξύ αυτό εμπλέκεται στον μεταβολισμό του φυλλικού οξέος και συχνά οι υψηλές τιμές αυτού συνδυάζονται με χαμηλά επίπεδα φυλλικού οξέος στο αίμα. Η έλλειψη φυλλικού οξέος έχει επίσης ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση άνοιας και μάλιστα, σε διάφορες μελέτες, η αποκατάσταση των επιπέδων του με τη χορήγησή του εξωγενώς έχει βελτιώσει τις γνωστικές λειτουργίες. Παρόμοιες παρατηρήσεις έχουν γίνει και για τη βιταμίνη B12, η οποία επίσης εμπλέκεται στην ανωτέρω μεταβολική οδό: χαμηλές τιμές της συνδυάζονται με την εμφάνιση άνοιας αλλά και άλλων νευρολογικών διαταραχών. Σε ότι αφορά την ομοκυστεΐνη, αυτή αποτελεί ανεξάρτητο αγγειακό παράγοντα κινδύνου, όπως ο διαβήτης και η υπέρταση, αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή εμφράγματος του μυοκαρδίου. Με τον ανωτέρω μηχανισμό, αυξάνει τον κίνδυνο και για την αγγειακή άνοια που προαναφέραμε, αλλά σε ότι αφορά τη νόσο Alzheimer, φαίνεται ότι ο μηχανισμός είναι διαφορετικός και εδώ η ομοκυστεΐνη αυξάνει το οξειδωτικό stress, του οποίου ο ρόλος στη νόσο Alzheimer είναι γνωστός.

Από διάφορες μελέτες που διεξάγονται προκειμένου να αναγνωριστούν παράγοντες κινδύνου και μηχανισμοί προστασίας από τη νόσο Alzheimer, διεπιστώθη ότι η φυσική δραστηριότητα μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας. Πιθανώς ο μηχανισμός με τον οποίο εμπλέκεται η άσκηση στον κίνδυνο για Alzheimer αφορά τη βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος γενικά και της παροχής οξυγόνου στον εγκέφαλο ειδικότερα.

Η συστηματική, έστω και ήπια, άσκηση μειώνει έως και 40% τον κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας ή νόσου του Alzheimer στους ηλικιωμένους, δείχνει μελέτη σε Αμερικανούς άνω των 65 ετών. Μάλιστα όσο πιο αδύναμος είναι κανείς, τόσο περισσότερο οφελείται ο εγκέφαλός του από τη γυμναστική. (www.focusmag.gr)

Ο ρόλος της διατροφής έχει επίσης αναγνωριστεί: γνωρίζουμε τις επιμέρους επιδράσεις των θρεπτικών συστατικών, π.χ. την ευεργετική επίδραση των αντιοξειδωτικών ουσιών και τη βλαπτική επίδραση της χοληστερόλης, αλλά μεγάλες κλινικές μελέτες έχουν καταδείξει τον ρόλο της συνολικής πρόσληψής τους στο πλαίσιο της διατροφής και η λεγόμενη Μεσογειακή Δίαιτα έχει δείξει τον προστατευτικό της ρόλο έναντι της νόσου Alzheimer.

Θα πρέπει και πάλι να τονίσουμε ότι ο έλεγχος των αγγειακών παραγόντων κινδύνου συντελεί σημαντικά στην πρόληψη της άνοιας. Πρόσφατες σχετικές μελέτες δείχνουν ότι η υγιεινή διατροφή και ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης, του σωματικού βάρους, των επιπέδων σακχάρου και χοληστερόλης στο αίμα ωφελούν τόσο τον εγκέφαλο όσο και το καρδιαγγειακό σύστημα.

Η πνευματική άσκηση φαίνεται ότι επίσης βοηθά στην πρόληψη της νόσου Alzheimer. Μελέτες σε πειραματόζωα έχουν δείξει ότι τα έντονα περιβαλλοντικά ερεθίσματα μειώνουν τη συχνότητα εμφάνισης των παθολογοανατομικών ευρημάτων που χαρακτηριστικά ανευρίσκονται στη νόσο Alzheimer. Επιπλέον, έρευνες σε ανθρώπους έχουν δείξει ότι όσοι από αυτούς ασχολούνται με δραστηριότητες που διεγείρουν το πνεύμα έχουν μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν άνοια.

Άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου που ασκούν συστηματικά το μυαλό τους, παρουσιάζουν νόσο Αλτσχάϊμερ σε μεγαλύτερη ηλικία και σε ηπιότερη μορφή σε σχέση με άτομα που κρατούν το μυαλό τους σε αδράνεια. Δραστηριότητες όπως το διάβασμα, τα πνευματικά παιχνίδια (χαρτιά, σκάκι) ή ακόμη και πιο απλές δραστηριότητες όπως η λύση σταυρολέξων μπορούν να κρατήσουν ζωντανές τις νοητικές λειτουργίες των ηλικιωμένων και να βοηθήσουν στη διατήρηση της μνήμης τους.

Εν κατακλείδι, η διατήρηση της συνολικής καλής σωματικής και πνευματικής υγείας συμβάλλει και στην πρόληψη της νόσου Alzheimer. Κατά τον Μούγια μπορούμε να συντηρήσουμε επί μακρόν την καλή εικόνα που έχουμε για τον εαυτό μας και τη συνέπεια μας στις σχέσεις μας με τους άλλους :

- Διατηρώντας ένα σημειωματάριο για το τι έχουμε να κάνουμε.
- Οργανώνοντας τη ζωή μας βάσει ενός κατά το δυνατόν πιο ευχάριστου και λειτουργικού προγράμματος το οποίο να περιλαμβάνει τις συνήθειές μας, τις πνευματικές μας δραστηριότητες, τα χόμπι μας, τις παρέες μας και αρκετές και σωστές ώρες ξεκούρασης και ύπνου.
- Κάνοντας ρουτίνα την άσκηση, τη βόλτα, τα ιατρικά τσέκ – απ, κάποιες προληπτικές θεραπείες (π.χ. καθημερινή λήψη ασπιρίνης κ.λπ.).
- Απέχοντας από το ποτό και το τσιγάρο.
- Διατηρώντας το σωστό βάρος με σωστή διατροφή που να περιέχει όλα τα απαραίτητα συστατικά σωστά καταναμεμένα.
- Προσέχοντας να μην παίρνουμε περιττά φάρμακα.

Δεν μπορούμε να προβλέψουμε το μέλλον, ούτε να προσδιορίσουμε τι θα μας τύχει, αλλά αν κάνουμε αυτά που ξέρουμε για να διατηρηθούμε πνευματικά

υγείας, ξέρουμε ότι έχουμε προσφέρει στον εαυτό μας όλες τις πιθανότητες επίτευξης των στόχων μας. (Μούγιας, 2003)

3.2.1 ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η επισήμανση και η αξιολόγηση προφυλακτικών παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν τη συχνότητα εκδήλωσης ή τον ρυθμό εξέλιξης της άνοιας, αποτελούν, σε διεθνές επίπεδο, αντικείμενο πολλών επιδημιολογικών και πειραματικών μελετών. Επιβάλλεται, όμως, να τύχουν τα πορίσματά τους περαιτέρω έρευνας και αξιολόγησης, προκειμένου να επιτευχθεί η πλήρης αποδοχή τους από την επιστημονική κοινότητα.

Μεταξύ των προφυλακτικών παραγόντων της άνοιας συγκαταλέγονται τα εξής :

1. Εργασία

Η εργασιακή απασχόληση και η δημιουργική κάλυψη του ελεύθερου χρόνου συνεισφέρουν στην ψυχοσωματική εγρήγορση του ατόμου και στη διατήρηση των πνευματικών λειτουργιών του σε επαρκές επίπεδο.

2. Διατροφή

Η ποιότητα και η επάρκεια στην κατανάλωση των τροφίμων χωρίς ποσοτικές ακρότητες και με ισορροπία στην κατανάλωση θρεπτικών ουσιών αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για τη διατήρηση του επιπέδου της υγείας του ατόμου και πιθανώς λειτουργούν προφυλακτικά ως προς την άνοια.

3. Αλκοόλ

Η κατανάλωση διάφορων αλκοολούχων ποτών και ιδιαίτερα του οίνου, χωρίς όμως υπερβάσεις και συνδυαστικά με τη λήψη κανονικών γευμάτων ή μικρογευμάτων, πιθανολογείται ότι συνεισφέρει στην προφύλαξη από την άνοια. (Θεόδωρος Δαρδαβέσης από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

4. Συστολική πίεση

Η αντιμετώπιση της συστολικής πίεσης με την εφαρμογή αντιυπερτασικής αγωγής και ειδικότερα με τη χρήση αποκλειστών ιόντων του Ca φαίνεται, ότι συνεισφέρει στη μείωση της επίπτωσης της άνοιας σε ποσοστά τα οποία εγγίζουν μέχρι και το 50% (Forette F., 1999).

5. Χρήση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων

Η εξέλιξη των παθοφυσιολογικών σταδίων της ΑΤΑ οδηγεί καταληκτικά σε νευρωτικό θάνατο. Η επιβράδυνση ή ακόμα και η αναστολή της εξέλιξης αυτής φαίνεται ότι επηρεάζεται από την κατανάλωση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Η συγκεκριμένη διαπίστωση αποτελεί προϊόν επιδημιολογικών ερευνών σε πάσχοντες από αρθρίτιδα, οι οποίοι έκαναν χρήση επί μακρό χρόνο αντιφλεγμονωδών παραγόντων και οι οποίοι παρουσίασαν μείωση της επίπτωσης της νόσου. Προς την κατεύθυνση αυτή βρίσκονται σε εξέλιξη ερευνητικά πρωτόκολλα, προκειμένου να εξακριβωθεί το εύρος της παρεχόμενης προστασίας ή ακόμα και η θεραπευτική αποτελεσματικότητα των αντιφλεγμονωδών παρασκευασμάτων επί

της νόσου Alzheimer. (Θεόδωρος Δαρδαβέσης από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

6. Υποκατάσταση με οιστρογόνα

Τα οιστρογόνα επιδρούν στην εγκεφαλική λειτουργία, ενεργοποιώντας μηχανισμούς αποκατάστασης των νευρώνων, οι οποίοι έχουν υποστεί βλάβες κατά την εξέλιξη της νόσου και επιπλέον, μειώνουν τη συσσώρευση αμυλοειδούς μεταξύ των νευρωνικών κύτταρων. Με τον τρόπο αυτό, υποστηρίζεται η νευρωνική επανόρθωση και, δυνητικά, συντελείται επιβράδυνση ή και πρόληψη της νόσου. Επιπρόσθετα τα οιστρογόνα ασκούν στον εγκέφαλο σεροτονεργική-ανταγωνιστική επίδραση, αυξάνουν τη δραστηριότητα της νεροπινεφρίνης, τη χολινεργική νευρική δραστηριότητα, την εγκεφαλική ροή του αίματος και ενισχύουν τη μεταφορά, καθώς και τον μεταβολισμό της γλυκόζης στον εγκέφαλο. Τέλος, ασκούν αντιοξειδωτικές και αντιφλεγμονώδεις δράσεις. Όλες οι προαναφερθείσες επιδράσεις των οιστρογόνων επί της εγκεφαλικής λειτουργίας καθιστούν τη χορήγηση τους σε μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες κατ' εξοχήν ενδεδειγμένη για την ΑΤΑ, στοχεύοντας στην πρόληψη και στην επιβράδυνση της νόσου, καθώς και στη βελτίωση της ψυχικής διάθεσης, των γνωστικών λειτουργιών και της κινητικότητας των ατόμων. (Birge S., 1997)

7. Κάπνισμα

Η καπνιστική συνήθεια αποτελεί μία ευρέως διαδεδομένη κοινωνική συμπεριφορά, η οποία, ανάλογα με τον χρόνο έναρξης και διάρκειας της, το είδος του καπνού το οποίο χρησιμοποιείται και τον τρόπο του καπνίσματος, έχει τεκμηριωθεί ότι επιφέρει βλάβες στην υγεία. Παρά ταύτα, η διαπίστωση ότι η συνεχής διέγερση στον εγκέφαλο των καπνιστών των νικοτινικών υποδοχέων, οι οποίοι είναι χολινεργικοί υποδοχείς και οι οποίοι σε καταμετρήσεις επί ασθενών με ΑΤΑ βρέθηκαν λιγότεροι, οδηγεί στην υπόθεση, ότι το κάπνισμα δια της νικοτίνης καθυστερεί την εκδήλωση της νόσου. Προς την ίδια κατεύθυνση οδηγούν τα πορίσματα έρευνας, τα οποία επεσήμαναν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση άνοιας σε καπνιστές χωρίς οικογενειακό ιστορικό και όχι σε καπνιστές με οικογενειακό ιστορικό. Τα δεδομένα αυτά συνηγορούν με τα πορίσματα μελετών, τα οποία αναφέρουν, ότι ο συνδυασμός καπνιστικής συνήθειας και παρουσίας του αλληλόμορφου γονιδίου ε4 της ΑΡΟΕ προφυλάσσει από την άνοια. Με βάση, μάλιστα, τη συγκεκριμένη θεώρηση συνίσταται η χορήγηση νικοτίνης ή νικοτινικών παραγόντων στην προαναφερθείσα κατηγορία ασθενών (Van Duijin CM., 1995). Η άποψη όμως πως το κάπνισμα μπορεί να προφυλάξει από την εμφάνιση άνοιας θεωρείται πλέον λανθασμένη. Πρόσφατες μελέτες δείχνουν αντίθετα αποτελέσματα.



Σε σύγκριση με ανθρώπους που έχουν κόψει το κάπνισμα ή δεν έχουν καπνίσει ποτέ, οι καπνιστές έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τη νόσο του Αλτσχάιμερ και άλλες μορφές άνοιας. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα που ανακοίνωσαν Ολλανδοί ερευνητές του Ιατρικού Κέντρου Εράσμους του Ρότερνταμ, στην επιθεώρηση Neurology, οι καπνιστές μεγαλύτεροι των 55 ετών έχουν κατά 50% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια μορφή άνοιας. Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξαν αφού παρακολουθούσαν για ένα διάστημα περίπου επτά χρόνων, 7.000 ανθρώπους μεγαλύτερους των 55 χρόνων, με 705 από αυτούς να εμφανίζουν άνοια. Για την αύξηση των κρουσμάτων άνοιας ευθύνεται ένα πολύ γνωστό γονίδιο που ονομάζεται APOE4 ή απολιποπρωτεΐνη E4. Οι άνθρωποι που δεν έχουν το γονίδιο αυτό διατρέχουν κατά 70% μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν Αλτσχάιμερ αν καπνίζουν, επισημαίνουν οι ειδικοί, καθώς το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο εγκεφαλοαγγειακών παθήσεων που συνδέονται με την άνοια. Σύμφωνα με την έρευνα, ένας άλλος μηχανισμός που εντείνει το πρόβλημα είναι το οξειδωτικό άγχος, από το οποίο καταστρέφονται κύτταρα στα αιμοφόρα αγγεία και οδηγεί στην αρτηριακή σκλήρυνση. Οι καπνιστές έχουν μεγαλύτερο οξειδωτικό άγχος από τους μη καπνιστές. (www.ert.gr)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

Τα σημαντικότερα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ανοϊκοί ασθενείς και το περιβάλλον τους είναι τα εξής :

1. Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος :

Η διαβίωση των ασθενών σε κατοικίες που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό την ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα. Η διαμόρφωση όμως των περισσότερων κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση, αναγκάζει τα άτομα που διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και που λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους (Δαρδαβέσης, 1999).

2. Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης :

Οι υπερήλικες ασθενείς και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των 70 ετών, δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες που σχετίζονται με την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, τη διατροφή και την ένδυση. Οι παραπάνω ανάγκες του ασθενούς καλύπτονται επαρκώς από τη φροντίδα των στενών συγγενών του και του φροντιστή του. Όταν αυτό δε συμβαίνει, τότε δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα,

τα οποία επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα, που χαρακτηρίζουν τη συγκεκριμένη ηλικία (Ι. Δαρδαβέσης, 1999).

3. Στάση κοινωνίας – οικογένειας :

Το βασικότερο κοινωνικό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους ανοικούς ασθενείς είναι η στάση των μελών της οικογένειας, της κοινότητας και της κοινωνίας γενικότερα απέναντι στην Τρίτη ηλικία. Από τη μία πλευρά, αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός η φθορά του θεσμού της οικογένειας. Η διάλυση της πρωτογενούς οικογένειας με το γάμο και την αναχώρηση των παιδιών και η απώλεια του γονεϊκού ρόλου, επιτείνει το αίσθημα μείωσης της κοινωνικής εκτίμησης. Από την άλλη, τα παιδιά διαφέρουν στη προθυμία τους να διατηρήσουν επαφή, όχι μόνο με τους γονείς που αντιμετώπισαν δυσκολίες, αλλά και με γονείς που είχαν «καλές» σχέσεις. Γενικά οι ηλικιωμένοι δεν θέλουν να αισθάνονται ότι γίνονται βάρος στα παιδιά τους. Μερικοί δεν έχουν κανενός είδους επαφή με τα παιδιά τους, ούτε με τα αδέρφια ή τους λοιπούς συγγενείς τους. Και φυσικά, υπάρχει μία μερίδα που δεν έχει παιδιά ή συγγενείς και αυτή η ομάδα χρειάζεται ιδιαίτερη βοήθεια και φροντίδα (Γουρνάς, 1993). Συχνά επίσης, η στάση της κοινωνίας απέναντι στους ηλικιωμένους χαρακτηρίζεται –κατά κανόνα- από ανεπίτρεπτες γενικεύσεις. Αυτό συμβαίνει, εξαιτίας της πολύ διαδεδομένης άποψης, ότι η έννοια «γηρατειά» είναι συνώνυμη της μοναξιάς, της απομόνωσης, της εξάρτησης, της ανάγκης για προστασία και βοήθεια και της έκπτωσης των νοητικών ικανοτήτων. Δηλαδή η κοινωνία διατηρεί αποθητική στάση, μειώνοντας την ηθική αξία του ηλικιωμένου, κυρίως λόγω της μη αποδοτικότητας και συμμετοχής στην παραγωγική διαδικασία του

κοινωνικού συνόλου. Τέτοιες αντιλήψεις οδηγούν τους ηλικιωμένους σε ανάλογη στάση και αντιδράσεις. Πολλές φορές λοιπόν, η μη δραστηριοποίηση και η συμπεριφορά του υπερήλικα προκύπτει, πρώτα από τις αρνητικές κοινωνικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζει και κατά δεύτερο λόγο από τη λειτουργική ή οργανική δυσχέρεια. Έτσι σε αρκετές περιπτώσεις, η κοινωνία περιθωριοποιεί το ηλικιωμένο άτομο και σφραγίζει την οριστική παρακμή του, μέσω του κοινωνικού αποκλεισμού (Χανιώτης, 1998).

4.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

Η άνοια επηρεάζει κάθε άνθρωπο διαφορετικά. Κάποιο άτομο μπορεί να αρχίσει να χάνει την ικανότητα να χειρίζεται χρήματα ή να παίρνει σοβαρές επιχειρηματικές αποφάσεις απ' την αρχή, ενώ κάποιο άλλο άτομο μπορεί να διατηρήσει τις ικανότητες για μεγαλύτερο διάστημα. Ωστόσο, αργά ή γρήγορα οι ικανότητες του θα ελαττωθούν και το άτομο με άνοια δεν θα μπορεί να παίρνει τις δικές του αποφάσεις για οικονομικά ή νομικά ζητήματα. Ο έγκαιρος προγραμματισμός μπορεί να διευκολύνει τις οικογένειες και φροντιστές να διαχειρίζονται τις υποθέσεις του ατόμου με άνοια. Μπορεί επίσης να σημαίνει ότι το άτομο με άνοια ίσως να μπορεί να συμμετέχει στον προγραμματισμό και να βεβαιώνεται ότι εκτελούνται οι επιθυμίες του με τον τρόπο που θα ήθελε. Όποτε είναι δυνατόν, πάρτε συμβουλές ενόσω το άτομο με άνοια μπορεί ακόμη να συμμετέχει στις συζητήσεις και να είναι νομικά ικανό να υπογράψει οποιαδήποτε έγγραφα.

Έγκαιρος προγραμματισμός σημαίνει:

- Να έχετε κοινές υπογραφές σε όλους τους τραπεζικούς λογαριασμούς σας.
- Να συζητήσετε τα μελλοντικά οικονομικά τα ζητήματα με κάποιον οικονομικό σύμβουλο.
- Να κανονίσετε πώς και πότε το άτομο με άνοια μπορεί να έχει πρόσβαση στα χρήματα του. Ένα άτομο μπορεί να υπογράψει το έγγραφο που λέγεται μόνιμο πληρεξούσιο αν είναι νομικά ικανό άτομο κατά το χρόνο της υπογραφής. Το μόνιμο πληρεξούσιο είναι μια νομική ρύθμιση που δίνει τη δυνατότητα σ' ένα καθορισμένο άτομο να φροντίζει τις οικονομικές υποθέσεις ενός άλλου ατόμου αν αυτό το άτομο αδυνατεί να πράξει μόνο του. Πολλά άτομα έχουν μόνιμο πληρεξούσιο άσχετα αν υπάρχει κάποια ασθένεια ή διάγνωση.
- Εξασφάλιση ότι το άτομο με άνοια έχει την ευκαιρία να εξετάσει το ενδεχόμενο να κάνει μόνιμο πληρεξούσιο αν δεν το έχει ήδη κάνει, το συντομότερο δυνατόν μετά τη διάγνωση ενόσω έχει ακόμη την ικανότητα να το κάνει.
- Εξασφάλιση ότι η οικογένεια και οι φροντιστές έχουν κάνει μόνιμο πληρεξούσιο για τον εαυτό τους για να διασφαλίσουν ότι οι υποθέσεις τους είναι αντικείμενο καλής διαχείρισης σε περίπτωση που καταστούν ανίκανοι.

Ακόμη τα άτομα που πάσχουν από άνοια και οι φροντιστές τους θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι:

- Τα έσοδα του ατόμου με άνοια συνήθως θα μειώνονται όταν τα οικονομικά του θα αλλάξουν από μισθό σε σύνταξη ή κοινωνική πρόνοια.
- Τα οικονομικά του φροντιστή επίσης θα μειώνονται από ένα μισθό πλήρους ωραρίου, σε ένα μισθό μειωμένου ωραρίου.
- Αξίζει τα χρήματα να αποταμιεύονται ώστε να αποφεύγεται να χαθούν ή να χαριστούν. Καλό είναι πάντως το άτομο με άνοια να κρατάει κάποια μετρητά, καθώς αυτό μπορεί να προάγει το συναίσθημα της ασφάλειας και της ανεξαρτησίας.
- Πρέπει να υπολογίζονται τα έσοδα και τα πιθανά έξοδα του ατόμου. Επίσης πρέπει να υπολογιστούν τα έξοδα και οι δαπάνες που μπορούν να αντιμετωπιστούν από όλη την οικογένεια.
- Καλύτερα οι λογαριασμοί αλλά και οι συντάξεις ή άλλες αποδοχές να πληρώνονται απευθείας από λογαριασμό στην τράπεζα, πράγμα που θα εξοικονομήσει χρόνο και σύγχυση (www.psynet.gr).

4.2.1 ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

Η άνοια τύπου Alzheimer είναι μία από τις ασθένειες που τις τελευταίες δεκαετίες έχει αρχίσει να απασχολεί όλο και περισσότερο την ιατρική κοινότητα αλλά και την κοινωνία. Το κόστος της νόσου είναι παγκοσμίως πολύ υψηλό και το επωμίζεται το κράτος και η κοινωνία γενικότερα, με μεγάλο μερίδιο να βαραίνει τις οικογένειες των πασχόντων. Προσεγγίσεις του συνολικού κόστους που σχετίζονται με την ασθένεια διαφέρουν κατά πολύ μεταξύ τους ανάμεσα σε διαφορετικές χώρες στη Δύση. Μια σημαντική εφαρμογή γι' αυτές τις εκτιμήσεις είναι η χρήση οικονομικών αναλύσεων για την ανάπτυξη κλινικών και κοινωνικοπολιτικών κατευθυντήριων γραμμών.

Έχει δημοσιευτεί ένας αριθμός οικονομικών ερευνών υγείας για την ΑΤΑ, οι οποίες αποτυπώνουν τις πρόσφατες ανησυχίες για το αυξανόμενο κόστος και την ποιότητα θεραπευτικών προσεγγίσεων στους ασθενείς με άνοια της μορφής αυτής. Μελετώντας τα έξοδα για την ΑΤΑ, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι υπάρχει, πολλές φορές, μεγάλη απόσταση μεταξύ των πρώτων εξόδων και αυτών που προκύπτουν κατά την εκδήλωση και διάγνωσή της και ακόμη μεγαλύτερη με αυτά στα τελευταία στάδια της νόσου. Η διάγνωση της νόσου παλαιότερα γινόταν μόνο εάν η δυσλειτουργία των νοητικών λειτουργιών ήταν τόσο μεγάλη ώστε να γίνει αντιληπτή από το ίδιο το άτομο ή από άτομα του κοντινού του περιβάλλοντος. Ενδεχόμενα έξοδα, όπως η νοσοκομειακή περίθαλψη και οι επισκέψεις σε ειδικούς που προηγούνται της διάγνωσης της ΑΤΑ, είναι ένα κόστος που δεν μπορεί να υπολογιστεί εύκολα (Τσολάκη, 2005).

Μια μελέτη στις Η.Π.Α. στο ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα Medicare σε ασθενείς που εμφάνισαν τη νόσο το διάστημα 1997 έως 1998 και σε μη ανοικούς ασθενείς της ίδιας ηλικίας έδειξε ότι οι πρώτοι υπερέβηκαν το μέσο κόστος κατά 1,167 δολάρια (85% υψηλότερο). Οι άνθρωποι αυτοί έκαναν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών του φορέα, όπως επισκέψεις σε ειδικούς στα εξωτερικά ιατρεία και μεταφορές από και προς το νοσοκομείο με ασθενοφόρα 1 με 2 χρόνια πριν από τη σίγουρη διάγνωση. Στους ηλικιωμένους άνω η ίσα των 75 ετών το κύριο κόστος υπερέβη το κανονικό κατά 128,5 δολάρια έως 194,7 εκατομμύρια δολάρια (Albert SM, 2002).

Επιπρόσθετα, ευρήματα ερευνών σχετικά με το οικονομικό σκέλος της ΑΤΑ δείχνουν μεγάλη συσχέτιση μεταξύ αναπηρίας και κόστους και, συνεπώς, μία αύξηση της αναπηρίας έχει ως συνέπεια τη σημαντική αύξηση του κόστους καθώς οι ασθενείς μεταπηδούν σε σοβαρότερα στάδια αναπηρίας.

Τα συνολικά έξοδα περιλαμβάνουν άμεσα την πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, μακροχρόνια φροντίδα και αποκατάσταση και έμμεσα τη χαμένη παραγωγικότητα του ασθενούς αλλά και του περιθάλποντα, λόγω της νόσου. Η κατανόηση των παραπάνω εξόδων της ΑΤΑ για τους ασθενείς, τις οικογένειες τους και την κοινωνία συνολικά είναι μία εξαιρετικά πολύπλοκη προσπάθεια για την οποία απαιτείται να ενσωματωθούν και να ληφθούν υπ' όψιν σημαντικές ποσότητες δεδομένων από διαφορετικές πηγές. Πρέπει να γίνουν ενδεδειγμένες έρευνες, καθώς τα δεδομένα της μεθοδολογίας και τα αποτελέσματα των σχετικών ερευνών μπορεί να οδηγήσουν σε παρερμηνεία των δεδομένων. Υπάρχουν πολλοί περιορισμοί στα οικονομικά συμπεράσματα τα οποία μπορούν να αναχθούν από τέτοιου είδους μελέτες, καθώς πολλές έρευνες έχουν χρησιμοποιήσει μόνο μικρά δείγματα, δεν χρησιμοποιήθηκαν καθόλου ή μόνο κάποιοι από τους δείκτες

αναπηρίας, ακολουθήθηκαν σχεδιασμοί και κάποια έξοδα έχουν περιληφθεί ή εξαιρεθεί. Καθώς επίσης, να υπολογιστεί το μέσο συνολικό κόστος που αναλογεί σε έναν ασθενή για ένα χρόνο και αυτό να αναχθεί σε έναν υπολογισμένο πληθυσμό ασθενών.

Αξιολογώντας το κόστος της ΑΤΑ, πρέπει να ληφθούν υπ' όψιν οι τρεις εμπλεκόμενοι παράγοντες : ο ασθενής, η πολιτεία και ο ιδιωτικός τομέας. Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζεται η κατανομή του κόστους στους τρεις αυτούς τομείς. Τα έξοδα που έγιναν από ασθενείς και δεν επιστράφηκαν από την πολιτεία ή από ιδιωτική ασφάλεια περιλαμβάνονται ως έξοδα ασθενών.

Πίνακας: κατανομή του κόστους για τους ασθενείς, την πολιτεία και τον ιδιωτικό τομέα.

Έξοδα ασθενών

- Φαρμακευτική περίθαλψη
- Επισκέψεις ειδικών
- Μεταφορές (αυτοκίνητο, ταξί, δημόσια μέσα)
- Προσαρμογή του οικιακού περιβάλλοντος
- Ανεπίσημη περίθαλψη
- Προσωπικά έξοδα (ιατρικά μηχανήματα / συσκευές)
- Φυσικοθεραπείες
- Απώλεια εργασιακού εισοδήματος

Έξοδα υπουργείων υγείας και ασφάλειας

- Νοσοκομειακή περίθαλψη
- Αμοιβές θεραπειών
- Εργαστηριακές εξετάσεις και άλλες διαγνωστικές έρευνες
- Φάρμακα
- Μεταφορές (ΕΚΑΒ)

Έξοδα τρίτων (ασθενείς με ιδιωτική ασφάλεια)

- Νοσοκομειακή περίθαλψη
- Φαρμακευτική περίθαλψη
- Εργαστηριακά τεστ και άλλες διαγνωστικές έρευνες

Υπάρχουν ασυμφωνίες και διαφορές μεταξύ των ερευνών. Σε κάποιες μελέτες ακολουθήθηκαν διαφορετικοί σχεδιασμοί ανάλυσης του κόστους, κάποια έξοδα δεν έχουν περιληφθεί και ο αριθμός του δείγματος που μελετήθηκε είναι διαφορετικός, ώστε να μπορούμε να καταλήξουμε σε δόκιμα αποτελέσματα.

Για να είναι εφικτή η σύγκριση μεταξύ κάποιων ερευνών θα πρέπει να είναι όμοιες ως προς :

1. Την κατανομή ασθενών ανάλογα με το ποσοστό περιστατικών και τη δημογραφική αναλογία.
2. Τον μέσο όρο ηλικίας των ασθενών.
3. Τον μέσο όρο ηλικίας εμφάνισης της ασθένειας.
4. Το εύρος ποιότητας ζωής.

5. Κατανομή των ασθενών ανάλογα με την κλινική πορεία.

Επίσης, θα πρέπει να υπολογιστεί το κόστος ανάλογα με :

1. Τον αριθμό των ασθενών που εισάγονται σε νοσοκομεία, το κόστος της περίθαλψης και τη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο.
2. Τον αριθμό επισκέψεων σε παθολόγους και ειδικούς θεραπευτές ανά εργατοώρα.
3. Τη συνταγογραφούμενη θεραπεία και τη συχνότητα συνταγογράφησης.
4. Πρόβλεψη οικιακής περίθαλψης και βοήθειας (ύπαρξη ή μη και επίπεδο σχετικών υπηρεσιών σε κάθε χώρα).
5. Σε περίπτωση έλλειψης παροχής οικιακής περίθαλψης από την πολιτεία, το κόστος της ανεπίσημης (εθελοντικής) περίθαλψης που παρέχεται κυρίως από συγγενείς και φίλους στη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου τους.

Όσον αφορά τα φάρμακα για την ΑΤΑ δαπανήθηκαν τεράστια ποσά σε έρευνες, με αποτέλεσμα αυτά σήμερα να είναι πολύ ακριβά. Δεδομένου μάλιστα του μεγάλου αριθμού των ασθενών, ηλικίας άνω των 65 ετών, υπάρχουν ήδη ανησυχίες για τις επιπτώσεις που μπορούν να προκύψουν στα κονδύλια υπηρεσιών υγείας από την ανάπτυξη τέτοιων φαρμάκων. Από το 1996 και μετά, η χρήση φαρμακευτικής αντιμετώπισης συνίσταται μόνο σε ασθενείς με ΑΤΑ, οι οποίοι έχουν επίδοση μεταξύ 10 και 24 στο ερωτηματολόγιο MMSE (Mini Mental State Examination-Βραχεία Εξέταση Νοητικής Κατάστασης).

Επίσης, υπάρχει πάντα ένα ποσοστό ασθενών που διακόπτει τη θεραπεία λόγω παρενεργειών, οφειλομένων στη φαρμακευτική αγωγή, και μάλιστα έχει

βρεθεί ότι πρόκειται για ένα ποσοστό της τάξης του 50%, στο οποίο κατέστη αναγκαία η διακοπή χορήγησης του φαρμάκου.

Τέλος, δεν πρέπει να παραλείψουμε τον αριθμό των ασθενών που αρνείται να λάβει φαρμακευτική αγωγή καθώς επίσης και τους γιατρούς που μετά τη διάγνωση της ασθένειας δεν επιλέγουν τη φαρμακευτική θεραπεία.

Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι υπάρχει ελάττωση του αριθμού των ασθενών στους οποίους μπορούν να χορηγηθούν οι φαρμακευτικές ουσίες και επομένως ελάττωση του κόστους της ασθένειας, αν και τελικά το ισοζύγιο της λήψης φαρμάκων εξαρτάται από τους νέους ασθενείς που θα ξεκινήσουν θεραπεία (Τσολάκη, 2005).

4.2.2. ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER ΣΕ ΔΙΑΦΕΡΕΣ ΧΩΡΕΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η άνοια συνδέεται με σημαντικό οικονομικό και κοινωνικό κόστος. Διάφορες έρευνες καταδεικνύουν ότι η οικονομική επιβάρυνση που υφίστανται από τη νόσο οι οικογένειες και η κοινωνία συνολικά είναι τεράστια.

Επιπλέον, η φροντίδα των ασθενών με άνοια είναι ένα δύσκολο καθήκον, που επιβαρύνει τον περιθάλλοντα συναισθηματικά, σωματικά και οικονομικά. Η γήρανση του πληθυσμού θα αυξήσει το κόστος, καθώς ο αναμενόμενος

επιπολασμός της νόσου θα αυξηθεί σημαντικά (Progress Report on Alzheimer's Disease 2000).

- Ηνωμένες Πολιτείες

Στις Ηνωμένες Πολιτείες το ετήσιο κόστος φροντίδας των ασθενών με άνοια κυμαίνεται από 18,408 δολάρια για έναν ασθενή με ήπια μορφή σε 36,132 δολάρια για έναν ασθενή με σοβαρή μορφή άνοιας. Κατά συνέπεια, το ετήσιο κόστος φροντίδας ενός ασθενούς με άνοια μπορεί να είναι ίσο ή και μεγαλύτερο από το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Progress Report on Alzheimer's Disease 2000).

- Καναδάς

Στον Καναδά, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, το ετήσιο κόστος κυμαίνεται από 9,451 καναδέζικα δολάρια για έναν ασθενή με ήπια μορφή άνοιας σε 36,794 καναδέζικα δολάρια για έναν ασθενή με σοβαρή μορφή άνοιας (Τσολάκη, 2005).

- Αυστραλία

Η γεροντική άνοια είναι η νέα μάστιγα της εποχής μας, σύμφωνα με έρευνα των Αυστραλιανών αρχών. Η εταιρία Access Economics εκτιμά ότι ήδη η άνοια κοστίζει στην αυστραλιανή οικονομία 6,6 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως και προβλέπει πως σε 40 χρόνια το 3,3% του ακαθάριστου εθνικού προϊόντος θα δαπανάται για την θεραπεία του μισού εκατομμυρίου Αυστραλών πολιτών που θα πάσχουν από τη συγκεκριμένη πάθηση (www.typos.com).

- Ιταλία

Στις προηγμένες χώρες όπου η κοινωνική μέριμνα είναι υψηλή διατίθενται τεράστια ποσά, ενώ η ίδρυση εταιριών Alzheimer, με σκοπό την προβολή του προβλήματος λαμβάνει μεγάλη έκταση με αποτέλεσμα να ασκούνται σημαντικές πιέσεις για επιδοτήσεις στις κυβερνήσεις των χωρών αυτών. Στην Ιταλία είχε υπολογιστεί ότι ένας ασθενής με μέση διάρκεια ζωής κοστίζει 12,500,000 €. Το ολικό κόστος για ένα άτομο κατά έτος ανέρχονταν στα 144,000 € περίπου (www.isk.gr).

Από αυτές τις μεγάλες χώρες που αναφέρονται ενδεικτικά παραπάνω, γίνεται αντιληπτό το μεγάλο κόστος της νόσου γεγονός που καθιστά ακόμη πιο σημαντική τη σπουδαιότητα του προβλήματος.

- Ελλάδα

Ο υπολογισμός της οικονομικής επιβάρυνσης της παρεχόμενης φροντίδας σε ασθενείς που πάσχουν από άνοια απαιτεί δεδομένα για πρότυπα περίθαλψης, καθώς και λεπτομερή επιδημιολογικά στοιχεία, τα οποία δεν είναι διαθέσιμα στην Ελλάδα λόγω έλλειψης συστημάτων καταγραφής δεδομένων και τήρησης ιατρικών φακέλων (Ιωάννης Κυριόπουλος από Μάγδα Τσολάκη, 2005).

Ακολουθούν τα αποτελέσματα μελέτης με σκοπό την εκτίμηση του κόστους διαχείρισης της ΑΤΑ στην Ελλάδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι είναι η πρώτη μελέτη που επιχειρεί τον υπολογισμό των μηνιαίων δαπανών που σχετίζονται με την ΑΤΑ.

Αποτελέσματα έρευνας :

Η επαγγελματική ιατρική φροντίδα αυξάνεται όσο ο ασθενής μεταβαίνει από το στάδιο αυτονομίας στο στάδιο εξάρτησης στο σπίτι και μειώνεται ουσιαστικά όσο ο ασθενής κινείται προς κάποιο ίδρυμα.

Η ενασχόληση της οικογένειας αυξάνεται όσο ο ασθενής μεταβαίνει από το στάδιο αυτονομίας στο στάδιο εξάρτησης στο σπίτι, με 168 ώρες φροντίδας από κάποιο μέλος της οικογένειας (συνήθως από τον υιό ή την κόρη του ασθενούς) και 72 ώρες από κάποια οικιακή βοηθό, να αφιερώνονται στην άμεση φροντίδα του ασθενούς, ανά μήνα. Η φροντίδα σε ίδρυμα μειώνει την οικογενειακή δέσμευση, αλλά αυξάνει το συνολικό κόστος φροντίδας των ασθενών με ΑΤΑ. Το μηνιαίο κόστος για έναν ασθενή στο στάδιο αυτονομίας υπολογίσθηκε σε 341€ στο στάδιο εξάρτησης στο σπίτι σε 957€ και στο στάδιο εξάρτησης σε ίδρυμα σε 1.267€

Επιπρόσθετα, ένας ασθενής στο στάδιο εξάρτησης στο σπίτι έχει ένα επιπλέον εφάπαξ έξοδο 233€ για αγορές, όπως για παράδειγμα αναπηρική καρέκλα, ειδικό κρεβάτι και/ή στρώμα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα :

Πίνακας. Κόστος διαχείρισης της ΑΤΑ στην Ελλάδα ανά μήνα και ανά στάδιο (σε Ευρώ)

Κατηγορία	Μονάδα μέτρησης	Κόστος μονάδας	Στάδιο Αυτονομίας		Στάδιο Εξάρτησης			
			Μηνιαία χρήση	Μηνιαίο κόστος	Παραμονή στο σπίτι		Παραμονή σε ίδρυμα	
					Μηνιαία χρήση	Μηνιαίο κόστος	Μηνιαία χρήση	Μηνιαίο κόστος
1. Ιατρικές επισκέψεις								
Νευρολόγος (στο ιατρείο)	Επίσκεψη	60	0,1848	11,09	0,056	3,36	-	-
Νευρολόγος (στο σπίτι)	Επίσκεψη	100	0,0462	4,62	0,056	5,60	-	-
Νευρολόγος (επίσκεψη στο ίδρυμα)	Επίσκεψη	100	-	-	-	-	0,0042	0,42
Ψυχίατρος * (στο ιατρείο)	Επίσκεψη	60	0,0792	4,75	0,024	1,44	-	-
Ψυχίατρος * (στο σπίτι)	Επίσκεψη	100	0,0198	1,98	0,024	2,40	-	-
Ψυχίατρος * (επίσκεψη στο ίδρυμα)	Επίσκεψη	100	-	-	-	-	0,00075	0,08
Παθολόγος	Επίσκεψη	50	0,128	6,40	0,264	13,20	-	-
Καρδιολόγος	Επίσκεψη	50	0,02	1,00	0,02	1	-	-
Άλλες ειδικότητες γιατρών	Επίσκεψη	50	0,008	0,40	0,0165	0,83	-	-
2. Φροντίδα σε Ίδρυμα								
α. Ιδωτική Κλινική								
• Οίκος ευγηρίας	Ημέρα	30	-	-	-	-	28,5	855
• Κλινική	Ημέρα	44	-	-	-	-	1,5	66
β. Νοσοκομειακή περίθαλψη								
Ψυχιατρικό νοσοκομείο	Ημέρα	235	0,0125	2,94	0,0125	2,94	-	-
Γενικό νοσοκομείο	Ημέρα	235	0,16	37,60	0,48	112,80	0,48	112,80
Παθολογική κλινική	Ημέρα	235	0,16	37,60	0,48	112,80	0,48	112,80
3. Επισκέψεις σε άλλους επαγγελματίες υγείας								
Νοσηλεύτης	Ημέρα	66	-	-	Πολύ σπάνια	-	2,1	138,60
Φυσικοθεραπευτής	Ημέρα	15	0,015	0,23	0,16	2,40	0,16	2,40
Κοινωνικός λειτουργός	Ημέρα	10	0,0016	0,02	0,0008	0,01	-	-
Εργασιοθεραπευτής	Ημέρα	10	0,0004	0,00	Πολύ σπάνια	-	-	-
4. Κατ' οίκον περίθαλψη								
Οικιακή βοήθος	Ώρα	3	9	27	72	216	-	-
Φροντίδα από συγγενείς	Ώρα	3	81	243	168	504	-	-
5. Υπηρεσίες υποστήριξης								
Κρατικό πρόγραμμα για κατ' οίκον βοήθεια	Ώρα	Δωρεάν	-	-	0,4	-	-	-
Άλλες υπηρεσίες*	Ώρα	Το κόστος περιλαμβάνεται στις άλλες ιατρικές επισκέψεις	0,1	-	1	-	-	-

Τηλεφωνική υποστήριξη από γιατρό	Ώρα	Περιλαμβάνεται στην αμοιβή γιατρού	0,0085		0,0255	-	-	
6. Υγειονομικό υλικό								
<i>α. Αναλώσιμα</i>								
Πάνες	Πακέτο	15	-	-	4	60	4	60
Υλικό για κατακλίσεις	Πακέτο	6	-	-	4,5	27	4,5	27
Ουροκαθετήρας	Τεμάχιο	7	-	-	0,6	4,2	0,6	4,20
<i>β. Εφάπαξ έξοδα</i>								
Ειδικό κρεβάτι †	Τεμάχιο	440	-	-				
Αναπηρική καρέκλα †	Τεμάχιο	290	-	-	Αγορά μία φορά		-	-
Ειδικό στρώμα †	Τεμάχιο	290	-	-	Αγορά μία φορά		-	-
Συνολικό κόστος/ μήνα				341,02	Αγορά μία φορά	957,17 **		1.266,50

* Γενικά, περίπου το 40% των ασθενών που επισκέπτονται ψυχιάτρους, επισκέπτονται γηριάτρους-ψυχιάτρους

§ Ιδιωτικές κλινικές, χρησιμοποιούμενες κυρίως από γέρους παλιές που πάσχουν από νευροεκφυλιστικές παθήσεις που περιλαμβάνουν και την ΑΤΑ

+ Ειδική εκπαίδευση για ασθενείς και συγγενείς, προσφερόμενη από ψυχιατρικά νοσοκομεία και επιστημονικές ενώσεις για την ΑΤΑ

† Το Αγοράζει περίπου 20% των ασθενών στο στάδιο εξάρτησης στο σπίτι

‡ Το Αγοράζει περίπου 30% των ασθενών στο στάδιο εξάρτησης στο σπίτι

** Επιπρόσθετα, ο ασθενής που βρίσκεται στο στάδιο εξάρτησης στο σπίτι επιβαρύνεται εφάπαξ με το ποσό των 233 Ευρώ

4.3 ΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο νόμος ποικίλει από χώρα σε χώρα της Ευρώπης και μπορεί να αλλάξει γρήγορα, συχνά σε σχέση με τις ανάγκες και τις απαιτήσεις ενός ολοένα αυξανόμενου, μεγαλύτερου και καλύτερα οργανωμένου πληθυσμού. Συχνά το γράμμα του νόμου δεν τηρείται πλήρως. Αυτό μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας κάποιας έλλειψης πηγών ή έλλειψης γνώσεων ή ενημέρωσης των νομικών θεμάτων από τη μεριά του δημόσιου πλήθους.

Ο νόμος δίνει λύσεις για τα περισσότερα νομικά θέματα. Οι πολίτες που βρίσκονται σε ανάγκη μπορούν να ζητήσουν από τη Πολιτεία να τους παράσχει αυτή τη βοήθεια. Η άνοια παρουσιάζει μια αυξανόμενη κοινωνική σπουδαιότητα και το ενδιαφέρον το οποίο γεννάται σαν αποτέλεσμα της αυξανόμενης διάδοσης δημιουργεί νομικές απαιτήσεις προς την Πολιτεία. Συνεπώς, αναμένεται στο κοντινό μέλλον οι νόμοι σε όλη την Ευρώπη να αναθεωρηθούν, και πιο συγκεκριμένα τα προβλήματα που ανακύπτουν από αυτή την κατάσταση, και να δοθούν κατάλληλες λύσεις.

Η πρόοδος της άνοιας οδηγεί σε μια αργή αύξηση της ανικανότητας. Οι δραστηριότητες τελικά επηρεάζονται. Συνήθως περιγράφονται ως 'προχωρημένες', και οι οποίες μπορούμε να πούμε ότι είναι όλες εκείνες οι οποίες μας επιτρέπουν να διεξάγουμε τις κοινωνικές μας λειτουργίες και να παίρνουμε κατάλληλες αποφάσεις. Η εξασθένηση της μνήμης, συχνά ακολουθούμενη από μια μειωμένη προσαρμογή και έλλειψη αυτογνωσίας, συνοδεύεται σε μικρότερο ή σε μεγαλύτερο βαθμό από αλλαγές στην προσωπικότητα και στη συμπεριφορά όπου όλα οδηγούν σε μια ανικανότητα του να παίρνονται λογικές αποφάσεις. Η ανάπτυξη αυτής της κατάστασης μπορεί να δημιουργήσει καταστάσεις κινδύνου και ακόμα μεγαλύτερο

κίνδυνο για το άτομο στο κοινωνικό του περιβάλλον, στη δουλειά του και την οικογένεια του. Ο νόμος θα πρέπει να προστατεύει τους πολίτες από τέτοιους κινδύνους και σε αυτό το σημείο υπάρχουν διαφορετικοί τρόποι να αντιμετωπιστούν τέτοιες καταστάσεις.

Σχεδόν σε όλες τις χώρες οι ειδικοί νευρολόγοι παίζουν σημαντικό ρόλο στην εκτίμηση της νοητικής ικανότητας ή ανικανότητας καθώς μπορεί να είναι απαραίτητο να κάνουν μια τέτοια εκτίμηση πριν την θεραπεία, να παρέχουν ιατρικό πιστοποιητικό σε δικηγορικό αίτημα, να παραστούν ως μάρτυρες ή να βεβαιώσουν την υπογραφή ενός νομικού εγγράφου ή να γνωμοδοτήσουν για ορισμένη νομική ικανότητα σχετικά με κάποια δικαστική διαδικασία.

Αν και η εκτίμηση της ικανότητας ενός ατόμου δεν απαιτεί υψηλό βαθμό νομικής γνώσης, ο γιατρός θα πρέπει να κατανοεί τους σχετικούς νομικούς όρους με την ευρεία τους έννοια καθώς ο ρόλος του γιατρού συνίσταται στο να παρέχει πληροφορίες με βάση τις οποίες θα γίνει η τελική εκτίμηση της ικανότητας του ατόμου.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται μερικές πρακτικές συμβουλές για τα νομικά ζητήματα που προκύπτουν στους ασθενείς με άνοια και στις οικογένειες τους:

- Μόνο αυτοί που μπορούν να είναι 'επιδέξιοι' μπορούν να κάνουν εθελοντικές και πληροφοριακές επιλογές οι οποίες έχουν ηθική και νομική αξία. Όταν κάποιος αναπτύξει άνοια αυτόματα δεν φαίνεται και αδέξιος. Η ικανότητα των ατόμων να παίρνουν αποφάσεις θα πρέπει να καθορίζεται. Αν αυτοί είναι ανίκανοι να κάνουν τις δικές

τους επιλογές τότε η υποχρέωση του φροντιστή και του επαγγελματία θα πρέπει να είναι η προστασία.

- Η ικανότητα του ατόμου να κάνει επιλογές θα πρέπει να καθορίζεται όσο γίνεται πιο νωρίς στην πορεία της ασθένειας. Αν το άτομο βρίσκεται στα αρχικά στάδια της κατάστασης θα πρέπει να κάνει σχέδια για τη φροντίδα του για το μέλλον και να κάνει σοβαρά νομικά βήματα.
- Η αυτογνωσία του ατόμου για την κατάσταση του είναι ένας πολύ σοβαρός παράγοντας. Αν αυτός δεν έχει συνείδηση της άνοιας του ή δεν καταλαβαίνει την κατάσταση του τότε είναι ανίκανος να σχεδιάσει οτιδήποτε. Πάντως, εκτός και αν υπάρχει μια πλήρη ανικανότητα να πάρει αποφάσεις, το άτομο με άνοια μπορεί και θα πρέπει να συμμετέχει σε αυτή τη διαδικασία στο μεγαλύτερο δυνατό.
- Είναι πολύ σημαντικό να βρεθεί ένας δικηγόρος στην περιοχή ο οποίος εξειδικεύεται σε νομικά θέματα και άνοια και μπορεί να δώσει πληροφορίες και βοήθεια.
- Μπορεί να υπάρχουν ηθικά προβλήματα σχεδιασμού του μέλλοντος ενός ατόμου με άνοια. Κάποιες από τις ενέργειες οι οποίες θα γίνουν για να προστατευτεί το άτομο με άνοια, ή σύζυγος ή άλλα μέλη της οικογένειας, μπορεί να δημιουργήσουν νομικές και ηθικές συγκρούσεις. Αυτές οι πιθανές συγκρούσεις μπορεί να αυξηθούν καθώς η ανικανότητα του ατόμου αυξάνεται.

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

- Ποιες είναι οι επιθυμίες του ατόμου για τη φροντίδα του στο μέλλον;
- Ποιος θα επιλεγεί ως αντιπρόσωπος για να παίρνει αποφάσεις όταν πλέον η επικοινωνία δεν είναι δυνατή;
- Είναι τα ενδιαφέροντα, οι ανάγκες και τα βάρη των άλλων μελών της οικογένειας τόσο μεγάλα ώστε να μη μπορούν να κάνουν αυτό που είναι σωστό για τα άτομα με άνοια;
- Οι απαντήσεις σε αυτές τις ερωτήσεις δεν είναι πάντοτε ξεκάθαρες. Κάθε φροντιστής γνωρίζει ότι τέτοιες συγκρούσεις υπάρχουν επειδή τα άτομα με άνοια και οι οικογένειες τους έχουν διαφορετικές ανάγκες, κάποιες από τις οποίες μπορεί να είναι νομικές και πρέπει να βρεθεί ένας τρόπος για να φτάσουν σε μια δίκαιη και λογική λύση για κάθε περίπτωση.
- Σύμβουλοι σε τοπικούς κλάδους της Κοινωνίας της Ασθένειας Alzheimer, κοινωνικοί λειτουργοί και δικηγόροι είναι εκπαιδευμένοι να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τέτοια θέματα. Είναι πολύ σημαντικό ότι οι φροντιστές και οι συγγενείς τους ψάχνουν νομική λύση με την πρώτη δυνατή ευκαιρία για να αποφευχθούν νομικά ή οικονομικά προβλήματα σε σχέση με το μέλλον.

Ετοιμάζοντας μια διαθήκη:

Είναι σημαντικό για όλους εμάς να σχεδιάζουμε για το μέλλον. Πάντως, όταν είμαστε υγιείς και απολαμβάνουμε μια ανεξάρτητη ζωή δεν φανταζόμαστε πως αυτή η κατάσταση θα αλλάξει ποτέ. Πάντως, πολλοί από εμάς πεθαίνουμε χωρίς να έχουμε κάνει μια διαθήκη. Έχει υπολογιστεί ότι περίπου τα 2/3 του πληθυσμού πεθαίνουν χωρίς να αφήσουν μια διαθήκη δημιουργώντας καθυστερήσεις και μη αναγκαία προβλήματα και ανησυχίες για αυτούς που έχουν να επιλύσουν διάφορα οικονομικά ζητήματα. Είναι πολύ σημαντικό για τους φροντιστές και για τους συγγενείς τους να έχουν ετοιμάσει μια διαθήκη.

- Οποιοσδήποτε πάνω από την ηλικία των 18 ετών μπορεί να κάνει μια διαθήκη. Τα έντυπα είναι διαθέσιμα από τους δικηγόρους και για οτιδήποτε άλλο, εκτός από τις πιο απλές απαιτήσεις, μπορεί να ζητηθεί και επαγγελματική συμβουλή.
- Όλοι οι δικηγόροι και οι περισσότερες από τις τράπεζες διαθέτουν κάποια υπηρεσία διαθηκών. Υπάρχει κάποια δαπάνη γι' αυτό, επομένως ζητήστε κάποια πληροφόρηση πριν. Αξίζει να πληρώσετε κάποια επιπλέον έξοδα για να αποφύγετε λάθη που πιθανόν να γίνουν όταν φτιάξετε μια διαθήκη στο σπίτι.
- Αν ένα άτομο πεθάνει χωρίς διαθήκη όλα του τα αποκτήματα και ότι του ανήκει μοιράζονται σύμφωνα με το Νόμο. Αυτό βέβαια μπορεί να μην είναι το αποτέλεσμα το οποίο το συγκεκριμένο άτομο θα ήθελε.
- Ακόμα και αν δεν είστε πλούσιος αξίζει να υπάρχει μια καλογραμμένη διαθήκη για να εξασφαλίσει ότι τα αποκτήματα σας θα δοθούν στα άτομα που εσείς ξέρετε ότι θα τα εκτιμήσουν ή θα έχουν κάποια χρήση για αυτούς.

- Μια διαθήκη πρέπει να υπογράφετε και να έχει ημερομηνία από δύο μάρτυρες οι οποίοι δε θα έχουν κέρδος από αυτή τη διαθήκη. Δεν είναι ανάγκη να γνωρίζουν τις πληροφορίες που περιέχονται στο έγγραφο αλλά θα πρέπει να είναι μάρτυρες της υπογραφής σας.
- Όπως οι μάρτυρες επίσης μπορεί να παρευρίσκεται και ένας εκτελεστής. Οι περισσότεροι άνθρωποι διαλέγουν δύο. Αυτά τα άτομα έχουν οριστεί να φέρουν εις πέρας τις επιθυμίες οι οποίες περιέχονται μέσα στη διαθήκη. Ο εκτελεστής μπορεί να είναι ένας δικηγόρος, αν και θα υπάρχει πιθανόν κάποια οικονομική επιβάρυνση για αυτή την υπηρεσία.
- Μια καινούρια διαθήκη μπορεί να δημιουργηθεί οποιαδήποτε στιγμή, όπως μπορεί να αλλαχθεί και μια ήδη υπάρχουσα διαθήκη. Πάντως αν το άτομο επιθυμεί να αλλάξει τη διαθήκη του ή να κάνει μια διαθήκη θα πρέπει να δει ένα δικηγόρο και θα πρέπει να είναι ικανός πνευματικά για να καταλάβει το έγγραφο.
- Κανένας δεν έχει το δικαίωμα να κάνει διαθήκη για άλλο άτομο. Αυτό συμπεριλαμβάνει τους συγγενείς, το δικηγόρο ή κάποιο νομικό φύλακα.
- Αν το άτομο δεν έχει διαθήκη και είναι ανίκανο να φτιάξει μία, τότε η κληρονομιά του θα περάσει στους κοντινότερους συγγενείς του σύμφωνα με καθορισμένους νομικούς κανόνες, οι οποίοι ποικίλουν από χώρα σε χώρα (www.uni-koeln.de).

4.4 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο Κολούμπια στις ΗΠΑ, ανακάλυψε ότι άτομα τρίτης ηλικίας που εξακολουθούσαν να έχουν κοινωνική ζωή και διατηρούσαν τις πνευματικές και τις σωματικές τους δραστηριότητες και ενδιαφέροντα είχαν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άνοια. Ένας ηλικιωμένος ο οποίος περιθωριοποιείται από την κοινωνία, ζει αποκλεισμένος και αποκομμένος από το κοινωνικό του περιβάλλον είναι πιθανότερο να μην καταφέρει να διατηρήσει τη σπιρτάδα της σκέψης (www.disabled.gr).

Οι ηλικιωμένοι που αναφέρουν ότι αισθάνονται μοναξιά έχουν διπλάσιο κίνδυνο εκδήλωσης νόσου Alzheimer σύμφωνα με νέα αμερικανική μελέτη που δημοσιεύεται στο επιστημονικό έντυπο *Archiver of general psychiatry*. Η έννοια της ποιότητας ζωής στην άνοια αποτελεί σήμερα ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα της υγείας για τα άτομα της τρίτης ηλικίας, καθώς ο αριθμός των ασθενών με άνοια εμφανίζει μια αυξητική τάση σε συνάρτηση με την αύξηση του μέσου όρου επιβίωσης του πληθυσμού, κυρίως στις βιομηχανικές χώρες.

Παρόλο που η άνοια έχει τεράστια επίδραση όχι μόνο στην ποιότητα ζωής του ασθενή αλλά και στην ποιότητα ζωής όλων αυτών που είναι επιφορτισμένοι με τη φροντίδα του, πρόσφατα μόνο εκδηλώθηκε ενδιαφέρον από τους ερευνητές γι' αυτόν τον τόσο σημαντικό τομέα. Ο πιο γνωστός τύπος άνοιας είναι η νόσος του Alzheimer, η οποία οδηγεί σταδιακά σε εξασθένηση όλων των γνωστικών λειτουργιών του ασθενή, γεγονός που έχει βαρύνουσα σημασία για την ποιότητα ζωής του.

Αν και η ανακάλυψη φαρμάκων που βελτιώνουν ή αναστέλλουν για ορισμένο χρονικό διάστημα τη γνωστική επιδείνωση των ασθενών, μας δίνει ελπίδες για την οριστική ίσως αντιμετώπιση της νόσου, για να είναι δυνατή η πλήρης κατανόηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων πρέπει να εξετάζονται σε συνδυασμό με την επίδρασή τους σ' όλους τους τομείς της ζωής των ασθενών (Τσολάκη, 1998).

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής γίνεται με δείκτες, το γενικό για διάφορες αρρώστιες και σύνδρομα και τον ειδικό για μία αρρώστια ή ένα δεδομένο. Το ενδιαφέρον για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου με άνοια οφείλεται σε τρεις λόγους : α) στην ελπίδα ότι θα βρεθούν τρόποι ώστε το άτομο με άνοια να κατορθώσει να ζήσει καλύτερα με το πρόβλημά του και β) στην πίστη ότι θα ανακαλυφθούν πιο αποτελεσματικοί τρόποι επέμβασης για την παροχή καλύτερης αγωγής και φροντίδας και γ) για να έχει μεγαλύτερη αποδοτικότητα ή ανάληψη ευθυνών.

Υπάρχουν δύο ειδών προσεγγίσεις όσον αφορά την εκτίμηση της ποιότητας ζωής, η αντικειμενική και η υποκειμενική.

- Αντικειμενική προσέγγιση :

Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης υπάρχουν συγκεκριμένοι τύποι και κανόνες ως προς το είδος των παραγόντων που συνιστούν ή επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ατόμων, π.χ. βιολογική υγεία, γνωστική επάρκεια κ.λπ.

- Υποκειμενική προσέγγιση :

Εξετάζεται η προσωπική αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή σε σχέση με τους στόχους του, τις προσωπικές του αναφορές και την ικανοποίηση που του δίνουν.

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής σ' έναν ασθενή με άνοια είναι :

- α. να διατηρείται ένα συγκεκριμένο επίπεδο έκφρασης
- β. να υπάρχει δυνατότητα εξέτασης της μη λεκτικής επικοινωνίας.

Η μέτρηση είναι δυνατόν να γίνει με συζήτηση, όπου συμπληρώνεται ένα ερωτηματολόγιο ή μ' ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Επομένως αυτός που εκτιμάει την ποιότητα ζωής μπορεί να είναι ένας εξωτερικός παρατηρητής, ο συγγενής ή το ίδιο το υποκείμενο. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής είναι απαραίτητη σε περιγραφικές μελέτες, σε πληθυσμιακές μελέτες σε θεραπευτικές προσεγγίσεις και τέλος οικονομικές μελέτες (Τσολάκη, 1998).

Σύμφωνα με τον Lawton (1983), η ποιότητα ζωής χωρίζεται σε τέσσερις τομείς, εν μέρει αλληλοκαλυπτόμενους :

- α) συμπεριφορική επάρκεια
- β) αντικειμενικό περιβάλλον
- γ) προσωπική αντίληψη της ποιότητας ζωής
- δ) ψυχολογική ισορροπία

Ο τομέας που αναφέρεται από τον Lawton ως συμπεριφορική επάρκεια περιλαμβάνει μεταξύ άλλων δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, γνωστικές

διεργασίες, κοινωνικές συμπεριφορές. Η εκτίμηση τους γίνεται μέσω παρατήρησης, νευροψυχολογικών δοκιμασιών ή κλιμάκων μέτρησης της παθολογικής συμπεριφοράς.

Ο τομέας αντικειμενικό περιβάλλον αναφέρεται στο χώρο που ζει και κινείται ο ασθενής ή στο ποσό των διαθέσιμων αγαθών που έχει στην κατοχή του. Τα παραπάνω εκτιμώνται με φυσικά μέσα, π.χ. μέτρηση του ιδιωτικού χώρου που αντιστοιχεί στον ασθενή σε μία κλινική.

Η προσωπική αντίληψη της ποιότητας ζωής αφορά την εκτίμηση του ατόμου για τη θέση που έχουν στη ζωή του η οικογένεια του, το εισόδημά του, το σπίτι του, ο ελεύθερος χρόνος κ.α.

Τέλος, η ψυχολογική ισορροπία, η θέση δηλαδή του ατόμου στο περιβάλλον, είναι το μέγιστο κριτήριο της νοητικής υγείας.

Ο προσεχτικός παρατηρητής εύκολα θα διαπιστώσει ότι καθοριστικό ρόλο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής παίζουν όχι μόνο τα εξωτερικά κριτήρια αλλά και οι προσωπικές θεωρήσεις του ατόμου (Τσολάκη, 1998).

Έχουν πραγματοποιηθεί διάφορες μελέτες για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Στις πρώτες μελέτες η ποιότητα ζωής περιλάμβανε δύο διαφορετικές εκτιμήσεις : η πρώτη αφορούσε μία γενική εκτίμηση της ζωής του ατόμου, ως σύνολο ενώ η δεύτερη ήταν πιο εξειδικευμένη και αξιολογούσε συγκεκριμένους τομείς της ζωής του, όπως υγεία, προσωπική ζωή, επαγγελματική δραστηριότητα.

Μετέπειτα μελέτες υποστηρίζουν την πολυδιάστατη όψη της ποιότητας ζωής, προσθέτοντας την υγεία και τη λειτουργικότητα του ατόμου στις αντικειμενικές συνθήκες. Κάποιοι άλλοι ερευνητές εστίασαν το ενδιαφέρον τους στην αλληλεπίδραση συνοδού και ασθενή, η οποία θεωρήθηκε δείκτης αποφασιστικής σημασίας για την ποιότητα ζωής αμφοτέρων.

Σε έρευνα των Alter και Coeling βρέθηκε ότι οι περιοχές που επιδρούν στην ποιότητα ζωής των ιδρυματικών ασθενών είναι : α) ικανότητα επικοινωνίας με τους άλλους ασθενείς και το προσωπικό, β) ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και γ) ικανότητα να συνδράμει ο ασθενής τους άλλους ανθρώπους.

Τέλος, οι Kitwood και Bredin (1992) αναφέρουν 12 δείκτες καλής κατάστασης του ασθενή, οι οποίοι εκλαμβάνονται ως δείκτες της ποιότητας ζωής του. Αυτοί εκφράζουν 4 σφαιρικές αισθητικές καταστάσεις :

- α) αίσθηση προσωπικής αξίας
- β) αίσθηση ενέργειας
- γ) κοινωνική εμπιστοσύνη
- δ) ελπίδα

(Τσολάκη, 1998).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΟΙΑ

Η άνοια είναι αντικείμενο αρκετών ειδικοτήτων : νευρολόγοι, ψυχίατροι, γενικοί γιατροί και παθολόγοι ασχολούνται με τη νόσο στις διαφορετικές τις φάσεις. Οι πρώτοι και οι δεύτεροι κυρίως σε διαγνωστικό επίπεδο και επίπεδο χορήγησης θεραπείας για τη βασική νόσο, οι δεύτεροι σε επίπεδο αντιμετώπισης των ψυχιατρικών προβλημάτων της νόσου, ενώ οι γενικοί γιατροί και οι παθολόγοι είναι οι γιατροί που παρακολουθούν συστηματικά τον ασθενή.

Σήμερα, στη χώρα μας ασχολούνται ενεργά με το αντικείμενο :

- νευρολόγοι και οι νευρολογικές κλινικές
- Οι ψυχίατροι που εργάζονται στις ψυχογηριατρικές κλινικές, οι οποίοι είναι πιθανότατα οι πλέον κατάλληλοι για τη διάγνωση της νόσου, βοηθούμενοι από νευροψυχολόγους ή ψυχολόγους.
- Οι ψυχίατροι που, έστω και αν δεν απασχολούνται σε ειδικές μονάδες είναι, μαζί με τους έχοντες ψυχογηριατρική εμπειρία, οι πλέον κατάλληλοι για την αντιμετώπιση των συνοδών συμπτωμάτων της άνοιας (ψυχωτικές εκδηλώσεις, κατάθλιψη).
- Οι παθολόγοι και οι γενικοί γιατροί, οι οποίοι επωμίζονται κατά κανόνα όλο το βάρος των παθολογικών προβλημάτων που επισυμβαίνουν κατά τη μακρά πορεία της νόσου και του συχνά παρατεταμένου τελευταίου σταδίου.
- Γιατροί διάφορων ειδικοτήτων (π.χ. ορθοπεδικοί).

Από τους επαγγελματίες υγείας, οι νοσηλευτές και οι επισκέπτες υγείας θα έχουν τον πρώτο ρόλο μετά από κάποιο στάδιο της νόσου (αντιμετώπιση κατακλίσεων), ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί θα σας κατευθύνουν στα αρχικά στάδια της νόσου, για να λύσετε τα νομικά και ασφαλιστικά (συντάξεις, μεταβιβάσεις κ.λ.π.) προβλήματα που ανακύπτουν. (Μούγιας Αθ., 2003)

Ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να αναλάβει τους ασθενείς ή τις οικογένειές που χρειάζονται κοινωνική υποστήριξη. Τέτοιες περιπτώσεις είναι άτομα μοναχικά, χωρίς συγγενείς, που χρειάζεται να εισαχθούν σε οίκους ευγηρίας ή ιδρύματα. Επίσης, μπορεί να βοηθήσει την οικογένεια που έχει ανάγκη, ώστε να λάβει το επίδομα που αφορά τη φροντίδα του ασθενούς με άνοια. (Στέλλα Αργυριάδου-Ευάγγελος Πετροβίτσος από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

Τέλος, εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, διαιτολόγοι και άλλοι επαγγελματίες υγείας θα χρειαστεί κάποιες φορές να βοηθήσουν το άτομο που φροντίζεται ή να σας μάθουν ορισμένα πράγματα (π.χ. πώς να σηκώνεται το άτομο με άνοια). (Μούγιας, 2003)

5.2 ΔΟΜΕΣ ΠΟΥ ΑΣΧΟΛΟΥΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΟ

ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΑΣ

Δεν υπάρχουν σήμερα στη χώρα μας ειδικά για τη νόσο Alzheimer. Όμως για τα αρχικά στάδια της νόσου υπάρχουν τα ΚΑΠΗ. Έτσι κι αλλιώς σήμερα τα ΚΑΠΗ φιλοξενούν καθημερινά πολλά άτομα με άνοια για τα οποία δεν έχει γίνει διάγνωση της νόσου. Υπάρχουν και τα Κέντρα Ημέρας για ψυχιατρικά περιστατικά που θα δεχόντουσαν το άτομο με άνοια στα αρχικά του στάδια. (Μούγιας, 1998)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΚΑΠΗ

Στη χώρα μας χωρίς άλλη ιατροκοινωνική υποδομή για ηλικιωμένους τα ΚΑΠΗ καλούνται ουσιαστικά να ξεπεράσουν το ρόλο τους και, με μέσα που δεν διαθέτουν σε επάρκεια, να καλύψουν τις ελλείψεις πολλών άλλων τομέων, από την προσπάθεια κοινωνικοποίησης των ηλικιωμένων, μέχρι την ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης νόσων των ηλικιωμένων, μέχρι την ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης νόσων των ηλικιωμένων, που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους, μια και είναι η μοναδική δομή που δέχεται συστηματικά ηλικιωμένους.

Με τα σημερινά δεδομένα λειτουργίας τους τα ΚΑΠΗ μπορούν να προσφέρουν στους ηλικιωμένους : ποικιλία δραστηριοτήτων, κοινωνικές συναναστροφές, επαφή με νοσηλευτή, επαφή με γιατρό, επαφή με κοινωνικό λειτουργό, φυσικοθεραπεία και άλλα. (Μούγιας, 1998).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ « ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ »

Ένας ιδιαίτερα σημαντικός θεσμός ο οποίος λειτουργεί στη χώρα μας είναι η « βοήθεια στο σπίτι ». Θα λύσει προβλήματα (από τη μοναξιά μέχρι κοινωνικές και νοσηλευτικές ανάγκες) και θα βοηθήσει τους φροντιστές να μην αισθάνονται αβοήθητοι όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες που τους φαίνονται αξεπέραστες και θα κατευθύνει σωστά σε ειδικούς επαγγελματίες αν χρειάζεται. Επίσης θα διευκολυνθεί ιδιαίτερα η διάγνωση, και δη η έγκαιρη λόγω της αυξημένης επαφής των επισκεπτών επαγγελματιών υγείας με ηλικιωμένα άτομα γενικά και όχι μόνο με άτομα που πάσχουν από άνοια (Μούγιας, 2003).

Οι επισκέπτες επαγγελματίες υγείας έχουν σε σχέση με τους σταθερούς φροντιστές ορισμένα σοβαρά πλεονεκτήματα :

- Δεν παίρνουν αποφάσεις για το άτομο με άνοια, αφαιρώντας τους έτσι εξουσία, επομένως δεν στρέφει εναντίον τους τις κατηγορίες για πολλά πράγματα και δεν δείχνει το ίδιο πείσμα ή άρνηση, αν κάτι τον συμβουλευσουν, π.χ. ότι πρέπει να πάει για μια εξέταση ή στο γιατρό.
- Δεν βλέπουν συνέχεια τον άρρωστο και μπορούν να αξιολογήσουν καλύτερα κάτι που χρειάζεται βοήθεια. Βλέπουν χωρίς ψυχολογική επιβάρυνση την περίπτωση και βρίσκουν λύσεις με πιο καθαρό μυαλό(Μούγιας, 1998).

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΣΕΩΝ

Εξίσου σημαντικός μπορεί να είναι και ο ρόλος των εθελοντών, για παράδειγμα του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού ή και της εκκλησίας, που επισκέπτονται σπίτια ηλικιωμένων. Ο ρόλος τους είναι πιο πρακτικός και μπορεί να είναι ιδιαίτερα χρήσιμος :

- Μπορεί να μαγειρέψουν, να καθίσουν να φάνε παρέα με τον ασθενή, να τον πάνε μία βόλτα ή να καθίσουν λίγο στο σαλόνι μαζί του.
- Μπορεί να ενημερωθούν και να δώσουν κάποιες λύσεις σε ορισμένα προβλήματα.
- Μπορεί να συνοδέψουν το άτομο με άνοια στα ψώνια ή στην τράπεζα.
- Μπορεί να αναλάβουν να πληρώσουν κάποιο λογαριασμό.
- Μπορεί να κάνουν συντροφιά στο άτομο με άνοια για λίγο και να ανακουφίσουν το φροντιστή.
- Έχουν τα ίδια πλεονεκτήματα με τα άτομα που εργάζονται στα προγράμματα « βοήθεια στο σπίτι », επειδή δεν είναι συνεχώς παρόντες και η σχέση δεν υφίσταται καθημερινή φθορά. (Μούγιας, 2003)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΕΙΩΝ ΑΛΛΗΛΟΒΟΗΘΕΙΑΣ

Τα σωματεία αλληλοβοήθειας των συγγενών ασθενών με νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας είναι νεοσύστατα στη χώρα μας. Πρακτικά, η προσπάθεια άρχισε από το 1997 στη Θεσσαλονίκη και αμέσως μετά στην Αθήνα. Σωματεία με ανάλογη δράση υπάρχουν και σε πολλές άλλες περιοχές της χώρας.

Γενικά, στις μικρότερες κοινωνίες υπάρχουν περισσότερες δυνατότητες κάλυψης αναγκών και συχνότερων συναντήσεων των ενδιαφερομένων και, κατά συνέπεια, μπορούν να δημιουργηθούν ευκολότερα ομάδες αλληλοβοήθειας για την εξυπηρέτηση συγκεκριμένων ομάδων πληθυσμού, σε συνεργασία, μάλιστα και με την τοπική αυτοδιοίκηση. Αλλά και στις μεγάλες πόλεις, μπορεί η δραστηριότητα να επιμερίζεται στις γειτονιές ή σε κάποια οικοδομικά τετράγωνα, ώστε να καθίσταται ευκολότερη η συνάντηση των ενδιαφερομένων και η ανάπτυξη υπηρεσιών αλληλοβοήθειας.

Υπηρεσίες που μπορούν να αναπτυχθούν :

- Ενημέρωση και σωστή κατεύθυνση για τα όποια προβλήματα υπάρχουν (κοινωνικά, νομικά κ.λπ.).
- Η δυνατότητα να βρίσκονται μεταξύ τους οι φροντιστές, να συζητάνε τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν και να ανταλλάσσουν εμπειρίες και λύσεις.
- Η δυνατότητα να βρίσκουν συνομιλητές, για να εκφράζουν τα συναισθήματα του, να βλέπουν πώς οι άλλοι χειρίζονται τον θυμό τους και τον εκνευρισμό τους για να χειρίζεται καλύτερα και τις δικές του δύσκολες στιγμές.
- Η δυνατότητα αλληλοκάλυψης σε φροντίδα, να βρίσκουν από κοινού ανακουφιστικές λύσεις (προσωρινή διαμονή, βοηθό φροντιστή), λύσεις για αναγκαίες δραστηριότητες (τράπεζα, ψώνια, καθαρισμό, μαγείρεμα, μετακινήσεις κ.λπ.).
- Η δυνατότητα να ενημερώνονται από επαγγελματίες υγείας.

(Μούγιας Αθ., 2003)

ΟΙ ΕΤΑΙΡΙΕΣ ALZHEIMER

Οι εταιρίες Alzheimer παρέχουν υπηρεσίες. Παρέχουν πληροφορίες και συμβουλές σχετικά με την άνοια και τις σχετιζόμενες με αυτήν υπηρεσίες. Πολλοί επίσης υποστηρίζουν τα άτομα με άνοια και τους περιθάλποντες μέσα από ομάδες υποστήριξης, γραμμές βοήθειας, εκπαίδευση και νομικές συμβουλές. Το είδος της βοήθειας που παρέχει η κάθε οργάνωση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη χρηματοδότησή της. Μερικές επανδρώνονται μόνο από εθελοντές, ενώ άλλες διαθέτουν έμμισθο προσωπικό. Ωστόσο, ακόμα και με περιορισμένη χρηματοδότηση και μικρό αριθμό εθελοντών, πολλές οργανώσεις καταφέρνουν να παρέχουν πολύτιμες υπηρεσίες. Μπορεί επίσης να είναι σε θέση να συστήσουν κάποιους συμβούλους. (Τσολάκη, 2006)

ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες ιδρυμάτων που φιλοξενούν άτομα με άνοια. Υπάρχουν δημόσια ιδρύματα, τα χρονίων παθήσεων. Είναι δωρεάν. Πληρώνει το ασφαλιστικό ταμείο. Είναι λίγα και συνήθως φιλοξενούν και άτομα με νοητική καθυστέρηση. Τα γηροκομεία δεν δέχονται άτομα με εγκατεστημένη άνοια, αλλά δεν διώχνουν τους ηλικιωμένους που φιλοξενούν, εφόσον προσβληθούν από άνοια. Φιλοξενούν, επομένως, ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με άνοια.

Υπάρχουν ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές που δέχονται άτομα με άνοια. Πάντα πληρώνει ένα ποσό το ταμείο και ένα ποσό η οικογένεια του ατόμου με άνοια. Το ποσό κυμαίνεται ευρύτατα. Υπάρχουν τρεις δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές στη χώρα μας, δύο στην Αθήνα, στο Δαφνί και στο Δρομοκαίτειο και μία

στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, οι οποίες, όμως, δεν φιλοξενούν επί μακρόν τα άτομα με άνοια, αλλά λύνουν τα επείγοντα προβλήματα που πιθανόν παρουσιάζονται.

Υπάρχουν οι οίκοι ευγηρίας, καθαρά ιδιωτικές δομές, για τις οποίες οι ασφαλιστικοί φορείς δεν πληρώνουν, που κοστίζουν από 470€ μέχρι 1500€ περίπου το μήνα. Και σε αυτήν την περίπτωση, θα πρέπει να επικοινωνήσει απευθείας ο συγγενής μαζί τους. (Μούγιας, 2003)

5.3 ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Πριν από μερικές δεκαετίες, η συμπερίληψη ενός κεφαλαίου Δεοντολογίας σε ένα ιατρικό σύγγραμμα θα ήταν εκτός πραγματικότητας, πολύ περισσότερο στην περίπτωση της άνοιας. Ο γιατρός θεωρούνταν ο απόλυτος κυρίαρχος στις οποιεσδήποτε αποφάσεις έπρεπε να ληφθούν, αυτός δηλαδή που ήξερε τα πάντα για την αντιμετώπιση μιας ασθένειας, ενώ ο ασθενής και η οικογένεια του ακολουθούσαν τις οδηγίες του σαν ευαγγέλιο, εκφράζοντας συγχρόνως την απεριόριστη ευγνωμοσύνη τους.

Τα πράγματα έχουν αλλάξει ριζικά σήμερα. Οι λόγοι είναι :

- Η έκταση που πήρε η επιστημονική ιατρική γνώση και η ευκολία με την οποία ο απλός πολίτης με τη χρήση του διαδικτύου μπορεί, μέσα σε λίγα λεπτά, να έχει πλήρη ενημέρωση για τις τελευταίες εξελίξεις στην αιτιολογία, τη διάγνωση και τη θεραπεία μιας νόσου.

- Η διαμόρφωση νέου σκηνικού στη σχέση γιατρού-ασθενούς. Αυτή, από πατερναλιστική άποψη έχει γίνει ισότιμη και στηρίζεται στη σωστή αλληλοενημέρωση και επικοινωνία.
- Ο ασθενής και η οικογένειά του μπορούν σήμερα να έχουν την τελευταία λέξη για τον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου, αφού βέβαια τύχουν της καλύτερης δυνατής πληροφόρησης από τον γιατρό τους.
- Τα θέματα Δεοντολογίας εμφανίζονται σε πρωτοσέλιδα άρθρα των εφημερίδων και απασχολούν συχνά τα τηλεοπτικά δελτία ειδήσεων.

Ειδικότερα, όσον αφορά την άνοια, τα πράγματα έχουν αλλάξει για τους ακόλουθους λόγους :

1. Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και της πληθυσμιακής ομάδας των ατόμων άνω των 65 αυξάνει συνεχώς τον αριθμό των περιστατικών με άνοια.
2. Οι ραγδαίες εξελίξεις στη γενετική, έχουν διανοίξει τον ορίζοντα στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία.
3. Η ερευνητική δραστηριότητα με τη χρησιμοποίηση ασθενών ευρίσκεται στο απόγειό της.
4. Διάφορες μέθοδοι ήρθαν στο προσκήνιο για την ενεργό επιτάχυνση της έλευσης του θανάτου σε άτομα με άνοια.
5. Τα τεράστια οικονομικά συμφέροντα που διακυβεύονται σε σχέση με την ανακάλυψη νέων θεραπευτικών μεθόδων.

Όλα τα παραπάνω έχουν φέρει στην επιφάνεια πολλά δεοντολογικά προβλήματα-διλλήματα στις σχέσεις ασθενούς-γιατρού-οικογένειας και άλλων περιθαλπόντων (Χριστόδουλος Μέσσης από Μάγδα Τσολάκη, 2005).

Δεοντολογικά προβλήματα

Το είδος των δεοντολογικών προβλημάτων που παρουσιάζονται κατά τη φροντίδα των ασθενών με άνοια εξαρτώνται από το στάδιο της νόσου. Αυτά είναι :

1. Ενημέρωση για τη διάγνωση.
2. Σεβασμός προς τις επιλογές του ασθενούς.
3. Φροντίδα κατά τον επικείμενο θάνατο.
4. Ικανότητα για οδήγηση.
5. Μέθοδοι περιορισμού του ασθενούς.
6. Συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα.
7. Γενετικά τεστ.
8. Ποιότητα ζωής.
9. Σεξουαλική δραστηριότητα.
10. Μονήρης διαμονή.

(Χριστόδουλος Μέσσης από Μάγδα Τσολάκη, 2005)

Ιατρική δεοντολογία :

Υπάρχουν πολλοί ορισμοί και φιλοσοφικές θεωρίες που προσπαθούν να την καθορίσουν. Φαίνεται, όμως, ότι σε τελική ανάλυση η Ιπποκράτειος ρήση παραμένει ο ακρογωνιαίος λίθος στην πρακτική εφαρμογή της. Δηλαδή, η θεραπεία και εκεί που δεν είναι εφικτή η ανακούφιση του ασθενούς καθώς και η αποφυγή βλάβης. Σε αυτά προστέθηκε και η αυτονομία του ασθενούς σαν μία οντότητα που θα πρέπει να έχει λόγο για όλα τα θέματα που σχετίζονται με την

υγεία του. Τέλος, η έννοια του δικαίου, όπως αντικατοπτρίζεται στις αποφάσεις των δικαστηρίων, θα πρέπει να προστεθεί. Σήμερα όλο και περισσότερα δεοντολογικά ζητήματα ενσωματώνονται στη νομοθεσία των διαφόρων χωρών, όπως είναι αυτά που αφορούν την επιτάχυνση του θανάτου, τον διορισμό προσωπικών αντιπροσώπων και την εν ζωή διαθήκη. Άλλα παραμένουν ακόμη χωρίς νομοθετικό υπόβαθρο

(Χριστόδουλος Μέσσης από Μάγδα Τσολάκη, 2005).

5.4 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Αν ληφθεί υπόψη ότι μαζί με τον ασθενή πάσχει ολόκληρη η οικογένεια και ότι σε ποσοστό έως και 75% οι ασθενείς με νόσο Alzheimer φροντίζονται στο σπίτι, η κατανόηση των συνεπειών της παροχής φροντίδας είναι σημαντική προκειμένου να διατηρηθεί η σωματική και ψυχική υγεία του φροντιστή. Όμως πώς ορίζεται ο φροντιστής; Ο υπεύθυνος φροντιστής (primary caregiver) θεωρείται εκείνο το πρόσωπο που είναι περισσότερο υπεύθυνο για την καθημερινή λήψη αποφάσεων και παροχή φροντίδας στον ασθενή με άνοια. Ο ανεπίσημος φροντιστής (informal caregiver) είναι εκείνος ο οποίος παρέχει την φροντίδα του στον ασθενή με άνοια χωρίς αμοιβή (unpaid caregiver) (Gallicchio et al, 2002). Οι ανεπίσημοι φροντιστές είναι συνήθως συγγενείς ή φίλοι, οι οποίοι παρέχουν τη βοήθειά τους σε πρόσωπα που δυσκολεύονται να εκτελέσουν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής τους, δηλαδή έχουν προβληματική λειτουργικότητα, εξαιτίας σωματικών, γνωστικών ή συναισθηματικών διαταραχών. Δίχως τη βοήθεια αυτή, οι αποδέκτες της φροντίδας, όπως οι ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer, δεν θα μπορούσαν να επιβιώσουν. Αν και η παροχή φροντίδας (caregiving) εξαρτάται από

τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ατόμου, συνήθως περιλαμβάνει βοήθεια στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής του περιθαλπόμενου, ο οποίος πάσχει από χρόνια νόσο (Vitaliano et al, 2003 και Parks and Novielli, 2003).

Αναμφισβήτητα , κάθε άτομο με άνοια χρειάζεται κάποιον να το φροντίζει. Σπάνια ένα μόνον άτομο έχει όλη την ευθύνη της φροντίδας. Συχνά , το άτομο που φέρει την κύρια ευθύνη , λαμβάνει βοήθεια και από άλλους. Πάντως , στο ένα τρίτο των περιπτώσεων , ο φροντιστής είναι ένα άτομο. Στις περιπτώσεις αυτές που ο φροντιστής λαμβάνει βοήθεια από κάποιο άλλο άτομο , το άτομο αυτό στη χώρα μας είναι σπάνια κάποιος επαγγελματίας υγείας. Ο κυρίως απασχολούμενος ονομάζεται κύριος φροντιστής (Αθανάσιος Μούγιας, 2003).

Χρέη κύριου φροντιστή αναλαμβάνει συνήθως ο/η σύζυγος. Σε περιπτώσεις χηρείας , κάποιο από τα παιδιά αναλαμβάνει αυτόν τον ρόλο, με κριτήρια κοινής κοινωνικής λογικής (φύλο / πρωτοτοκία / συγκατοίκηση). Συχνότερα πάντως ως κύριοι φροντιστές σε αυτές τις περιπτώσεις καταλήγουν οι κόρες ή οι νύφες. Στην Ελλάδα το 89% των ασθενών με νόσο Alzheimer δέχεται τη φροντίδα στο σπίτι και το 77% των φροντιστών είναι γυναίκες(www.disabled.gr).

Ο μέσος χρόνος που αφιερώνουν οι φροντιστές στη φροντίδα είναι 70 ώρες την εβδομάδα , που φτάνουν τις 100 ώρες για τους μη εργαζόμενους και , είτε εργάζονται είτε όχι , για το 75% από αυτούς αποτελεί το κύριο έργο , που κατά κανόνα διαρκεί περισσότερο από δύο χρόνια.

Η φροντίδα έχει θεωρηθεί θεμελιώδης για την ανθρώπινη επιβίωση και είναι εξαιρετικά σημαντική για την ανθρώπινη ύπαρξη. Είναι η έκφραση του σεβασμού και της ανταπόκρισης για τις ανθρώπινες αξίες , υποκινεί τα άτομα και δίνει ουσία

και νόημα στη ζωή τους. Λέγεται μάλιστα, ότι με τη φροντίδα ενός άλλου ατόμου και υπηρετώντας το μέσω της φροντίδας, ο άνθρωπος ζει το αληθινό νόημα της δικής του ζωής. Εξάλλου η φροντίδα μπορεί να βοηθήσει τόσο το άτομο που τη λαμβάνει, όσο και αυτόν που την προσφέρει, να φτάσουν σε ένα επίπεδο αυτοπραγμάτωσης.

Όμως κάτω από ορισμένες συνθήκες, η φροντίδα μεταμορφώνεται από τη συνηθισμένη ανταλλαγή βοήθειας ανάμεσα σε ανθρώπους που βρίσκονται σε μία στενή σχέση μεταξύ τους, σε ένα εξαιρετικά μεγάλο και άνισα κατανεμημένο βάρος. Μια τέτοια συνθήκη είναι και η άνοια , κατά την οποία η αναπηρία οδηγεί σε αυξημένη εξάρτηση από άλλα άτομα για την ικανοποίηση βασικών αναγκών, καθώς και σε σημαντικό επαναπροσδιορισμό των ήδη παγιωμένων σχέσεων. Έτσι η φροντίδα η οποία ενδέχεται προηγουμένως να αποτελούσε ένα φευγαλέο στοιχείο μιας οποιασδήποτε σχέσης , μπορεί να μετατραπεί σε κυρίαρχο και ανατρεπτικό στοιχείο. Κάτω από συνθήκες χρόνιας και προοδευτικής αναπηρίας, οι οποίες προδιαγράφουν μία πορεία χωρίς προσδοκία και ελπίδα αποκατάστασης, η φροντίδα μετατρέπεται σε δυσβάσταχτο βάρος και μπορεί να επεκταθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε να καταλαμβάνει την ολότητα της σχέσης.

Όσο οι δυνατότητες των μελών της σχέσης γίνονται ολοένα και πιο άνισες , η αμοιβαιότητα και το «πάρε-δώσε» , που ενισχύουν τις ανθρώπινες σχέσεις και τις συντηρούν , παύουν να υφίστανται. Αυτό ακριβώς συμβαίνει στις περιπτώσεις ασθενών με αναπηρίες που περιλαμβάνουν νοητική έκπτωση , όπως η άνοια. Η βοήθεια , η τρυφερότητα και οι εκδηλώσεις αγάπης γίνονται προς μία κατεύθυνση και σταδιακά κατευθύνονται μόνο από τον φροντιστή προς τον ασθενή , μετατρέποντας με αυτό τον τρόπο μία σχέση αγάπης σε μία πηγή έντονου στρες.

Η επιβάρυνση συχνά χαρακτηρίζεται από τις συνεχείς δυσκολίες, τις εντάσεις, τις αντιδράσεις της φροντίδας ή από τα φυσικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, τα οποία βιώνουν τα μέλη των οικογενειών που παρέχουν φροντίδα στο σπίτι. Επιπρόσθετα υποστηρίζεται ότι το μέγεθος της επιβάρυνσης καθορίζεται από την ευθύνη του φροντιστή, όπως ο ίδιος την αισθάνεται, από τις σχέσεις του με τον λήπτη της φροντίδας και από την ηθική ανάπτυξη του φροντιστή, η οποία –με τη σειρά της- επιδρά στην ερμηνεία της επιβάρυνσης (Ευρυδίκη Παπασταύρου, 2006).

Η υπερένταση του προσώπου που κρατά το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας, είναι τεράστια λόγω του συναισθηματικού κόστους της φροντίδας, των προσωπικών θυσιών και της ανησυχίας του για το αβέβαιο μέλλον και των δύο. Χιλιάδες ερωτήματα τον βασανίζουν και αν δεν προσπαθήσει να δώσει μόνος του ή με βοήθεια λογικές απαντήσεις σίγουρα θα οδηγηθεί σε πολύ άσχημα μονοπάτια. Όταν συμφιλιωθεί με τον εαυτό του, συμβιβασθεί με τη σκληρή πραγματικότητα της αρρώστιας χωρίς γυρισμό και κατανοήσει τα συναισθήματα και τα όρια της αντοχής του, μόνο τότε θα μπορέσει να αντιμετωπίσει με επιτυχία το δύσκολο ρόλο του φροντιστή ενός διανοητικά ανάπηρου ατόμου, που δεν μπορεί να συμμετάσχει και να τον βοηθήσει στον αγώνα του (Μούγιας, 1997).

Το υπερβολικό στρες μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον ίδιο το φροντιστή, αλλά και στον ασθενή τον οποίο φροντίζει. Οι πιο συνηθισμένες ενδείξεις μεγάλης συναισθηματικής φόρτισης (στρες) που βιώνουν οι φροντιστές και που μπορεί να προκαλέσουν σοβαρά προβλήματα υγείας, είναι οι ακόλουθες :

- ΑΡΝΗΣΗ της ασθένειας από μέρους τους.

- ΘΥΜΟ με τον ασθενή ή με τους άλλους. Προκαλείται θυμός, επειδή είναι λίγες οι θεραπείες που υπάρχουν, επειδή καμιά από αυτές δεν μπορεί να θεραπεύσει τη νόσο και επειδή ο κόσμος που τους περιβάλλει δεν καταλαβαίνει τι ακριβώς συμβαίνει με αυτή την ασθένεια.
- ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ από φίλους, πολλές φορές και από συγγενείς, καθώς επίσης απουσία συμμετοχής σε δραστηριότητες αναψυχής, σε διασκέδαση με φίλους, σε προσκλήσεις.
- ΑΝΗΣΥΧΙΑ για το τι θα αντιμετωπίσουν την επόμενη ημέρα και για το τι επιφυλάσσει το μέλλον για αυτούς και τον ασθενή τους.
- ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ διότι αρχίζει να τσακίζεται το ηθικό τους, διότι δεν μπορούν να βλέπουν τον άνθρωπό τους να καταρρέει και να τον αισθάνονται να απομακρύνεται καθημερινά, ενώ αντίθετα οι ίδιοι βρίσκονται κοντά του πολύ περισσότερο από όσο αν ήταν υγιής.
- ΕΞΑΝΤΛΗΣΗ η οπού μετατρέπει τις καθημερινές δουλειές σε ανυπόφορο φορτίο, πολλές φορές οι δουλειές μοιάζουν σαν να μην έχουν τέλος.
- ΑΪΠΝΙΕΣ οι οποίες δημιουργούνται είτε επειδή ο άνθρωπος τους δεν ησυχάζει τη νύχτα και δεν μπορεί να κοιμηθεί είτε από ατελείωτες έννοιες και ανησυχίες.
- ΝΕΥΡΑ που οδηγούν σε κυκλοθυμική συμπεριφορά, η οποία πυροδοτεί αρνητικές αντιδράσεις.

- ΕΛΛΕΙΨΗ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗΣ με αποτέλεσμα να εκτελούνται με δυσκολία απλά καθημερινά καθήκοντα.
- ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ αρχίζουν να εμφανίζονται σιγά-σιγά ψυχικά και σωματικά (πονάω παντού, δεν μπορώ να αναπνεύσω, νιώθω βάρος, δεν κατεβαίνει μπουκιά)
(Παπασταύρου, 2006).

Οι απαιτήσεις φροντίδας των ανοικτών ασθενών επιδρούν στην υγεία των φροντιστών, επηρεάζουν τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές κι επαγγελματικές δραστηριότητες, περιορίζουν τον ελεύθερο χρόνο τους, κλονίζουν την κοινωνική τους θέση και απειλούν την οικονομική τους ασφάλεια. Αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν σε μεγάλη συχνότητα οι φροντιστές είναι η απογοήτευση, ο θυμός, το άγχος, η κατάθλιψη, οι ενοχές, η ματαίωση. Η αδυναμία ανταπόδοσης της τρυφερότητας, της στοργής και της φροντίδας είναι καταστάσεις που επιβαρύνουν τους φροντιστές. Ένας φροντιστής, ο οποίος βιώνει αρνητικά συναισθήματα για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να φτάσει σε σημείο να μην παρέχει καλή φροντίδα στον ασθενή , αλλά και να παραμελεί σημαντικά τον ίδιο του τον εαυτό.

Είναι πολύ δύσκολο για φροντιστές με επιβαρυσμένη ψυχική αλλά και σωματική υγεία να διατηρήσουν μια κοινωνική ζωή έξω από τις ανάγκες φροντίδας. Αισθάνονται σωματικά και συναισθηματικά εξουθενωμένοι για να μπορέσουν να συναντήσουν φίλους ή γνωστούς και να συνεχίσουν τις δραστηριότητες που έκαναν πριν. Συχνά απομακρύνονται από τους φίλους , γιατί αισθάνονται ότι δεν υπάρχει κανείς που να μπορεί να καταλάβει την κατάστασή τους ή να θέλει να φορτιστεί με δυσάρεστες συζητήσεις.

Ο συναισθηματικά εξουθενωμένος φροντιστής, παρ' όλες τις καλές του προθέσεις, δεν παρέχει καλή φροντίδα. Ο ασθενής με άνοια, ακόμη κι όταν έχει προβλήματα στην κατανόηση του λόγου και αδυνατεί να εκφράσει τις ανάγκες του, καταλαβαίνει μια συναισθηματικά φορτισμένη ατμόσφαιρα και αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στη διάθεση του και στη συμπεριφορά του. (www.disabled.gr)

Επιπρόσθετα μπορούμε να πούμε ότι η δουλειά του φροντιστή κοστίζει:

- Σε χρήμα, άμεσα για την φροντίδα και έμμεσα, από απώλεια ωρών εργασίας.
- Σε αδυναμία εκπλήρωσης επαγγελματικών υποχρεώσεων όπως πριν.
- Σε αδυναμία εκπλήρωσης οικογενειακών υποχρεώσεων όπως πριν.
- Σε επιδείνωση σχέσεων με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειάς του.
- Σε ψυχολογικές διαταραχές : 30% από τους φροντιστές παρουσιάζουν κατάθλιψη, ενώ 75% παρουσίασαν κάποια περίοδο καταθλιπτικά συμπτώματα. Το 50% παρουσιάζει αϋπνία και αγχώδεις διαταραχές.
- Σε επιδείνωση της σωματικής τους υγείας (οσφυαλγία, ραχιαλγία) (Μούγιας, 2003).

Τα συμπτώματα της άνοιας που περισσότερο ενοχλούν συγγενείς και φροντιστές είναι :

- Επιθετικότητα (94% , παρούσα στο 47% των περιπτώσεων)
- Διαταραχές μνήμης (92%)
- Ψυχωτικές αντιδράσεις (89%)

- Ακράτεια (86% , παρούσα στο 40% των περιπτώσεων)
- Ψευδαισθήσεις (83% , παρούσες στο 47% των περιπτώσεων)
- Ψευδείς κατηγορίες (82% , παρούσες στο 60% των περιπτώσεων)
- Υποψίες (79%)
- Προβλήματα καθαριότητας (74%)
- Απουσία επαφής (74%)
- Απαιτητική συμπεριφορά (73%)
- Απουσία επαφής (68%)

Είναι αυτά τα συμπτώματα, εκ των οποίων τα πολλά μπορεί να είναι ελεγχόμενα, εν ανάγκη με φάρμακα, που οδηγούν το φροντιστή στην απόφαση για εγκλεισμό σε ίδρυμα. Είναι χρήσιμο επομένως, να τα ξέρει ο επαγγελματίας υγείας προκειμένου να εστιάζει την προσοχή του σε αυτά και στη βοήθεια που μπορεί να παράσχει στο φροντιστή(Μούγιας, 1998). Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ποσό σημαντικό είναι οι φροντιστές ενός ατόμου με άνοια να εκπαιδεύονται κατάλληλα.

Η ενημέρωση των φροντιστών ασθενών με άνοια για τη νόσο είναι επιτακτική γιατί έχει βρεθεί ότι μπορεί να μειώσει την επιβάρυνση που νιώθουν λόγω της παρεχόμενης φροντίδας (Parks and Novielli, 2000). Είναι σημαντική η διερεύνηση και καταγραφή των αναγκών ενημέρωσης και εκπαίδευσης των ατόμων φροντίδας ασθενών με άνοια, προκειμένου να μπορέσουν να ανταποκριθούν επαρκώς στο δύσκολο και απαιτητικό ρόλο τους, με σκοπό την πρόληψη ή ελαχιστοποίηση της επιβάρυνσης της σωματοψυχικής υγείας τους και της υποβίβασης της ποιότητας ζωής τους (Pfiger, 2000).

Διεθνώς η κύρια προτεραιότητα για δράση είναι η ενημέρωση για τη νόσο Alzheimer στο γενικό πληθυσμό, τους πολίτες, τους επαγγελματίες υγείας και τους

σχεδιαστές κοινωνικής πολιτικής. Η ενημέρωση είναι πρωταρχικός στόχος της Διεθνούς Ένωσης για τη Νόσο Alzheimer και όλες τις αντίστοιχες Εθνικές Ενώσεις που υποστηρίζει. Χρειάζεται να γίνει γνωστό ότι η απώλεια μνήμης δεν είναι ένα φυσιολογικό επακόλουθο της διαδικασίας της γήρανσης, αλλά ένα σύμπτωμα της νόσου. Δύο άλλες προτεραιότητες για δράση είναι η έγκαιρη διάγνωση της άνοιας και η εκπαίδευση των υγειονομικών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά και των φροντιστών. Χρειάζεται άμεση και πλήρης ενημέρωση για τη νόσο, στις οικογένειες με το πάσχον μέλος, μα και συνεχή υποστήριξη και συμβουλευτική σε μακρόχρονη βάση. Η υποστήριξη μπορεί να δοθεί από τις Εταιρείες Νόσου Alzheimer σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας στη Π.Φ.Υ. (Graham, 2001).

Στις Η.Π.Α., Πρακτικές Οδηγίες της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης δίνουν έμφαση στη σημασία διασφάλισης της εκπαίδευσης των περιθαλπόντων των ασθενών με άνοια. Από τη στιγμή που είναι δεδομένη η αύξηση του αριθμού των ατόμων με άνοια που ζουν στο σπίτι τους, παραμένοντας στην κοινότητα και φροντίζονται από τις οικογένειες τους γείτονες και φίλους τους, οι ανάγκες και οι επιθυμίες τους έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη χάραξη και εφαρμογή ολοκληρωμένης κοινωνικής πολιτικής για την έγκαιρη διάγνωση και κατάλληλη θεραπεία της άνοιας (Wald et al, 2003).

Αδιαμφισβήτητα, οι απαιτήσεις που εμπεριέχει η φροντίδα ενός ασθενή με τη νόσο Alzheimer, σίγουρα προκαλούν στρες. Υπάρχουν όμως, προγράμματα, υπηρεσίες και μέθοδοι φροντίδας που μπορεί να βοηθήσουν. Για να παρέχεται η καλύτερη φροντίδα από τους φροντιστές, διατηρώντας ταυτόχρονα και τη δική

τους σωματική και ψυχική υγεία, οι επαγγελματίες υγείας του κέντρου Alzheimer προτείνουν:

1) Διάγνωση της νόσου όσο πιο νωρίς γίνεται.

Τα συμπτώματα της νόσου Alzheimer παρουσιάζονται σταδιακά και όταν ένας άνθρωπος εξωτερικά φαίνεται υγιής, είναι εύκολο να αποδώσουμε την περίεργη συμπεριφορά του σε κάτι άλλο, άσχετο με τη νόσο. Είναι σημαντικό να απευθυνθούμε στο γιατρό, όταν υπάρχουν ενδείξεις Alzheimer. Δεν είναι ίδιες όλες οι μορφές άνοιας. Μερικές άνοιες θεραπεύονται. Όταν ο φροντιστής γνωρίζει τι ακριβώς θα αντιμετωπίσει, μπορεί να προγραμματίσει το παρόν και το μέλλον με λιγότερο στρες.

2) Μάθετε τις υπηρεσίες που υπάρχουν.

Ενημερωθείτε για τις υπηρεσίες που παρέχει το κέντρο Alzheimer, για το δικό σας καλό και για το καλό του ασθενή σας. Διάγνωση, ψυχολογική υποστήριξη, απασχόληση, βοήθεια στο σπίτι, κέντρο ημέρας, νομικές συμβουλές, λογοθεραπεία, επισκέψεις νοσηλευτών και βραχεία νοσηλεία είναι μερικές από τις υπηρεσίες που παρέχονται. Το κέντρο ημέρας ως επιμέρους υπηρεσία ενός κέντρου Alzheimer είναι μια καλή αρχή για αναζήτηση βοήθειας.

3) Εκπαιδευμένος φροντιστής

Όσο η νόσος Alzheimer εξελίσσεται, απαιτούνται διάφορες ικανότητες και επιδεξιότητες για τη φροντίδα του ασθενή. Τεχνικές και προτάσεις φροντίδας παρέχονται ατομικά ή σε οργανωμένες ομάδες από το κέντρο Alzheimer, με σκοπό να σας βοηθήσουν να κατανοήσετε και να

αντιμετωπίσετε την απαιτητική δουλειά που πολλές φορές συνοδεύεται από αλλαγή συμπεριφοράς, ίσως και χαρακτήρα.

4) Αναζητήστε βοήθεια

Αν προσπαθήσετε να τα κάνετε όλα μόνοι σας, το μόνο αποτέλεσμα θα είναι η εξάντληση σας. Η συμπαράσταση και η βοήθεια από συγγενείς, φίλους και κοινωνικούς φορείς μπορεί να αποδειχθεί σημαντική. Εάν δεν προσφέρεται βοήθεια από συγγενείς και φίλους ζητήστε την. Αν σας είναι δύσκολο να ζητήσετε βοήθεια, βρείτε έναν συνήγορο. Στην περίπτωση που αισθάνεστε ότι έχετε αυξημένο βαθμό στρες, αναζητήστε επαγγελματική βοήθεια. Στο κέντρο Alzheimer υπάρχουν όπως ήδη αναφέραμε, επαγγελματίες υγείας, προγραμματίζονται ομαδικές συναντήσεις φροντιστών, ενώ λειτουργεί και τηλεφωνική γραμμή SOS. Υπάρχουν δηλαδή και άλλες πηγές παρηγοριάς και καθησυχασμού.

5) Προσέξτε τον εαυτό σας

Οι φροντιστές συνήθως αφιερώνονται ολοκληρωτικά σε αυτούς που φροντίζουν, με αποτέλεσμα να παραμελούν τον εαυτό τους και τις δικές τους ανάγκες. Προσέξτε τον εαυτό σας. Προσέξτε τη διατροφή, την άσκηση και την ξεκούραση σας. Κάντε ένα διάλλειμα πηγαίνοντας για ψώνια, σινεμά, επίσκεψη σε φίλους, κάντε ένα περίπατο ή όποια άλλη δραστηριότητα που σας ευχαριστεί και σας ξεκουράζει. Οι άνθρωποι που είναι κοντά σας, ακόμα και ο ασθενής τον οποίο φροντίζετε, θα ήθελαν να φροντίζετε τον εαυτό σας.

6) Διαχειριστείτε τα επίπεδα του στρες

Το στρες μπορεί να δημιουργήσει σωματικά προβλήματα (θολή όραση, στομαχική διαταραχή, υψηλή πίεση) και αλλαγές συμπεριφοράς (εκνευρισμό, έλλειψη συγκέντρωσης, απώλεια όρεξης). Σημειώστε τα δικά σας συμπτώματα. Χρησιμοποιήστε κάποιες τεχνικές χαλάρωσης που σας ανακουφίζουν και συμβουλευτείτε το γιατρό σας.

7) Αποδεχτείτε τις αλλαγές

Οι ασθενείς με την νόσο Alzheimer αλλάζουν, όπως και οι ανάγκες τους. Συνήθως σε μεταγενέστερα στάδια απαιτείται τέτοια φροντίδα που εσείς δεν μπορείτε να παρέχετε στο σπίτι. Οι αλλαγές αυτές μπορεί να γίνουν πιο ομαλές, εφόσον πρώτα έχετε ερευνήσει ποιες επιλογές φροντίδας υπάρχουν. Παράλληλα η συμπαράσταση και η βοήθεια από όλους όσους νοιάζονται για εσάς και τον ασθενή, κάνουν το έργο σας πιο εύκολο.

8) Προγραμματίστε τις οικονομικές και τις νομικές εκκρεμότητες

Συμβουλευθείτε ένα δικηγόρο και ενημερωθείτε για θέματα όπως: διαρκή πληρεξουσιότητα, σύνταξη διαθήκης εν ζωή, διαχείριση περιουσίας, μελλοντική ιατρική περίθαλψη, στέγαση. Τακτοποιώντας εκ των προτέρων αυτά τα ζητήματα μειώνεται το στρες αργότερα.

9) Να είστε ρεαλιστές

Να γνωρίζετε ότι η φροντίδα που παρέχετε, εκτιμάται πιο πολύ από ότι εσείς νομίζετε. Ούτε εσείς, αλλά ούτε και ο ασθενής σας μπορείτε να ελέγξετε διάφορες περιστάσεις και συμπεριφορές. Δώστε στον εαυτό σας το δικαίωμα να θρηνήσετε για τις απώλειες που βιώνετε, αλλά εστιάστε

την προσοχή σας στις θετικές στιγμές που συμβαίνουν, χαρείτε και κρατήστε τις ωραίες αναμνήσεις.

10) Αναγνωρίστε τις προσπάθειες σας και μην αισθάνεστε τύψεις

Είστε άνθρωποι. Μερικές φορές μπορεί να χάνετε την υπομονή σας και να μη μπορείτε να παρέχετε όλη τη φροντίδα που θα επιθυμούσατε. Θυμηθείτε ότι προσφέρετε το καλύτερο και το περισσότερο που μπορείτε. Γι' αυτό αναγνωρίστε εσείς οι ίδιοι το μεγάλο έργο που παρέχετε και μην αισθάνεστε τύψεις. Οι αγαπημένοι σας σας χρειάζονται και εσείς βρίσκεστε δίπλα τους.

«ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΠΕΡΗΦΑΝΟΙ ΓΙ' ΑΥΤΟ».

5.5) Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε υπηρεσίες υγείας είναι να βοηθήσει με τις γνώσεις του στη θεραπεία του ασθενή και την διεκδίκηση των δικαιωμάτων του. Με τις γνώσεις που διαθέτει είναι σε θέση να κατανοεί όλες τις συναισθηματικές, κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους της κατάστασης του ασθενή και να δώσει στο ιατρικό προσωπικό πληροφορίες που θα συνθέτουν μια πληρέστερη εικόνα του. (Σταθόπουλος, Π., 1996, 264).

Παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη σε ασθενείς σε ατομικό, οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον σύμφωνα με τις γνώσεις, τις τεχνικές και τις δεξιότητές του, προκειμένου να προληφθούν ή και να αποκατασταθούν προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις του που μπορεί να προκύψουν ή έχουν ήδη προκύψει σαν

αποτέλεσμα της ασθένειας. (Σταθόπουλος, Π., 1996, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 214).

Συνεργάζεται με άτομα αλλά και με ομάδες ώστε να φέρει σε επαφή άτομα που πάσχουν από την ίδια ασθένεια και να τα βοηθήσει ν' αναπτύξουν συναισθήματα αλληλεγγύης, συμπαράστασης και συμπάθειας μεταξύ τους. Ακόμα, εργάζεται για θέματα ασφαλιστικής κάλυψης, επιδομάτων και άλλων παροχών προς τους ασθενείς, ανάλογα με το είδος της ασθένειας. (Ιατρίδης, Δ., 1990, 93).

Είναι αναμενόμενο, λόγω της πολυπλοκότητας των καταστάσεων αυτών ο κοινωνικός λειτουργός ν' αντιμετωπίζει προβλήματα, κυρίως στις περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων, γεγονός που δυσχεραίνει το έργο του, την κοινωνική επανένταξη του πάσχοντος ατόμου. Θα πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή ν' αντιμετωπίσει με θάρρος και συνέπεια την κατάστασή του και να τον παραπέμψει στο κατάλληλο ίδρυμα όπου και καταρτισμένο προσωπικό θα φροντίσει να του παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ψυχολογική υποστήριξη και ακόμη και εύρεση εργασίας (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1986, 67).

Η προετοιμασία του ασθενούς και του περιβάλλοντός του για την επανένταξή τους στον κοινωνικό τους χώρο είναι ο πρωταρχικός και βασικός στόχος του κοινωνικού λειτουργού σε όλες τις περιπτώσεις που ο ασθενής πέρασε μια σοβαρή δοκιμασία.

Η παρέμβαση του Κοινωνικού Λειτουργού στην εργασία του με ανοϊκούς ασθενείς, έγκειται στην παρέμβασή του στον ασθενή, στην οικογένεια και στην κοινότητα, καθώς και στη συνεργασία του με τη διεπιστημονική ομάδα. (Κατσούλης, Η., 1996, 144). Το πιο βασικό μέρος της δουλειάς του Κοινωνικού

Λειτουργού με ανοϊκούς ασθενείς αφορά στην παρέμβαση στον ίδιο τον ασθενή και στον φροντιστή του.

Αρχικά θα πρέπει να επικεντρωθεί στην ενίσχυση του ασθενή σε θέματα αυτοεκτίμησης. Προκειμένου να το πετύχει αυτό θα πρέπει να δώσει έμφαση σε ανέπαφες λειτουργίες που οδηγούν σε δραστηριότητες με επιτυχή λειτουργικότητα. Έτσι ο ασθενής θα καταφέρει να τονώσει την αυτοεκτίμησή του με αποτέλεσμα να βρίσκει μέσα από τη διαδικασία αυτή κίνητρο να συνεχίσει τη προσπάθεια να διατηρήσει τις γνωστικές του λειτουργίες στο επίπεδο που βρίσκονται χωρίς να υπάρξει περισσότερη διαταραχή.

Ταυτόχρονα και σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας του με τον ασθενή, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να τον ενθαρρύνει για σωστή διατροφή και να μεριμνά για τη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1986, 93). Ένα σημείο που χρειάζεται πολύ ιδιαίτερους χειρισμούς είναι αυτό της περιποίησης του εαυτού. Τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα πολλές φορές λόγω άλλων ασθενειών επιβαρύνονται σωματικά με αποτέλεσμα να μειώνεται η ατομική υγιεινή. Όταν υπάρχει και η Άνοια δυσχεραίνει την κατάσταση και το άτομο μπορεί να χάνει την αυτοεκτίμησή του. Και πόσο μάλλον όταν κάποιος άλλος, έστω και επαγγελματίας θίξει ένα θέμα τόσο ευαίσθητο. Γι' αυτό και χρειάζεται πολύ λεπτούς χειρισμούς προκειμένου ο ασθενής να πειστεί να συνεχίσει την προσπάθειά του για αυτοφροντίδα. Και για μια ακόμη φορά είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενούς και Κοινωνικού Λειτουργού θα πρέπει να θεμελιωθεί προκειμένου ο δεύτερος να μπορεί να χειρίζεται καταλλήλως τέτοια ζητήματα που ενδεχομένως προκύπτουν.(Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 214).

Τέλος ένα βασικό κομμάτι της δράσης του Κοινωνικού Λειτουργού έγκειται στην ενθάρρυνση του ασθενή για συντήρηση χρόνιων συνηθειών καθώς και για συμμετοχή του σε κινητοποιητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες για παράδειγμα εκκλησιασμός, καθημερινά ψώνια κ.α. Εκτός από τη διατήρηση των μη διαταραγμένων γνωστικών λειτουργιών, ο ασθενής θα πρέπει να επανεκπαιδευτεί. Αφού καταλάβει τη φύση της ασθένειάς του, εφ' όσον αυτή βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, (ο ρόλος του ψυχιάτρου εδώ πρωτεύει), θα πρέπει να τεθεί ένας προγραμματισμός στη δόμηση δραστηριοτήτων με χρήση ημερολογίων τοίχου, καταγραφή σημειώσεων, βοήθεια στην εύρεση αντικειμένων με ταμπέλες στα συρτάρια κ.λπ. Ο ασθενής με αυτή τη μέθοδο θα καταφέρει να βοηθηθεί και να αυτοεξυπηρετείται αλλά είναι απαραίτητο η εκπαίδευσή του να γίνεται εκτεταμένα και με τις ανάλογες προσαρμογές κατά τη μοναδικότητα του κάθε ανθρώπου, ιδιαίτερα στο αρχικό στάδιο της νόσου, δηλαδή όταν παρατηρηθούν τα πρώτα συμπτώματα διαταραχής των γνωστικών λειτουργιών. (Κατσούλης, Η., 1996, 144).

Στη συνέχεια ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να μεριμνήσει για τη φροντίδα για τη θεραπεία παθολογικών προβλημάτων (όρασης, ακοής και άλλων δυσλειτουργιών). Πέραν του ασθενούς, θα πρέπει να ασχοληθεί εκτενώς και με την οικογένεια. Η παρέμβασή του χωρίζεται πρακτικά σε τρία στάδια. (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 231).

Το πρώτο αφορά τη συνεργασία του με αυτή κατά τη διάρκεια της νόσου. Θα πρέπει να εκπαιδεύσει την οικογένεια τόσο στη φύση της νόσου όσο και στη διάρκεια και τα εξελικτικά στάδια που περνάει, καθώς και στη χρησιμότητα της φαρμακευτικής αγωγής. Βασική αρχή για να ξεκινήσει η συνεργασία είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός να έχει προετοιμαστεί κατάλληλα προκειμένου να είναι

ικανός να προσφέρει πλήρη και ακριβή ενημέρωση στην οικογένεια, να αντιμετωπίσει τυχόν στερεότυπα και να λύσει τις ενδεχόμενες απορίες.

Πολύ συχνά, στην ιδέα μιας ασθένειας, δημιουργούνται ποικίλα συναισθήματα όπως ο φόβος, ο θυμός, η άρνηση, το άγχος, η ντροπή, η ματαίωση, αλλά και η σωματική εξάντληση και η ψυχική κόπωση, αντικειμενική και υποκειμενική επιβάρυνση κ.λπ. Μια λοιπόν πολύ σημαντική παράμετρος είναι να βοηθήσει την οικογένεια να τα αναγνωρίσει, να τα αποδεχτεί, να τα διαχειριστεί και σταδιακά να τα αποβάλλει διότι εκτός από την ψυχολογική επιβάρυνση που αυτά προκαλούν, πολλές φορές αδρανοποιούν την οικογένεια και λειτουργούν ανασταλτικά στην κινητοποίησή της για την αντιμετώπιση της ασθένειας και την ενθάρρυνση και στήριξη του ασθενούς. (Κατσούλης, Η., 1996, 107).

Παράλληλα ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να επεξεργαστεί τις ενδοοικογενειακές συγκρούσεις που οξύνονται λόγω της νόσου κι αυτό διότι τα αρνητικά συναισθήματα που αναφέρονται παραπάνω επιφέρουν εκνευρισμό και κατά συνέπεια εντάσεις και συγκρούσεις μεταξύ των μελών. Το δεύτερο στάδιο αφορά στη μέση περίοδο της νόσου.

Ο Κοινωνικός Λειτουργός καλείται να βοηθήσει στην επιλογή του φροντιστή είτε από κάποιο μέλος της οικογένειας είτε από κάποιον επαγγελματία. Και αυτό γιατί σε μια τόσο δύσκολη ασθένεια όπως η Άνοια, όπου παρουσιάζεται σημαντική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, σαφώς όλη η οικογένεια θα πρέπει να παραστέκεται στον ασθενή, αλλά είναι απαραίτητο να υπάρχει ένα άτομο που θα αναλάβει να φροντίζει τις πιο άμεσες ανάγκες του και να ενημερώνει τους ειδικούς για το οτιδήποτε προκύπτει.

Σε αυτό το σημείο θα ήταν εύλογο να τονιστεί η σημασία του ρόλου του φροντιστή. Και αυτό διότι συχνά υπάρχει η τάση να συγχέεται το συναίσθημα με την ευθύνη. Ο ρόλος του φροντιστή είναι σημαντικός όχι για συναισθηματικούς λόγους αλλά γιατί συνεπάγεται την ανάληψη πολλών ευθυνών για τη συνεχή στήριξη του ασθενούς. Αυτό επιφέρει τόσο τη σωματική του εξάντληση, όσο και την ψυχική κόπωση που αργά ή γρήγορα επέρχεται και συνοδεύεται από συναισθήματα ενοχής. Ουσιαστικά όλα όσα έχουν αναφερθεί για τον ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού τόσο με τον ασθενή όσο και με την οικογένεια, είναι στοιχεία που ο φροντιστής θα πρέπει να αφομοιώσει άμεσα και να τα εφαρμόσει στην πράξη. Και επειδή στην Άνοια ο χρόνος δεν είναι σύμμαχος, υπάρχει μια παραπάνω πίεση. Παράλληλα επειδή ο φροντιστής συνήθως επιλέγεται από τον Κοινωνικό Λειτουργό μετά την επαφή του με την οικογένεια, είναι συνήθως άτομο που παρουσιάζει υπευθυνότητα, ικανότητα για ανάληψη ευθυνών και μια γενική σύνθεση στοιχείων. Αυτό όμως ενέχει το ρίσκο να έχει ήδη πολλές ευθύνες και να πιέζεται ακόμα παραπάνω

Γι' αυτό και θα πρέπει να δοθεί εξ ίσου μεγάλη σημασία στη στήριξη του ίδιου του φροντιστή πέραν του ασθενούς, τόσο σε ψυχικό και σωματικό, όσο και σε οικονομικό, κοινωνικό, ακόμα και χωροχρονικό επίπεδο. (Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1986, 127). Σε αυτό συχνά βοηθά η ένταξη σε υποστηρικτικές ομάδες για ολόκληρη την οικογένεια. Οι στόχοι των ομάδων αφορούν στην ενίσχυση του ρόλου του φροντιστή και στην αλληλοεκτόνωση συναισθημάτων, στην υποστήριξη μέσω της γενίκευσης των προβλημάτων και στη θετική ανατροφοδότηση από υγιείς δραστηριότητες που αναπτύσσει η ομάδα (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 231).

Εντοπίζεται λοιπόν η ανάγκη για συνεχή συνεργασία με τους ειδικούς για την αναζήτηση τρόπων για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενή αλλά και για την ατομική ψυχολογική υποστήριξη του ίδιου του φροντιστή.

Το τρίτο στάδιο αφορά στην τελική περίοδο της νόσου (Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 231). Εξακολουθούν να ισχύουν οι στόχοι της 2ης φάσης, με έμφαση στην ομαδική και ατομική ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών προκειμένου να τονωθούν και να συνεχίσουν το παραγωγικό τους έργο, καθώς και στην εμπλοκή περισσότερων ατόμων στη φροντίδα του ασθενή καθώς οι απαιτήσεις φροντίδας προς αυτόν αυξάνονται. Κι αυτό γιατί σταδιακά εμφανίζεται όλο και περισσότερη έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών του ασθενή.

Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί πως πέρα από τη συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του, ο Κοινωνικός Λειτουργός θα πρέπει να έχει πολύ στενή συνεργασία και με την διεπιστημονική ομάδα αλλά και με τη διεπαγγελματική, προκειμένου να υπάρχουν θετικά αποτελέσματα για τον ασθενή και την οικογένειά του με βασικό την εξασφάλιση της καλής ποιότητας ζωής. (Κατσούλης, Η., 1996, 121).

Οι υπόλοιπες ειδικότητες που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση της Άνοιας είναι: Ο νευρολόγος, ο οποίος κάνει διάγνωση, δίνει φαρμακευτική αγωγή και την παρακολουθεί. Ο παθολόγος που αντιμετωπίζει τα παθολογικά προβλήματα που προκύπτουν λόγω της Άνοιας. Ο ψυχολόγος ο οποίος μετρά την εξέλιξη της νόσου και εμπλέκεται στην υποστήριξη της οικογένειας και του ατόμου. Ο εργοθεραπευτής που δίνει λύσεις σε πρακτικά προβλήματα λειτουργικότητας του ασθενή. Ο φυσιοθεραπευτής που συμβάλει στην ανάνηψη δεξιοτήτων που

προσβάλλονται. Ο νοσηλευτής ο οποίος φροντίζει τη φαρμακευτική αγωγή και φροντίζει τη σωματική υγεία του ασθενή και ο επισκέπτης Υγείας που παρακολουθεί τη λειτουργία των φροντιστών και τους καθοδηγεί. Απαραίτητο είναι όλες οι ειδικότητες να συνεργάζονται με αλληλοενημέρωση και σεβασμό στο ρόλο του καθενός με τακτικές συναντήσεις και συνεδρίες όλης της ομάδας.

Τέλος, ένα πολύ βασικός τομέας απασχόλησης του κοινωνικού λειτουργού αποτελεί η συνεργασία του με την ευρύτερη κοινότητα. Ουσιαστικά, πρόκειται για μια διαδικασία κινητοποίησης και παροχής βοήθειας της κοινότητας να αντιληφθεί την πραγματική διάσταση των ζητημάτων που την απασχολούν, να τα αξιολογήσει, να τα ιεραρχήσει και να σχεδιάσει με συστηματικό και κατάλληλο τρόπο την αντιμετώπισή τους (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 231).

Ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να αναλάβει να ενημερώσει την κοινότητα για τις ανάγκες των ανοϊκών, για τις ιδιαιτερότητές τους σαν πληθυσμιακή ομάδα, να είναι άμεσος με το κοινό και μέσα από ομάδες, συλλόγους, υπηρεσίες αλλά και κρατικά όργανα να φροντίζει να ενισχύει την εθελοντική διάθεση των κατοίκων μιας περιοχής καθώς και να στοχεύει στην ευαισθητοποίησή τους. Όλα αυτά προϋποθέτουν μια πολύ καλή γνώση της νόσου, καθώς και μια πολύ προσεκτική διερεύνηση σχετικά με τις ανάγκες των ανοϊκών και των υπηρεσιών που υπάρχουν στην περιοχή, όπως και για τις υπηρεσίες που υπάρχει η δυνατότητα να λειτουργήσουν με τις ανάλογες διαδικασίες.

Αφού καταφέρει να ενημερώσει τους κατοίκους αλλά και να τους ευαισθητοποιήσει, θα πρέπει να πραγματοποιήσει μια πολύ καλή έρευνα για να εντοπίσει τις πραγματικές ανάγκες των ανοϊκών μέσα στην κοινότητα και με τη συμμετοχή των κατοίκων να προσπαθήσει να αναπτύξει τα κοινωνικά δίκτυα

δράσης. Αυτό περιλαμβάνει τον σχεδιασμό προγραμμάτων, τη δυνατότητα για οργάνωση των προγραμμάτων αυτών που να αφορούν τη πρόληψη της εμφάνισης άνοιας αλλά και τη φροντίδα των ανοϊκών ασθενών, την οργάνωση ομάδων πρωτοβουλίας, αυτοβοήθειας και αμοιβαίας βοήθειας στο επίπεδο της γειτονιάς, την ενεργοποίηση συλλόγων, τη διαφώτιση και τον συντονισμό ομάδων επαγγελματιών, τη διοργάνωση ενημερωτικών συγκεντρώσεων σε πολυσύχναστα σημεία της κοινότητας, τη δραστηριοποίηση των φορέων της κοινότητας προκειμένου να συμμετάσχουν ως συνδιοργανωτές στις ενημερωτικές εκδηλώσεις και την παραγωγή και κυκλοφορία ενημερωτικών εντύπων με απλές, σαφείς και κατατοπιστικές αναφορές σχετικά με την άνοια και στις απαραίτητες ενέργειες που πρέπει να γίνουν (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική εταιρία, 2004, 231).

Ο κοινωνικός λειτουργός δημιουργεί και ασκεί κοινωνική πολιτική στον χώρο της κοινότητας. Ομάδες εθελοντών, ομάδες συμβουλευτικής και στήριξης των φροντιστών, ομάδες ανοϊκών ασθενών για ενίσχυση μνήμης και λειτουργικών τους ικανοτήτων. Τα κέντρα ημέρας και τα Alzheimer café είναι μερικές από τις δράσεις που μπορεί να αναπτύξει μέσα στα πλαίσια των δικτύων που ήδη λειτουργούν όπως τα Κ.Α.Π.Η., τα Κ.Η.Φ.Η. Άλλωστε μπορούμε να πούμε πως ένα από τα πιο σημαντικά μέρη της δουλειάς του κοινωνικού λειτουργού με τα άτομα που πάσχουν από κάποια μορφή άνοιας, είναι η λειτουργία του ως ενδιάμεσου, ανάμεσα στις οικογένειες με πάσχων ηλικιωμένο μέλος και στο δημόσιο ή και πολλές φορές ιδιωτικό κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο υπηρεσιών για άτομα τρίτης ηλικίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η άνοια και κυρίως η νόσος του Alzheimer, όπως φάνηκε μέσα από τη μελέτη αποτελεί κύριο πρόβλημα δημόσιας υγείας για τη σύγχρονη κοινωνία.
- Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι κάποια συγκεκριμένη ομάδα ανθρώπων είναι πιθανότερο να προσβληθεί από γεροντική άνοια. Η φυλή, το επάγγελμα, το επίπεδο της μόρφωσης, η γεωγραφική θέση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση δεν αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες της νόσου.
- Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι γυναίκες προσβάλλονται περισσότερο από τους άνδρες, γεγονός όμως που μπορεί να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες σαν ομάδα πλυθησμού ζουν περισσότερο.
- Η νόσος του Alzheimer αποτελεί την πιο σοβαρή μορφή άνοιας και αυτό οφείλεται στην πρόωμη έναρξη των συμπτωμάτων. Επίσης αποτελεί και την πιο συχνή μορφή άνοιας.
- Η νόσος του Alzheimer, συνήθως δεν είναι κληρονομική. Επομένως δεν προκαλείται από γονίδια που παίρνει ένα άτομο από τους γονείς του.
- Δεν υπάρχει μια και μοναδική εξέταση που θα καθορίσει εάν κάποιος πάσχει από γεροντική άνοια. Η διάγνωση γίνεται μέσω μιας διαδικασίας

αποκλεισμού, περισσότερο από μια προσεκτική εξέταση της φυσικής και διανοητικής κατάστασης του ατόμου, παρά από την ανεύρεση ενδεικτικών στοιχείων της νόσου.

- Προς το παρόν δεν υπάρχει κάποια προληπτική ή θεραπευτική αγωγή που να παρεμβαίνει σημαντικά στην εξέλιξη της νόσου του Alzheimer. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια υπάρχει πρόοδος στην ανάπτυξη φαρμάκων και εναλλακτικών θεραπειών, τα οποία έχουν θετική επίδραση στα συμπτώματα της νόσου, πράγμα που βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ασθενή και των οικείων του.
- Αναμφισβήτητα κάθε άτομο με άνοια χρειάζεται κάποιον να τον φροντίζει. Σπάνια ένα άτομο έχει όλη την ευθηνή της φροντίδας. Ο κύριος φροντιστής είναι συγγενής ή φίλος και όχι επαγγελματίας σε ποσοστό 89% στην Ελλάδα και 75% ανά τον κόσμο.
- Τα μέλη της οικογένειας και οι φροντιστές των ασθενών με άνοια έχουν σημαντικές επιπτώσεις από την κατάσταση. Αυτές μπορεί να εμφανίζονται στον ψυχολογικό τομέα, στη σωματική υγεία και στον οικονομικό και κοινωνικό τομέα.
- Κατά κανόνα ο φροντιστής αισθάνεται αβοήθητος και έχει ανάγκη από τις υπηρεσίες υγείας. Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες αυτές είναι περιορισμένες και κοστίζουν.
- Επειδή το ενδιαφέρον για τα άτομα με άνοια είναι πρόσφατο, δεν υπάρχει νομοθεσία που να τα ευνοεί.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η άνοια είναι ένα σύνδρομο που τα τελευταία χρόνια βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, αφού υπολογίζεται ότι 24,3 εκατομμύρια άνθρωποι νοσούν αυτή τη στιγμή, ενώ ετησίως σημειώνονται 4,6 εκατομμύρια νέων περιστατικών (www.healthellas.gr). Εκδηλώνεται με έκπτωση της μνήμης και άλλων γνωστικών λειτουργιών, με τέτοιο τρόπο που επηρεάζεται η καθημερινή ζωή των πασχόντων και με αντίκτυπο στους φροντιστές αυτών.

Στην προσπάθεια για προσέγγιση της ασθένειας και των διάφορων παραμέτρων της, παρατίθενται κάποιες προτάσεις:

- Ανάπτυξη μέτρων για την προστασία και την προώθηση των δικαιωμάτων ατόμων με άνοια.
- Διενέργεια περαιτέρω μελετών για την άνοια και στον ελλαδικό χώρο, με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση αλλά και τη θεραπεία της.
- Οργάνωση σεμιναρίων επιμόρφωσης, κατάρτισης και ανταλλαγής εμπειριών.
- Περαιτέρω διερεύνηση καινοτόμων παρεμβάσεων και νέων μεθοδολογικών προσεγγίσεων σε θέματα που άπτονται του αντικείμενου της άνοιας.
- Δημιουργία και αξιοποίηση ευέλικτων διαδικασιών και εργαλείων διαλόγου, συζήτησης και ανταλλαγής απόψεων και εμπειριών όπως η έκδοση ενημερωτικών εντύπων, η διενέργεια ημερίδων, συνεδρίων κ.λ.π.

- Εξειδίκευση επαγγελματιών υγείας (ψυχιάτρων, γηριάτρων, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών, εργοθεραπευτών κ.α.) με ειδικές γνώσεις για την άνοια και συνεχής διοργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων και προγραμμάτων.
- Συγκεκριμένα μέτρα πολιτικής και πόροι για στήριξη της ανάμειξης της οικογένειας και της κοινότητας και προς προώθηση της κοινωνικής ενσωμάτωσης των ατόμων με άνοια που ζουν σε ιδρύματα.
- Ίδρυση ειδικών κέντρων που θα αναλάβουν την ενημέρωση του κοινού, την προσέγγιση, την καθοδήγηση και την συναισθηματική υποστήριξη των φροντιστών ασθενών με άνοια.
- Δημιουργία ενός πλαισίου ανταλλαγής πληροφοριών και τεχνογνωσίας για τα θέματα που απασχολούν όλους όσους δραστηριοποιούνται στο χώρο της άνοιας.
- Ενίσχυση των ατόμων με άνοια ή και των εκπροσώπων τους.
- Αναγνώριση της αξίας και της συνεχούς συμβολής των ατόμων που παρέχουν ανεπίσημη φροντίδα και της σχέσης του ατόμου που πάσχει από άνοια με τις ομάδες της τοπικής κοινότητας, για την ποιότητα της ζωής τους.
- Υποστήριξη στους φροντιστές με σκοπό να αναδυθούν, να εκφραστούν και να ερμηνευτούν σωστά τα σύνθετα και αντιφατικά συναισθήματα που βιώνουν καθημερινά.

- Δημιουργία κέντρων ημερησίας νοσηλείας για άτομα με άνοια, ώστε να αποφεύγεται ο εγκλεισμός τους, σε ψυχιατρικά ιδρύματα, είτε σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων όπου τους συμπεριφέροντε σαν ψυχιατρικούς ασθενείς.
- Νομοθετικές ρυθμίσεις για τη θέσπιση κανόνων με τους οποίους να αναγνωρίζονται συγκεκριμένα δικαιώματα στους πάσχοντες από άνοια.
- Ενημέρωση των συγγενών για τη δωρεά εγκεφαλικού ιστού, με σκοπό την προώθηση της έρευνας σε πειραματικό επίπεδο.
- Ανάδειξη της σημασίας και προώθησης του εθελοντισμού στο χώρο της άνοιας.

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αυγούστης Ι.Ν., (2002), *Όλα για την υγεία*, Αθήνα, Εκδόσεις:ΜΟΡΗΔ
2. Βαγενάς, (2007), *Εκπαιδευτικές ημερίδες πρωτοβάθμιας φροντίδας* τόμος 'β, Υπεύθυνος έκδοσης: Σταύρος Παππάς
3. Βηθούλας Κ., (1990), *Η επιστήμη της ομοιοπαθητικής*, Αθήνα, Εκδόσεις: Κέντρο ομοιοπαθητικής ιατρικής
4. Γουρνέλη Κ., (1992), *Υγιεινή*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις: Μπαχαρίδη
5. Δαρδαβέσης Ι., (1999), *Εισαγωγικά στοιχεία Γηριατρικής και Γεροντολογίας*, στο Κωσταρίδου Ευκλείδη Α., (1993), *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα
6. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, (1986), *Ο θεσμός της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα*, Αθήνα, Έκδοση: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
7. Ελληνική γεροντολογική και γηριατρική εταιρεία, (1997), *Νόσος Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας-εγχειρίδιο για επαγγελματίες υγείας*, Αθήνα, Επιμέλεια Έκδοσης: Αθανάσιος Μούγιας
8. Ελληνική γεροντολογική και γηριατρική εταιρεία, (2002), *Σύγχρονη γεροντολογική και γηριατρική*, Αθήνα, Εκδόσεις: Σύνεδρον

9. Ελληνική γεροντολογική και γηριατρική εταιρεία, (2004), *Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων γονιών*, Αθήνα, Εκδόσεις: Mendor
10. Ιατρίδης Δ., (1990), *Σχεδιασμός κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα, Εκδόσεις: Gutenberg
11. Καραβάτος Α., (1999), *Νόσος Alzheimer (Senium Praecox)*, Θεσσαλονίκη
12. Κατσούλης Η., (1996), *Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*, Αθήνα, Εκδόσεις: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
13. Κυριακοπούλου Η., (2000), *Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας και των προγραμμάτων "Βοήθεια στο σπίτι" στη διάγνωση της άνοιας και της κατάθλιψης των ηλικιωμένων στα θέματα γεροντολογίας και γηριατρικής*, Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνική γεροντολογική και γηριατρική εταιρεία
14. Κωσταρίδου Ευκλείδη Α., (1993), *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα
15. Λογοθέτης Ι. -Μυλωνάς Ι., (1996), *Νευρολογία τρίτη έκδοση*, Αθήνα, Εκδόσεις: University Studio Press
16. Μαλγαρινού Μ.-Γούλια Ε., (1997), *Η νοσηλεύτρια κοντά στον υπερήλικα*, Αθήνα, Εκδόσεις: <<Η ΤΑΒΙΘΑ>>
17. Μάνος Ν., (1997), *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη,

Εκδόσεις: University Studio Press

- 18.Μεντελόπουλος Γ., (1997), *Η νόσος Alzheimer, Κλινικές, Διαγνωστικές και Φαρμακευτικές προσεγγίσεις*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις: University Studio Press
- 19.Μούγιας Α., (1997), *Νόσος Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας*, Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνική γεροντολογική και γηριατρική εταιρεία
- 20.Μούγιας Α., (1998), *Νόσος Alzheimer(έγκαιρη διάγνωση, βοήθεια στην οικογένεια)*, Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνική γεροντολογική και γηριατρική εταιρεία
- 21.Μούγιας Α., (2003), *Οδηγός για τη νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας*, Αθήνα, Εκδόσεις: Mendor
- 22.Μπαλογιάννης Σ., (2004), *Νευρολογία: τόμος III*, Αθήνα, Εκδόσεις: Πουρνάρα
- 23.Παπαλιάγκας Β., (2006), *Είδη άνοιας-Νόσος Alzheimer*, Εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών
- 24.Παπασταύρου Ε., (2006), *Η επιβάρυνση φροντίδας ασθενών με άνοια και τρόποι πρόληψης της*, Αθήνα, Εκδόσεις: Κέντρο Alzheimer ψυχογηριατρικής εταιρείας <<ο Νέστωρ>>
- 25.Παππάς Σ., (2004), *Εκπαιδευτικές ημερίδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*

- Γ. Παπαδάκης - *Αντιμετώπιση συνήθων παθήσεων απο το γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τόμος Α*
26. Πατσούρης Ε., (1995), *Παθολογική ανατομική νευρικού συστήματος*, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις: Πασχαλίδης
27. Ρούσσος Χ., (2003), *Νευρολογία-φυσιολογία-διάγνωση-θεραπεία*, Ιατρικές εκδόσεις: Πασχαλίδης
28. Σακά Π., (2005), *Εκπαιδευτικές ημερίδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*, Εκδόσεις: Τσίπη Δ.
29. Σούρτζη Π.-Μούγια Μ., (2000), *Φροντίδα υγείας για ηλικιωμένους: οδηγός για επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνική γεροντολογική και γηριατρική εταιρεία
30. Σταθόπουλος Π., (1996), *Κοινωνική Πρόνοια: Μια Γενική Θεώρηση*, Αθήνα, Εκδόσεις: Έλλην
31. Στασινοπούλου Ο., (1999), *Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής*, Αθήνα, Εκδόσεις: Gutenberg
32. Τεγόπουλος-Φυτράκης, (1999), *Μείζον ελληνικό λεξικό*, Αθήνα, Εκδόσεις: Αρμονία
33. Τζανακάκη Α., Πέτσιου Α., Μελισσάρη Μ., Καστανάκη Α. (2005), *Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην ΑΤΑ*, στο Τσολάκη, Μ. Κάζης Α. (επιμ.)

Άνοια, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις University Studio Press

34. Τσολάκη Μ., Καζής Α.. (2005), *Άνοια-Ιατρική και κοινωνική πρόκληση*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις: University Studio Press
35. Τσολάκη Μ., (2006), *Νόσος Alzheimer: Τι γίνεται μετά τη διάγνωση*, Αθήνα, Εκδόσεις: Mendor
36. Τσολάκη Μ., (1999), *Ζώντας με τη νόσο Alzheimer*, Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις: Novartis Hellas A.E.B.E.
37. Τσούνιας Β., (1993), *Στοιχεία γεροντολογίας και γηριατρικής*, Αθήνα, Εκδόσεις: ΖΗΤΑ
38. Χανιώτης Ι. Φ., (1998), *Εγχειρίδιο γηριατρικής*, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις: Λίτσας
39. Χριστοδούλου Γ. και συν., (2000), *Ψυχιατρική*, Αθήνα

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Brodaty H., (1996), *Caregivers Module 4/In Behavioral and Psychological Signs in Dementia*, Chicago, International Psychogeriatric Association.
2. Brodaty H., (1996), *Caregivers and behavioral disturbances: effects and interventions*, International Psychogeriatric Association.
3. Dickens W.J., Perlman D., (1981), *Friendship over the life-cycle*, In DUCK, S. and Gilmour R., (Eds) *Personal Relationships*, 2, London: Academic Press
4. Graham N., (2001), *Stop exclusion - Dare to care. Alzheimer's disease international*
5. Historical note on Alzheimer's disease, (2008), *Neuroserg Psychiatry*
6. Jean F. Needham, (1999), *Γεροντολογική νοσηλευτική φροντίδα*, Αθήνα, Εκδόσεις: "ΕΛΛΗΝ"
7. Lindsay J and Anderson L., (2004) *Dementia / Alzheimer's Disease*, BMC Women's Health
8. Neugarten B.L.-Weinstein K.K., (1964), *The changing American grandparent*, *Journal of marriage and the family*
9. Nicholas Tucker, (1999), (μετάφραση, Γαλανάκη Ε.), επιμ. Γιαννιτσάς Ν., Επόπτης Ελληνικής έκδοσης Παρασκευόπουλος Ι.Ν., *Εφηβεία, Ωριμότητα και Τρίτη Ηλικία*, Αθήνα, Εκδόσεις: Ελληνικά Γράμματα

10. Parks SM and Novielli KD, (2006), *Practical guide to caring for caregivers*, American Family Physician
11. Pfizer U.S. Pharmaceuticals. Pfizer and RAND collaboration, (2000), *New facts about... Dementia in older adults*, USA
12. Wald CI, Fahy M, Walker Z and Livingston G, (2003) *What to tell dementia caregivers – the rule of threes*, Int J Geriatr Psychiatry

Διαδίκτυο

1. <http://www.iatronet.gr>
2. <http://www.janssen-cilag.gr>
3. <http://www.gerontology.gr>
4. <http://www.msn.gr>
5. <http://www.alzheimerhellas.gr>
6. <http://www.alzheimerathens.gr>
7. <http://www.novartis.gr>
8. <http://www.iatrikionline.gr>
9. <http://www.philoxenous.gr>
10. <http://www.healthellas.gr>
11. <http://www.disabled.gr>
12. <http://www.focusmag.gr>
13. <http://www.ert.gr>
14. <http://www.doctors.in.gr>
15. <http://www.unikoeln.de>
16. <http://www.psynet.gr>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΚΛΙΜΑΚΕΣ – ΤΕΣΤ

Σύντομη εξέταση νοητικής κατάστασης : Κλίμακα Mini Mental State Examination.

Για κάθε σωστή απάντηση ο ασθενής παίρνει **1** βαθμό :

Έλεγχος προσανατολισμού:

1. τι έτος έχουμε ;
2. τι μήνα ;
3. τι εποχή ;
4. ποια ημερομηνία ;
5. ποια μέρα της εβδομάδας ;
6. σε ποια χώρα βρισκόμαστε ;
7. σε ποια πόλη ;
8. σε ποια περιοχή ή διεύθυνση ;
9. σε ποιο νοσοκομείο ;
10. σε ποιο όροφο ;

Καταγραφή:

Θα σας πω 3 λέξεις που θα επαναλάβετε μετά από μένα και να τις θυμάστε όταν σας ξαναρωτήσω :

11. λουλούδι

12. τσιγάρο

13. πόρτα

Συγκέντρωση /δυνατότητα αριθμητικών πράξεων:

Αφαιρέστε από το 100 διαδοχικά 7 μονάδες κάθε φορά :

14. $100-7 =$

15. $93-7 =$

16. $86-7=$

17. $79-7=$

18. $72-7=$

Ανάκληση:

Επαναλάβετε τις 3 λέξεις που σας είχα ζητήσει παραπάνω

19. τσιγάρο

20. λουλούδι

21. πόρτα

Κατονομασία:

Δείχνουμε στον ασθενή 2 αντικείμενα και ζητάμε να τα κατονομάσει :

Τι είναι αυτό ;

22. ρολόι

23. μολύβι

Επανάληψη:

Ζητήστε από τον ασθενή να επαναλάβει μετά από σας

24. ``τό'να χέρι νίβει τ'άλλο ``

Εκτέλεση εντολής 3 σταδίων:

Δώστε στον ασθενή ένα λευκό χαρτί και πείτε του

25. πάρτε το χαρτί στο δεξί σας χέρι

26. διπλώστε το στην μέση

27. αφήστε το στο πάτωμα

Αντίδραση:

28. Δείξτε στον ασθενή ένα χαρτί πού να γράφει με κεφαλαία ``ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ `` και πείτε:

παρακαλώ κάντε ότι γράφει στο χαρτί που σας δείχνω

Αυτόματη γραφή:

29. Δώστε στον ασθενή χαρτί και μολύβι και πείτε: παρακαλώ γράψετε μια ολοκληρωμένη πρόταση, όποια θέλετε (πρέπει να περιέχει υποκείμενο-ρήμα)

Αντιγραφή:

30. Ζητήστε από τον ασθενή να αντιγράψει ένα σχήμα από 2 πεντάγωνα που τέμνονται (πρέπει να διακρίνονται 10 γωνίες εκ των οποίων οι 2 να τέμνονται) .

Το άθροισμα των βαθμολογήσεων του κάθε θέματος δίνει την τελική βαθμολογία. Οι εξεταζόμενοι ανάλογα με τη βαθμολογία ταξινομούνται ως εξής (αν και είναι προτιμότερο να συναξιολογούνται κατά τον πίνακα που ακολουθεί με την ηλικία και τα έτη εκπαίδευσης):

24 – 30 Φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο

10 – 24 Ελαφρά γνωστική διαταραχή

10 – 20 Μέτρια γνωστική διαταραχή

0 – 10 Σοβαρή γνωστική διαταραχή

Mini Mental State Examination
Βαθμολόγηση κατά ηλικία και εκπαιδευτικό επίπεδο

	Εκπαίδευση				Σύνολο
	0-4 χρ	5-8 χρ	9-12 χρ	> 12 χρ	
18-24	23	28	29	30	29
25-29	25	27	29	30	29
30-34	26	26	29	30	29
35-39	23	27	29	30	29
40-44	23	27	29	30	29
45-49	23	27	29	30	29
50-54	22	27	29	30	29
55-59	22	27	29	29	29
60-64	22	27	28	29	28
65-69	22	27	28	29	28
70-74	21	26	28	29	27
75-79	21	26	27	28	26
80-84	19	25	26	28	25
>85	20	24	26	28	25
Σύνολο	22	26	29	29	29

Πηγή:

Crum RM, Anthony JC, Basset SS, et al. Population-based for MMSE by age and population level, JAMA 1993

Hindi Mental State Examination

Το HMSE (Hindi Mental State Examination) είναι μία δοκιμασία που απευθύνεται σε πληθυσμό που είναι αναλφάβητος και στοχεύει στο να εξετάσει άτομα ή πληθυσμούς (screening test) για γνωστικές διαταραχές, χωρίς να προορίζεται για διαγνωστικό μέσο. Είναι ένα εργαλείο που αναπτύχθηκε σε μια Ινδο-Αμερικανική διεθνή επιδημιολογική μελέτη για την άνοια.

Το τεστ HMSE αποτελείται από 22 ερωτήσεις και ελέγχει διαφορετικά συστατικά της διανοητικής ικανότητας. Αυτό βασίζεται στο συνολικό σκορ των 30 βαθμών. Οι ερωτήσεις καλύπτουν τις ακόλουθες περιοχές της γνωστικής λειτουργίας:

1. Προσανατολισμός στο χρόνο και στον τόπο
2. Μνήμη
3. Προσοχή και συγκέντρωση
4. Αναγνώριση αντικειμένων
5. Λειτουργία της γλώσσας
6. Κατανόηση και εκφραστικός λόγος
7. Κινητική λειτουργία και πράξη

HMSE TEST

1. ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ

«Είναι πρωί , απόγευμα ή βράδυ;»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

2. ΜΕΡΑ ΤΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ

«Τι μέρα της εβδομάδας είναι σήμερα;»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

3. ΗΜΕΡΟΝΗΜΙΑ

«Τι ημερομηνία έχουμε σήμερα;»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

4. ΜΗΝΑΣ

«Ποιος μήνας είναι αυτός;»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

5. ΕΠΟΧΗ

«Ποια εποχή του έτους είναι αυτή;»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

6. ΤΑΧΥΔΡΟΜΕΙΟ

«Σε ποιο ταχυδρομείο υπάγεται το χωριό σας;»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

7. ΠΕΡΙΟΧΗ

«Σε ποια περιοχή ανήκει το χωριό;»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

8. ΧΩΡΙΟ

«Ποιο χωριό είναι αυτό;»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

9. ΤΕΤΡΑΓΩΝΟ

«Ποιο τετράγωνο είναι αυτό;» (Ποια αριθμημένη περιοχή είναι αυτή;)

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

10. ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ/ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ ΣΠΙΤΙΟΥ

«Ποιο μέρος είναι αυτό;» («Ποιανού σπίτι είναι αυτό;»)

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

11. ΑΜΕΣΗ ΑΝΑΚΛΗΣΗ: ΜΗΛΟ, ΚΑΡΕΚΛΑ, ΝΟΜΙΣΜΑ (κέρμα)

«Πήγα στην Αθήνα και έφερα τρία πράγματα. Αυτά είναι ένα μήλο... , μία καρέκλα... και ένα νόμισμα...

Μπορείτε να μου πείτε ποια τρία πράγματα έφερα από την Αθήνα;»

SCORE

Μήλο 0 1

Καρέκλα 0 1

Νόμισμα 0 1

12. ΜΕΡΕΣ ΤΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ ΑΡΧΙΖΟΝΤΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΥΡΙΑΚΗ

«Τώρα μπορείτε να μου πείτε τα ονόματα των ημερών της εβδομάδας ξεκινώντας από την Κυριακή;»

SCORE

Λάθος 2 Σωστό 1

13.-15. ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΜΕΝΗ ΑΝΑΚΛΗΣΗ

«Ποια είναι τα ονόματα από τα 3 πράγματα που σας είπα ότι έφερα από την Αθήνα;»

SCORE

Μήλο 0 1

Καρέκλα 0 1

Νόμισμα 0 1

16. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΕΝΟΣ ΡΟΛΟΓΙΟΥ (χειρός)

«Τι είναι αυτό;»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

17. ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΗ ΣΤΥΛΟΥ (ΔΕΙΤΕ ΕΝΑ ΣΤΥΛΟ)

«Τι είναι αυτό»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

18. ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ - «ΑΣΠΡΗ ΠΕΤΡΑ ΞΕΞΑΣΠΡΗ ΚΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΗΛΙΟ ΞΕΞΑΣΠΡΟΤΕΡΗ»

«Τώρα θα πω κάτι, ακούστε προσεκτικά και επαναλάβετε το ακριβώς όπως το είπα, μόλις τελειώσω.»

«Άσπρη πέτρα ξεξασπρη κι από τον ήλιο ξεξασπρότερη»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

19. ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΔΙΑΤΑΓΗΣ

«Τώρα θα σας ρωτήσω ένα διαφορετικό είδος ερώτησης.

Κοιτάξτε το πρόσωπο μου και κάνετε ακριβώς ότι κάνω.»

(κλείνω τα μάτια για 2" και τα ανοίγω.) Εκτέλεση πράξης: όχι ναι

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

20. ΔΙΑΤΑΓΗ ΤΡΙΩΝ ΒΗΜΑΤΩΝ

«Τώρα θα σας δώσω ένα κομμάτι χαρτί με το οποίο πρέπει να κάνετε ακριβώς ότι θα σας ζητήσω να κάνετε.»

«Πρώτα πάρτε το χαρτί με το δεξί χέρι, μετά με τα δυο χέρια διπλώστε το στα δύο και μετά δώστε το χαρτί σε μένα»

SCORE

ΔΕΞΙ ΧΕΡΙ 0 1

ΔΙΠΛΩΝΕΙ 0 1

ΕΠΙΣΤΡΕΦΕΙ 0 1

21. ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΠΡΟΤΑΣΗΣ «Τώρα πείτε μία πρόταση για το σπίτι σας.»

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

22. ΑΝΤΙΓΡΑΦΗ ΣΧΗΜΑΤΟΣ

«Να μία ζωγραφιά. Πρέπει να αντιγράψεις αυτή τη ζωγραφιά ακριβώς, όπως φαίνεται, στο μέρος που υπάρχει εδώ ...

SCORE

Λάθος 0 Σωστό 1

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ

α. Σωστή απάντηση: Προχωρήστε στην επόμενη ερώτηση

β. Λάθος απάντηση: Μην επαναλάβετε την ερώτηση. Προχωρήστε στην επόμενη.

γ. Καθόλου απάντηση (π.χ. παγωμένο πρόσωπο, μπερδεμένη έκφραση προσώπου).: Επαναλάβετε την ερώτηση

δ. Ζητά επανάληψη: Επαναλάβετε την ερώτηση

ε. Αν υπάρχει αμφιβολία για την ερώτηση: Επαναλάβετε την ερώτηση.

ζ. Αν λέει: «Δεν ξέρω», μην επαναλάβετε την ερώτηση. Δοκιμάστε όχι συγκεκριμένη ενθάρρυνση.

FAQ (Functional Activities Questionnaire):

Χορήγηση και βαθμολόγηση.

Το FAQ είναι μια μέτρηση λειτουργικών ικανοτήτων που βασίζεται σε πληροφορίες, από τις οποίες αξιολογούνται οι εξεταζόμενοι σε δέκα πολύπλοκες, ανωτάτου επιπέδου δραστηριότητες.

Οι δραστηριότητες αυτές είναι:

1. Υπογραφή επιταγών, πληρωμή λογαριασμών, χειρισμός βιβλιαρίου επιταγών.
2. Συγκέντρωση φορολογικών εγγράφων, επαγγελματικές σχέσεις.
3. Αγορά ρούχων, ανάγκες νοικοκυριού ή διατροφικές ανάγκες.
4. Παίξιμο ενός παιχνιδιού επιδεξιότητας, ανάπτυξη δεξιοτήτων.
5. Βράσιμο νερού, φτιάξιμο καφέ, άναμα της σόμπας.
6. Ετοιμασία ενός ισορροπημένου γεύματος.
7. Παρακολούθηση και καταγραφή προσφάτων γεγονότων.
8. Προσοχή, κατανόηση και συζήτηση για ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα, βιβλίο ή περιοδικό.

9. Ικανότητα να θυμάται ραντεβού, οικογενειακές και κοινωνικές εκδηλώσεις, διακοπές και σωστή λήψη φαρμάκων.

10. Οδήγηση, χρήση μέσων μαζικής μεταφοράς και ταξίδι σε μέρη εκτός γειτονιάς.

Το επίπεδο της απόδοσης κυμαίνεται από ανεξαρτησία μέχρι πλήρης εξάρτηση και βαθμολογείται ως εξής:

- Εξαρτημένος = 3
- Χρειάζεται βοήθεια = 2
- Έχει δυσκολίες αλλά αυτοεξυπηρετείται = 1
- Φυσιολογικός = 0

Υπάρχουν και άλλες δύο δυνατότητες βαθμολόγησης:

- Ποτέ δεν έκανε την δραστηριότητα αλλά μπορεί να την κάνει τώρα = 0
- Ποτέ δεν έκανε την δραστηριότητα και θα έχει δυσκολίες να την κάνει τώρα = 1

Το συνολικό αποτέλεσμα του FAQ υπολογίζεται με απλή πρόσθεση των αποτελεσμάτων κάθε μιας από τις δέκα κατηγορίες. Τα αποτελέσματα κυμαίνονται από 0 έως 30. Όσο μεγαλύτερο είναι το αποτέλεσμα τόσο μικρότερη είναι η λειτουργική ικανότητα και τόσο μεγαλύτερη η διαταραχή.

Gerontological Depression Scale-GDS, GDS-15, Ερωτηματολόγιο για μέτρηση κατάθλιψης

Διαλέξτε την κατάλληλη απάντηση περιγράφοντας το πώς αισθανθήκατε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Βεβαιωθείτε ότι έχετε βάλει σε κύκλο τη σωστή απάντηση.

ΝΑΙ **ΟΧΙ**

1. Είστε γενικά ικανοποιημένοι από τη ζωή σας;
2. Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις ασχολίες και τα ενδιαφέροντα σας;
3. Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;
4. Βαριέστε συχνά;
5. Συνήθως είστε σε καλή διάθεση;
6. Φοβάστε ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;
7. Συνήθως αισθάνεστε ευτυχισμένοι;
8. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητοι;
9. Προτιμάτε να μένετε σπίτι παρά να βγαίνετε έξω δοκιμάζοντας νέα πράγματα;
10. Αντιμετωπίζετε περισσότερα προβλήματα μνήμης απ' ό,τι συνήθως;
11. Θεωρείτε ότι είναι υπέροχο που είστε ζωντανοί;
12. Αισθάνεστε ανάξιοι και αδύναμοι;
13. Αισθάνεστε γεμάτοι ενέργεια;
14. Αισθάνεστε ότι η κατάσταση σας είναι απελπιστική;
15. Αισθάνεστε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από ότι είστε εσείς;

Η κλίμακα αυτή εκτιμά την κατάθλιψη στα ηλικιωμένα άτομα, συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή και η εγκυρότητα του αποτελέσματος

εξαρτάται αποκλειστικά από την ειλικρίνεια των απαντήσεών τους. Να σημειωθεί ότι η πλήρης κλίμακα έχει 30 ερωτήσεις, αλλά προτείνεται αυτή, που αποτελεί επιλογή 15 ερωτήσεων και έχει επικρατήσει να λέγεται GDS-15.

Κάθε ερώτηση επιζητά μια απάντηση του τύπου ναι ή όχι που βαθμολογείται αντίστοιχα με 0 ή 1. Το σκορ ποικίλει από 0-15. Στις ερωτήσεις 1,5,7,11,13 βαθμολογείται με 1 βαθμό την απάντηση όχι. Στις υπόλοιπες την απάντηση ναι.

Οι εξεταζόμενοι ανάλογα με τη βαθμολογία ταξινομούνται ως εξής:

0-5 απουσία κατάθλιψης

5-10 μέτρια κατάθλιψη

11-15 σοβαρή κατάθλιψη.

ΣΩΜΑΤΕΙΑ ΓΙΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

- «Σωματείο φροντιστών-συγγενών ατόμων με άνοια Alzheimer και συναφών διαταραχών Αθηνών»
Κάνιγγος 23- 10677 Αθήνα, τηλ. 210 3811604
24ωρη γραμμή SOS: 210-3303678
- «Σωματείο Alzheimer Θεσσαλονίκης»
Μακρή 16 – 566 25 Συκιές Θεσσαλονίκης τηλ. 2310 925802
24ωρη γραμμή S.O.S: 2310 909000
Ιστοσελίδα: www.alzheimer-hellas.gr
E-mail: alzhas@med.auth.gr
- «Εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Αθήνας»
Ασημακοπούλου 38 – Αγία Παρασκευή 153 42 Αθήνα, τηλ. 210 6012935
- «Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών»
Ελ. Βενιζέλου 123 – Κερατσίνι 185 34 Πειραιάς,
τηλ. 210 4623195 Γραμμή Βοήθειας: 210-4623195
- Γενικό Νοσοκομείο – Πατρών «Άγιος Ανδρέας»
Νευρολογικό Τμήμα, Τσερτίδου 1 – 263 35 Πάτρα
τηλ. 2610 227969

- «Εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών παθήσεων νομού Ημαθίας»
Καρακωστή 15 – 591 00 Βέροια
τηλ. 23310 28344
- «Ινστιτούτο Alzheimer - Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας»
Χατζηαργύρη 110 – 383 33 Βόλος
τηλ. 24210 43448
- «Σωματείο Alzheimer Ξάνθης»
Τ.Θ. 216, Ξάνθη 671 00,
τηλ. 25410 56130
- «Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών Χανίων»
Ελ. Βενιζέλου 100 – 733 00 Μουριές Χανίων, Κρήτη,
τηλ. 28210 90949 και 28210 42022
- «Σωματείο Άρτας στήριξης νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών»
Β. Πύρρου 56 – 471 00 Άρτα
τηλ. 26810 78595
- «Σωματείο Alzheimer Κέρκυρας»
Γ. Μαρασλή 36 – 491 00 Κέρκυρα (Α΄ όροφος)
τηλ. 26610 43660

- «Σύλλογος Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Σερρών»
Α΄ ΚΑΠΗ Δήμου Σερρών, Αγ. Σοφίας – 621 22 Σέρρες
τηλ. 23210 55789

- «Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Πιερίας»
Ουρανίας 15 – Ολυμπιακή Ακτή, 601 00 Πιερία
τηλ. 23510 64314, 64034

- «Ελληνική Εταιρεία νόσου Alzheimer»
Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Γ. Χατζηκόστα.
Λ. Μακρυγιάννη – 450 01 Ιωάννινα
τηλ. 26510 80420

- «Παγκύπριος Σύνδεσμος Στήριξης Ατόμων της νόσου Alzheimer»
Σταδίου 31 Α – 6020 Λάρνακα Κύπρος

- «Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συγγενών
Διαταραχών Βόλου»
Χατζηαργύρη 110 – 383 33 Βόλος
τηλ. & Fax : 24210 43448

