

re

**ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «Alzheimer και πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη»

Φοιτητής: ΧΡΥΣΙΚΟΣ Βασίλειος

**Εποπτεύων
καθηγητής: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ Νικόλαος.**

ΠΑΤΡΑ 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα	Σελίδες
Περίληψη.....	3
Πρόλογος	4
Εισαγωγή	5
1. Ανατομία-φυσιολογία του εγκεφάλου	6
2. Ορισμός μνήμης και άνοιας	7
3. Η νόσος Alzheimer - ορισμός	9
4. Ιστορικό της νόσου Alzheimer.....	10
5. Αίτια της Νόσου Alzheimer	11
6. Διάγνωση της νόσου	13
7. Διαγνωστικές εξετάσεις	15
8. Διαφορική Διαγνωση	16
9. Συμπτώματα της νόσου Alzheimer.....	17
10. Σταδιοποίηση της νόσου Alzheimer.....	20
11. Γνωστικές διαταραχές	21
12. Λειτουργικές διαταραχές	24
13. Επιδημιολογία.....	26
14. Θεραπεία.....	28
15. Φαρμακευτική και επιστημονική αντιμετώπιση της νόσου	29
16. Προαγωγή της υγείας των περιθαλπόντων ασθενών με νόσο Alzheimer	36
17. Ανάγκες προαγωγής της υγείας φροντιστών και ασθενών με Ν.Α	37
18. Οργάνωση προγραμμάτων προαγωγής για φροντιστές και ασθενείς με Ν.Α	38
19. Πρόληψη της Νόσου Alzheimer.....	41
20. Πρωτοβάθμια πρόληψη	43
21. Δευτεροβάθμια πρόληψη	46
22. Τριτοβάθμια πρόληψη	53
23. Νοσηλευτική παρέμβαση στη νόσο	58
24. Καθήκοντα του Νοσηλευτή	74
25. Νοσηλευτική διεργασία.....	79
Παράρτημα.....	81
Βιβλιογραφία.....	84

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία έγκειται στη παρουσίαση μιας ολοκληρωμένης εικόνας της νόσου Alzheimer με κύριο μέλημα τις 3 βαθμίδες πρόληψης καθώς και την ενημέρωση για τις επιπτώσεις της ασθένειας στη καθημερινή ζωή του ατόμου και την εναρμόνιση του με το περιβάλλον. Η εργασία αυτή αποβλέπει:

- Να επισημανθούν οι επικίνδυνες διαστάσεις που παίρνει η νόσος του Alzheimer.
- Να γίνει ενημέρωση για τις επιπτώσεις της στη συμπεριφορά του ασθενή και στη προσωπικότητα του.
- Να γνωστοποιηθούν οι βαθμίδες πρόληψης, ανάλογα την σοβαρότητα και την περίπτωση του κάθε ασθενούς.
- Να τονιστεί αφενός η αναγκαιότητα των κοινωνικών επιστημών στην αντιμετώπιση της νόσου κ αφετέρου αν τονιστεί η ανεπάρκεια μιας θεραπείας που στηρίζεται αποκλειστικά και μόνο στο ιατρικό μοντέλο.
- Να τονιστεί η μεγάλη αξία της οικογένειας και γενικά οι θετικές επιπτώσεις που έχει ένα κατάλληλα διαμορφωμένο περιβάλλον στην αντιμετώπιση της συμπεριφοράς του ασθενή και στη διατήρηση της λειτουργικότητας του για όσο το δυνατόν περισσότερο χρόνο.
- Να επισημανθεί η ανάγκη ίδρυσης νέων δομών, επαρκώς επανδρωμένων, που θα ενημερωθούν και θα στηρίζουν την οικογένεια του ασθενή και παράλληλα θα έχουν τη δυνατότητα να προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα στον ασθενή όταν αυτός τη χρειαστεί.

Στην εργασία γίνεται αναφορά σε ορισμούς, σε ιστορικά στοιχεία, σε επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της ασθένειας, σε αιτιολογικούς και παθογενετικούς παράγοντες, σε διαγνωστικούς παράγοντες καθώς και στην κλινική εικόνα, τα στάδια της νόσου κ την πρόγνωση. Επίσης γίνεται αναφορά κυρίως στη πρόληψη, αλλά και στη θεραπεία, στη νοσηλευτική παρέμβαση κ στη φροντίδα του ασθενή κ στο ρόλο του οικογενειακού περιγύρου στον ασθενή με άνοια.

Πρόλογος

Η νόσος Alzheimer, μια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου που προκαλεί προοδευτική έκπτωση των νοητικών λειτουργιών και προοδευτικά καταστρέφει εγκεφαλικά κύτταρα. Η νόσος προσβάλλει τη μνήμη και τη νοητική λειτουργία (π.χ., σκέψη, ομιλία κ.λπ.), αλλά μπορεί επίσης να οδηγήσει και σε άλλα προβλήματα, όπως σε σύγχυση, αλλαγές στη διάθεση και αποπροσανατολισμό σε χρόνο και χώρο. Έχει αποκτήσει τα τελευταία δέκα χρόνια ιδιαίτερη σημασία και μεγάλη δημοσιότητα.

Λόγω της γήρανσης του πληθυσμού πολλαπλασιάστηκε ο αριθμός των ασθενών που πάσχουν από την νόσο. Παράλληλα, σημαντικές έρευνες στο πεδίο της φαρμακολογίας της νευρολογίας και της ψυχιατρικής κατέστησαν δυνατή την παραγωγή φαρμάκων που μπορούν να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου.

Η έρευνα για την ανακάλυψη παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη της νόσου δίνει ελπίδα στους πάσχοντες και στους συγγενείς τους αν και οποιαδήποτε σημαντική εξέλιξη δεν πρέπει να αναμένεται στο εγγύς μέλλον, δεδομένης της μεγάλης χρονικής διάρκειας που απαιτείται ώστε να είναι δυνατή η πρακτική αξιοποίηση των ερευνητικών ευρημάτων.

Εισαγωγή

Κανείς δεν είναι προετοιμασμένος να δεχτεί ότι πάσχει ο ίδιος ή ένα άτομο του οικογενειακού του περιβάλλοντος από τη νόσο Alzheimer. Κατάσταση η οποία μπορεί να προκαλέσει άγχος, αγωνία, ψυχική και σωματική κόπωση σε αυτούς.

Μόλις διαγνωσθεί η ασθένεια, βασική προτεραιότητα, είναι να ενημερωθεί ο ασθενής ή και άτομο τού περιβάλλοντός του, για την νόσο Alzheimer, πώς αυτή εκδηλώνεται, πώς εξελίσσεται και ποιες δυνατότητες ανάσχεσης υπάρχουν.

Ο μέσος όρος διάρκειας της νόσου από τη στιγμή της διάγνωσης είναι δέκα χρόνια. Είναι αλήθεια ότι δεν υπάρχει ακόμα θεραπεία, αλλά υπάρχουν μια σειρά στρατηγικές για να επιλύσει κανείς τα καθημερινά προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπος.

Δύο, είναι τα βασικά σημεία που δεν πρέπει να ξεχνά κανείς.

Ø Η ποιότητα της φροντίδας που μπορεί κάποιος να προσφέρει, επηρεάζεται από τη δική του ψυχική του κατάσταση.

Ø Η νόσος Alzheimer εξελίσσεται με τον χρόνο.

Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι αυτό που πρόκειται να κάνετε σήμερα, μπορεί να είναι αδύνατο να επιτευχθεί αύριο. Μια λύση που ενδεχομένως είναι ικανοποιητική για μια δεδομένη στιγμή, μπορεί να μην είναι αργότερα, όταν προστεθούν και άλλα συμπτώματα. Ποτέ δεν πρέπει να θεωρείται η λύση ενός προβλήματος οριστική.

1. Ανατομία - Φυσιολογία του εγκεφάλου

Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα. Διαιρείται λειτουργικά σε τρία μέρη.

- Ø Τα δύο ημισφαίρια
- Ø Την παρεγκεφαλίδα
- Ø Το στέλεχος

Τα δύο ημισφαίρια χωρίζονται με την επιμήκη σχισμή και διαιρούνται με αύλακες και τέσσερις λοβούς: τον μετωπιαίο, τον βρεγματικό, τον κροταφικό και τον ινιακό.

Κάθε ημισφαίριο αποτελείται από δύο ουσίες τη *φαιά*, όπου βρίσκονται τα εγκεφαλικά κύτταρα και τη *λευκή*, όπου βρίσκονται οι νευρικές ίνες. Η φαιά βρίσκεται γύρω από τη λευκή ουσία και αποτελεί τον φλοιό του εγκεφάλου και της παρεγκεφαλίδας. Τα ημισφαίρια είναι υπεύθυνα για τον έλεγχο των «ανώτερων λειτουργιών», δηλαδή της ομιλίας, της μνήμης, της νοημοσύνης.

Η παρεγκεφαλίδα είναι το δεύτερο σε μέγεθος τμήμα του ανθρωπίνου εγκεφάλου. Βρίσκεται πίσω από το στέλεχος και κάτω από τους ινιακούς λοβούς. Όπως και ο υπόλοιπος εγκέφαλος αποτελείται εξωτερικά από φαιά ουσία και εσωτερικά από λευκή ουσία. Η λειτουργία της έχει σχέση με τη ρύθμιση του τόνου των μυών και την ισορροπία του σώματος.

Το στέλεχος αποτελείται από: Το μεσεγκέφαλο, τη γέφυρα και τον προμήκη μυελό. Ο προμήκης μυελός συνδέει τον εγκέφαλο με τον νωτιαίο μυελό. Το στέλεχος διατηρεί τις «ζωτικές λειτουργίες» του οργανισμού (αναπνοή, κυκλοφορία κλπ)¹.

¹ Κακλαμάνης Ν-Κάμμας Α, *Η ανατομική του ανθρώπου*, M-Edition, Αθήνα 1998, σελ 35-36.

2. Ορισμός μνήμης και άνοιας

Η μνήμη είναι βασικό στοιχείο της γνωστικής λειτουργίας του κάθε ανθρώπου. Είναι σημαντική για κάθε δραστηριότητα είτε είναι ακαδημαϊκή, ψυχαγωγική ή κοινωνική. Η μνήμη χαρακτηρίζει την προσωπικότητα του ατόμου και προσδίδει στον καθένα μια ξεχωριστή ταυτότητα. Χωρίς την ικανότητα να θυμόμαστε την δική μας προσωπική ιστορία είμαστε μέσα σε κλίμα σύγχυσης και αβεβαιότητας. Για αυτόν ακριβώς τον λόγο οι διαταραχές τύπου άνοιας κλέβουν από τον καθένα την ταυτότητά του και τα βιώματά του. Η μνήμη βοηθά στην απόκτηση νέων δεξιοτήτων και γνώσης, στην εκτέλεση εργασιών και στην ανταπόκριση σε αυτούς που αγαπάμε.

Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, ως μνήμη μπορεί να χαρακτηριστεί ως η λειτουργία της καταγραφής, εναποθήκευσης και ανάκλησης πληροφοριών και γεγονότων. Πρόκειται για σύνθετη νοητική λειτουργία και για αυτό υπάρχουν πολλές απόψεις για τις επιμέρους συνιστώσες της. Η περισσότερο αποδεκτή διαίρεση της μνήμης, είναι αυτή που προέρχεται από την πειραματική νευροψυχολογία και η οποία διακρίνει τη μνήμη, σε βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη. Ως *βραχυπρόθεσμη*, ορίζεται η μνήμη που διαρκεί έως 2-3 λεπτά. Τελευταίως, προτείνεται, ως αντιπροσωπευτικότερος όρος: «μνήμη εργασίας».

Μακροπρόθεσμη, θεωρείται η μνήμη η οποία μπορεί να διατηρηθεί επί μακρόν. Για να είναι όμως δυνατή η διατήρησή της, πρέπει να επιτελούνται επιτυχώς οι λειτουργίες:

- Ø καταγραφή,
- Ø εναποθήκευση,
- Ø ανάκληση των πληροφοριών.

Η *μακροπρόθεσμη* μνήμη διαιρείται σε δύο μεγάλες ομάδες, την «αναφορική ή δηλωτική μνήμη» και τη «διαδικαστική ή μη δηλωτική μνήμη»².

Η άνοια χαρακτηρίζεται από ένα προοδευτικό εκφυλισμό και απώλεια των διανοητικών ικανοτήτων του ατόμου. Πολλοί συχνά αναρωτιούνται αν η νόσος Alzheimer και η άνοια είναι κάτι το διαφορετικό ή το ίδιο. Η σωστή απάντηση είναι πως η νόσος Alzheimer είναι ένα από τα πιο γνωστά είδη άνοιας³.

Η άνοια είναι μια συνδρομή που έχει συνήθως προοδευτική και μη αντιστρεπτή εξέλιξη, αν και μερικές μορφές άνοιας είναι θεραπεύσιμες και ενίοτε αντιστρέψιμες⁴. Ως

² Δημήτρης Βασιλόπουλος, *Νευρολογία επιτομή θεωρίας και πράξης*, εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 2003, σελ.324-325.

³ Αναστασία Κωσταρίδου - Ευκλείδη, *Θέματα γηροψυχολογίας και γερωντολογίας*, εκδ. Δ' Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999, σελ. 317-318.

⁴ Henry Brodaty *Η νόσος Alzheimer στην πρωτοβάθμια περίθαλψη*, εκδ. Βαγιονάκης, Αθήνα 2003, σελ. 3.

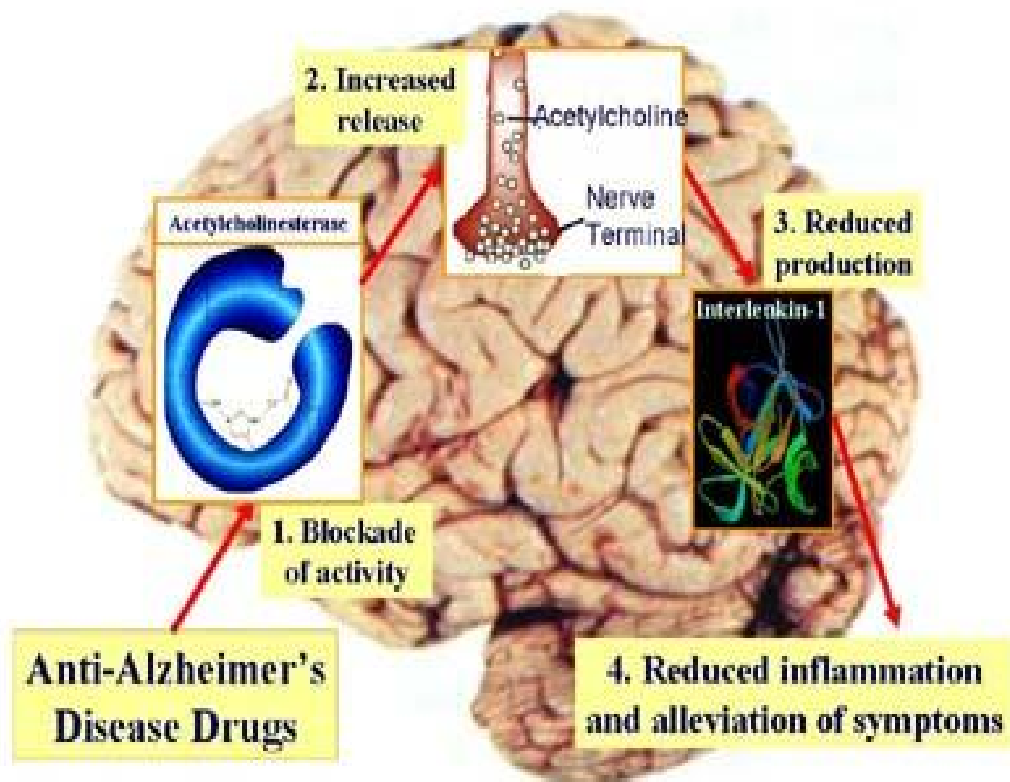
άνοια τύπου Alzheimer θεωρείται η προϊούσα έκπτωση τουλάχιστον δύο ανώτερων λειτουργιών η οποία δεν οφείλεται σε συστηματικό νόσημα ή εγκεφαλική βλάβη. Είναι η πιο κοινή νευροεκφυλιστική νόσος⁵.



⁵ Ν. Ι. Γριανταφύλλου *Θεραπευτική των χρόνιων νοσημάτων και συμπτωμάτων της Νευρολογίας*, εκδ. Η γωνιά του βιβλίου, Αθήνα 2010, σελ. 31.

3. Η νόσος Alzheimer - Ορισμός

Η νόσος του Alzheimer είναι μια προοδευτική δυσλειτουργία της μνήμης σε συνδυασμό με διαταραχή σε μια ή περισσότερες περιοχές της νόησης. Είναι μια εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου, που έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια μνήμης, την έκπτωση της σκέψης, τη δυσκολία στην εύρεση της σωστής λέξης κατά την ομιλία και αλλαγές στην προσωπικότητα. Κατά την πορεία της νόσου, υπάρχει μια συνεχής απώλεια των νευρικών κυττάρων σε περιοχές του εγκεφάλου, που είναι ζωτικής σημασίας για τη μνήμη και άλλες νοητικές λειτουργίες. Υπάρχει επίσης μείωση του επιπέδου των χημικών ουσιών που κυκλοφορούν στον εγκέφαλο, που είναι γνωστές ως νευροδιαβιβαστές και που μεταφέρουν σύνθετα μηνύματα μεταξύ δισεκατομμυρίων⁶ νευρικών κυττάρων.



⁶ Κακλαμάνης Ν. *Η ανατομική του ανθρώπου*, εκδ. Edition Αθήνα 1998, σελ. 55-56.

4. Ιστορικό της νόσου Alzheimer.

Ο Αλόις Alzheimer ήταν Γερμανός γιατρός, ο οποίος το 1906 προσδιόρισε μια κατηγορία άνοιας, δηλαδή αμετάκλητης απώλειας των νοητικών ικανοτήτων. Η άνοια αυτού του τύπου εμφανιζόταν προοδευτικά σε άτομα που ήταν ακόμα νέα σε ηλικία και συνοδευόταν από βλάβες –τις οποίες ο Αλτσχάϊμερ θεωρούσε ειδικές- που εντοπιζόταν κατά την αυτοψία των ασθενών σε σχετικά ασαφείς περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού.

Μέχρι τη δεκαετία του 1970, μια αποδεκτή πρακτική των Γάλλων αλλά και άλλων ευρωπαϊών γιατρών ήταν η περιγραφή με τον γενικό όρο «προγεροντικές άνοιες» κάποιων εκφυλιστικών παθήσεων του κεντρικού νευρικού συστήματος. Οι παθήσεις αυτές χαρακτηρίζονταν από έκπτωση της μνήμης, είχαν συχνά ύπουλη έναρξη και προσέβαλλαν νέα σε ηλικία άτομα (περίπου 50 ετών). Εθεωρούντο από τους γιατρούς πολύ σπάνιες, και η πιο σπάνια από αυτές ήταν η νόσος Alzheimer. Υπήρχαν και άλλες τέτοιες παθήσεις με ανάλογη κλινική συμπτωματολογία: για παράδειγμα, η νόσος Pick είναι ακόμα πιο σπάνια. Σε αυτήν, οι ανατομικές βλάβες φαίνεται να εντοπίζονται κυρίως στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου.

Εκτός αυτού, μέχρι πριν από είκοσι περίπου χρόνια, οι ειδικοί αναφέρονταν πολύ πιο συχνά στις «γεροντικές άνοιες» που εμφανίζονταν σε άτομα σαφώς πιο ηλικιωμένα (από 75 έως 85 ετών) και εθεωρούντο ως αποδεκτή μορφή γήρατος. Η «γεροντική άνοια», είναι γνωστή και ως «μαλάκυνση».

Τότε, λοιπόν, όλα ήταν απλά και η κατάσταση γινόταν αποδεκτή, τόσο από τους ειδικούς όσο και από τις οικογένειες: «ο παππούς ξεκούτιανε», συνήθιζαν να λένε. Και ναι μεν ήταν ενοχλητικό, αλλά δεν υπήρχε τίποτα υπερβολικό σε αυτό που συνέβαινε. Όσο για τις σπάνιες, αυθεντικές περιπτώσεις της νόσου Alzheimer, αυτές συνέπαιρναν τους νευρολόγους χωρίς ωστόσο να συγκινούν στο ελάχιστο τους δημοσιογράφους.

Όλα αυτά όμως άρχιζαν να αλλάζουν μετά τη δεκαετία του 1960, όταν οι αγγλοσάξονες επιστήμονες παρατήρησαν κάποιες κοινές ιστολογικές αλλοιώσεις στους διάφορους τύπους άνοιας. Τις συγκέντρωσαν λοιπόν και με βάση αυτές δημιούργησαν μια ξεχωριστή ενότητα, την άνοια του τύπου Alzheimer. Σήμερα ο όρος «νόσος του Alzheimer» χρησιμοποιείται πλέον χωρίς διακρίσεις ως συνώνυμο της άνοιας τύπου Alzheimer για να προσδιορίσει τη μη ομαλή εγκεφαλική γήρανση, ήτοι τη «μαλάκυνση», ή για να δηλώσει περιπτώσεις της αληθινής νόσου του Alzheimer⁷.

⁷ Henri Rubinstein, *Η νόσος του Αλτσχάϊμερ*, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2005, σελ. 25-26.

5. Αίτια της νόσου Alzheimer

Παρά τις εντατικές και επίμονες επιστημονικές έρευνες, η αιτιολογία της νόσου προς το παρόν είναι άγνωστη. Οι ερευνητές μελετούν μεγάλη ποικιλία ύποπτων παραγόντων, όπως γενετικούς παράγοντες, βιοχημικές και ανοσιακές διαταραχές, μεταβολικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Παρά την αδυναμία των ερευνητών να βρουν το αίτιο της νόσου, σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί στο επίπεδο της καταρρίψεως των μύθων και της βαθύτερης κατανοήσεως της νόσου. Έτσι, σήμερα γνωρίζουμε ότι:

1. Η νόσος δεν είναι φυσιολογική διεργασία της γήρανσης
2. Δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηριών, ούτε από υποξία του εγκεφάλου
3. Δεν είναι μεταδοτική
4. Είναι νόσος του εγκεφάλου
5. Δεν θεωρείται ψυχική νόσος ή μορφή τρέλας⁸

Σύμφωνα με αναφορές της Ελληνικής Γeronτολογικής και γηριατρικής εταιρείας, οι παράγοντες που προδιαθέτουν στην εκδήλωση της νόσου Alzheimer είναι:

1. Βέβαιοι παράγοντες:

- α) μεγάλη ηλικία
- β) γενετική προδιάθεση
- γ) γυναίκες (ελαφρά υπεροχή από τους άνδρες 13%)
- δ) περιβάλλον

2. Πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες:

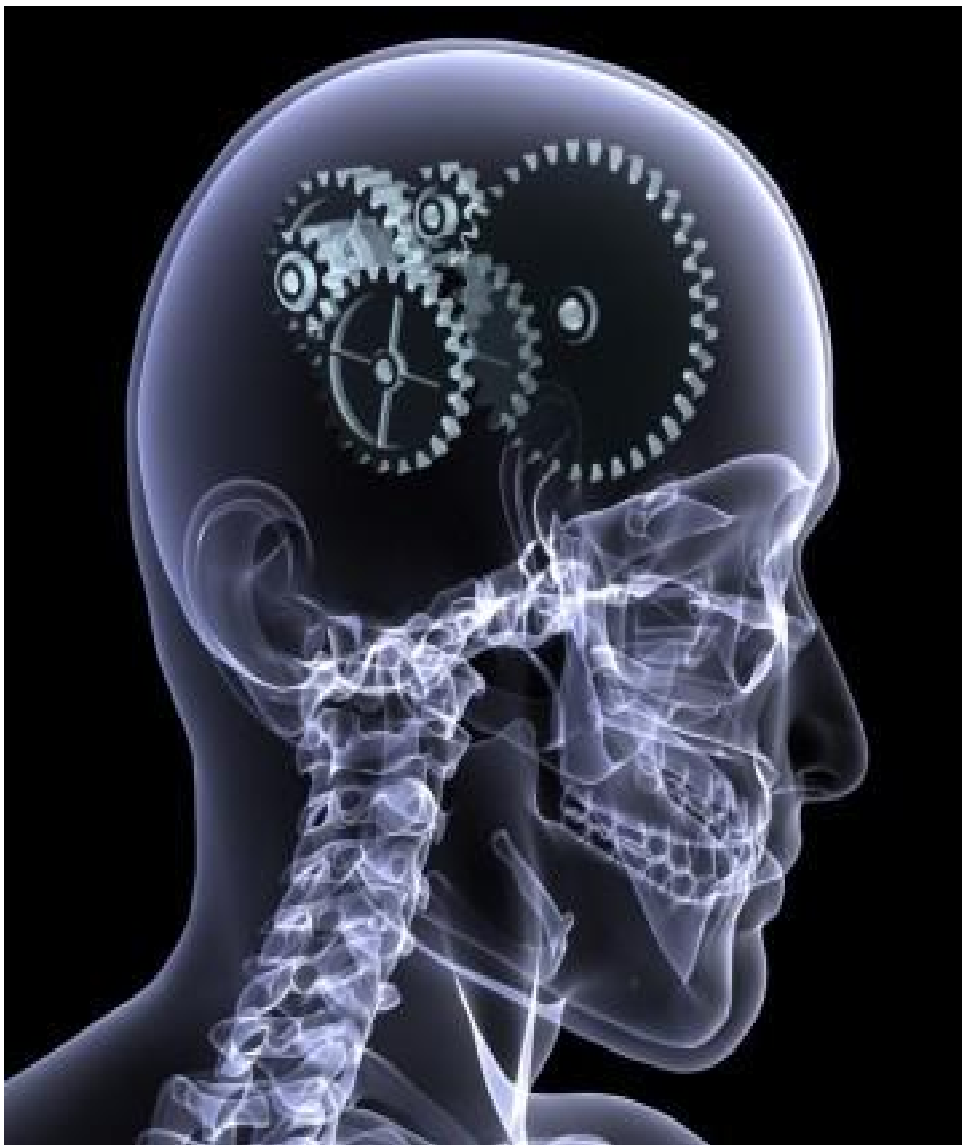
- α) Η παρουσία απολιποπρωτεΐνης E-e στο χρωμόσωμα 19, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνιση της νόσου από 2-10 φορές. Η προγνωστική αξία είναι άνευ σημασίας αφού μέχρι σήμερα δεν είναι δυνατόν να εφαρμοστούν προληπτικές παρεμβάσεις, ούτε υπάρχει θεραπεία για την άνοια, πολύ δε περισσότερο που δεν προσδιορίζεται ο χρόνος εμφάνισής της.
- β) Η μη χρησιμοποίηση από το άτομο ορισμένων ουσιών, όπως είναι τα οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση στη γυναίκα, τα οποία αναφέρεται ότι έχουν προστατευτική δράση, καθώς και τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

⁸ Newborn V. Is it really Alzheimer's. Am. J. Nurs 1991, 91:51

- γ) Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.
- δ) Το ιστορικό καρδιακών παθήσεων.
- ε) Η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης.

3. Αμφισβητούμενοι παράγοντες:

- α) Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
- β) Περιορισμένες ικανότητες προφορικής και γραπτής γλώσσας
- γ) Ιστορικό επιληπτικών κρίσεων
- δ) έκθεση σε μεγάλες ποσότητες ψευδαργύρου
- ε) Έκθεση σε μεγάλες ποσότητες αλουμινίου⁹



⁹ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004, σελ. 355-356

6. Διάγνωση της νόσου

Μέχρι σήμερα η διάγνωση δεν είναι εντελώς εφικτή. Η συνεχής ανάπτυξη διαγνωστικών κριτηρίων υπαινίσσεται ότι δεν υπάρχει ασφαλές διαγνωστικό κριτήριο. Αντικειμενικά ευρήματα δεν υπάρχουν, παρά μόνο στο τελικό στάδιο της νόσου και αυτά είναι μη παθογνωμονικά. Κατά την αυτοψία, με ιστοπαθολογικές μεθόδους ανευρίσκονται γεροντολογικές πλάκες –*μικροσκοπικές βλάβες του εγκεφαλικού φλοιού που αποτελούνται από νευρώνες, τυλιγμένους γύρω από αμυλοειδή πυρήνα, νευροϊνιδιακούς κόμβους–ελικοειδή ινίδια που εμπλέκονται με τους νευρώνες, κοκκιοκενοτοπιώδης εκφύλιση των νευρικών κυττάρων.*

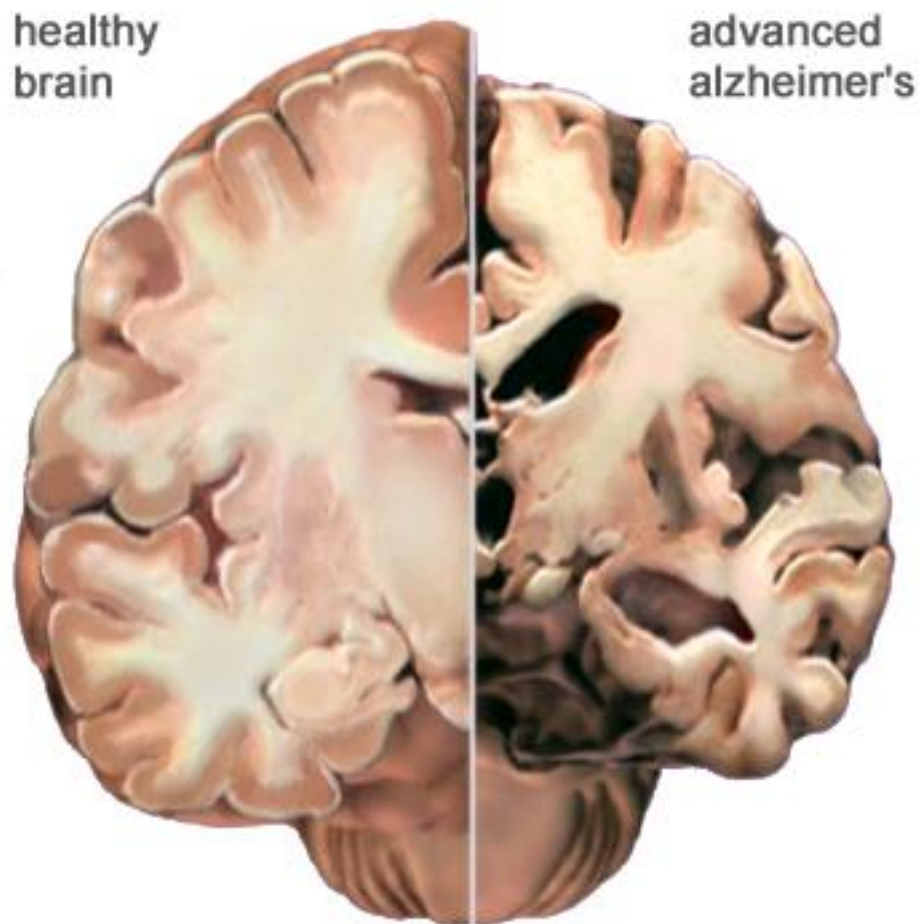
Πρέπει να σημειωθεί ότι σε σημαντικό βαθμό η άνοια μπορεί να είναι μικτής μορφής, δηλαδή να υπάρχουν και αγγειακοί παράγοντες, οι οποίοι προστίθενται σε εκφυλιστικούς παράγοντες. Οι τελευταίες πρόοδοι των νευροαπεικονιστικών μεθόδων, έχουν συμβάλει στη διάγνωση της νόσου και μάλιστα σε αρχικά στάδια. Ειδικότερα, η αξονική και η μαγνητική τομογραφία μπορούν να προσφέρουν στη διαφορική διάγνωση, διότι απεικονίζουν την εκλεκτικότητα της ατροφικής διεργασίας στις οπίσθιες βρεγματικές και κροταφικές περιοχές, ενώ ο αισθητικοκινητικός και ινιακός λοβός διατηρούνται σε σχετικώς καλή κατάσταση.

Πάντως, η προσεκτική κλινικοεργαστηριακή εκτίμηση της άνοιας, δίνει ποσοστά σωστής διάγνωσης, ακόμα και της μορφής της νόσου Alzheimer 90%. Παράλληλα με την κλινικοεργαστηριακή εξέταση για τη διάγνωση όπως η Mini Mental State Examination για διαπίστωση της παρουσίας άνοιας, η Geriatric Depression Scale (GDS) που προσδιορίζει την παρουσία της κατάθλιψης με κάποια εξειδίκευση στα άτομα τρίτης ηλικίας, για την διάκριση των επτά σταδίων της νόσου χρησιμοποιείται η Global Deterioration Scale και διάφορες άλλες κλίμακες.

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην ύπουλη εισβολή της, στην προοδευτική επιδείνωση και στον αποκλεισμό όλων των άλλων αιτίων που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Ύστερα από προοδευτική εκτίμηση οι κλινικοί μπορούν να φτάσουν στη διάγνωση, αρκεί να αξιολογήσουν σωστά την κλινική, τη νευρολογική, την ψυχιατρική, τη νευροφυσιολογική κατάσταση και το ιστορικό του ασθενούς¹⁰.

¹⁰ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004.

Επίσης, η νόσος Alzheimer μπορεί να επιβεβαιωθεί με μικροσκοπική εξέταση νευρικού ιστού, συνήθως στην νεκροτομή. Η αξονική τομογραφία, όπως αναλύσαμε πιο πάνω, δείχνει προοδευτική μείωση του εγκεφαλικού όγκου (ατροφία), μεγαλύτερου βαθμού από εκείνη του φυσιολογικού γήρατος. Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου δείχνει μειωμένο τοπικό μεταβολισμό γλυκόζης και ελάττωση κατανάλωσης οξυγόνου, καθώς και μειωμένη αιματική ροή σε περιοχές του φλοιού. Διαδοχικές εκτιμήσεις των αποτελεσμάτων νευροψυχολογικών δοκιμασιών, παρέχουν πληροφορίες για την προοδευτική επιδείνωση της κατάστασης¹¹.



¹¹ Άννας Σαχίνη-Καρδάση και Μαρίας Πάνου, *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – Νοσηλευτικές διαδικασίες*, Τόμος 3, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000.

7. Διαγνωστικές εξετάσεις

Οι σημαντικότερες παρακλινικές εξετάσεις καθημερινής πρακτικής είναι η αξονική και μαγνητική τομογραφία. Στους ασθενείς με προκεχωρημένη νόσο Alzheimer το μέγεθος των πλάγιων και της τρίτης κοιλίας είναι σχεδόν διπλάσιο του φυσιολογικού και οι εγκεφαλικές αύλακες διευρύνονται. Όπως αναφέρθηκε νωρίτερα οι λεπτές στεφανιαίες τομείς MRI των έσω κροταφικών λοβών αποκαλύπτουν μια δυσανάλογη ατροφία των ιππόκαμπων και μια αντίστοιχη διερεύνηση των κροταφικών κεράτων των πλάγιων κοιλιών. Ωστόσο στα αρχικά στάδια της νόσου οι αλλαγές δεν υπερβαίνουν αυτές που παρουσιάζονται σε διανοητικά υγιή ηλικιωμένα άτομα, για το λόγο αυτό δεν μπορεί κανείς να στηριχτεί αποκλειστικά και μόνο στις απεικονιστικές μελέτες για να θέσει τη διάγνωση. Οι εξετάσεις αυτές είναι πολυτιμότερες στον αποκλεισμό εγκεφαλικού όγκου υποσκληριδίου αιματώματος πολυεμφρακτικής άνοιας και από αποφρακτικό υδροκέφαλο. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα υφίσταται μια διάχυτη επιβράδυνση, στο εύρος των κυμάτων τα θήτα και δέλτα αλλά μόνο στα όψιμα στάδια της νόσου. Το ENY είναι φυσιολογικό αν και κάποιες φορές είναι ελαφρά αυξημένο το ολικό λεύκωμα.

Χρησιμοποιώντας τα κλινικά δεδομένα της CT η και την MRI σε συνδυασμό με την ηλικία του ασθενούς και την πορεία της νόσου στο χρόνο – Η διάγνωση της γεροντικής άνοιας του Τύπου Alzheimer τίθεται ορθά στο 90% των περιπτώσεων.

¹²Οι νευροψυχολογικές μελέτες αποκαλύπτουν επιδείνωση της μνήμης και των λεκτικών δεξιοτήτων. Ο έλεγχος αυτός είναι ιδιαίτερα χρήσιμος όταν υπάρχει μία συνεχής έκπτωση των δεξιοτήτων. Ορισμένες απόψεις της προσοχής και της Εκτελεστικής λειτουργίας στη νόσο Alzheimer έχουν πρόσφατα ανασκοπηθεί από τους Perry και Hodges.

Δεν υπάρχει διαθέσιμος κάποιος βιολογικός δείκτης της νόσου Alzheimer, με εξαίρεση, όπως αναφέρθηκε και πρωτύτερα την ανακριβή συσχέτιση με τον τροποποιητικό της νόσου αλλήλιο Έψιλον4 της απολιποπρωτεΐνης. Η ειδικότητα κάποιον Κοραίων αντιδράσεων έχει αναιρεθεί. Το ενδιαφέρον σχετικά με το θέμα αυτό ακολούθησε μια αναφορά, ότι οι ασθενείς με Alzheimer έχουν αυξημένη κοραία ευαισθησία στην ενσταλάξει οφθαλμικών σταγόνων τροπικαμίδης. Μεταγενέστερες μελέτες απέτυχαν να αναπαράγουν αυτά τα ευρήματα. Η μέτρηση της άμυλοειδικής πρωτεΐνης και των παραγώγων της στο ENY και στο αίμα ερευνώνται ως διαγνωστικές εξετάσεις.

¹² Maurice Victor & Allan H. Ropper. Adams and Victor's neurology II, The McGraw-Hill Companies 2007 σελ. 385-386.

8. Διαφορική διάγνωση

Παλιότερα, όταν ουσιαστικά όλες οι μορφές προγεροντικής και γεροντικής άνοιας ήταν μη θεραπεύσιμες, η εξακρίβωση της αιτίας της εγκεφαλικής νόσου προσέφερε ελάχιστα πλεονεκτήματα στον ασθενή ή την οικογένειά του. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως παρέμεναν στο σπίτι τους ή εισάγονταν για φροντίδα σε κάποιο ίδρυμα για ψυχιατρικούς ή χρονίως πάσχοντες ασθενείς. Τώρα που ένας σημαντικός αριθμός ανοϊκών διαταραχών είναι θεραπεύσιμος, έχει πολύ μεγάλη σημασία η σωστή διάγνωση. Ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να αναζητήσει με προσοχή την ύπαρξη αυτών των ιάσιμων μορφών, παρ'όλο που είναι σχετικά σπάνιες.

Οι θεραπεύσιμες μορφές άνοιας είναι αυτές που οφείλονται σε νευροσύφιλη (γενική πάρεση) κι άλλες χρονιές μηνιγγίτιδες, σε υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης, σε χρόνια υποσκληρίδιο αιματώματα, σε διατροφικές ανεπάρκειες, σε χρόνια φαρμακευτική δηλητηρίαση, σε ορισμένες ενδοκρινικές - μεταβολικές διαταραχές, σε κάποιους τύπους όγκων του μετωπιαίου και του κροταφικού λοβού, σε εγκεφαλική αγγειίτιδα και πάνω απ'όλα σε ψευδοάνοια της κατάθλιψης. Η ανία του AIDS και της παρανεοπλασματικής μεταιχμιακής εγκεφαλίτιδας μπορεί να υπόκειται μερικά σε θεραπεία. Ο αποκλεισμός όλων αυτών των νόσων γίνεται εύκολα με διαδοχική αξιολόγηση του ασθενούς σε εξωτερική βάση ή με βραχεία εισαγωγή στο νοσοκομείο, όπου μπορούν να γίνουν εξετάσεις αίματος ENY, ΗΕΓ, CT, MRI και Νευροψυχολογικό ως έλεγχος¹³.

Σύμφωνα με την εμπειρία των συγγραφέων, το δυσκολότερο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα είναι η διάκριση μεταξύ της όψιμης κατάθλιψης και της άνοιας, ιδίως όταν συνυπάρχουν σε κάποιο βαθμό και οι δυο. Η πολυεμφρακτική άνοια μπορεί να είναι δύσκολο να διακριθεί από την άνοια Alzheimer, αφού οι ασθενείς με Alzheimer μπορεί να έχουν ένα ή περισσότερα υποκλινικά έμφρακτα. Σύγχυση επίσης μπορεί να προκύψει με την άγνοιά του υδροκέφαλου φυσιολογικής πίεσης. Υπήρξαν φορές που με βάση την κλινική εικόνα ήμασταν βέβαιοι ότι ο ασθενής έπασχε από την νόσο Alzheimer, μέχρι που η νεκροτομή αποκάλυψε πως αιτία ήταν η προϊούσα υπερπυρηνική παραλύσει, νόσος με σωματεία Lewy, νόσος Pick ή κάποιοι άλλοι μη Alzheimer εκφύλιση των μετωπιαίων λοβών ή φλοιοβασική γαγγλιακή εκφύλιση.

¹³ Μ. Κώστα –Τσολάκη Επιστήμη και φροντίδα στην άνοια, εκδόσεις Βιβλιοδετική Α.Ε, Αθήνα 2005 σελ. 145-147

9. Συμπτώματα της νόσου Alzheimer

Αν και τα συμπτώματα της νόσου Alzheimer μπορεί να ποικίλουν σημαντικά, το πρώτο πρόβλημα που παρατηρείται σε πολλούς ασθενείς είναι η παροδική απώλεια της μνήμης, αρκετά σοβαρή ώστε να επηρεάζει τη λειτουργική ικανότητα στο σπίτι ή στην εργασία, ή την ενασχόληση με διάφορα χόμπι. Άλλα συμπτώματα είναι η σύγχυση, ο αποπροσανατολισμός σε γνώριμα μέρη, η τοποθέτηση αντικειμένων σε λάθος μέρος και τα προβλήματα με την ομιλία.

Θα παραθέσουμε παρακάτω, ορισμένα από τα συνηθέστερα σημεία και συμπτώματα της νόσου Alzheimer:

1. Αφαιρετική σκέψη: Η συμπλήρωση του καρτέ επιταγών μπορεί να είναι δύσκολη όταν πρέπει να συμπληρωθεί κάτι πιο περίπλοκο απ' ό,τι συνήθως. Ωστόσο, ένα άτομο με Alzheimer, μπορεί να ξεχάσει τι είναι οι αριθμοί και τι χρειάζεται να κάνει με αυτούς.

2. Αποπροσανατολισμός: Είναι φυσιολογικό να ξεχνάμε την τρέχουσα ημέρα της εβδομάδας ή το που πηγαίνουμε, αλλά τα άτομα με νόσο Alzheimer μπορεί να χαθούν στο δρόμο για το σπίτι τους, να ξεχάσουν που βρίσκονται και πως βρέθηκαν εκεί όπου βρίσκονται και να μην ξέρουν πώς να επιστρέψουν σπίτι τους.

3. Πρωτοβουλία: Συχνά μας κουράζουν οι οικιακές εργασίες, οι επαγγελματικές δραστηριότητες ή οι κοινωνικές υποχρεώσεις. Ωστόσο ένα άτομο με νόσο Alzheimer μπορεί να γίνει υπερβολικά παθητικό, να κάθεται μπροστά στην τηλεόραση για ώρες, να κοιμάται περισσότερο από το συνηθισμένο ή να μην εκτελεί τις συνήθειες δραστηριότητες.

4. Κρίση: Κανένας δεν είναι πάντα τέλειος στην κρίση του, αλλά τα άτομα με νόσο Alzheimer μπορεί να ντύνονται χωρίς να λαμβάνουν υπόψη τον καιρό, όπως, για παράδειγμα, να φοράνε πολλά ρούχα σε μια ζεστή ημέρα. Τα άτομα με άνοια δεν καταφέρνουν να διαχειριστούν λογικά τα χρήματά τους, δαπανώντας μεγάλα ποσά σε τηλεπωλήσεις, επισκευές ή αγορά προϊόντων.

5. Ομιλία: Όλοι μας δυσκολευόμαστε μερικές φορές να βρούμε την κατάλληλη λέξη, αλλά τα άτομα με νόσο Alzheimer συχνά ξεχνούν λέξεις ή τις υποκαθιστούν με ασυνήθιστες διατυπώσεις κάνοντας τον γραπτό ή προφορικό τους λόγο δυσνόητο. Για παράδειγμα αν κάποιο άτομο με νόσο Alzheimer δεν μπορεί να βρει την οδοντόβουρτσά του, μπορεί να την ζητήσει ως «εκείνο το πράγμα για το στόμα».

6. Προσωπικότητα: Η προσωπικότητα συνήθως μεταβάλλεται σε κάποιο βαθμό με την πρόοδο της ηλικίας, αλλά η προσωπικότητα ενός ατόμου με Alzheimer μπορεί να μεταβληθεί σημαντικά και το άτομο να γίνει εξαιρετικά συγχυσμένο, καχύποπτο, φοβισμένο ή να εξαρτάται υπερβολικά από κάποιο συγγενικό του πρόσωπο¹⁴.

Αν θέλαμε να συνοψίσουμε επιγραμματικά τα συμπτώματα της νόσου Alzheimer, θα μπορούσαμε να τα διακρίνουμε σε συμπτώματα *ήπιας* μορφής Alzheimer και της *βαριάς* μορφής Alzheimer.

Σημάδια ήπιας μορφής Alzheimer:

- Û Απώλεια μνήμης
- Û Χρειάζεται περισσότερο χρόνο προκειμένου να ολοκληρώσει συνήθεις καθημερινές εργασίες
- Û Προβλήματα χειρισμού χρημάτων για την πλήρωση λογαριασμών
- Û Κακή κρίση που οδηγεί σε κακές αποφάσεις
- Û Απώλεια αυθορμητισμού και πνεύματος πρωτοβουλίας
- Û Αυξημένο άγχος
- Û Αυξανόμενη απώλεια μνήμης και σύγχυση
- Û Δυσκολία στο να αναγνωρίζει φίλους και συγγενείς
- Û Δυσκολία στην άρθρωση λέξεων συμπεριλαμβανομένων της ανάγνωσης και της γραφής
- Û Δυσκολία με τους αριθμούς
- Û Δυσκολία διοργάνωσης σκέψης
- Û Ανησυχία, νευρικότητα, άγχος, δάκρυα
- Û Περιπλάνηση, ιδιαίτερα αργά το απόγευμα και το βράδυ
- Û Επαναλαμβανόμενες δηλώσεις ή κινήσεις, περιστασιακές συσπάσεις των μυών
- Û Παραισθήσεις και αυταπάτες
- Û Κινητικά προβλήματα

¹⁴ Maurice Victor & Allan H. Ropper. Adams and Victor's neurology II, The McGraw-Hill Companies 2007 σελ. 389

Τα συμπτώματα της βαριάς μορφής της νόσου Alzheimer είναι:

- Û Αδυναμία να αναγνωρίζει τους αγαπημένους του ή την οικογένειά του
- Û Αδυναμία να επικοινωνεί μαζί τους
- Û Απώλεια της αίσθησης του εαυτού του
- Û Επιληπτικές κρίσεις, λοιμώξεις του δέρματος δυσκολία στην κατάποση
- Û Αυξημένη διάθεση για ύπνο
- Û Έλλειψη ελέγχου της κύστης και των σφιγκτήρων μυών του πρωκτού
- Û Πλήρης εξάρτηση από τον φροντιστή του.

Επίσης, μεγάλο ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης παρουσιάζουν οι ασθενείς με Alzheimer. Μελέτες έχουν δείξει ότι 12-15% των ασθενών με Alzheimer εμφανίζουν κατάθλιψη, ψυχωτικές διαταραχές, διωκτικές ιδέες, ψευδείς κατηγορίες, ψευδαισθητική συμπεριφορά, επιθετικότητα με λόγια και πράξεις. Κατά τη διαδρομή της νόσου τα συμπτώματα ποικίλουν από άρρωστο σε άρρωστο, μέχρις ότου η νόσος να καταστήσει τα θύματά της ανίκανα για αυτοφροντίδα¹⁵.

¹⁵ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004. σελ. 358.

10. Σταδιοποίηση της νόσου Alzheimer

Συνήθως η νόσος διαδράμει σε επτά στάδια:

- Στάδιο 1.** Κατά το στάδιο αυτό δεν παρατηρούνται διαταραχές ανωτέρων λειτουργιών αντικειμενικά και χωρίς υποκειμενικές αιτιάσεις.
- Στάδιο 2.** Παραπονείται για διαταραχές μνήμης.
- Στάδιο 3.** Παρατηρείται ήπια νοητική καθυστέρηση, π.χ. μειωμένη απόδοση, δυσκολία να ανακαλεί γνωστά ονόματα, χάνεται όταν ταξιδεύει σε άγνωστο μέρος κ.α.
- Στάδιο 4.** Εμφανίζει μέτρια νοητική καθυστέρηση. Για παράδειγμα, παρουσιάζει κενά μνήμης, μειωμένη γνώση σε τρέχοντα και πρόσφατα γεγονότα, αδυναμία συγκέντρωσης, δυσκολεύεται στον χειρισμό οικονομικών, αδυναμία σε σύνθεση εργασίας, απόσυρση από προβληματικές καταστάσεις κ.α.
- Στάδιο 5.** Έναρξη της άνοιας. Ο ασθενής είναι πλέον εξαρτημένος. Δυσκολεύεται να ανακαλέσει βασικά στοιχεία, όπως τηλέφωνο, ονόματα πολύ γνωστών κ.α.
- Στάδιο 6.** Μέτρια άνοια. Ξεχνά το όνομα της συζύγου, το δικό του, θυμάται μερικά γεγονότα του παρελθόντος και αδυνατεί να θυμηθεί πρόσφατα γεγονότα και εμπειρίες. Δυσκολεύεται στην κανονική και αντίστροφη μέτρηση. Χρειάζεται βοήθεια στις συνήθειες καθημερινές ασχολίες. Ρυθμός ύπνου διαταραγμένος, διαταραχές χαρακτήρα και συναισθήματος με εκδηλώσεις, όπως παραληρηματικής συμπεριφοράς –ομιλία σε καθρέφτη– ψυχαναγκαστικά και αγχώδη συμπτώματα, διεγέρσεις ή και βίαιη συμπεριφορά, γνωσιακή αβουλία με αδυναμία σκέψης και προσδιορισμού υπάρξεως.
- Στάδιο 7.** Σοβαρή άνοια. Ο ασθενής χάνει κάθε λεκτική ικανότητα, παρουσιάζει ακράτεια ούρων, χάνει βασικές ψυχοκινητικές ικανότητες, όπως περπάτημα, χρειάζεται βοήθεια για την τουαλέτα, φαγητό κ.α. Γενικά το άτομο είναι εξαρτημένο¹⁶.

¹⁶ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004, σελ.358-359.

11.Γνωστικές διαταραχές

Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε και χρησιμοποιείται ευρέως σε όλο τον κόσμο ως εργαλείο σάρωσης και αρχικής γνωστικής εκτίμησης του ασθενούς με άνοια είναι η **Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Καταστάσης** η οποία, όμως εξετάζει μόνο μερικές από τις γνωστικές λειτουργίες όπως είναι ο προσανατολισμός στο χρόνο και στον τόπο, εγχάραξη νέων πληροφοριών, η ανάκληση, η συγκέντρωση και οι αριθμητικοί υπολογισμοί η κατά σειρά κατασκευαστική ικανότητα, η ευπραξία και ο λόγος. Το διαγνωστικό όριο για την άνοια είναι 23/24 παγκοσμίως ενώ η μέγιστη βαθμολογία είναι 30. Έχει βρεθεί ότι ο ασθενής με νόσο Alzheimer πέφτει 3-4 βαθμούς στο MMSE το χρόνο. Για περισσότερες πληροφορίες ο αναγνώστης μπορεί να μελετήσει των εγχειρίδιο Νευροψυχολογική εκτίμηση ηλικιωμένων κεφ. 6 (*Κώστα Τσολάκη, 1997*) και τη μελέτη στάθμης MMSE στην Ελλάδα.

Πολλοί επίσης προσπάθησαν να σταθμίσουν μερικές μικρές κλίμακες που εξετάζουν περισσότερες γνωστικές αλλά και λειτουργικές διαταραχές όπως είναι η **Σύντομη Κλίμακα Γνωστικής Αξιολόγησης** που παρατίθεται στο παρόν κεφάλαιο, η δοκιμασία των 7 λεπτών που σταθμίστηκε πρόσφατα στην Ελλάδα, οι κλίμακες που εξετάζουν μεμονωμένες οι γνωστικές λειτουργίες. Τέτοιες κλίμακες είναι η **Σύντομη Δοκιμασία Συνδρόμου** που εξετάζει κυρίως μνήμη και συγκεντρώσει ή η **Δοκιμασία Rey για την Ακουστική-Λεκτική μάθηση** που εξετάζει κυρίως την ανάκληση λέξεων άμεσα η μετά από συγκεκριμένο χρόνο που επίσης παρατίθεται στο παρόν κεφάλαιο. Η ανάκληση λέξεων θεωρείται ίσως η πλέον αξιόπιστη εκτίμηση ακόμα και στα πρώτα στάδια της άνοιας τύπου Alzheimer, και αυτός είναι ο λόγος που λίγο η πολύ εμπεριέχεται σε πολλές άλλες κλίμακες.

Σε πολλούς ερευνητές δεν επαρκούσε το MMSE για τη σφαιρική εκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών και έτσι ανέπτυξαν κλίμακες πιο εκτεταμένες, που περιείχαν τη δυνατότητα να εξετάσουν περισσότερες γνωστικές λειτουργίες. Έτσι αναπτύχθηκε η **κατά την Ομάδα του Cambridge Εξέταση Των Ανώτερων Γνωσιακών Λειτουργιών**, που εξετάζει 11 γνωστικές λειτουργίες και εμπεριέχει το MMSE . Το CAMCOG σταθμίστηκε επίσης στην Ελλάδα και η βαθμολογία του κυμαίνεται από 0 – σοβαρή άνοια - μέχρι 107 που είναι το ανώτερο γνωστικό όριο. Το διαγνωστικό όριο που είναι για τους Βρετανούς το 80, ενώ για τους Έλληνες το 76. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει ήδη εκδοθεί στα

ελληνικά και μπορεί να το προμηθευτεί οποίος το χρειάζεται για τη γνωστική εκτίμηση των ηλικιωμένων.

Στη συνέχεια αναπτύχθηκαν πολλές κλίμακες με σκοπό τη λεπτομερή εξέταση των επιμέρους γνωστικών λειτουργιών, όπως π.χ η **Διαγνωστική Εξέταση της Βοστώνης για την Αφασία** για την εξέταση των διαταραχών του λόγου κυρίως των ασθενών με αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια ή κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Η μετάφραση αυτής της κλίμακας βρίσκεται στο βιβλίο «Νευροψυχολογική εκτίμηση ηλικιωμένων», ενώ η στάθμισή της βρίσκεται υπό εξέλιξη.

Η εξέταση της ανασταλτικής λειτουργίας του μετωπιαίου λοβού αποτελεί ίσως μία από τις πρώτες δομημένες εκτιμήσεις που περιγράφηκε το 1935 (φαινόμενο του Stroop) (Stroop, 1935). Εξέτασή της αποτελεί αντικείμενο μελέτης επίσης πολύ παλαιότερο από την σφαιρική γνωστική εκτίμηση. Η μνημονική κλίμακα Wechsler πρωτοπεριγράφηκε το 1945 και αναθεωρήθηκε το 1987. Η πρώτη ελληνική μετάφραση αναφέρεται στο βιβλίο «Ανώτερες νοητικές λειτουργίες» του Μεντενόπουλου (1987) και η στάθμισή της βρίσκεται υπό εξέλιξη από ομάδα συνεργασίας νευρολόγου, ψυχολόγων και στατιστικολόγου του Αριστοτελείου πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (*Τσολάκη, Ευκλείδη Κιοσέογλου, Τάτα, Τζιμοτόλη υποετοιμασία*).

Μία κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε πολύ και χρησιμοποιείται ακόμη σε όλο τον κόσμο για τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας των καινούργιων φαρμάκων στην άνοια τύπου Alzheimer είναι η κλίμακα εκτίμησης της νόσου Alzheimer. Είναι μια ευαίσθητη και αξιόπιστη νευροψυχολογική δοκιμασία που αποτελείται από 11 ερωτήσεις θέματα που αφορούν ορισμένες από τις γνωστικές λειτουργίες, όπως είναι η μνήμη, ο λόγος, ο προσανατολισμός, η κατασκευαστική ικανότητα, η ανάκληση των λέξεων, η αναγνώριση των λέξεων, η ευπραξία, η συγκέντρωση, η κατονομασία, η εκτέλεση εντολών. Το αποτέλεσμα κυμαίνεται από 0 έως 70 με τις χαμηλότερες τιμές να αντιστοιχούν στις λιγότερο σοβαρές καταστάσεις. Ασθενείς με μετρίως σοβαρή νόσο, που δεν αντιμετωπίζονται θεραπευτικά, παρουσιάζουν αύξηση της τιμής (*επιδείνωση των γνωστικών λειτουργιών*) περίπου 7 έως 11 βαθμούς τον χρόνο. Φαίνεται όμως η κλίμακα ADAS δεν είναι ευαίσθητη στα πρώτα στάδια, όταν η άνοια είναι πολύ ήπια, ή όταν είναι πολύ σοβαρή, διότι η αύξηση είναι μόνο από 0 έως 5 βαθμούς τον χρόνο. Στην Ελλάδα σταθμίστηκε (Τσολάκη, Φουντουλάκης, Νακοπούλου και Καζής 1997) και περιγράφεται στο βιβλίο «Νευροψυχολογική εκτίμηση ηλικιωμένων» (Κώστα Τσολάκη 1997). Η δοκιμασία αυτή περιλαμβάνει και μερικές ερωτήσεις που αφορούν την συμπεριφορά του ασθενούς νόσου Alzheimer, που όμως δεν αποτελεί σφαιρική εκτίμηση της συμπεριφοράς,

γι αυτό και δεν χρησιμοποιείται και πολύ. Σε πρόσφατη συνάντηση πολλών Ευρωπαϊών ερευνητών στο Παρίσι τον Ιούνιο του 1997 στην οποία συμμετείχε και η Ελλάδα, βρέθηκε ότι σε 14 χώρες της Ευρώπης χρησιμοποιούνται πάνω από 50 εργαλεία για την εκτίμηση των γνωστικών λειτουργιών των ηλικιωμένων ασθενών. Χρησιμοποιούνται τουλάχιστον 5 κλίμακες για τις λειτουργικές διαταραχές και 7 κλίμακες για τις διαταραχές συμπεριφοράς και τις διαταραχές του συναισθήματος¹⁷.

¹⁷ Maurice Victor & Allan H. Ropper. Adams and Victor's neurology II, The McGraw-Hill Companies 2007 σελ 394-396

11. Λειτουργικές διαταραχές

Η έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών προκαλεί βαθμιαία πτώση και των καθημερινών δραστηριοτήτων του ασθενούς με αποτέλεσμα τη μη καλή απόδοση του ασθενούς στην εργασία αρχικά, που βαθμιαία εξελίσσεται σε πλήρη αδυναμία αυτοεξυπηρέτησής του. Παρόλο που η λειτουργικότητα έχει άμεση σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες, δεν μπορεί να προβλέψει κανείς την κατάσταση της λειτουργικότητας από το γνωστικό επίπεδο αλλά και το αντίθετο, δηλαδή δεν μπορεί να εκτιμήσει τη γνωστική κατάσταση από τη λειτουργικότητά. Η εκτίμηση της λειτουργικότητας του ασθενούς πρέπει πάντα να συμπληρώνει τη γνωστική εκτίμηση. Θεωρείται μάλιστα ότι η εκτίμηση της λειτουργικότητας είναι περισσότερο χρήσιμη από οποιαδήποτε άλλη εκτίμηση, διότι τα λειτουργικά ελλείμματα καθορίζουν τις ανάγκες του ασθενούς. Στην κλινική πράξη η εκτίμηση της λειτουργικότητας δε στηρίζεται σε κλίμακες, αλλά μια κλίμακα μπορεί πάντοτε να βοηθήσει στην επανεκτίμηση. Αναφέρονται και χρησιμοποιήθηκαν πολλές κλίμακες για την εκτίμηση των λειτουργικών διαταραχών. Άλλες στηρίζονται στην άμεση παρατήρηση του ασθενούς και άλλες στις παρατηρήσεις και την αναφορά του φροντιστή. Οι φροντιστές φαίνεται ότι αποτελούν τα πιο αξιόπιστα μέσα πληροφόρησης διότι δεν εκτιμούν την κατάσταση του ασθενούς μια δεδομένη στιγμή αλλά την τελευταία περίοδο πριν από την εξέτασή του. Ο συνοδός πρέπει να είναι αξιόπιστος και να ζει με τον ασθενή έτσι ώστε οι πληροφορίες να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο αντικειμενικές.

Το πρώτο ξεκίνημα στην Ελλάδα έγινε με μια απλή λειτουργική κλίμακα, την κλίμακα του Feldman, που δημοσιεύτηκε στο κεφάλαιο «Η νόσος Alzheimer στη θεραπευτική του Cohn» (Hutton. 1990). Στη συνέχεια έγινε προσπάθεια για μια πιο λεπτομερή εκτίμηση των λειτουργικών διαταραχών και έγινε σύγκριση της νέας κλίμακας με τη **Λειτουργική Κλίμακα για τα Συμπτώματα της Άνοιας** καθώς επίσης και προσπάθεια στάθμισής τους. Τελευταία προσπάθεια είναι η ανάπτυξη της **Κλίμακας Λειτουργικής - Γνωστικής Εκτίμησης** η οποία είναι μια λειτουργική κλίμακα και στηρίζεται στη συνέντευξη με τον ίδιο τον ασθενή.

Παρόμοιες προσπάθειες γίνονται σε όλο τον κόσμο, διότι υπάρχει η αντίληψη ότι πιο αντικειμενική από τη γνωστική εκτίμηση είναι η εκτίμηση των λειτουργικών ικανοτήτων του ασθενούς. Σε μια τέτοια παγκόσμια προσπάθεια συμμετείχε και η Ελλάδα. Μια κλίμακα που αφορά κυρίως τη λειτουργικότητα στα τελευταία στάδια της νόσου

Alzheimer είναι η **Εκτίμηση Σταδίου Λειτουργικότητας** που παρατίθεται στο παρόν κεφάλαιο.

Στις τελευταίες μελέτες για την αποτελεσματικότητα των νέων φαρμάκων χρησιμοποιείται η κλίμακα που εξετάζει τη χρησιμοποίηση οργάνων - εργαλείων στην καθημερινή ζωή, **Συντελεστική Δραστηριότητα στην Καθημερινή Ζωή ή Κλίμακα Σωματικής Αυτοεξυπηρέτησης**.

Τελικά εκείνο που έχει μεγάλη σημασία για τον ασθενή αλλά και για το συνοδό του είναι εάν ο ασθενής έχει πολλή κινητικότητα, εάν έχει καλή φυσική δραστηριότητα και αν παρουσιάζει φυσιολογική κοινωνική ζωή. Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν περιγραφεί κλίμακες ποιότητα ζωής. Περιγράφεται η **Κλίμακα Ποιότητας Ζωής της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας**, που αναφέρεται όμως όχι μόνο σε ασθενείς με άνοια αλλά μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής κάθε ανθρώπου. Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται μια κλίμακα ποιότητας ζωής που είναι περισσότερο προσαρμοσμένη σε ηλικιωμένους ασθενείς και συγκεκριμένα η **Κλίμακα Ποιότητα Ζωής ή Ευεξίας**.¹⁸

¹⁸ Αναστασία Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Θέματα γηροψυχολογίας και γερωντολογίας, ζκδ. Δ' Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999, σελ. 322-323.

12. Επιδημιολογία

Αν και η νόσος Alzheimer έχει περιγραφεί σε κάθε περίοδο της ενηλίκου ζωής εν τούτοις η πλειονότητα των ασθενών είναι στην έκτη δεκαετία και περισσότερο. Ένας σχετικά μεγάλος αριθμός είναι στα τέλη της πέμπτης δεκαετίας ή και νωρίτερα. Είναι μία από τις συχνότερες νόσους έκπτωσης των ανωτέρων πνευματικών λειτουργιών, αποτελώντας περίπου το είκοσι τοις εκατό όλων των ασθενών που νοσηλεύονται σε ψυχιατρικές κλινικές και ένα ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό αυτών σε ιδιωτικές κλινικές στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σε δεκαεφτά σειρές που περιλαμβάνουν δεκαπέντε χιλιάδες άτομα ηλικίας άνω των εξήντα ετών η μέση επίπτωση της μέτριας ως σοβαρής άνοιας, υπολογίσθηκε στο 4,8% στο Ρότσεστερ της Μινεσότα η επίπτωση γενικά της άνοιας, είναι 187 περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμό το χρόνο.

Αυτές οι συγκλονιστικές στατιστικές μπορεί να εξεταστούν και από άλλη προοπτική. Η επίπτωση της κλινικά διαγνωσμένης νόσου Alzheimer είναι παρόμοια παγκοσμίως, και αυξάνει παράλληλα με την ηλικία δαπανώντας κατά προσέγγιση τις τρεις νέες περιπτώσεις ετησίως ανά 100.000 άτομα ηλικίας κάτω των 60 ετών και τις 125 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών. Ο επιπολασμός της νόσου ανά 100.000 πληθυσμό, αγγίζει 400 περιστατικά στις ηλικίες 60 έως 69 ετών και τα 3.200 μεταξύ 70 και 79 και τα 10.800 πάνω από την ηλικία των 80 ετών. Το έτος 2000 υπολογίστηκε ότι υπήρχαν στις Η.Π.Α. 2.000.000 άτομα με νόσο Alzheimer. Ο επιπολασμός, ο οποίος εξαρτάται και από τη συνολική θνησιμότητα είναι τρεις φορές μεγαλύτερος στις γυναίκες αν και φαίνεται ότι η επίπτωση των νέων περιπτώσεων είναι ελαφρά μόνο δυσανάλογη στις γυναίκες. Η επιβίωση των ασθενών με τη νόσο Alzheimer μειώνεται στο ήμισυ της αναμενόμενης και οι περισσότεροι θάνατοι τελικά στην συμβαίνουν από αναπνευστικά και καρδιαγγειακά αίτια.

Αρκετοί υποτιθέμενοι επιδημιολογικοί παράγοντες κινδύνου για τη νόσο Alzheimer όπως η σειρά γέννησης, η ηλικία της μητέρας κατά τη γέννηση, το οικογενειακό ιστορικό συνδρόμου Down, ή η κρανιοεγκεφαλική κάκωση φαίνονται στην καλύτερη περίπτωση οριακοί και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να οφείλονται σε δειγματοληπτικά λάθη κατά τις επιδημιολογικές μελέτες. Δεν έχει ξεκαθαριστεί εάν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελεί παράγοντα κινδύνου ή αντιστρόφως τα επαγγέλματα με αυξημένες γνωσιακές απαιτήσεις προστατεύουν από την άνοια.

Οικογένης εμφάνιση της νόσου Alzheimer που ευθύνεται για ένα ποσοστό μικρότερο του 1% όλων των περιπτώσεων, έχει τεκμηριωθεί και η κληρονομικότητα είναι στις περισσότερες περιπτώσεις του τύπου της αυτοσωματικής επικρατούσας. Αναφορές σημαντικής οικογενούς άθροισης άνοιας χωρίς συγκεκριμένο πρότυπο κληρονομικότητας υποδηλώνουν την παρουσία περισσοτέρων του ενός γενετικών παραγόντων. Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει τον σημαντικά αυξημένο κίνδυνο της σποραδικής νόσου Alzheimer, μεταξύ των συγγενών 1^{ου} βαθμού των πασχόντων από τη νόσο αυτή. Ο κίνδυνος αυτός είναι δυσανάλογα μεγαλύτερος για τις γυναίκες ενισχύοντας έτσι τις ενδείξεις ότι γενικά ο κίνδυνος για νόσο Alzheimer είναι ελαφρά μεγαλύτερος για τις γυναίκες. Έρευνες έχουν δείξει ότι ασθενείς με μικρότερη ηλικία έναρξης της νόσου είναι πιθανότερο να έχουν πάσχοντες συγγενείς, σε σχέση με αυτούς με οψιμότερη έναρξη. Οι γενετικές μελέτες παρουσιάζουν δυσκολίες γιατί η νόσος δεν εμφανίζεται στην ίδια ηλικία ακόμα και σε άτομα της ίδιας οικογένειας. Ακόμα και σε μονοζυγωτικούς διδύμους μπορεί να εμφανιστεί στην ηλικία των 60 ετών στον έναν και στην ηλικία 80 στον άλλον. Επιπλέον, ο θάνατος από άλλες νόσους μπορεί να εμποδίσει την ανίχνευση της νόσου Alzheimer¹⁹.

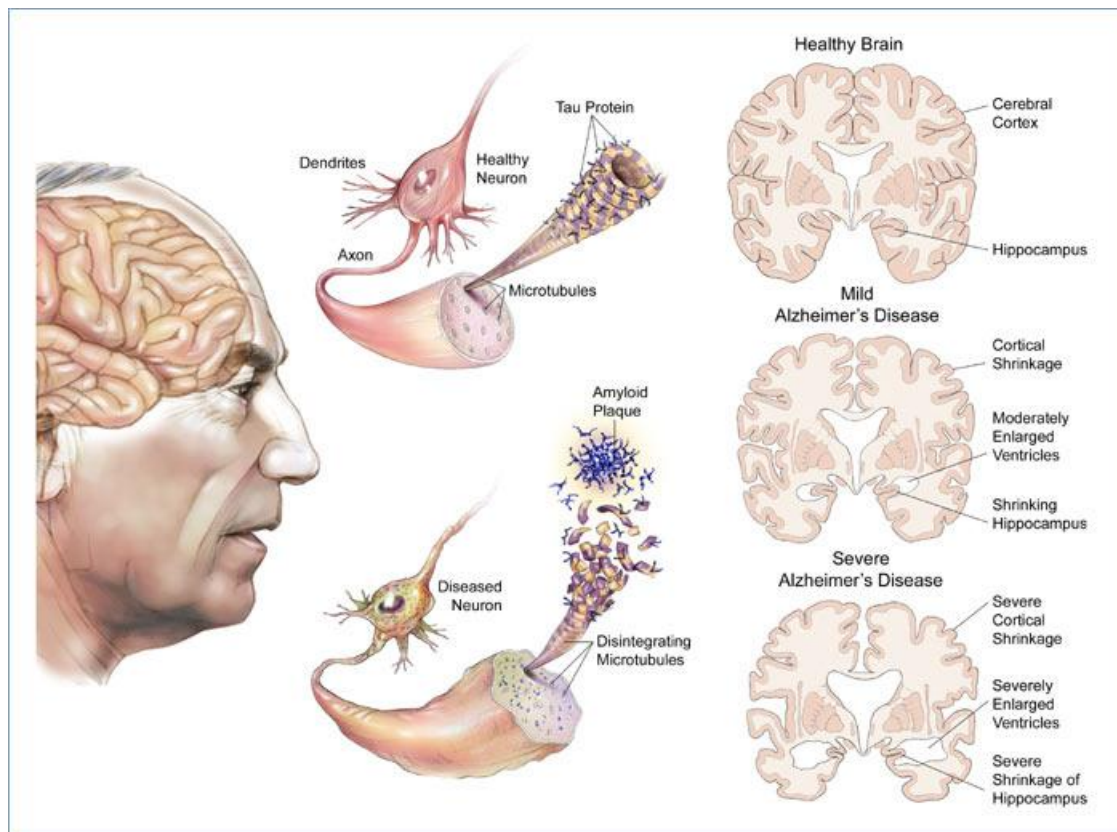
¹⁹ Maurice Victor & Allan H. Ropper. Adams and Victor's neurology II, The McGraw-Hill Companies 2007 σελ 409-411,

14. Θεραπεία

Δεν υπάρχουν αδιάσειστα στοιχεία ότι οποιαδήποτε από τις προτεινόμενες μορφές θεραπείας της νόσου Alzheimer-αγγειοδιασταλτικά του εγκεφάλου, διεγέρτες, L-Dopa, μεγάλες δόσεις βιταμίνης Β, C και Ε και πολλές άλλες έχουν κάποια ευεργετική επίδραση. Οι δοκιμές χορήγησης από του στόματος φυσοστιγμίνης, χολίνης και λεκιθίνης έδωσαν κυρίως αρνητικά ή ανεξήγητα αποτελέσματα, ενώ το ίδιο μπορεί να ισχυριστεί κανείς για τις δοκιμές με πρόδρομες χολινεργικές ουσίες με χολινεργικούς αγωνιστές και αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης, όπως η τακρίνη και η δονεπεζίλη. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια στοιχεία ήπιας δράσης. Η χρήση της τραζοδόνης, της αλοπεριδόλης, της θειοριδαζίνης, της ρισπεριδόνης συναφών φαρμάκων μπορεί να καταστέλλει μερικά την παρεκκλίνουσα συμπεριφορά και τις ψευδαισθήσεις, όταν αυτές δημιουργούν πρόβλημα, κάνοντας περισσότερο ανεκτή την ζωή και για τον ασθενή, και για την οικογένειά του. Μερικές δόσεις διαζεπινών όπως η λοραζεπάμη, είναι χρήσιμες όταν ο ύπνος διαταράσσεται σημαντικά.

Η γενική αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς πρέπει να είναι σύμφωνη με τις αρχές, έχοντας πάντα υπόψη ότι η συμβουλή του γιατρού είναι συνήθως η κύρια πηγή ιατρικών και κοινωνικών λύσεων για την οικογένεια του πάσχοντος²⁰.

²⁰ Maurice Victor & Allan H. Ropper. Adams and Victor's neurology II, The McGraw-Hill Companies 2007 σελ 408-409.



15. Φαρμακευτική και Επιστημονική αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer

Κατ' αρχήν, αυτό που πρέπει να λεχθεί είναι ότι ριζική θεραπεία της νόσου δεν υπάρχει. Η έλλειψη ακετυλοχολίνης ώθησε την παραγωγή φαρμάκων για την ενίσχυσή της. Η ντονεζεπίλη, η ριβαστιγμίνη, η γκαλανταμίνη και η μεμαντίνη αναστέλλοντας την ακετυλοχολινεστεράση, αυξάνουν τον χρόνο δράσης της ακετυλοχολίνης προκαλώντας αύξηση της λειτουργικότητας των κυττάρων²¹.

Επίσης αυτή την στιγμή κυκλοφορούν σκευάσματα φαρμάκων στην Ευρώπη και στην Αμερική. Τα πιο γνωστά είναι τα: Aricept, Exelon, Reminyl, και το Ebixa. Τα τρία πρώτα αυξάνουν το επίπεδο της ακετυλοχολίνης, της χημικής ουσίας η οποία εμπλέκεται στη διαδικασία της μνήμης. Το τέταρτο φάρμακο επιδρά σε ένα διαφορετικό αισθητήριο όργανο, στον εγκέφαλο. Έχει αποδειχθεί ότι αυτές οι φαρμακευτικές ουσίες καθυστερούν

²¹ Δημήτρης Βασιλόπουλος, *Νευρολογία επιτομή θεωρίας και πράξης*, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 2003, σελ. 331.

την εξέλιξη της ασθένειας για αρκετούς μήνες και πιθανόν για περισσότερο διάστημα σε ασθενείς με Alzheimer²².

Στόχος αυτών των φαρμάκων είναι τα επίπεδα ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο καθώς ένα έλλειμμα αυτού του νευροδιαβιβαστή πιστεύεται ότι είναι υπεύθυνο για τις διαταραχές μνήμης στη νόσο Alzheimer. Φαίνεται να δρουν αναστέλλοντας ένα ένζυμο που αποικοδομεί την ακετυλοχολίνη και θεωρητικά εξασφαλίζουν περισσότερη διαθέσιμη ακετυλοχολίνη για μεταφορά ερεθισμάτων μεταξύ των εγκεφαλικών κυττάρων.

Πρέπει να τονιστεί ότι μόνο το 30% -50% των ασθενών που λαμβάνουν φάρμακα αυτής της κατηγορίας παρουσιάζουν οφέλη. Αυτά τα σκευάσματα δεν επιβραδύνουν τη διαδικασία της υποκείμενης νόσου, αν και ίσως σταθεροποιούν ή προσωρινά βελτιώνουν τις διαταραχές μνήμης και άλλα γνωστικά συμπτώματα. Αυτά τα φάρμακα αποσκοπούν κυρίως σε ασθενείς με ήπια ή μέσης βαρύτητας νόσου Alzheimer και μόνο μικρή εφαρμογή έχουν σε εκείνους με προχωρημένη νόσο.

Παράλληλα με τα φάρμακα αυτά χορηγούνται και τρεις κατηγορίες ψυχιατρικών φαρμάκων για τη θεραπεία συναισθηματικών και συμπεριφορικών προβλημάτων: αντικαταθλιπτικά, αντιαγχώδη, (ονομαζόμενα επίσης ελάσσονα ηρεμιστικά) και αντιψυχωτικά (ονομαζόμενα επίσης μείζονα ηρεμιστικά ή νευροληπτικά)²³.



²² ΜαγδαληνήΧ. Κώστα – Τσολάκη 2^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Αλτσχάϊμερ και συναφών Διαταραχών Θεσσαλονίκη 2002, σελ.149-150.

²³ Μαυρέας Β.-Σκαλπινάκης Π., *Alzheimer συμπτώματα και θεραπείες*, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2004, σελ. 195-197.

Αντικαταθλιπτικά που συνήθως χρησιμοποιούνται στη νόσο Alzheimer:

Κατηγορία	Ουσία	Παρενέργειες	Σχόλια
Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs)	Σιταλοπράμη (cetexa) Φλουοξετινη (Prozac) Φλουβοξαμίνη (Paxil) Σερτραλίνη (Zoloft)	Ναυτία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, απώλεια ή αύξηση βάρους, νευρικότητα, αϋπνία, διέγερση, κεφαλαλγία, εφίδρωση, ξηροστομία.	Γενικά είναι καλύτερα ανεκτά από τα τρικυκλικά.
Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs)	Αμιτριπτιλίνη (Enderp) Αμοξαπίνη(Asendin)	Ξηροστομία, θαμπή όραση, δυσκοιλιότητα, αύξηση βάρους	Αυτά τα φάρμακα μειώνουν την ακετυλοχολίνη, που είναι ήδη ανεπαρκής σε άτομα με Alzheimer

Αντιαγχώδη φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη νόσο Alzheimer:

Όνομα ουσίας	Εμπορική ονομασία	Έναρξη δόσης	Διάρκεια	Παρενέργειες
Αλπραζολάμη	Xanax	Ενδιάμεση	Βραχεία	Αδεξιότητα ή αστάθεια, υπνηλία, ζάλη, κεφαλαλγία
Χλωροδιαζεποξείδη	Librium	Ενδιάμεση	Βραχεία	-\\-
Κλοραζεπάτη δικαλιούχος	Tranxene	Ταχεία	Μακρά	-\\-
Διαζεπάμη	Valium	Ταχεία	Μακρά	-\\-

Λοραζεπάμη	Ativan	Ενδιάμεση	Μακρά	-\\-
Οξαζεπάμη	Zerax	Αργή προς ενδιάμεση	Βραχεία	-\\-
Τεμαζεπάμη	Restoril	Αργή προς ενδιάμεση	Βραχεία	-\\-
Τριαζολάμη	Halcion	Ταχεία	Βραχεία	-\\-
Βουσπιρόνη	Buspar	ενδιάμεση	Μακρά	Πόνος στο στήθος, ζάλη, κεφαλαλγία, ναυτία

Αντιψυχωτικά φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη νόσο του Alzheimer:

Όνομα ουσίας	Εμπορική ονομασία	Παρενέργειες	Σχόλια
Αλοπεριδόλη	Haldol	Απώλεια βάρους, υπνηλία, ζάλη, ναυτία, ξηροστομία	Μπορεί να μειώσει την ικανότητα οδήγησης η χειρισμού μηχανημάτων
Ολανζαπίνη	Zyprexa	Μπορεί να προκαλέσει καταστολή, διέγερση, κεφαλαλγία, ζάλη,	Αποφύγετε την έκθεση σε υπερβολική ζέστη

Τις βλάβες που εμφανίζονται στον εγκέφαλο ασθενών με Alzheimer αναφέρουν ότι ανέστρεψαν σε κάποιες περιπτώσεις ερευνητές από το Νοσοκομείο Toronto Western στο Οντάριο του Καναδά. Με ποιον τρόπο; Με τη χρήση της τεχνικής της εν τω βάθει διέγερσης του εγκεφάλου, η οποία αφορά τοποθέτηση ηλεκτροδίων σε συγκεκριμένες περιοχές του. Όπως μάλιστα είδαν οι επιστήμονες, η ηλεκτρική διέγερση του εγκεφάλου προσέφερε και βελτίωση των γνωστικών ικανοτήτων σε ορισμένους ασθενείς...²⁴

²⁴ Καπάκη Γ.Π. Σύγχρονη Θεραπευτική Θεώρηση της νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών διαταραχών. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα. 2003.

Οι βλάβες του εγκεφάλου

Όπως εξήγησε ο επικεφαλής των ερευνητών Αντρές Λοτσάνο «είναι γνωστό ότι στους ασθενείς με Alzheimer ο εγκέφαλος και, κυρίως, ο υπόκαμπος του εγκεφάλου, εμφανίζει συρρίκνωση». Παράλληλα απεικονιστικές εξετάσεις του εγκεφάλου ατόμων με τη νευροεκφυλιστική νόσο δείχνουν ότι ο κροταφικός λοβός ο οποίος περιέχει τον υπόκαμπο, καθώς και μια δεύτερη περιοχή που ονομάζεται οπίσθια έλικα του προσαγωγίου, χρησιμοποιούν λιγότερη γλυκόζη από το φυσιολογικό. Το γεγονός αυτό, μαρτυρεί ότι και οι δύο αυτές περιοχές που παίζουν σημαντικό ρόλο στη μνήμη, έχουν «κατεβάσει τον διακόπτη» της λειτουργίας τους.

Προσπαθώντας να αναστρέψουν αυτές τις βλάβες ο Λοτσάνο και οι συνεργάτες του κατέφυγαν στην εν τω βάθει διέγερση του εγκεφάλου στο πλαίσιο της οποίας αποστέλλονται ηλεκτρικοί παλμοί στον εγκέφαλο μέσω εμφυτευμένων ηλεκτροδίων.

Εμφύτευση στην ψαλίδα

Η ερευνητική ομάδα εισήγαγε ηλεκτρόδια στον εγκέφαλο έξι ατόμων που είχαν διαγνωστεί με Alzheimer τουλάχιστον έναν χρόνο νωρίτερα. Οι ειδικοί τοποθέτησαν τα ηλεκτρόδια δίπλα στην ψαλίδα του εγκεφάλου – μια δέσμη νευρώνων η οποία μεταφέρει σήματα από και προς τον υπόκαμπο. Τα ηλεκτρόδια έστειλαν στον εγκέφαλο ηλεκτρικούς παλμούς 130 φορές το δευτερόλεπτο.

Τεστ που διεξήχθησαν έναν χρόνο μετά την εμφύτευση, έδειξαν ότι η μειωμένη χρήση γλυκόζης από τον κροταφικό λοβό και την οπίσθια έλικα του προσαγωγίου ανεστράφη και στις έξι περιπτώσεις, σύμφωνα με δημοσίευση που έκαναν οι ερευνητές στο επιστημονικό περιοδικό «Annals of Neurology».²⁵

²⁵ Κόκκας Β. Εγκέφαλος. Τεύχος 43⁰. Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2006.



Μεγέθυνση του ιππόκαμπου

Τώρα οι επιστήμονες από το Οντάριο μελετούν την επίδραση της ηλεκτρικής θεραπείας στον ιππόκαμπο. Την περασμένη εβδομάδα κατά τη διάρκεια του ετήσιου συνεδρίου της Εταιρείας Νευροεπιστήμης στην Ουάσινγκτον, ανακοίνωσαν ότι, τα μέχρι στιγμής αποτελέσματά τους, δείχνουν πως ενώ σε τέσσερις από τους εθελοντές συνέχισε να παρατηρείται συρρίκνωση του ιππόκαμπου μετά τη διέγερση, σε δύο εξ αυτών η περιοχή εμφάνισε μεγέθυνση. «Στους δύο ασθενείς εμφανίστηκε αύξηση του όγκου του ιππόκαμπου κατά 5% και κατά 8% αντιστοίχως», ανέφερε στο συνέδριο ο Λοτσάνο χαρακτηρίζοντας το εύρημα «συναρπαστικό».

Εξετάσεις έδειξαν ότι τα δύο αυτά άτομα των οποίων ο ιππόκαμπος μεγάλωσε παρουσίασαν βελτίωση των γνωστικών ικανοτήτων τους – κάτι που δεν συνέβη ωστόσο στις υπόλοιπες τέσσερις περιπτώσεις.

Ηλεκτρική γέννηση νέων νευρώνων

Παρότι ο Λοτσάνο αναφέρει ότι δεν γνωρίζει πώς ακριβώς δρα η θεραπεία, πρόσφατη μελέτη του σε ποντίκια, μαρτυρεί ότι η ηλεκτρική διέγερση οδηγεί στη γέννηση νέων νευρώνων στον εγκέφαλο. Συγχρόνως στα ποντίκια η εν τω βάθει διέγερση του εγκεφάλου φαίνεται να προκαλεί την παραγωγή πρωτεϊνών που ενθαρρύνουν τη δημιουργία συνάψεων μεταξύ των νευρώνων.

Οι ερευνητές ξεκινούν τώρα κλινικές δοκιμές που θα περιλαμβάνουν περί τα 50 άτομα προκειμένου να ελέγξουν αυτά τα πρώτα αποτελέσματά τους.

Σημειώνεται ότι η εν τω βάθει διέγερση του εγκεφάλου έχει εφαρμοστεί μέχρι σήμερα σε περίπου 90.000 άτομα παγκοσμίως τα οποία πάσχουν από μια άλλη νευροεκφυλιστική νόσο, το Πάρκινσον²⁶.

²⁶ Maurice Victor & Allan H. Ropper. Adams and Victor's neurology II, The McGraw-Hill Companies 2007 σελ 440-442.

16. Προαγωγή της υγείας των περιθαλπόντων ασθενών με νόσο Alzheimer

Η προάσπιση και προαγωγή της υγείας μέχρι πρόσφατα εθεωρείτο ότι ήταν δυνατή και είχε θετικά αποτελέσματα εάν στόχευε σε νέους και υγιείς ανθρώπους.

Η συνεχής όμως επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής των ανθρώπων από την μία και η ανάγκη για καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων από την άλλη - με όφελος βεβαίως και των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, συνέβαλλε στην αλλαγή αυτής της άποψης και έτσι σήμερα η προαγωγή της υγείας αφορά άτομα όλων των ηλικιών και κάθε επιπέδου υγείας. Με αυτήν την έννοια αφορά το ίδιο τους φροντιστές ασθενών με νόσο Alzheimer, όσο και τους ίδιους τους ασθενείς.

Σε αυτό συνέβαλλε και η περιορισμένη, αλλά με καλά αποτελέσματα αξιολόγηση προγραμμάτων προαγωγής της υγείας με πληθυσμό στόχο ηλικιωμένους υγιείς ή όχι.

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (1996) «προαγωγή της υγείας είναι η διαδικασία ενδυνάμωσης των ανθρώπων ώστε να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να την βελτιώσουν στο μέγιστο δυνατό».

Προγράμματα προαγωγής της υγείας με πληθυσμό στόχο φροντιστές και ασθενείς περιλαμβάνουν κλασσικές προληπτικές δραστηριότητες, όπως εμβολιασμούς ή προσυμπτωματικό έλεγχο για συγκεκριμένα νοσήματα, με σκοπό την μείωση της νοσηρότητας, αλλά και δραστηριότητες αγωγής υγείας, όπως ευαισθητοποίηση σε συγκεκριμένα θέματα ή τροποποίηση της συμπεριφοράς σε σχέση με βλαπτικές για την υγεία συνήθειες.

Βασικοί στόχοι των προγραμμάτων που αφορούν σε ηλικιωμένους και αντίστοιχα την συγκεκριμένη ομάδα ατόμων –φροντιστές και ασθενείς– σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. είναι:

- Ø Η αύξηση του αριθμού των ετών που οι άνθρωποι ζουν χωρίς αναπηρίες.
- Ø Η ενθάρρυνση των ανθρώπων να ζουν μια ενεργό και όσο το δυνατόν ανεξάρτητη ζωή .
- Ø Η επιμήκυνση της διάρκειας ζωής χωρίς προβλήματα υγείας με την υιοθέτηση ενός υγιέστερου τρόπου ζωής σε ένα υποστηρικτικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.²⁷

²⁷ Τσολάκη Μ. Ζώντας με την Νόσο Alzheimer. Πρακτικός Οδηγός για τους ασθενείς με την Νόσο Alzheimer. Ελληνική Έκδοση: Φαρμακευτική Εταιρία Novartis. Θεσσαλονίκη. 1999

17. Ανάγκες προαγωγής της υγείας φροντιστών και ασθενών με νόσο

ALZHEIMER

Η νόσος Alzheimer είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους φροντιστές και σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί ένα μεγάλο φορτίο για όλη την οικογένεια. Ο κύριος φροντιστής βρίσκεται σε υπερένταση λόγω των αναγκών για φροντίδα που έχει ο ασθενής και συχνά εκδηλώνει κατάθλιψη με αποτέλεσμα να απομονώνεται κοινωνικά. Επιπλέον, δημιουργείται έντονο στρες στον φροντιστή στην προσπάθειά του να ανταπεξέλθει στον ρόλο του και αυτό επηρεάζει και την σωματική του υγεία επιπλέον της ψυχικής και κοινωνικής.

Η οργάνωση των προγραμμάτων προαγωγής της υγείας για φροντιστές και ασθενείς με νόσο Alzheimer δεν διαφέρει από την οργάνωση προγραμμάτων για διαφορετικούς πληθυσμούς ως προς την διαδικασία ή ακόμη και το περιεχόμενο. Πρέπει όμως να ληφθεί υπόψη μια διαφορετική προσέγγιση, η οποία να περιλαμβάνει σε όλες τις φάσεις της οργάνωσης όχι μόνο τις ανάγκες για προαγωγή της υγείας του φροντιστή αλλά και του ασθενή, αφού η φύση της νόσου και η ανάγκη για φροντίδα συχνά δεν επιτρέπουν το διαχωρισμό αφού ο ασθενής εξαρτάται σταδιακά πλήρως από τον φροντιστή του.

18. Οργάνωση προγραμμάτων προαγωγής για φροντιστές και ασθενείς με νόσο ALZHEIMER

Για να οργανωθούν κατάλληλα προγράμματα προαγωγής της υγείας θα πρέπει να ακολουθηθούν τα εξής βήματα:

- Ø Εκτίμηση των αναγκών της οικογένειας ως συνόλου και ως μεμονωμένων ατόμων.
- Ø Αξιολόγηση της επίδρασης της φροντίδας στην υγεία (*ψυχική, σωματική και κοινωνική*) του φροντιστή.
- Ø Ιεράρχηση των αναγκών ανάλογα με τις προτεραιότητες του κάθε φροντιστή.
- Ø Αναγνώριση από τον φροντιστή με την βοήθεια βέβαια των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, ότι παρόλο που κάθε άτομο είναι μοναδικό, ότι τις εμπειρίες του σε σχέση με την νόσο μπορεί να τις μοιράζονται και άλλοι φροντιστές, ώστε να κατανοήσει ότι δεν είναι μόνος στον κόσμο.
- Ø Οργάνωση και εφαρμογή εξατομικευμένων κατά το δυνατό προγραμμάτων προαγωγής της υγείας.²⁸

Σε καθένα από τα παραπάνω βήματα πρέπει να συμμετέχει και ο ίδιος ο φροντιστής, αλλά και ο ασθενής εφόσον η κατάσταση της υγείας του το επιτρέπει, ώστε να διασφαλίζεται η καταλληλότητα, η αποδοχή, αλλά και η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων.

Οι στόχοι κάθε προγράμματος προαγωγής υγείας που αφορά στην υποστήριξη και ενδυνάμωση του φροντιστή μπορούν να συνοψιστούν στους παρακάτω:

- Ø Να σχεδιάσει και να εφαρμόσει ένα πρόγραμμα διαχείρισης του στρες που προκαλείται από το πρόβλημα σε ολόκληρη την οικογένεια.
- Ø Να συγκεντρώσει και να παράσχει πληροφόρηση που είναι διαθέσιμη για το πρόβλημα υγείας που αφορά τον ασθενή.
- Ø Να εκπαιδεύσει για την ανάγκη σωστής φροντίδας και θεραπείας και να ενημερώσει για πιθανές παρενέργειες εξαιτίας αυτής.
- Ø Να δημιουργήσει και να διατηρήσει καλή σχέση και συνεργασία με την οικογένεια.
- Ø Να ξεχωρίσει και να τονίσει τις θετικές εμπειρίες από την φροντίδα.

²⁸ Maurice Victor & Allan H. Ropper. Adams and Victor's neurology II, The McGraw-Hill Companies 2007

Ø Να διευκολύνει την ανταλλαγή απόψεων μεταξύ φροντιστών και την αλληλοϋποστήριξη .

Ø Να καθοδηγήσει τον φροντιστή ώστε να αναγνωρίσει τις ικανότητες και τα όριά του, ώστε να μην βάζει ανέφικτους στόχους.

Οι παραπάνω στόχοι είναι γενικοί, αλλά μπορεί να εξειδικεύονται ανάλογα με το πρόβλημα για το οποίο σχεδιάζεται κάθε πρόγραμμα προαγωγής της υγείας.

Ένα παράδειγμα είναι η διατροφή του φροντιστή, αλλά και του ασθενή.

Μια πρόσφατη μελέτη σε άτομα που φροντίζουν ασθενείς με άνοια, έδειξε ότι οι φροντιστές υπόκεινται σε σημαντικές μεταβολές σωματικού βάρους, άλλοτε σε απώλεια και άλλοτε σε αύξησή του, διακυμάνσεις που συνδέονται σημαντικά με την υπερένταση και την κατάθλιψη που εμφανίζει ο κύριος φροντιστής. Αντίστοιχα, οι ασθενείς εμφανίζουν διακυμάνσεις βάρους, γεγονός καλά τεκμηριωμένο στη βιβλιογραφία με πιο συχνή την σταδιακή απώλεια βάρους, λόγω:

Ø Δυσκολίας στα ψώνια και στην ετοιμασία γευμάτων ιδιαίτερα ατόμων που μένουν μόνα τους.

Ø Αλλαγής στις ενεργειακές ανάγκες. Αν και υπάρχουν διαφορετικές ερμηνείες για το αίτιο που προκαλεί αυτή την αλλαγή, γενικά θεωρείται ότι οι ασθενείς με άνοια χρειάζονται περισσότερες θερμίδες από ένα υγιές άτομο της ίδιας ηλικίας στην καθημερινή τους διατροφή.

Ø Δυσλειτουργίες του συστήματος ρύθμισης βάρους που επηρεάζεται από την λειτουργία του ενδοκρινικού ρυθμιστικού συστήματος που ελέγχεται από τον υποθάλαμο.²⁹

Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι στην οργάνωση ενός προγράμματος προαγωγής της υγείας με στόχο την αντιμετώπιση του προβλήματος «βάρους», η εμπλοκή φροντιστών και ασθενών είναι επιβεβλημένη ώστε το πρόγραμμα να είναι αποτελεσματικότερο. Ένα τέτοιο πρόγραμμα θα βασιζόταν στις αρχές υγιεινής διατροφής, στην διατήρηση της σωματικής δραστηριότητας και στην αυξημένη διανοητική λειτουργικότητα, έτσι ώστε να συνεχίσουν και οι δύο να είναι ενεργά μέλη ενός μεγάλου κοινωνικού ιστού για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

²⁹ Αναστασία Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, ζκδ. Δ' Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999, σελ. 332-335

Με παρόμοιο τρόπο μπορούν να οργανωθούν προγράμματα που αφορούν στην αντιμετώπιση του στρες και του άγχους, στην απομόνωση και στην υποστήριξη μέσω ομάδων αυτοφροντίδας, κ.λ.π.

Συνοψίζοντας θα μπορούσαμε να τονίσουμε ότι στα προγράμματα προαγωγής της υγείας που στοχεύουν σε φροντιστές και ασθενείς με νόσο Alzheimer, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι:

- Ø Η νόσηση και η φροντίδα των νοσούντων είναι μέρος του κύκλου της ζωής και δεν περιλαμβάνει μόνο την ανάγκη για παροχή φροντίδων υγείας στο νοσούντα, αλλά ιδιαίτερα στο συγκεκριμένο πρόβλημα και την φροντίδα για τον φροντιστή.
- Ø Η βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής είναι ρεαλιστικός στόχος όταν αναγνωρίζεται η μοναδικότητα των ανθρώπων και ιδιαίτερα στην περίπτωση των ασθενών με άνοιες και των φροντιστών τους, λαμβάνεται επιπλέον υπόψη το επίπεδο υγείας.
- Ø Οι συνειδητές προσωπικές επιλογές είναι σεβαστές ακόμη και αν δεν συμφωνούν με το αντικειμενικώς επιθυμητό.³⁰

³⁰ Τσολάκη Μ. Ζώντας με την Νόσο Alzheimer. Πρακτικός Οδηγός για τους ασθενείς με την Νόσο Alzheimer. Ελληνική Έκδοση: Φαρμακευτική Εταιρία Novartis. Θεσσαλονίκη. 1999

19. Πρόληψη της Νόσου Alzheimer

Η νόσος του Alzheimer προκαλείται με την πάροδο των χρόνων και το γήρας. Η ηλικία και η κληρονομικότητα, προς το παρόν, αποτελούν μη τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Τα αίτια της νόσου είναι ακόμα υπό έρευνα και έτσι η πρωτογενής πρόληψη της δεν είναι ακόμα γνωστή. Υπάρχουν όμως άλλοι παράγοντες κινδύνου που ευθύνονται έμμεσα για βλάβες των νοητικών λειτουργιών του ατόμου. Αυτοί είναι οι αγγειακοί παράγοντες κινδύνου (*αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερχοληστερολαιμία, υπερλιπιδαιμία, κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ*), οι οποίοι ευθύνονται για σημαντικά προβλήματα υγείας όπως η στεφανιαία νόσος και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Σε πολλές περιπτώσεις αγγειακές βλάβες του εγκεφάλου υποβοηθούν στην εμφάνιση άνοιας και για τον λόγο αυτό θα πρέπει να προσεχθούν.

Στον τομέα της διατροφής, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η πρόσληψη αντιοξειδωτικών βιταμινών και η Μεσογειακή διατροφή δρουν προστατευτικά έναντι στη νόσο. Επιπλέον, η σωματική και πνευματική άσκηση βοηθούν έρευνες έχουν δείξει ότι όσοι ασχολούνται με πνευματικές δραστηριότητες όπως π.χ. το σκάκι, διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου και όσοι γυμνάζονται τακτικά καθυστερούν τη διαδικασία της γήρανσης.

Επιπλέον μεγάλη σημασία πρέπει να δοθεί στην ψυχολογική κατάσταση του ατόμου, καθώς το στρες αποτελεί επίσης έναν καθοριστικό παράγοντα για την υγεία του. Πρόσφατα αναγνωρίστηκε η ψυχική καταπόνηση ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου. Περαιτέρω χαρακτηριστικά των πασχόντων είναι η απώλεια του ειρμού της σκέψης τους, η καταβολή μεγάλης προσπάθειας για λογική οργάνωση των λέξεων, η αργή κατανόηση των λεγομένων του συνομιλητή και η χρήση υβριστικού λεξιλογίου.

Τέλος το οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο του ατόμου που πάσχει από Alzheimer θα πρέπει να δείξει κατανόηση καθώς πολλές φορές οι προσπάθειες για επικοινωνία πέφτουν στο κενό και αυτό συμβαίνει διότι ένα από τα χαρακτηριστικά αυτής της ασθένειας είναι ότι αργά αλλά σταδιακά καταστρέφει τις ικανότητες επικοινωνίας με αποτέλεσμα οι λέξεις ή η συμπεριφορά ενός πάσχοντα να μην βγάζουν νόημα. Η έκφραση το έχω στην άκρη της γλώσσας μου' όταν ψάχνουμε να βρούμε την κατάλληλη λέξη για

μια έννοια γίνεται πολύ συχνό χαρακτηριστικό των ατόμων που πάσχουν από την νόσο Alzheimer.³¹

Οδηγίες Πρόληψης

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι πιθανότητες να νοσήσει ένα άτομο από την νόσο Alzheimer είναι μικρότερες όταν γίνεται καθημερινή λήψη μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων (depon, ponstan κ.λ.π). Για τις γυναίκες η θεραπεία υποκατάστασης ορμονών στην περίοδο μετά την εμμηνόπαυση, επίσης, δίνουν ενθαρρυντικές ενδείξεις για την πρόληψη της νόσου αλλά θα πρέπει να περάσει αρκετό χρονικό διάστημα μέχρι να μπορούν να προκύψουν τεκμηριωμένα συμπεράσματα. Στην παρούσα φάση ορισμένοι γιατροί συνιστούν την λήψη των ανωτέρω φαρμάκων σε άτομα τα οποία ο γονέας τους είχε τη νόσο Alzheimer³².



³¹ Μεντενόπουλος Γ. Η Νόσος του Alzheimer. Β΄ Έκδοση. University Studio Press. Θεσσαλονίκη. 1999.

³² Οβάλες Κ. Νόσος του Alzheimer. www.isk.gr. 19/1/2012

20. Πρωτοβάθμια πρόληψη

Αν και δεν υπάρχουν ακόμα αποδεδειγμένα μέτρα για την πρόληψη της ανάπτυξης της νόσου Alzheimer, μερικές στρατηγικές φαίνονται να υπόσχονται πολλά. Αυτές βασίζονται σε γνωστούς παράγοντες κινδύνους καθώς και προστατευτικούς παράγοντες για την νόσο Alzheimer είναι φανερό ότι τίποτε δεν μπορεί να γίνει για τον παράγοντα ηλικία, τον κύριο παράγοντα κινδύνου και ακόμη η γενετική προδιάθεση δεν μπορεί να προβλεφθεί.

Το μορφωτικό επίπεδο έχει συνδεθεί αρνητικά με την νόσο Alzheimer. Παραμένει άγνωστο αν η μόρφωση μπορεί βασικά να υποκαταστήσει την εγγενή νοημοσύνη και όποιες εγκεφαλικές εφεδρείες η τελευταία συνεπάγεται, ή εάν αποτελεί έναν αυτοτελή και ανεξάρτητο παράγοντα. μιας τελετής με β-καροτίνη.³³

Τα άτομα που λαμβάνουν αντιφλεγμονώδη φάρμακα για μεγάλες περιόδους μπορεί να έχουν σημαντικά χαμηλότερο κίνδυνο για νόσο Alzheimer αν και αυτό έχει αμφισβητηθεί. Προηγηθείσα θεραπεία με ασπιρίνη και άλλα μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, αλλά όχι με παρακεταμόλη, έχει συσχετισθεί με χαμηλότερες συχνότητες νόσου Alzheimer και για τα NSAIDS, αυτή η συσχέτιση μπορεί να είναι δοσοεξαρτώμενη. Δοκιμές αντιφλεγμονωδών φαρμάκων για τη θεραπεία της νόσου Alzheimer είναι σε εξέλιξη, αλλά προς το παρόν η χρήση τους ως προφύλαξη έναντι της ανάπτυξης νόσου Alzheimer παραμένει άγνωστη.³⁴

Τα οιστρογόνα έχουν θεωρηθεί ότι έχουν προληπτικά και θεραπευτικά οφέλη στην νόσο Alzheimer. Η οιστρογονική υποκατάσταση σε υγιείς μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες επηρεάζει θετικά τη διάθεση και μπορεί να έχει παρόμοιες επιδράσεις στη γνωσιακή λειτουργία. Τα οιστρογόνα μπορεί να προάγουν την ανάπτυξη των χολινεργικών νευρώνων, ή να τα διεγείρουν. Αν συμβαίνει το τελευταίο, δεν είναι γνωστό αν υπάρχει μια κριτική περίοδος κατά τη διάρκεια της ζωής όπου η μόρφωση εκδηλώνει την προστατευτική της δράση. Έτσι, μπορεί να συμβαίνει ότι η μόρφωση διεγείρει την νευρωνική ανάπτυξη και πολυπλοκότητα νωρίς στη ζωή και όχι σε όψιμα στάδια. Από την άλλη μεριά όμως, αν δεν συμβαίνει αυτό, η εκπαίδευση στην ενήλικη ζωή και άλλα νοητικά ερεθίσματα μπορεί να είναι ωφέλιμα και πρέπει να ενθαρρύνονται.

³³ Κίτσιος Γ. Παρασκευάς Γ. Εγκέφαλος. Τεύχος 45⁰. Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2008. σ 169

³⁴ Πανταζή Θ. Καζής Α. Τσολάκη Μ. Εγκέφαλος. Τεύχος 37⁰. Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2000. σ 30

Στην ίδια ακριβώς θέση βρίσκεται και η σωματική άσκηση η οποία μπορεί να βοηθήσει καλύτερα τον ανθρώπινο εγκέφαλο να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις από διάφορες νευροεκφυλιστικές ασθένειες, όπως η νόσος Alzheimer. Αυτό συμβαίνει επειδή, όπως παρατηρούν οι επιστήμονες που διενήργησαν τη σχετική έρευνα, «η άσκηση επιτρέπει στον εγκέφαλο να αποδεσμεύσει εγκαίρως χημικές ουσίες οι οποίες παρεμποδίζουν τις φλεγμονές». Η καινούργια έρευνα που έγινε υπό την καθγήτρια Τζιν Χάρι από το Εθνικό Ινστιτούτο Επιστημών Περιβαλλοντικών Υγείας των ΗΠΑ, έδειξε ότι η άσκηση πριν από την εκδήλωση της βλάβης τροποποιεί κατά τέτοιο τρόπο το εγκεφαλικό περιβάλλον ώστε οι νευρώνες να προστατεύονται από διαφόρων τύπων προσβολές.

Οι ερευνητές χρησιμοποίησαν στο πλαίσιο της έρευνάς τους ποντίκια που εκτέθηκαν σε χημικές ουσίες οι οποίες καταστρέφουν στον ιππόκαμπο του εγκεφάλου, μία περιοχή η οποία ελέγχει τη διαδικασία εκμάθησης και τη μνήμη. Όσα ποντίκια ασκούνταν τακτικά προτού εκτεθούν στις επιβλαβείς χημικές ουσίες, παρήγαγαν μια γλυκοπρωτεΐνη, την κυττοκίνη ιντερλευκίνη 6, η οποία άμβλυνε τις φλεγμονές και εμπόδισε την απώλεια της λειτουργίας του ιπποκάμπου.³⁵

Επίσης παρατηρήθηκε ότι η φυσική άσκηση οποία μπορεί να περιορίσει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου έως και κατά 40%. Οι πρόσφατες μελέτες σε δείγμα ηλικιωμένων οι οποίοι επιδίδονταν σε περπάτημα, πεζοπορία, ελαφρύ τρέξιμο, αεροβική γυμναστική, κολύμβηση, ασκήσεις με βάρη και άλλες μορφές εκγύμνασης, έδειξαν ότι τα άτομα που εξασκούνταν σωματικά τρεις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα έστω και για 15 λεπτά τη φορά είχαν 30% έως 40% λιγότερες πιθανότητες να προσβληθούν από Alzheimer σε σύγκριση με τα άτομα που αθλούνταν λιγότερες από τρεις φορές την εβδομάδα.

Παράλληλα απεδείχθη ότι η σωματική άσκηση επιβράδυνε την εξέλιξη της νόσου σε άτομα που βρίσκονταν στα αρχικά της στάδια.

Ήταν γνωστό πως η άσκηση προσφέρει τόσα πολλά οφέλη, συμπεριλαμβανομένου της μείωσης του κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου και του διαβήτη, την ενίσχυση των οστών και των μυών, καθώς και μείωση του στρες. Πλέον όμως φαίνεται ότι η τακτική σωματική άσκηση ωφελεί πάρα πολύ και τον εγκέφαλο. Οι μελέτες δείχνουν ότι οι άνθρωποι που είναι σωματικά δραστήρια είναι λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν πτώση στη νοητική τους λειτουργία και έχουν μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου Alzheimer.

³⁵ Τσολάκη Μ. Εγκέφαλος. Τεύχος 43⁰. Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2006

Κάνοντας γυμναστική αρκετές φορές την εβδομάδα για 30 έως 60 λεπτά μπορούμε να:

- Ø Διατηρήσουμε την σκέψη, τον συλλογισμό και τις δεξιότητες μάθησης σε εγρήγορση στα υγιή άτομα
- Ø Βελτιώσουμε τη μνήμη, τον συλλογισμό, την κρίση και τις δεξιότητες της σκέψης (νοητική λειτουργία) για άτομα με ήπια νόσο Alzheimer ή ήπια γνωστική εξασθένηση
- Ø Καθυστερήσουμε την έναρξη της νόσου Alzheimer σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου

Η σωματική δραστηριότητα φαίνεται να βοηθά τον εγκέφαλο διατηρώντας την αιματική ροή. Η άσκηση αυξάνει επίσης τις χημικές ουσίες που προστατεύουν τον εγκέφαλο και βοηθά στην ανάπτυξη νέων εγκεφαλικών κυττάρων.

Χρειάζονται περισσότερες έρευνες ώστε να γνωρίζουμε σε ποιο βαθμό η προσθήκη σωματικής δραστηριότητας βελτιώνει την μνήμη ή επιβραδύνει την εξέλιξη της γνωστικής εξασθένησης. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να γυμναζόμαστε τακτικά ώστε να παραμένουμε σε καλή φυσική κατάσταση τόσο σωματικά όσο και ψυχικά.³⁶

³⁶ Κωνσταντινοπουλος Ε. Σωματική άσκηση στην Γ' ηλικία. Εκδόσεις Ταβιθά. Αθήνα 2004 σελ. 245-248.

21. Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη ενάντια στην εμφάνιση της Νόσου του Alzheimer έχει να κάνει κυρίως με την διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες που μπορούν να επιλεγούν για την θωράκιση – ενίσχυση του οργανισμού απέναντι στην Νόσο.

Επειδή οι ελεύθερες ρίζες έχουν θεωρηθεί ότι εμπλέκονται στην νευρωνική παθολογία που λαμβάνει χώρα στην νόσο Alzheimer, η χρήση των αντιοξειδωτικών φαίνεται να είναι μια λογική προληπτική στρατηγική. Πάντως, αναδρομικές επιδημιολογικές μελέτες με ελεγμένα περιστατικά απέτυχαν να αναδείξουν μικρότερη επίπτωση της νόσου Alzheimer σε άτομα που είχαν προηγουμένως χρησιμοποιήσει αντιοξειδωτικά όπως η βιταμίνη E με την εξαίρεση τον εκκριτικό μεταβολισμό της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς και να αλληλεπιδρούν με την απολιποπρωτεΐνη E. Άλλα οφέλη μπορεί να προέρχονται από τις επιδράσεις των οιστρογόνων στον μεταβολισμό της γλυκόζης και στην εγκεφαλική αιματική ροή καθώς και από την αντιοξειδωτική τους δράση. Οι άνδρες, μέσω της ενδοεγκεφαλικής μετατροπής με την αρωμάτωση της οιστρονής σε οιστρογόνα, έχουν μια συνεχή ενδογενή πηγή οιστρογονικής υποθήκης μέχρι αργά στη ζωή τους, η οποία μπορεί να ευθύνεται για τη χαμηλή συχνότητα της μη οικογενούς νόσου Alzheimer

Δεν είναι τυχαίο που Επιστήμονες από τη Βοστώνη ανακάλυψαν ότι άτομα που λάμβαναν στο πλαίσιο της διατροφής τους πολλή χολίνη, η οποία ανήκει στην οικογένεια των βιταμινών B, είχαν καλύτερες επιδόσεις σε τεστ μνήμης ενώ αντιμετώπιζαν και λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν στον εγκέφαλο αλλαγές που συνδέονται με άνοια.³⁷

Διατροφική «ασπίδα» για τον εγκέφαλο

Σύμφωνα με την κύρια ερευνήτρια της μελέτης που δημοσιεύεται στο επιστημονικό περιοδικό «American Journal of Clinical Nutrition» δρα Ρόντα Αου, τα νέα ευρήματα μαρτυρούν ότι η διατροφή μας μπορεί να κάνει τη διαφορά στον τρόπο με τον οποίο γερνά ο εγκέφαλός μας. Ωστόσο η ειδικός προειδοποιεί ότι δεν πρέπει να θεωρούμε συγκεκριμένα θρεπτικά συστατικά ως «μαγικές συνταγές» ενάντια στην άνοια. «Το κύριο μήνυμα της μελέτης είναι ότι το να ακολουθεί κάποιος μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή στη μέση ηλικία είναι σημαντικό».

³⁷ Dr. Bernard Jensen. Φυσικές τροφές που θεραπεύουν. Εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί. Αθήνα 2008 σελ.198-200



Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η μεσογειακή διατροφή που βασίζεται στην κατανάλωση ελαιολάδου, φρούτων, λαχανικών και οσπρίων και είναι «φτωχή» σε ζωικά λίπη μπορεί να έχει προστατευτική δράση για τον εγκέφαλο.

Στο πλαίσιο της τελευταίας μελέτης η δρ Αου και οι συνεργάτες της ανέλυσαν τα αποτελέσματα μιας μεγάλης, μακροπρόθεσμης έρευνας σχετικά με την υγεία της καρδιάς στην οποία συμμετείχαν σχεδόν 1.400 ενήλικες ηλικίας 36 ως 83 ετών. Οι εθελοντές συμπλήρωναν ερωτηματολόγια που αφορούσαν τις διατροφικές συνήθειές τους μεταξύ του 1991 και του 1995. Στη συνέχεια, μεταξύ του 1998 και του 2001, υποβλήθηκαν σε τεστ μνήμης και άλλων γνωστικών ικανοτήτων καθώς και σε μαγνητική τομογραφία.

Πολλή χολίνη, καλή μνήμη

Σύμφωνα με τα ευρήματα, άνδρες και γυναίκες που λάμβαναν την περισσότερη χολίνη μέσω της διατροφής τους εμφάνιζαν καλύτερες επιδόσεις στα τεστ μνήμης σε σύγκριση με όσους λάμβαναν τις μικρότερες ποσότητες του θρεπτικού συστατικού.

Τα αποτελέσματα αυτά φάνηκε μάλιστα να ισχύουν ακόμη και όταν ελήφθησαν υπόψη παράγοντες όπως το μορφωτικό επίπεδο, η κατανάλωση λιπαρών και η συνολική ημερήσια πρόσληψη θερμίδων.

Παράλληλα οι εθελοντές που λάμβαναν τις μεγαλύτερες ποσότητες χολίνης αντιμετώπιζαν μικρότερες πιθανότητες να εμφανίσουν στη μαγνητική τομογραφία βλάβες

στη λευκή ουσία του εγκεφάλου. Οι βλάβες αυτές παρουσιάζονται όταν υπάρχει αγγειακή νόσος στον εγκέφαλο, γεγονός που μπορεί να αποτελεί σημάδι κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο ή και για άνοια.

Μακροπρόθεσμες διαφορές

Η δρ Αου τονίζει ότι τα άτομα που δεν λαμβάνουν πολλή χολίνη μέσω της διατροφής τους δεν θα παρατηρήσουν κάποια βραχυπρόθεσμη διαφορά. «Ωστόσο, μακροπρόθεσμα πιθανότατα τα συγκεκριμένα άτομα να έχουν πάρει ένα μονοπάτι ‘νοητικής φθίσης’ σε σύγκριση με συνομηλίκους τους που λαμβάνουν μεγάλες ποσότητες χολίνης, χωρίς να το γνωρίζουν».

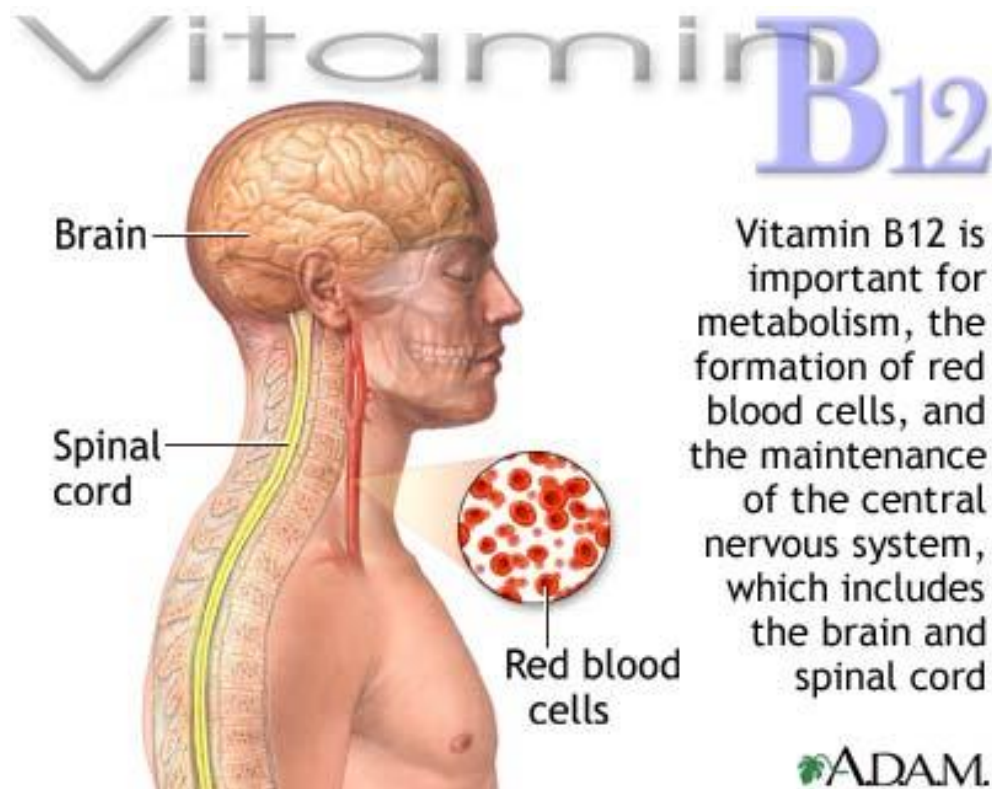
Παρότι η συγκεκριμένη μελέτη δεν αποδεικνύει ότι η χολίνη προστατεύει τη μνήμη, υπάρχουν καλοί λόγοι για να πιστέψουμε ότι η σύνδεση αυτή ισχύει. Και αυτό διότι το συγκεκριμένο θρεπτικό συστατικό αποτελεί πρόδρομη ουσία του χημικού του εγκεφάλου ακετυλχολίνη, το οποίο παίζει ρόλο- «κλειδί» στη μνήμη και σε άλλες γνωστικές λειτουργίες. Οι ειδικοί γνωρίζουν ότι τα χαμηλά επίπεδα ακετυλχολίνης συνδέονται με νόσο Alzheimer.

Υπογραμμίζεται ότι σε γενικό πλαίσιο οι ειδικοί συνιστούν στους άνδρες να λαμβάνουν 550 mg χολίνης την ημέρα και στις γυναίκες 425 mg της θρεπτικής ουσίας ημερησίως.

Τα παραπάνω επιβεβαιώνει επίσης μια ακόμη έρευνα απ’ την οποία προέκυψε μία διαιτητική μελέτη σε 168 εθελοντές της τρίτης ηλικίας, υπό τον καθηγητή Ντέιβιντ Σμιθ του τμήματος φαρμακολογίας του πανεπιστημίου της Οξφόρδης, σε συνεργασία με νορβηγούς ερευνητές, ήταν η μεγαλύτερη μέχρι σήμερα του είδους της διεθνώς και παρουσιάστηκε στο περιοδικό PLOS, σύμφωνα με τα πρακτορεία Ρόιτερ και Γαλλικό και το BBC.

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η βιταμίνη Β μπορεί να αποτελέσει το πρώτο βήμα για την ανακάλυψη ενός τρόπου καθυστέρησης του Alzheimer, αλλά τόνισαν ότι χρειάζονται περαιτέρω μεγαλύτερου εύρους έρευνες, προτού οι γιατροί συστήσουν τα συμπληρώματα βιταμίνης Β ως ασφαλή θεραπεία κατά των νευροεκφυλιστικών παθήσεων όπως το Alzheimer.

Οι ερευνητές μελέτησαν τις περιπτώσεις ηλικιωμένων με ήπια συμπτώματα απώλειας μνήμης και γλωσσικών δυσκολιών (περίπου το 16% των ανθρώπων άνω των 70 ετών διεθνώς έχουν τέτοια προβλήματα), τα οποία δεν μπορούν να εξηγηθούν λόγω φυσιολογικής γήρανσης και πιθανώς αποτελούν πρόδρομα συμπτώματα του Alzheimer (σχεδόν οι μισοί αναμένεται να εμφανίσουν Alzheimer μέσα σε πέντε χρόνια από την εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων).



Οι μισοί ηλικιωμένοι έπαιρναν κάθε μέρα βιταμίνη Β (φυλλικό οξύ, Β6 και Β12), ενώ οι άλλοι μισοί ένα εικονικό χάπι "πλασέμπο". Οι δόσεις που έπαιρναν, ήσαν 300 φορές μεγαλύτερες από τη συνιστώμενη ημερήσια δόση για την Β12, 15 φορές μεγαλύτερες για το Β6 και τέσσερις φορές μεγαλύτερη για το φυλλικό οξύ. Τόσο στην αρχή της έρευνας, όσο και μετά από δύο χρόνια, μετρήθηκαν με τομογραφίες οι εγκεφαλοι των ατόμων που συμμετείχαν στο πείραμα.

Η συρρίκνωση του εγκεφάλου είναι ένα από τα συμπτώματα της ήπιας νοητικής έκπτωσης, που συχνά οδηγεί στην άνοια. Κατά μέσο όρο ο εγκεφαλος συρρικνώνεται με ρυθμό 0,5% ετησίως μετά την ηλικία των 60 ετών, ενώ στα άτομα με μέτρια γνωστικά/νοητικά προβλήματα η συρρίκνωση είναι διπλάσια και στα άτομα με Alzheimer ο ρυθμός φτάνει το 2,5% το χρόνο. Όμως, η μελέτη βρήκε ότι σε όσους έπαιρναν συμπληρώματα βιταμίνης Β, η συρρίκνωση του εγκεφάλου είχε μειωθεί κατά 30% ή και πάνω από 50% σε μερικές περιπτώσεις. Όσοι είχαν πάρει το "πλασέμπο", εμφάνισαν μέση ετήσια εγκεφαλική συρρίκνωση 1,08%, ενώ όσοι είχαν πάρει τη βιταμίνη Β 0,76%.

Ορισμένες από τις βιταμίνες του συμπλέγματος Β (φυλλικό οξύ, Β 6, Β12) μειώνουν το επίπεδο μιας ουσίας (ενός αμινοξέους) στο αίμα, της ομοκυστεΐνης, τα υψηλά επίπεδα

της οποίας σχετίζονται με ταχύτερη συρρίκνωση του εγκεφάλου και την εκδήλωση Alzheimer. Οι βρετανοί επιστήμονες πιστεύουν ότι είναι ακριβώς η δράση της βιταμίνης B στην ομοκυστεΐνη που κυρίως εξηγεί την προστατευτική λειτουργία της στους ηλικιωμένους. Όσοι εθελοντές είχαν την περισσότερη ομοκυστεΐνη στο αίμα τους, όταν ξεκίνησε η μελέτη, ήταν αυτοί που ωφελήθηκαν συγκριτικά περισσότερο, καθώς οι εγκεφαλοί τους συρρικνώθηκαν με τον μισό ρυθμό σε σχέση με όσους είχαν πάρει το εικονικό χάπι.

Ο καθηγητής Σμιθ δήλωσε ότι τα αποτελέσματα της μελέτης ήταν σημαντικότερα από τα αναμενόμενα. "Πρόκειται για ένα δραματικό και εντυπωσιακό αποτέλεσμα. Υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση (της βιταμίνης B) από ό,τι οποιοσδήποτε είχε προβλέψει", τόνισε.

Ο Σμιθ όμως συνέστησε στους ηλικιωμένους να μην σπεύσουν να πάρουν τεράστιες δόσεις βιταμίνης B από μόνοι τους, καθώς οι μακροπρόθεσμες συνέπειες είναι ακόμα άγνωστες. Οι ειδικοί συνιστούν να μην γίνεται λήψη υψηλότερων επιπέδων βιταμίνης B από τη συνιστώμενη, καθώς οι μεγάλες δόσεις μπορεί να έχουν παρενέργειες.³⁸

Μεσογειακή διατροφή και Alzheimer



³⁸ Μηνούδης Γ. Διατροφολογία A+B. εκδόσεις ανάδρασις. Αθήνα 2000. Σελ 254-256

Πολύτιμος σύμμαχος στη μάχη κατά του Alzheimer αποδεικνύεται και η Μεσογειακή διατροφή. Σύμφωνα με εκτεταμένες επιστημονικές έρευνες κανένα είδος τροφής δεν δρα από μόνο του προληπτικά κατά της άνοιας, ο συνδυασμός όμως τροφών είναι δυνατόν να αποβεί θαυματουργός σε ζητήματα πρόληψης και εξάπλωσης της νόσου.

Η Μεσογειακή διατροφή καταδεικνύεται από την παγκόσμια κοινότητα ως η πιο αποτελεσματική ασπίδα προστασίας λόγω των πλούσιων αντιοξειδωτικών ουσιών που περιέχει, όπως βιταμίνη E, βιταμίνες του συμπλέγματος B, φυλλικό οξύ, μονοακόρεστα και ω3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα.

Παράλληλα συνεπάγεται μειωμένη πρόσληψη κορεσμένων και trans λιπαρών οξέων και μέτρια κατανάλωση αλκοόλης.

Όπως εξηγούν οι ειδικοί, όλα αυτά, μεταξύ άλλων, μειώνουν την εναπόθεση της β-αμυλοειδούς στον εγκέφαλο, τη λιπιδική υπεροξειδωση, τις βλάβες του DNA, τη νευρική και την απώλεια νευρώνων, καταστάσεις που συμβάλλουν στην εκδήλωση διαφόρων μορφών άνοιας.

Χαρακτηριστική ως προς αυτό είναι μελέτη η οποία δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Neurology: Οι άνθρωποι που κατανάλωναν ψάρι τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα είχαν 40% λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν άνοια, ενώ η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μία φορά την ημέρα μείωνε τον κίνδυνο κατά 35%.

Την ίδια στιγμή, η κατανάλωση ηλιέλαιου και άλλων λαδιών που περιέχουν ω-6 αντί για ω-3 λιπαρά διπλασίαζε τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας.

Σε γενικές γραμμές οι επιστήμονες συνιστούν την κατανάλωση δύο μερίδων λιπαρών ψαριών την εβδομάδα, την καθημερινή κατανάλωση έξι μερίδων φρούτων και λαχανικών και την προσθήκη ξηρών καρπών, ελαιόλαδου, πράσινου τσαγιού και κόκκινου κρασιού στο εβδομαδιαίο διαιτολόγιό μας.

Παράλληλα, θεωρείται ότι η περιορισμένη πρόσληψη γαλακτοκομικών με υψηλά λιπαρά, κόκκινου κρέατος και βουτύρου σχετίζεται με μειωμένο κίνδυνο εκδήλωσης μορφών άνοιας

Οι τροφές που αν συνδυαστούν σωστά συμβάλλουν στη θωράκιση του οργανισμού από τη νόσο Alzheimer, σύμφωνα με τους ειδικούς, είναι:

Λαχανικά, Φρούτα, Δημητριακά

Η μελέτη δείγματος 8.085 Γάλλων άνω των 65 ετών απέδειξε συσχέτιση της κατανάλωσής τους με μειωμένη επίπτωση άνοιας. Ισχυρότερη δράση από τα φρούτα φαίνεται ότι έχουν τα λαχανικά και πολύ περισσότερο τα πράσινα, ίσως λόγω των

αντιοξειδωτικών τους, όπως τα καροτενοειδή, τα φλαβονοειδή, οι βιταμίνες C και E αλλά και των φυτικών ινών.

Ελιές-Ελαιόλαδο

Το λάδι θεωρείται απαραίτητο συστατικό για τη διανοητική λειτουργία του ανθρώπου. Αρκετοί επιστήμονες αποδίδουν στο ελαιόλαδο τη μικρότερη συχνότητα Alzheimer στις Μεσογειακές χώρες σε σχέση με τις Βόρειες χώρες. Θα πρέπει να προτιμάται το έξτρα παρθένο ελαιόλαδο.

Ψάρια

Η κατανάλωση ψαριών περισσότερες από μία φορές την εβδομάδα έχει αποδειχθεί, σύμφωνα με μεγάλες έρευνες, ότι μειώνει την εμφάνιση νόσου Alzheimer. Από τις έρευνες δεν έχει αποδειχθεί ότι όσο μεγαλύτερη είναι η κατανάλωση τόσο μεγαλύτερη είναι και η προστασία που παρέχεται. Θα πρέπει να προτιμώνται τα λιπαρά ψάρια.

Κρασί

Η μικρή με μέτρια κατανάλωση κρασιού - 1 με 2 ποτηράκια ημερησίως- έχει αποδειχθεί, σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες Αμερικανών ερευνητών, ότι μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Αντίθετα, η μεγάλη κατανάλωση ποτού -τρία με πέντε την ημέρα- συνδέεται με τον αυξημένο κίνδυνο άνοιας

Ξηροί καρποί

Αποτελούν πηγή μονοακόρεστων λιπαρών οξέων, βιταμινών και φυλλικού οξέος που συντελούν στην υγεία του εγκεφάλου. Παράλληλα είναι αντιοξειδωτικοί παράγοντες. Οι ηλιόσποροι, τα φιστίκια, τα καρύδια θεωρούνται σωστές επιλογές.³⁹

³⁹ Dr. Bernard Jensen. Φυσικές τροφές που θεραπεύουν. Εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί. Αθήνα 2008 σελ.206-212

22. Τριτοβάθμια πρόληψη: η ψυχολογική, κοινωνική και περιβαλλοντική αντιμετώπιση της νόσου

Οι δραματικές εκδηλώσεις της τύπου άνοιας Alzheimer μπορούν να βελτιωθούν δίνοντας προσοχή στις ψυχοκοινωνικές παραμέτρους της άνοιας. Αυτό μπορεί να γίνει με εξατομικευμένο σχεδιασμό, αφού κάθε ασθενής έχει διαφορετικό ιστορικό, διαφορετικά νευρολογικά ελλείμματα καθώς και διαφορές στην αντίδρασή του στον ιατρό, τη θεραπεία και το περιβάλλον.

Πρόσφατα έχουν αναπτυχθεί και στην Ελλάδα ειδικά προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης όπου σκοπό έχουν την ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση της νόσου.

Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης αποτελούν μια νέα, μη φαρμακευτική θεραπευτική προσέγγιση της νόσου Alzheimer, 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 των ανοϊκών ασθενών. 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. 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 Ήπια Νοητική Διαταραχή και ήπιας έως μέτριας βαρύτητας νόσο Alzheimer. Πραγματοποιούνται συνήθως με «μολύβι και χαρτί» και άλλα ποικίλα βοηθήματα (εικόνες, ήχοι, μουσικές, επιλεγμένα αντικείμενα κ.ά.).

Η θεραπεία νοητικής ενδυνάμωσης χρησιμοποιεί 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:

- Ø Προσανατολισμός στο χώρο και το χρόνο
- Ø Συζήτηση για θέματα της επικαιρότητας
- Ø Εκμάθηση ή επανεκμάθηση υλικού με την εφαρμογή κατάλληλων μεθόδων
- Ø Εκπαίδευση στη χρήση εξωτερικών μνημονικών βοηθημάτων
- Ø Ασκήσεις που ασκούν τη μνήμη, την προσοχή, το λόγο, την κριτική σκέψη κ.λ.π.
- Ø Θεραπείες τέχνης
- Ø Θεραπεία δι' αναμνήσεων
- Ø Επιτραπέζια παιχνίδια



Το μεγαλύτερο ίσως πλεονέκτημα των προγραμμάτων νοητικής ενδυνάμωσης είναι η ευελιξία που διαθέτουν: αποτελούν 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. Δεν αναγκάζεται να εναποθέσει τις ελπίδες του αποκλειστικά στη «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 Alzheimer, τα οφέλη της οποίας είναι αδιαμφισβήτητα. Στόχος της είναι η συνδυαστική δράση, η οποία φαίνεται ότι μπορεί να ενισχύσει τη δράση των φαρμάκων, βελτιώνοντας θεαματικά το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

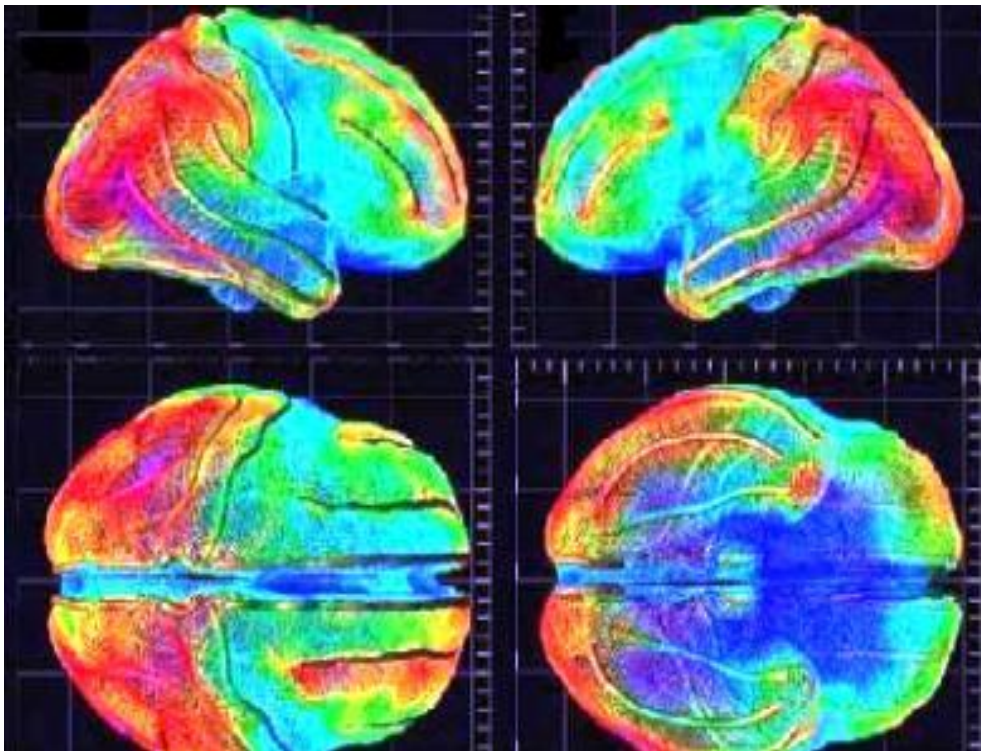
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα πρόσφατων ερευνών, η συμμετοχή ασθενών με νόσο Alzheimer σε τέτοιου είδους προγράμματα βελτίωσε σημαντικά τόσο τις γνωστικές τους λειτουργίες, όσο και την ικανότητά τους να ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής. Επίσης, συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στην καταπολέμηση της απάθειας, της απόσυρσης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τα οποία εμφανίζονται σε μεγάλο αριθμό ανοϊκών ασθενών.⁴⁰



⁴⁰ Christen Y. Oxidative stress and Alzheimer disease. Am J Clin Nutr 2000 σελ. 621-629.

Οι αρχές της καλής αντιμετώπισης περιλαμβάνουν:

- a. Σχεδιασμό εξατομικευμένων προγραμμάτων
- b. παροχή ερεθισμάτων για τον ασθενή
- c. αξιοποίηση των θετικών σημείων τους ασθενούς
- d. διατήρηση των αισθημάτων αυτοεκτίμησης και αυτό-σημαντικότητας του ασθενούς.
- e. κατανόηση από τη μια πλευρά μερικών συμπεριφορών του αρρώστου ως παλινδρόμηση αλλά από την άλλη αποφυγή της αντιμετώπισής του ως παιδί
- f. επίλυση των προβλημάτων δημιουργικά
- g. μετατροπή του περιβάλλοντος του ασθενούς προκειμένου να λυθεί ένα πρόβλημα αντί της προσπάθειας επέμβασης στον ίδιο τον ασθενή⁴¹.



⁴¹ Henry Brodaty *Η νόσος Alzheimer στην πρωτοβάθμια περίθαλψη*, εκδ. Βαγιονάκης, Αθήνα 2003, σελ. 37, 38, 49.

Συμβουλές αντιμετώπισης ασθενών

Κάντε υποχωρήσεις. Μην παίρνετε προσωπικά επιθετική συμπεριφορά η οποία οφείλεται στη νόσο.

- Ø Δείξτε ενδιαφέρον και κρατήστε οπτική επαφή με το αγαπημένο σας πρόσωπο.
- Ø Αποφύγετε θορύβους. Η επικοινωνία είναι δύσκολη, αν όχι ακατόρθωτη σε ένα περιβάλλον γεμάτο συνεχή οπτικά ερεθίσματα και ήχους.
- Ø Χρησιμοποιείστε απλή γλώσσα. Η αντίθετη πρακτική θα οδηγήσει σε αποτυχημένη προσπάθεια για επικοινωνία με ένα άτομο που πάσχει από Alzheimer.
- Ø Μην διακόπτετε. Αποφύγετε κριτική, βιασύνη, διόρθωση και αντίλογο.
- Ø Χρησιμοποιείστε οπτικά ερεθίσματα για να βελτιώσετε την αναγνώριση των αντικειμένων.
- Ø Μην διαφωνείτε.
- Ø Παραμείνετε ψύχραιμος και χαλαρός.

23. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΑΛΤΣΧΑΪΜΕΡ



Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που διέπουν την φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από τη νόσο Alzheimer είναι δύσκολο να περιγραφούν. Και τούτο γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει:

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

β) τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα, την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως, καθώς επίσης την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

Πρώτον, την επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.

Δεύτερον, την προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση.

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

Τα προβλήματα επικοινωνίας που παρουσιάζουν οι ανοϊκοί ασθενείς είναι κοινά. Η ομιλία είναι αόριστη, κενή νοήματος και συνήθως αυτόματη, ενώ στην τελική φάση της νόσου το άτομο μπορεί να μη μιλάει καθόλου. Η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο η τροφή και το νερό. Σε μελέτη με θέμα την επικοινωνία των ανοϊκών ασθενών-νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές δαπανούν μόνο το 10% του χρόνου τους για επικοινωνία με τους ανοϊκούς ασθενείς, ενώ διαθέτουν πολύ περισσότερο χρόνο για συζητήσεις μεταξύ τους.

Τα επίπεδα απομονώσεώς τους στους ανοϊκούς ασθενείς είναι προφανή σε σχέση με τους άλλους ηλικιωμένους. Η μειωμένη κοινωνική αντίδραση αυξάνει την εξάρτησή τους ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και τη φυσική του κατάσταση. Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις, όπως γραπτά μηνύματα, σχήματα, σχέδια κ.α.

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

- Ø Να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο
- Ø Να χρησιμοποιείτε γνωστές λέξεις και απλές προστάσεις
- Ø Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοικτές ερωτήσεις
- Ø Να αποφεύγετε το απαγορευτικό «μη» και να δίνετε θετικές οδηγίες
- Ø Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
- Ø Να δίνετε απλές οδηγίες, που δεν χρειάζεται να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μία πράξεις.
- Ø Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.
- Ø Να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνατε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.
- Ø Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί, τότε να επαναλάβετε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο, διαφορετικά θα του αυξήσετε τη σύγχυση.
- Ø Αν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί μαζί σας, τότε μην τον πιέζετε. Αν προσπαθήστε ξανά με πιο απλές ερωτήσεις ίσως να ανταποκριθεί καλύτερα.
- Ø Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που κάνετε με άλλους ανθρώπους.

Ø Να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στον ασθενή, διαφορετικά θα ζημιώσετε τη συμπεριφορά του απέναντί σας.

Ø Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή.

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

Η μουσική που συνήθιζε να ακούει το άτομο έχει βρεθεί ότι ηρεμεί, αλλάζει τη διάθεση και τον ανακουφίζει από το άγχος και τον εκνευρισμό⁴². Η καθηγήτρια νευρολογίας του ΑΠΘ και πρόεδρος της Ελληνικής Ομοσπονδίας Νόσου Alzheimer, Μάγδα Τσολάκη, διευκρίνισε ότι τέτοιου είδους μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις μπορεί να καθυστερήσουν τα συμπτώματα της άνοιας και ίσως να προφυλάξουν από την εκδήλωσή τους στο μέλλον⁴³.

Σύμφωνα με καλά τεκμηριωμένες μελέτες το βάρος της φροντίδας του ασθενή με Alzheimer το σηκώνει η οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλεία του ασθενή γίνεται περισσότερη σύνθετη και τούτο γιατί η επικοινωνία με τους οικείους του επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση. Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενή στην προσπάθειά τους να παρέχουν άνεση και ασφάλεια, υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση.

⁴² Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004, σελ.360-362

⁴³ Καπάκη Γ.Π. Σύγχρονη Θεραπευτική Θεώρηση της νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών διαταραχών. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα. 2003



Νοσηλευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που αφορούν και επηρεάζουν τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση για προβλήματα προσωπικής υγιεινής

Άτομα που πάσχουν από άνοια, είναι επόμενο να χρειάζονται ολοένα και περισσότερο βοήθεια στην προσωπική τους υγιεινή. Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται μπορεί να χάσουν την ικανότητα χειρισμού αντικειμένων, όπως χτένες και οδοντόβουρτσες.

Μπορεί επίσης να ξεχάσουν τι είναι αυτά τα αντικείμενα, σε τι χρησιμεύουν, να ξεχάσουν ότι κάποια δουλειά πρέπει να γίνει ή να χάσουν το ενδιαφέρον τους στο να είναι καθαροί και περιποιητικοί.⁴⁴

Πώς να αντιμετωπίσετε δυσκολίες που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή:

1. Σεβαστείτε την ανάγκη για ηρεμία και την αξιοπρέπεια του ατόμου που πάσχει από άνοια.
2. Παρέχετε επαρκή βοήθεια, χωρίς να του στερείτε την ανεξαρτησία του.
3. Καθησυχάστε τον σχετικά με την θερμοκρασία και το βάθος του νερού, την ολισθηρότητα.

⁴⁴ Πλατή Δ. Γεροντολογική Νοσηλευτική. ΣΤ΄ Έκδοση αναθεωρημένη. Αθήνα. 2004

4. Μην επιμένετε να κάνει μπάνιο συχνότερα από ότι έχει συνηθίσει και αρκεστείτε σε ένα ντους, αν το μπάνιο είναι πολύ δύσκολο.
5. Κάντε το μπάνιο μια ευχάριστη δραστηριότητα.
6. Σκεφθείτε τη χρήση ηλεκτρικής ξυριστικής μηχανής αντί για το παραδοσιακό ξυράφι, μπορεί να δυσκολεύονται να το χειριστούν και κατά συνέπεια, να κοιτούν.
7. Σκεφτείτε τρόπους να βελτιώσετε την αυτοπεποίθησή του. Π.χ. μανικιούρ, βερνίκι νυχιών ή ένα νέο χτένισμα, αν πρόκειται για γυναίκα.
8. Προσπαθήστε να βρείτε ένα εύκολο χτένισμα.
9. Διαχωρίστε το μπάνιο από το λούσιμο, αν είναι δύσκολο να γίνουν και τα δύο ταυτόχρονα.
10. Προσέχετε τα νύχια στα δάχτυλα των ποδιών και χεριών
11. Κάντε το χώρο του μπάνιου ένα ασφαλές περιβάλλον.

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση για τη διατήρηση της στοματικής υγιεινής

1. Ενημερώστε τον άρρωστο και ζητείστε τη συνεργασία τον.
2. Πλύνετε τα χέρια σας.
3. Δώστε στο άρρωστο πλάγια ή καθιστή θέση
4. Τοποθετείστε την πετσέτα γύρω από τον τράχηλο και το νεφροειδές κοντά, ανάλογα με την θέση του.
5. Βουρτσίστε τα δόντια προς όλες τις κατευθύνσεις.
6. Βοηθήστε να ξεπλύνει το στόμα του με το ποτήρι ή καλαμάκι και να κάνει γαργάρες με αντισηπτικό διάλυμα.
7. Αν η κατάσταση του δεν επιτρέπει βούρτσισμα, τυλίξτε βαμβάκι στην σπάτουλα, εμβαπτίστε το σε αντισηπτικό διάλυμα και καθαρίστε τις επιφάνειες του στόματος.
8. Επαλείψτε τα χείλη με γλυκερίνη αν κρίνετε αναγκαίο.
9. Ελέγχετε τη στοματική κοιλότητα για πιθανή στοματίτιδα, έλλειψη αισθητικότητα, αιμορραγία, πόνο.⁴⁵

Έρευνες έδειξαν ότι η κατάσταση της στοματικής υγείας δεν επηρεάζει θετικά ή αρνητικά την εξέλιξη της νόσου, αλλά η καλή οδοντική κατάσταση δημιουργεί ευχάριστες μασητικές μνήμες και αυξάνει τον χρόνο αυτοεξυπηρέτησης των ασθενών.

⁴⁵ Τσολάκη Μ. Ζώντας με την Νόσο Alzheimer. Πρακτικός Οδηγός για τους ασθενείς με την Νόσο Alzheimer. Ελληνική Έκδοση: Φαρμακευτική Εταιρία Novartis. Θεσσαλονίκη. 1999

Φροντίδα τεχνητής οδοντοστοιχίας

1. Πλύνετε τα χέρια σας και φορέστε γάντια.
2. Αφαιρέστε πρώτα την κάτω οδοντοστοιχία όταν υπάρχει και τοποθετείστε την πάνω σε καθαρή ή αποστειρωμένη γάζα ή χαρτοβάμβακο.
3. Τοποθετείστε νεφροειδές στο νιπτήρα για να μην πέσει και σπάσει. Βουρτσίστε με οδοντόκρεμα ή σαπουνίστε-σύμφωνα με την συνήθεια του αρρώστου- και ξεπλύνετε καλά, πάνω από το νεφροειδές. Τοποθετήστε την σε καθαρό ατομικό ποτήρι.
4. Βοηθήστε τον άρρωστο να κάνει γαργάρες με αντισηπτικό διάλυμα.
5. Τοποθετείστε πρώτα την επάνω και έπειτα την κάτω οδοντοστοιχία.

Ø Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με δυσκοιλιότητα

Κύριος αντικειμενικός σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για διευθέτηση της δυσκοιλιότητας είναι η εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενο και η επαναφορά του στις φυσιολογικές συνήθειες αφόδευσης.

Νοσηλευτικά μέτρα που αποβλέπουν στην διευθέτηση του προβλήματος της δυσκοιλιότητας είναι:

1. Ενθάρρυνση του ηλικιωμένου για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.
2. Προτροπή για πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών.
3. Χορήγηση τροφών με υπόλειμμα.
4. Έλεγχος των χορηγούμενων φαρμάκων που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
5. Διδασκαλία σχετικά με την κατάχρηση των υπακτικών.
6. Καθιέρωση προγράμματος ασκήσεως.
7. Διευθέτηση ψυχολογικών προβλημάτων.

Η εκτέλεση τακτικών ασκήσεων αποτελεί σημαντικό μέρος του νοσηλευτικού προγράμματος. Όταν χρόνια προβλήματα όπως νευρολογικές διαταραχές, γενικευμένη κακουχία αρθροπάθειες κ.ά. ακινητοποιούν τον ηλικιωμένο στο κρεβάτι, τότε το πρόγραμμα τροποποιείται ανάλογα με την περίπτωση.

Με την χορήγηση επαρκούς ποσότητας υγρών καθίσταται τα κόπρανα μαλακά, γι' αυτό και συνιστάται η χορήγηση τους τόσο μεταξύ των γευμάτων όσο και κατά την

κατάκλιση. Ο καφές, το τσάι, οι χυμοί και ειδικότερα ο χυμός σταφυλιού, επειδή δρουν όπως τα διουρητικά καλό είναι να αποφεύγονται ή να περιορίζονται.

Η συμβολή των φυτικών ινών για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας είναι σημαντική. Οι φυτικές ίνες συγκρατούν νερό, τα κόπρανα μαλακώνουν γίνονται βαρύτερα και διέρχονται από το έντερο με μεγαλύτερη ευκολία. Σητεία πλούσια σε φυτικές ίνες αφθονούν. Ενδεικτικά αναφέρονται τα μπρόκολα, τα φασολάκια, τα ξερά βερίκοκα, οι γλυκές πατάτες και το σιταρένιο ψωμί το οποίο υπερέχει πολλών άλλων σιτικών.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες εξετάζονται προσεκτικά. Η μείωση της κοινωνικής μονώσεως αποκαθίσταται με την κοινωνικοποίηση τον ηλικιωμένου και τη συμμετοχή του σε θεραπευτική ομάδα. Επίσης διδάσκεται ο ηλικιωμένος και οι συγγενείς πώς να αξιολογούν την κινητικότητα του εντέρου, ώστε να αποφεύγονται εσφαλμένα συμπεράσματα.

∅ **Νοσηλευτική παρέμβαση στην ακράτεια ούρων**

1. Όταν η απώλεια ούρων οφείλεται σε παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις στρέφονται στην άρση του αιτίου.
2. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και αρκετό νερό.
3. Διδάσκεται τι σημαίνουν τεχνικές συμπεριφοράς και ποιο το αναμενόμενο αποτέλεσμα.
4. Οι τεχνικές αρχίζουν με ασκήσεις των μυών της πυέλου και με την χρησιμοποίηση προς το τέλος και της συσκευής της βιοεπανατροφοδότησης του Kegel. Συνεχίζονται με την επανεκπαίδευση της κύστεως, την αναχαίτιση του αισθήματος για ούρηση.
5. Τελικά όταν τα αναφερόμενα μέσα δεν αποβούν αποτελεσματικά τότε τοποθετείται εξωτερικός εσωτερικός καθετήρας Foley μόνιμος. Το μέτρο αυτό χρησιμοποιείται εφόσον αποκλείεται η χειρουργική παρέμβαση ή ο διακεκομμένος καθετηριασμός.

∅ **Νοσηλευτική αντιμετώπιση των κατακλίσεων**

Προληπτικά μέτρα κατακλίσεων

1. Άρση της πίεσης
2. Αποφυγή σύγχρονου τριβής και πίεσης
3. Έλεγχος υγρασίας
4. Πρόληψη τραυματιών του δέρματος
5. Δίαιτα

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση επιληπτικών κρίσεων

1) Διαγνωστική

- Διενεργείται ακριβής παρατήρηση, λαμβάνεται ιστορικό και γίνεται φυσική εξέταση.
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα
- Εξήγηση διαγνωστικών εξετάσεων

2) Θεραπευτική

- Παρακολουθείται για αποτελεσματικότητα των αντισπασμωδικών
- Παρακολουθήση για ανεπιθύμητες ενέργειες

3) Παροχή συμβουλευτικής και εκπαίδευση αρρώστου, οικογένειας και κοινότητας⁴⁶

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση στην φυσική κατάσταση του ασθενή

Είναι γνωστό ότι οι ασθενείς που πάσχουν από την νόσο Alzheimer διατηρούν τη κινητική τους ικανότητα μέχρι το τελικό στάδιο εξέλιξης. Για το λόγο αυτό η άσκηση αποτελεί ένα σημαντικό μέσο παρέμβασης στην αντιμετώπιση της νόσου. Οι στόχοι που θέτονται σε ένα πρόγραμμα άσκησης για ασθενείς με ΝΑ αφορούν,

- πέρα από την διατήρηση ή τη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης
 1. Δύναμη
 2. Ταχύτητα
 3. Αντοχή
 4. Ευκινησία
 5. Ευλυγισία
- Στη διατήρηση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων των ασθενών
- Στη βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης και της συμπεριφοράς.⁴⁷

⁴⁶ Τσολάκη Μ. Ζώντας με την Νόσο Alzheimer. Πρακτικός Οδηγός για τους ασθενείς με την Νόσο Alzheimer. Ελληνική Έκδοση: Φαρμακευτική Εταιρία Novartis. Θεσσαλονίκη, 1999

⁴⁷ Μιχαλοπούλου Μ. Πετροπούλου Ο. Εγκέφαλος. Τεύχος 43^ο Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2006.

Επιπροσθέτως, η φυσικοθεραπευτική παρέμβαση στους ασθενείς με τη νόσο Alzheimer κρίνεται ολοένα και περισσότερο αναγκαία όχι βέβαια γιατί συμβάλλει στην αναχαίτιση της πορείας της νόσου, αλλά επειδή στοχεύει στη διατήρηση της ανεξαρτησίας του όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.

Κατά την αξιολόγηση εντοπίζονται τα υποκειμενικά και τα αντικειμενικά δεδομένα του κάθε ασθενή σε συνδυασμό με τις μεταβολές που επέρχονται ως φυσικό επακόλουθο της αύξησης της ηλικίας.

Η υποκειμενική πληροφόρηση περιλαμβάνει στοιχεία όπως ο προσανατολισμός του ασθενή, το νοητικό του επίπεδο, η ύπαρξη πόνου και των χαρακτηριστικών του, η ύπαρξη δύσπνοιας, οι δυνατότητες επικοινωνίας και οι σχέσεις του με το οικογενειακό του περιβάλλον.

Η αντικειμενική πληροφόρηση που έχει ως γνώμονα τη νοητική και φυσική κατάσταση του ασθενή περιλαμβάνει την εκτίμηση των συστημάτων όπως του μυελοσκελετικού, νευρικού, καρδιαγγειακού και του αναπνευστικού σε συνδυασμό με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.⁴⁸

Στόχος της όλης θεραπείας είναι η επίτευξη του υψηλότερου επιπέδου λειτουργικότητας:

- Ø Οπτική και λεκτική πληροφόρηση
- Ø Απτική επαφή
- Ø Μαζικά σήματα κίνησης των άκρων και του κορμού που είναι αναπόσπαστο τμήμα της φυσιολογικής λειτουργικής κίνησης.⁴⁹

⁴⁸ Ιωάννου Σ. Εγκέφαλος. Τεύχος 43⁰ Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2006. σ 29

⁴⁹ Μαυρομουστάκος Σ. Εγκέφαλος. Τεύχος 43⁰ Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2006. σ.30

Νοσηλευτική παρέμβαση των διαταραχών στον συναισθηματικό τομέα

Ø Νοσηλευτική αντιμετώπιση άγχους

1. Καθησυχάστε το άτομο και προσπαθήστε να έχετε σωματική επαφή.
2. Ανταποκριθείτε στα εκφραζόμενα αισθήματά του.
3. Εάν είναι δυνατό, προσπαθήστε να του αποσπάσετε την προσοχή, απομακρύνετε την αιτία του άγχους .
4. Εάν το πρόβλημα είναι πάρα πολύ έντονο , συμβουλευτείτε γιατρό.
5. Προσπαθήστε να διατηρήσετε ένα σταθερό περιβάλλον και δημιουργήστε συνθήκες ρουτίνας (συγκεκριμένο καθημερινό πρόγραμμα) .
6. Προσπαθήστε να περιορίσετε πιθανές πηγές άγχους .
7. Προσπαθήστε να έχετε καλή διάθεση.

Ø Νοσηλευτική αντιμετώπιση για την διατήρηση του αισθήματος ασφαλείας

A) Αποφεύγεται η χρήση χημικών ή φυσικών περιορισμών προσλήψεως της αφαιρετικής συμπεριφοράς. Επιτρέπεται στον ασθενή να διατηρείται σε ασφαλές περιβάλλον. Χρησιμοποιείτε ενημερωτικό περιδέραιο. Η χρήση των περιοριστικών μέτρων επισπεύδει τη διανοητική και φυσική επιδείνωση και αυξάνει το αίσθημα απογοήτευσης και δυσπιστίας .

B) Διατηρείται το περιβάλλον ασφαλές :

1. Το κρεβάτι τοποθετείται σε χαμηλή θέση, αν είναι απαραίτητο αφαιρούνται οι τροχοί και τοποθετούνται φρένα.
2. Εκτιμάται η ανάγκη τοποθέτησεως σιδερένιων κιγκλιδωμάτων. Ο κίνδυνος κακώσεων είναι μεγαλύτερος με τα σιδερένια κιγκλιδώματα.
3. Τοποθετείται μη ολισθηρό χαλί στο μπάνιο και τοποθετούνται χειρολαβές.
4. Διευθετείται η θέση των επίπλων ,ούτως ώστε να βαδίζει και να μετακινείται ο ασθενής με τον καλύτερο τρόπο.
5. Ασφαλίζονται τα εύφλεκτα υλικά , τα αιχμηρά αντικείμενα, τα χημικά και άλλα.
6. Τοποθετείται κάλυμμα στο θερμοστάτη.
7. Ελαττώνεται η θερμοκρασία της κεντρικής θερμάνσεως .

8. Εξετάζεται αν λειτουργεί καλά η σόμπα.
9. Απομακρύνονται τα διάφορα δηλητήρια , χημικά και τα καθαριστικά από το περιβάλλον.
10. Παρακολουθείται ο ασθενής για σημεία κοπώσεως. Αν υπάρχουν τότε ο ασθενής θα πρέπει να περπατάει μπροστά στην καρέκλα , ή στο κρεβάτι και θα δείξουμε στον ασθενή πώς να κάθεται ή να ξαπλώνει.⁵⁰

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση επιθετικότητας

1. Παραμείνετε ψύχραιμοι και με αυτοκυριαρχία.
2. Προσπαθήστε να αποσπάσετε τον ασθενή.
3. Αποφύγετε να τον αντιμετωπίσετε ή προσπαθήστε να τον συγκρατήσετε.
4. Φροντίστε για τη δική σας ασφάλεια (αφήνετε πάντα στον εαυτό σας μια έξοδο κινδύνου).
5. Βρείτε κάποιον εκπαιδευμένο να σας διδάξει πώς να αποφύγετε ένα δυνατό κράτημα
6. Μιλήστε για το τι συνέβη και για τα συναισθήματα σας με κάποιον που εμπιστεύεστε.
7. Προσπαθήστε να βρείτε την αιτία που προκάλεσε αυτήν την κατάσταση , ώστε ν την εμποδίσετε να συμβεί πάλι στο μέλλον.

Ø Νοσηλευτική αντιμετώπιση της φοβίας

Η Νοσηλευτική παρέμβαση συνιστάται στην κατανόηση των προβλημάτων της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς , στην ικανοποίηση αυτών των αναγκών, στην ψυχολογική και ηθική υποστήριξη.

Σκοπός μας είναι να βοηθήσουμε τον ασθενή να αποκτήσει πρωτοβουλία και συναισθηματική ανεξάρτηση.

Η φοβία είναι απόρροια άγχους ως εκ τούτου η νοσηλευτική παρέμβαση έχει κοινά σημεία με αυτήν του άγχους.

Η συμβουλευτική αγωγή επίσης βοηθάει πολύ τους ασθενείς με φοβία. Τα συμπτώματα του ασθενούς δεν υποχωρούν αμέσως αλλά βοηθείται στο να μειωθούν. Η

⁵⁰ Joan F. Needman. Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα. Εκδόσεις "Έλλην". Αθήνα. 1999

σταδιακή έκθεση των ασθενών στα φοβογόνα αντικείμενα και όταν αυτό γίνεται κάτω από έλεγχο μας δίνει αργά αλλά θετικά αποτελέσματα.⁵¹

∅ *Νοσηλευτική παρέμβαση απάθειας*

1. Μην αναγκάζετε το άτομο με άνοια να κάνει κάτι χωρίς την θέληση του.
2. Ενθαρρύνετε δραστηριότητες στις οποίες τα καταφέρνουν και οι οποίες ασκούν το μυαλό και το σώμα.
3. Ενθαρρύνετε τον να κάνει κάτι στο οποίο τα καταφέρνει.
4. Συγχαρείτε το για αυτό που κατόρθωσε.
5. Αφήστε το να σταματήσει μόλις κουραστεί ή το θελήσει.
6. Προσπαθήστε να κινήσετε το ενδιαφέρον του (ευχάριστες δραστηριότητες , περίπατοι, μουσική , κλπ.)⁵²

⁵¹ Μπακοπούλου Α. Νόσος Alzheimer-Νοσηλευτική Παρέμβαση. Πτυχιακή Εργασία. Στεφανόπουλος Ν. Πάτρα. 2007

⁵² Αθανάτου Ε. Κλινική Νοσηλευτική Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες. Εκδόσεις Η΄ . Αθήνα. 1998

Νοσηλευτική παρέμβαση στον τομέα επικοινωνίας

Οι νοσηλευτές στη προσπάθεια τους να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις όπως γραπτά μηνύματα, σχήματα, σχέδια και άλλα. Για να γίνει αποτελεσματικότερη η επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς είναι ανάγκη να ακολουθούνται οι εξής οδηγίες:

- Να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο.
- Να χρησιμοποιείτε γνωστές λέξεις και προτάσεις
- Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοιχτές ερωτήσεις
- Να αποφεύγετε το απαγορευτικό <<μη>> και να δίνεται θετικές οδηγίες.
- Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
- Να δίνετε απλές οδηγίες, που δεν χρειάζεται να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μία πράξεις.
- Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.
- Να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνετε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.
- Αν ο ασθενής να συνεργασθεί μαζί σας, τότε να μην τον πιέζετε. Αν προσπαθήσετε ξανά με πιο απλές ερωτήσεις ίσως να ανταποκριθεί καλύτερα.
- Να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στον ασθενή, διαφορετικά θα ζημιώστε τη συμπεριφορά του απέναντι σας.⁵³

⁵³ Πρακτικά του 1ου Πανελληνίου συνεδρίου νόσο ALZHEIMER, Θεσσαλονίκη 2000

Φροντίδα αρρώστου μέσα στην οικογένεια

Όσο κι αν συνεχίζονται οι έρευνες για την πρόληψη και την θεραπεία της αρρώστιας, παραμένει το πρόβλημα της καθημερινής φροντίδας του αρρώστου που αποτελεί και πρόκληση για την νοσηλευτική. Το βάρος της φροντίδας πέφτει κυρίως στα μέλη της οικογένειας. Επειδή μικρό ποσοστό ηλικιωμένων με άνοια άνω των 65 ετών νοσηλεύονται σε ιδρύματα.

Οι οικογένειες τους κρατούν επί μακρό χρονικό διάστημα για να αποφύγουν την εισαγωγή σε ίδρυμα. Τα ευρήματα ερευνών, που μελετούν τη φροντίδα των ηλικιωμένων αυτών αρρώστων, δείχνουν ότι τα μέλη της οικογένειας τους παθαίνουν κόπωση στην προσπάθεια να ανταποκριθούν στην φροντίδα τους.

Οι περισσότεροι που φροντίζουν ηλικιωμένους με άνοια είναι η σύζυγος ή οι θυγατέρες του αρρώστου αλλά και ο σύζυγος σε περίπτωση άρρωστης γυναίκας και οι γιοί. Οι σύζυγοι είναι συχνά και αυτοί μεγάλοι σε ηλικία και μπορεί να έχουν σωματικές αρρώστιες, ψυχολογικά κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα ώστε να μην μπορούν να ανταποκριθούν στην 24ωρη καθημερινή φροντίδα του αρρώστου.

Η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικά πρόσωπα βοηθάει αποτελεσματικά την οικογένεια σε στρεσογόνες καταστάσεις. Αλλά η υπερβολική απασχόληση και ευθύνη, η ανικανότητα των φίλων να αντιμετωπίσουν τον άρρωστο με άνοια και η απώλεια της κύριας πηγής υποστήριξης που ήταν ο άρρωστος, μειώνει τα επίπεδα υποστήριξης της οικογένειας που την χρειάζεται.

Για την βοήθεια της οικογένειας που φροντίζει ηλικιωμένο άτομο με άνοια τύπου Alzheimer έχουν δοκιμασθεί ορισμένα προγράμματα νοσηλευτικής παρέμβασης με καλά αποτελέσματα. Π.χ. συμβουλευτική υπηρεσία, προγράμματα ψυχικής αγωγής και σταθμοί ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων.⁵⁴

⁵⁴ Ζώντας με την Νόσο ALZHEIMER, Μάγδαλινή Τσολάκη - Θεσσαλονίκη 1999

Μέτρα ασφαλείας

Η άνοια δημιουργεί νέους κινδύνους, πράγμα που σημαίνει ότι θα πρέπει να πάρετε επιπλέον μέτρα ασφαλείας.

- Μειώστε το θερμοστάτη του θερμοσίφωνα και βάλτε διακριτά κόκκινα σημάδια στα μπαταρίες ζεστού νερού. Το άτομο που έχει άνοια μπορεί να μην εξετάσει τη θερμοκρασία του νερού και, αν είναι αυτό καυτό, μπορεί να μην το καταλάβει αμέσως, ώστε να αποφεύγει το έγκαυμα.
- Βάλτε κάποια ετικέτα ταυτότητας στο πορτοφόλι ή στο κολιέ του γονιού σας σε περίπτωση που εκείνος χαθεί.
- Γράψτε δίπλα στο τηλέφωνο με ευανάγνωστα γράμματα τα τηλέφωνα επείγουσας ανάγκης (αστυνομία, πυροσβεστική, κέντρο δηλητηριάσεων, γιατρό) και οδηγίες πώς να πάρει τηλέφωνο την άμεσο δράση.
- Βάλτε χερούλια και ράμπες σε όλο το σπίτι, γιατί η άνοια επηρεάζει τον συντονισμό των κινήσεων και τον προσανατολισμό του ατόμου.
- Καθώς ο γονιός σας θα νιώθει μεγαλύτερη σύγχυση, κλειδώστε όλα τα ντουλάπια που περιέχουν καθαριστικό, φάρμακα, διαλυτικά σπύρτα, ποτό μαχαίρια, ψαλίδια και οτιδήποτε μπορεί να τον θέσει σε κίνδυνο. Επίσης προσέξτε και τι υπάρχει στους εξωτερικούς χώρους του σπιτιού, αν δηλαδή έχετε κάπου μογιές, μηχανή κουρέματος γκαζόν, πριόνια, ψησταριές, κλπ, και κλειδώστε τα.
- Αν ο γονιός σας τείνει να περιπλανάτε, βάλτε λουκέτο στις πόρτες εξόδου. Τοποθετήστε τα ή πολύ ψηλά ή χαμηλά για να μην μπορεί να τα δει και να τα φτάσει. Μέσα στο σπίτι όμως αφαιρέστε όλα τα κλειδιά από τις πόρτες για να μην κλειδωθεί κατά λάθος μέσα σε κάποιο δωμάτιο και δεν μπορεί να βγει.
- Ο γονιός σας δεν θα πρέπει να καπνίζει χωρίς να τον επιβλέπει κάποιος. Μπορεί να ξεχάσει κάποιο τσιγάρο αναμμένο ή να ρίξει την καύτρα του κάπου και να βάλει φωτιά.
- Αν ο γονιός σας δεν μπορεί να λειτουργήσει σωστά τον φούρνο, βγάλτε το πόμολο ή τοποθετήστε από πάνω κάτι για να μην μπορεί να τον ανάψει.⁵⁵

⁵⁵ Κυδωνάκης Σ. Λυκούρας Α. Νόσος Alzheimer και Νοσηλευτική Παρέμβαση. Πτυχιακή Εργασία. Dr Μιχαλοπούλου Α. Πάτρα. 2006

24. Καθήκοντα του νοσηλευτή είναι:

- Ø Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Ø Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους.
- Ø Να παρέχει βοήθεια όπου είναι ανάγκη για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή.
- Ø Να συνεργαστεί μαζί τους στο σχεδιασμό ενός προγράμματος κοινωνικοποίησης του ασθενή.
- Ø Να παρέχει οδηγίες σχετικές με την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Ø Να προτείνει να γραφούν τα στοιχεία του ασθενούς η διεύθυνση και το τηλέφωνο ώστε όταν χαθεί να ειδοποιηθεί η οικογένεια.
- Ø Να δώσει οδηγίες σχετικές με το διαιτολόγιο του ασθενή. Οι ερευνητές τοποθετούν την απώλεια βάρους ως σύμπτωμα της νόσου Alzheimer.
- Ø Να συστήσει ειδικό έντυπο εκτιμήσεως της διατροφικής καταστάσεως του ασθενή.
- Ø Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
- Ø Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη , με σκοπό τη μείωση της συγκινησιακής και της σωματικής έντασης⁵⁶.

Καθημερινή φροντίδα του ασθενή με νόσο Alzheimer

Ο ασθενής που πάσχει από Alzheimer βαθμιαία θα βιώσει δυσκολίες οι οποίες αφορούν στην προσωπική φροντίδα του. Στα πρώτα στάδια της νόσου, στα οποία γίνεται και η συγκεκριμένη παρέμβαση μπορεί να χρειαστεί μόνο καθοδήγηση με οδηγίες που θα δίνονται βήμα-βήμα και ίσως με κάποια μικρή βοήθεια.

1) Η σωστή διατροφή.

Η σωστή διατροφή είναι σημαντική για τη διατήρηση ενός δυνατού και υγιούς σώματος. Μια ήρεμη και συστηματική σειρά γευμάτων είναι καθησυχαστική για τον ασθενή με Alzheimer. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να μας βοηθήσει στη διαδικασία της προετοιμασίας του φαγητού και στο στρώσιμο του τραπέζιου, αυτό τον βοηθάει να νιώθει χρήσιμος και να προετοιμάζεται για το γεύμα του. Για να βοηθήσουμε λοιπόν τον ασθενή να φάει θα πρέπει:

⁵⁶ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004, σελ. 361-362

- α) Να δημιουργήσουμε ηρεμία και άνεση την ώρα του γεύματος
- β) Να προσφέρουμε ένα είδους φαγητού την φορά.
- γ) Να ενθαρρύνουμε την ανεξαρτησία του.
- δ) Να είμαστε σε εγρήγορση σε περίπτωση πνιγμονής.

2) Εκπαίδευση για τον έλεγχο ακράτειας:

Συχνά ο ασθενής έχει ακράτεια διότι δεν αναγνωρίζει φυσικές παρορμήσεις , δεν θυμάται που είναι η τουαλέτα και αγνοεί τυχόν παρενέργειες των φαρμάκων που καταναλώνει.

Για το χειρισμό ακράτειας:

- α) εξασφαλίζουμε το σωστό εντοπισμό του χώρου. Απομακρύνουμε τα εμπόδια που τυχόν υπάρχουν στην πρόσβαση για την τουαλέτα.
- β) Προνοούμε για εμφανή σήματα.
- γ) Υπενθυμίζουμε στον ασθενή τακτικά το ζήτημα της τουαλέτας.
- δ) Παρακολουθήση της ακράτειας.
- ε) Μελετάμε τα προϊόντα ακράτειας που υπάρχουν στην αγορά.

3) Παρεμβάσεις στο χώρο του μπάνιου και εκπαίδευσης στην ατομική καθαριότητα.

Μια από τις δύσκολες διαδικασίες είναι το πλύσιμο του ασθενή. Επειδή πρόκειται για μια προσωπική και ιδιωτική διαδικασία, ο ασθενής ίσως εκφράσει τη δυσαρέσκεια ή το φόβο του με φωνές, αντίσταση και βία. Αυτό συμβαίνει επειδή δεν γνωρίζει για ποιο λόγο χρειάζεται να κάνει μπάνιο του ή δεν έχει την υπομονή ή επειδή ντρέπεται και κρυώνει.

Έτσι λοιπόν για να καταφέρουμε τον ασθενή θα πρέπει:

- α) Να προετοιμάσουμε το μπάνιο νωρίτερα: Συγκεντρώνουμε ότι είναι απαραίτητο αρκετή ώρα πριν τη διαδικασία ώστε μαζί με τον ασθενή να εστιαστούμε στη δραστηριότητα του πλυσίματος.
- β) Να διαμορφώσουμε το χώρο του μπάνιου σε ένα ασφαλές περιβάλλον.
- γ) Να προάγουμε τον ασθενή την αίσθηση ότι έχει τον έλεγχο των όσων συμβαίνει.
- δ) Να σεβόμαστε την αξιοπρέπειά του.
- ε) Να επισημαίνουμε στον ασθενή τα σημεία στα οποία πρέπει να δίνονται ιδιαίτερη προσοχή.

στ) Να είμαστε ελαστικοί με το λούσιμο των μαλλιών⁵⁷.

Τεχνικές χειρισμού του ασθενή με Alzheimer.

1. Μεταβολές στο σπίτι και μέτρα χειρισμού

Οι κύριοι χώροι ατυχημάτων στο σπίτι είναι η κουζίνα, το μπάνιο και οι σκάλες. Ως γνωστόν τα σπίτια είναι οργανωμένα για υγιείς ανθρώπους. Κάθε ασθένεια επιβάλλει νέους σχεδιασμούς. Άρα οι αλλαγές πρέπει να είναι τέτοιες, ώστε να διευκολύνουν τον ασθενή αλλά να μην του είναι άγνωστο το περιβάλλον. Χρειάζεται επαρκής φωτισμός και τη νύχτα, για να μην επιτείνεται η σύγχυση. Να απομακρύνονται τα επικίνδυνα αντικείμενα (*ψαλίδια, μαχαίρια*) τα φάρμακα, τα απορρυπαντικά. Να υπάρχουν προστατευτικά κάγκελα στο σπίτι να ασφαλιζονται οι πόρτες, και να μην είναι προσιτά τα κλειδιά.

2. Οδήγηση

Είναι ένα λεπτό θέμα και δύσκολο στο χειρισμό του. Η διατήρηση της αξιοπρέπειας του ατόμου αλλά και οι πρακτικές δυσκολίες που θα προκύψουν από τη διακοπή της οδήγησης απαιτεί λεπτό χειρισμό. Μπορεί να ζητηθεί από τον γιατρό να διευκολύνει και να εξασφαλιστεί από πριν το πρόβλημα της μετακίνησης. Να απομακρυνθεί το αυτοκίνητο, να μην είναι ορατό και προσιτό. Με την εξέλιξη της νόσου ο ασθενής θα το ξεχάσει με τον καιρό.

3. Ατυχήματα

Τα πιο συχνά ατυχήματα έχουν σχέση με τα προβλήματα μνήμης και την έλλειψη κρίσης, τη βραδύτητα της αντίδρασης, τις δυσκολίες στη μετακίνηση, τα προβλήματα όρασης και ακοής.

4. επικοινωνία

Η επικοινωνία με το άτομο με άνοια δεν μπορεί να μπει σε κανόνες. Εξαρτάται από το ίδιο το άτομο και τις δυνατότητές του και από το στάδιο της άνοιας. Οι τρόποι επικοινωνίας ποικίλουν. Μπορεί ο νοσηλευτής να κάνει κάποιες δραστηριότητες μαζί, να βλέπει παλιές φωτογραφίες κλπ. Να χρησιμοποιεί απλές και κατανοητές λέξεις, να δίνει χρόνο για

⁵⁷ Χαρίση Ι. Παρασκευή, *Εργοθεραπευτική παρέμβαση στον τομέα της αυτοφροντίδας σε ασθενείς με Alzheimer, Αθήνα 2008*

απάντηση, να κάνει αστεία, να τον αγγίζει, να απευθύνεται στον ασθενή με ευγένεια με το όνομα του και όχι σαν να μιλάει σε παιδάκι ούτε αγενώς, επειδή είναι κάποιος που θεωρείται ότι δεν καταλαβαίνει. Η προηγούμενη σχέση με το άτομο που φροντίζει θα τον βοηθήσει στην επικοινωνία μαζί του. Επίσης παρατηρώντας τον και μένοντας συνεχώς κοντά του θα βρει λύσεις.

5. Διατήρηση δεξιοτήτων

Όλες μας οι προσπάθειες για τα άτομα με άνοια τύπου Alzheimer στοχεύουν στο να χρησιμοποιούν με τον καλύτερο τρόπο τις δεξιότητες και τις ικανότητές τους που εξακολουθούν να έχουν σε κάθε φάση της νόσου τους. Έτσι είναι σωστό να μην κάνει κανείς γι' αυτούς πράγματα που μπορούν να κάνουν μόνοι τους π.χ. ντύσιμο. Να τους κάνει ο νοσηλευτής να νοιώθουν ότι συμμετέχουν σε κάποιες διαδικασίες που κάνει αυτός. Να ζητά τη γνώμη τους, να τους κάνει να νοιώθουν χρήσιμοι. Με αυτό τον τρόπο διατηρεί την αξιοπρέπεια και την εμπιστοσύνη στον εαυτό του.

6. Κίνηση και μετακίνηση

Πρέπει να διατηρείται η κινητικότητα του ασθενή με βόλτες, ασκήσεις, κίνηση στο σπίτι. Μικρές έξοδοι για φαγητό ευχαριστούν και βοηθούν στην κινητικότητα του ασθενούς. Στα προχωρημένα στάδια της νόσου καλό είναι να μετακινείται μέσα στο σπίτι.

7. Επιθετική συμπεριφορά.

Τα άτομα με άνοια εκδηλώνουν πολλές φορές επιθετικότητα. Μπορεί να φωνάζουν, να βρίζουν, να πετούν η να κλωτσούν αντικείμενα, να χειροδικούν. Η επιθετική συμπεριφορά μπορεί να οφείλεται στο ότι αισθάνονται φόβο, ότι πιάστηκαν, ότι είναι ανίκανοι να γίνουν κατανοητοί, ότι αδυνατούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες της καθημερινότητας. Θα πρέπει να αποφεύγει κανείς να τους αντιμετωπίσει και να συγκρουστεί μαζί τους. Επίσης θα πρέπει να βρεθεί το αίτιο της επιθετικότητας, της έξαψης. Τα φάρμακα βοηθούν κατά κανόνα αποτελεσματικά⁵⁸.

Νοσηλευτική αξιολόγηση: Περιοχές αξιολόγησης.

- Ø Πορεία διανοητικής εκπτώσεως
- Ø Εκδηλώσεις συμπεριφοράς

⁵⁸ Μαυρέας Β-Σκαλπινάκης Π. *Alzheimer συμπτώματα και θεραπείες*, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002, σελ. 135-137

- Ø Συναισθηματικές εκδηλώσεις
- Ø Λειτουργικότητα και κινητικότητα
- Ø Επιθετική συμπεριφορά
- Ø Ασφάλεια
- Ø Φαρμακευτική αγωγή
- Ø Διατροφή
- Ø Ατομική υγιεινή
- Ø Προσωπική εμφάνιση
- Ø Επικοινωνία
- Ø Εκτίμηση γνώσεων και στάσεων φροντιστών και νοσηλευτών
- Ø Συναισθηματική υποστήριξη και βοήθεια σε πρακτικά θέματα φροντίδας
- Ø Παρότρυνση να συνδεθούν οι φροντιστές με δίκτυα υποστήριξης⁵⁹.

⁵⁹ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική*, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004, σελ. 364

25. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Στις 15/02/2010 εισήχθη στην παθολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Πατρών η κυρία Χ.Β. , 81 ετών. Η κυρία Χ.Β. είναι συνταξιούχος Ο.Γ.Α. Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας- νόσου Alzheimer, η οποία προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω αναιμίας, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα εκτός της καταβολής. Από την φυσική εξέταση διαπιστώθηκαν ωχρότητα και επιπεφυκότων, οιδήματα στα κάτω άκρα, ενώ η δακτυλική εξέταση από το ορθό ήταν αρνητική για αίμα ή μέλανα. Η Α.Π.=120/60 mmHg, Σ.Φ.=86/min, Θερμ.=36,5 και Αναπ.=20/min.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσηλ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλ. Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλ. Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων λόγω παρατεταμένης ακινησίας.	Αποφυγή δημιουργίας κατακλίσεων.	Συχνή αλλαγή θέσεως Διατήρηση στεγνού και καθαρού δέρματος	Αλλάζεται η θέση της ασθενούς κάθε 2 ώρες, για την αποφυγή παρατεταμένης πίεσης στο ίδιο σημείο. Γίνεται καθημερινή περιποίηση δέρματος. Ειδικά στις ευαίσθητες για την δημιουργία κατακλίσεων περιοχές(πτέρνες, αγώνες, ωμοπλάτη, ινίο κεφαλής, κόκκυγας). Οι περιοχές αυτές σαπουνίζονται με χλιαρό νερό και μαλακό σαπούνι.	Επαλείφεται το δέρμα μετά από κάθε πλύση με προστατευτική αλοιφή. Στεγνώνεται καλά το δέρμα (η υγρασία ευνοεί την δημιουργία κατακλίσεων). Τοποθετήθηκαν μαξιλάρια κάτω από τις πτέρνες και την μέση για άρση της πίεσης στις περιοχές αυτές. Η ασθενής δεν εμφάνισε κατάκλιση κατά την διάρκεια της νοσηλείας της στο νοσοκομείο.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσ. Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσ. Φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Διαταραχές ύπνου.	Διατήρηση φυσιολογικών συνθηκών ύπνου.	<ul style="list-style-type: none"> - Καλός αερισμός θαλάμου. - Εξασφάλιση ήρεμου κ ήσυχου περιβάλλοντος. - Φαρμακευτική αγωγή. 	<ul style="list-style-type: none"> - Επιδίωξη καλού αερισμού ντου θαλάμου. - Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος βοηθώντας στον ύπνο της ασθενής. - Χορήγηση ιατρικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή. 	Μετά την χορήγηση του Stedon η ασθενής ηρέμησε και κοιμήθηκε.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Θετικά αποτελέσματα έπειτα από μακροχρόνιες έρευνες και μελέτες υπάρχουν για την εξάλειψη των συμπτωμάτων της νόσου

Αποτελεσματικότητα της χρήσης μεσεγχυματικών βλαστικών κυττάρων σε συνδυασμό με ερυθροποιητίνη στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer έδειξαν πειράματα επιστημόνων των τμημάτων Φυσιολογίας και Ιστολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου του Καΐρου και του τμήματος Φυσιολογίας της Φαρμακευτικής και Βιοτεχνολογικής Σχολής του Γερμανικού Πανεπιστημίου του Καΐρου.

Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται σε αναρτημένη ανακοίνωση στο 2ο Διεθνές Συνέδριο Νευροβιολογίας και Ψυχοφαρμακολογίας που διεξάγεται στη Θεσσαλονίκη.

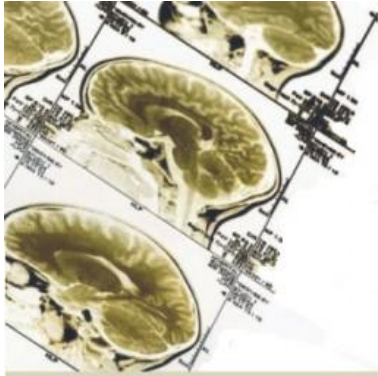
Η νόσος Alzheimer είναι μια νευροεκφυλιστική διαταραχή που σχετίζεται με την ηλικία και έχει ως κλινικά χαρακτηριστικά την προοδευτική εμφάνιση νοητικής δυσλειτουργίας και απώλειας μνήμης, τη σύγχυση και τη νευρωνική εκφύλιση.

Η έρευνα αφορούσε στη θεραπευτική επίδραση του συνδυασμού μεσεγχυματικών βλαστικών κυττάρων και ερυθροποιητίνης στη νόσο Alzheimer και τα πειράματα έγιναν σε πέντε ομάδες αποτελούμενες από 12 ενήλικα ποντίκια.

Η πρώτη από αυτές ήταν ομάδα ελέγχου. Στις υπόλοιπες τέσσερις ομάδες προκλήθηκε νόσος Alzheimer με μία απλή δόση λιποπολυσακχαριδίου που χορηγήθηκε ενδοπεριτοναϊκώς. Στην ομάδα 2 δεν χορηγήθηκε θεραπεία για τη νόσο Alzheimer, στην ομάδα 3 χορηγήθηκε μία απλή δόση μεσεγχυματικών κυττάρων, στην ομάδα 4 χορηγήθηκε ερυθροποιητίνη 3 φορές την εβδομάδα επί 5 εβδομάδες και στην ομάδα 5 χορηγήθηκαν μεσεγχυματικά βλαστικά κύτταρα και ερυθροποιητίνη.

Τα ποντίκια ελέχθηκαν για την κινητική δραστηριότητα και τη χρήση μνήμης. Τα λιποπολυσακχαρίδια που χορηγήθηκαν στα ποντίκια μείωσαν την κινητική δραστηριότητα και το ποσοστό της σωστής επιλογής. Ο συνδυασμός της θεραπείας με μεσεγχυματικά βλαστικά κύτταρα και ερυθροποιητίνη έδειξε καλύτερα αποτελέσματα στη βελτίωση αυτών των παραμέτρων.

Η μελέτη απέδειξε την αποτελεσματικότητα των μεσεγχυματικών βλαστικών κυττάρων στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της νόσου Alzheimer και την εκδήλωσή της και τόνισε τη σημασία της ερυθροποιητίνης στη θεραπεία της νόσου.



ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ
ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER
21 Σεπτεμβρίου 2011



*Ο μόνος κίνδυνος που ελλοχεύει
στην ασθένεια του Alzheimer είναι να
χάσει ο ασθενής την πίστη στον εαυτό του...*

*Η μνήμη είναι βιώματα μιας ζωής
καταγεγραμμένα στη ψυχή και η ψυχή
ποτέ δεν ξεχνά...*

*Η μνήμη άλλωστε όπως και η αλήθεια
είναι η μόνη που αντέχει αλώβητη στο
αιώνιο ταξίδι του ανθρώπου στο χρόνο...*

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νόσος Alzheimer όπως φάνηκε μέσα από τη μελέτη δεν είναι μία ασθένεια με ιατρικές μόνο διαστάσεις. Οι επιπτώσεις της στη καθημερινή ζωή του ασθενή και της οικογένειάς του, δείχνουν τη κοινωνική διάσταση της νόσου και τη συναισθηματική εμπλοκή του ασθενή και των μελών της οικογένειάς.

Με την πάροδο του χρόνου οι έρευνες για την αντιμετώπιση, τη θεραπεία, τη διάγνωση και την πρόγνωση της νόσου έχουν εξελιχθεί, χωρίς όμως να υπάρχει ουσιαστική θεραπεία ακόμα, παρά μόνο πρόληψη και ουσιαστική βελτίωση στη ποιότητα ζωής του ασθενή και των οικείων του.

Η αναγνώριση της κοινωνίας μας για τις επιστημονικές ομάδες υγείας, που ασχολούνται με αυτό το φαινόμενο, μία εκ των οποίων είναι και η νοσηλευτική, στη φροντίδα των ασθενών θα παίζει σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια.

Η συνεχής διοργάνωση επιμορφωτικών σεμιναρίων, θεωρείται απαραίτητη προκειμένου να επιτευχθεί η εξειδίκευση των επιστημόνων.

Παράλληλα, χρειάζονται να επανδρωθούν ειδικά κέντρα που θα αναλάβουν την ενημέρωση του κοινού, τη προσέγγιση και την εκπαίδευση της οικογένειάς του ασθενή και την συναισθηματική υποστήριξη των μελών που έχουν αναλάβει τη φροντίδα του ασθενή με την Νόσο Alzheimer.

Επιπλέον, στον τομέα της έρευνας θα πρέπει να δοθεί περισσότερη έμφαση ειδικότερα στην Ελλάδα όπου η βιβλιογραφία είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Ακόμα δεν υπάρχουν επιδημιολογικά στοιχεία για τη νόσο στην Ελλάδα και γενικότερα για την παρέμβαση των επαγγελματιών υγείας σε ασθενείς με νόσο Alzheimer.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ¹ Κακλαμάνης Ν-Κάμμιος Α, *Η ανατομική του ανθρώπου, M-Edition, Αθήνα 1998, σελ 35-36.*
- ² Δημήτρης Βασιλόπουλος, *Νευρολογία επιτομή θεωρίας και πράξης, εκδ. Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 2003, σελ.324-325.*
- ³ Αναστασία Κωσταρίδου - Ευκλείδη, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, ζκδ. Δ' Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999, σελ. 317-318.*
- ⁴ Henry Brodaty. *Η νόσος Alzheimer στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. εκδ. Βαγιονάκης, Αθήνα 2003, σελ. 3.*
- ⁵ Ν. Ι. Τριανταφύλλου *Θεραπευτική των χρόνιων νοσημάτων και συμπτωμάτων της Νευρολογίας, εκδ. Η γωνιά του βιβλίου, Αθήνα 2010, σελ. 31.*
- ⁶ Κακλαμάνης Ν. *Η ανατομική του ανθρώπου, εκδ. Edition. Αθήνα 1998. σελ. 55-56*
- ⁷ Henri Rubinstein, *Η νόσος του Αλτσχάϊμερ, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 2005, σελ. 25-26*
- ⁸ Newborn V. *Is it really Alzheimer's. Am. J. Nurs 1991, 91:51*
- ⁹ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004, σελ. 355-356*
- ¹⁰ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004.*
- ¹¹ Άννας Σαχίνη-Καρδάση και Μαρίας Πάνου, *Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική – Νοσηλευτικές διαδικασίες, Τόμος 3, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000.*
- ¹² Maurice Victor & Allan H. Ropper. *Adams and Victor's neurology II. The McGraw-Hill Companies 2007. σελ. 385 - 386.*
- ¹³ Μ. Κώστα –Τσολάκη *Επιστήμη και φροντίδα στην άνοια, εκδόσεις Βιβλιοδετική Α.Ε, Αθήνα 2005 σελ. 145-147.*
- ¹⁴ Maurice Victor & Allan H Ropper. *Adams and Victor's neurology II. The McGraw-Hill Companies 2007 σελ. 389*
- ¹⁵ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004. σελ. 358.*
- ¹⁶ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004, σελ.358-359.*
- ¹⁷ Maurice Victor & Allan H. Ropper. *Adams and Victor's neurology II, The McGraw-Hill Companies 2007 σελ 394-396*

- ¹⁸ Αναστασία Κωσταρίδου - Ευκλείδη, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, ζκδ. Δ' Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999, σελ. 322-323.
- ¹⁹ Maurice Victor & Allan H. Ropper. *Adams and Victor's neurology II*, The McGraw-Hill Companies 2007 σελ 409-411.
- ²⁰ Maurice Victor & Allan H. Ropper. *Adams and Victor's neurology II*, The McGraw-Hill Companies 2007 σελ 408-409.
- ²¹ Δημήτρης Βασιλόπουλος, *Νευρολογία επιτομή θεωρίας και πράξης*, εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 2003, σελ. 331.
- ²² Μαγδαληνή Χ. Κώστα – Τσολάκη 2^ο Πανελλήνιο Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Αλτσχάϊμερ και συναφών Διαταραχών Θεσσαλονίκη 2002, σελ.149-150.
- ²³ Μαυρέας Β.-Σκαλπινάκης Π., *Alzheimer συμπτώματα και θεραπείες*, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2004, σελ. 195-197.
- ²⁴ Καπάκη Γ.Π. *Σύγχρονη Θεραπευτική Θεώρηση της νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών διαταραχών*. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα. 2003.
- ²⁵ Κόκκας Β. *Εγκέφαλος*. Τεύχος 43^ο. Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2006.
- ²⁶ Maurice Victor & Allan H. Ropper. *Adams and Victor's neurology II*, The McGraw-Hill Companies 2007 σελ 440-442.
- ²⁷ Τσολάκη Μ. *Ζώντας με την Νόσο Alzheimer*. Πρακτικός Οδηγός για τους ασθενείς με την Νόσο Alzheimer. Ελληνική Έκδοση: Φαρμακευτική Εταιρία Novartis. Θεσσαλονίκη. 1999
- ²⁸ Maurice Victor & Allan H. Ropper. *Adams and Victor's neurology II*, The McGraw-Hill Companies 2007
- ²⁹ Αναστασία Κωσταρίδου - Ευκλείδη, *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, ζκδ. Δ' Ελληνικά γράμματα, Αθήνα 1999, σελ. 332-335
- ³⁰ Τσολάκη Μ. *Ζώντας με την Νόσο Alzheimer*. Πρακτικός Οδηγός για τους ασθενείς με την Νόσο Alzheimer. Ελληνική Έκδοση: Φαρμακευτική Εταιρία Novartis. Θεσσαλονίκη. 1999
- ³¹ Μεντενόπουλος Γ. *Η Νόσος του Alzheimer*. Β' Έκδοση. University Studio Press. Θεσσαλονίκη. 1999.
- ³² Οβάλες Κ. *Νόσος του Alzheimer*. www.isk.gr. 19/1/2012
- ³³ Κίτσιος Γ. Παρασκευάς Γ. *Εγκέφαλος*. Τεύχος 45^ο. Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2008. σ 169
- ³⁴ Πανταζή Θ. Καζής Α. Τσολάκη Μ. *Εγκέφαλος*. Τεύχος 37^ο . Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2000. σ 30

- ³⁵ Τσολάκη Μ. Εγκέφαλος. Τεύχος 43⁰. Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2006
- ³⁶ Κωνσταντινοπουλος Ε. Σωματική άσκηση στην Γ' ηλικία. Εκδόσεις Ταβιθά. Αθήνα 2004
σελ. 245-248.
- ³⁷ Dr. Bernard Jensen. Φυσικές τροφές που θεραπεύουν. Εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί.
Αθήνα 2008 σελ.198-200.
- ³⁸ Μηνούδης Γ. Διατροφολογία Α+Β. εκδόσεις ανάδρασις. Αθήνα 2000. Σελ 254-256
- ³⁹ Dr. Bernard Jensen. Φυσικές τροφές που θεραπεύουν. Εκδόσεις Μοντέρνοι καιροί.
Αθήνα 2008 σελ.206-212
- ⁴⁰ Christen Y. Oxidative stress and Alzheimer disease. Am J Clin Nutr 2000 σελ. 621-629.
- ⁴¹ Henry Brodaty Η νόσος Alzheimer στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, εκδ. Βαγιονάκης,
Αθήνα 2003, σελ. 37, 38, 49.
- ⁴² Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, Γεροντολογική Νοσηλευτική, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004,
σελ.360-362
- ⁴³ Καπάκη Γ.Π. Σύγχρονη Θεραπευτική Θεώρηση της νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών
διαταραχών. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα. 2003
- ⁴⁴ Πλατή Δ. Γεροντολογική Νοσηλευτική. ΣΤ' Έκδοση αναθεωρημένη. Αθήνα. 2004
- ⁴⁵ Τσολάκη Μ. Ζώντας με την Νόσο Alzheimer. Πρακτικός Οδηγός για τους ασθενείς με την
Νόσο Alzheimer. Ελληνική Έκδοση: Φαρμακευτική Εταιρία Novartis. Θεσσαλονίκη. 1999
- ⁴⁶ Τσολάκη Μ. Ζώντας με την Νόσο Alzheimer. Πρακτικός Οδηγός για τους ασθενείς με την
Νόσο Alzheimer. Ελληνική Έκδοση: Φαρμακευτική Εταιρία Novartis. Θεσσαλονίκη. 1999
- ⁴⁷ Μιχαλοπούλου Μ. Πετροπούλου Ο. Εγκέφαλος. Τεύχος 43⁰ Εκδόσεις Συλλόγου
Εγκέφαλος. Αθήνα 2006.
- ⁴⁸ Ιωάννου Σ. Εγκέφαλος. Τεύχος 43⁰ Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2006. σ 29
- ⁴⁹ Μαυρομουστάκος Σ. Εγκέφαλος. Τεύχος 43⁰ Εκδόσεις Συλλόγου Εγκέφαλος. Αθήνα 2006.
σ.30.
- ⁵⁰ Joan F. Needman. Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα. Εκδόσεις 'Έλλην'. Αθήνα.
1999.
- ⁵¹ Μπακοπούλου Α. Νόσος Alzheimer-Νοσηλευτική Παρέμβαση. Πτυχιακή Εργασία.
Στεφανόπουλος Ν. Πάτρα. 2007
- ⁵² Αθανάτου Ε. Κλινική Νοσηλευτική Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες. Εκδόσεις Η' . Αθήνα.
1998
- ⁵³ Πρακτικά του 1ου Πανελληνίου συνεδρίου νόσο ALZHEIMER, Θεσσαλονίκη 2000.
- ⁵⁴ Ζώντας με την Νόσο ALZHEIMER, Μάγδαλινή Τσολάκη - Θεσσαλονίκη 1999

⁵⁵ Κυδωνάκης Σ. Λυκούρας Α. *Νόσος Alzheimer και Νοσηλευτική Παρέμβαση. Πτυχιακή Εργασία. Dr Μιχαλοπούλου Α. Πάτρα. 2006.*

⁵⁶ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004, σελ. 361-362.*

⁵⁷ Χαρίση Ι. Παρασκευή, *Εργοθεραπευτική παρέμβαση στον τομέα της αυτοφροντίδας σε ασθενείς με Alzheimer, Αθήνα 2008*

⁵⁸ Μαυρέας Β-Σκαλπινάκης Π. *Alzheimer συμπτώματα και θεραπείες, Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα 2002, σελ. 135-137.*

⁵⁹ Χρυσάνθης Δ. Πλάτη, *Γεροντολογική Νοσηλευτική, Εκδ. Στ αναθεωρημένη, Αθήνα 2004, σελ. 364.*