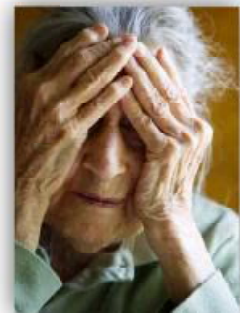
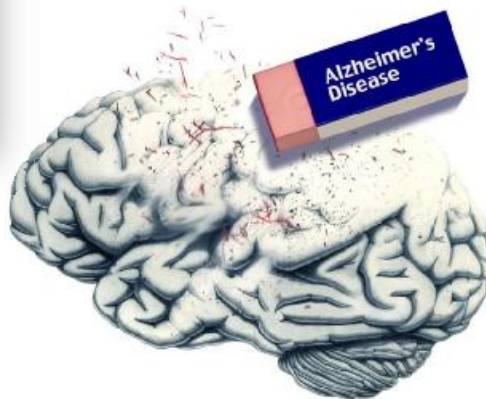




ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER – Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ THE DISEASE ALZHEIMER – THE ROLE OF THE NURSE



ΟΝΟΜΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ: ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΑΝΔΡΕΑΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: Δρ. ΜΠΑΤΣΟΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος.....	4
Περίληψη.....	5
Summary.....	7
Εισαγωγή.....	8

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1. Νευρικό Σύστημα.....	9
1.α. Νευρικά κύτταρα.....	9
1.β. Εγκεφαλονωτιαίο νευρικό σύστημα.....	10

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2. Άνοια.....	16
2.α. Κλινικά χαρακτηριστικά της άνοιας.....	17
2.β. Άλλοι τύποι άνοιας.....	18
2.γ. Η ψευδοάνοια.....	21
2.δ. Φυσιολογικό Γήρας.....	24

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3. Η Νόσος Alzheimer.....	27
3.α. Κλινικά χαρακτηριστικά της Νόσου Alzheimer.....	28
3.β. Η όραση στη Νόσο Alzheimer.....	34
3.γ. Η αρτηριακή πίεση στη Νόσο Alzheimer.....	35
3.γ.1. Η αρτηριακή υπέρταση στη Νόσο Alzheimer.....	35
3.γ.2. Η αρτηριακή υπόταση στη Νόσο Alzheimer.....	37
3.δ. Αρτηριακή πίεση, άνοια και έκπτωση των νοητικών λειτουργιών.....	39
3.1. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	40
3.2. Κόστος Φροντίδας.....	41
3.3. Κοινωνικό κόστος.....	41
3.4. Οικογένειες ασθενών με Νόσο Alzheimer.....	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4. Παθολογοανατομικά ευρήματα στη Νόσο Alzheimer.....	46
4.α. Δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο.....	51
4.β. Χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο.....	53
4.1. Προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου.....	54
4.1.α. Ομάδες υψηλού κινδύνου.....	58

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5. Πρόληψη.....	61
-----------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6. Εκδήλωση – Στάδια.....	63
6.α . Κλινικές μορφές της νόσου Alzheimer.....	67

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

7. Φαρμακευτική αντιμετώπιση.....	69
7.1. Μη φαρμακευτική θεραπεία.....	77

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Νόσο Alzheimer.....	82
8.α. Ο ρόλος του Νοσηλευτή σε θέματα υγείας των ηλικιωμένων.....	85
8.β. Ο ρόλος του Νοσηλευτή για την οικογένεια του ασθενή και τον ίδιο.....	85
8.γ. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.....	87
8.δ. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην επικοινωνία.....	90
8.ε. Η Νοσηλευτική φροντίδα σε επίπεδο ψυχικό – διανοητικό.....	91
8.ζ. Η Νοσηλευτική φροντίδα σε οργανικό επίπεδο.....	92
8.η. Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με νόσο Alzheimer.....	94

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9^ο

9. Νοσηλευτική Διεργασία.....	101
9.α. Νοσηλευτική εκτίμηση.....	102

9.β. Νοσηλευτική Διάγνωση.....	109
9.γ. Σχεδιασμός – Προγραμματισμός Παρεμβάσεων.....	111
9.δ. Εφαρμογή παρεμβάσεων.....	113
9.ε. Νοσηλευτική Αξιολόγηση αποτελεσμάτων.....	123
Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	124
Νοσηλευτική Διεργασία.....	126
Βιβλιογραφία.....	134

Πρόλογος

Στα πλαίσια της εκπόνησης πτυχιακής εργασίας, ανέλαβα να ασχοληθώ με την Νόσο Alzheimer, την οποία γνώρισα σε προσωπικό επίπεδο. Πριν από ενάμισυ περίπου χρόνο η γιαγιά Ν.Α. διαγνώσθηκε με άνοια. Στην πορεία η παθολόγος εισηγήθηκε την επίσκεψή της σε νευρολόγο, ο οποίος μας είπε ότι η γιαγιά έπασχε από νόσο Alzheimer. Ποιος ήταν ο Alzheimer; Τι αλλαγές θα βλέπαμε στη γιαγιά; (πέραν των εμφανών παρατηρήσεών μας με την έκπτωση της μνήμης της, την ανικανότητά της να διαχειρίζεται τα οικονομικά της και τέλος το βλέμμα του «χαμένου».) Ερωτήσεις που για να απαντηθούν έπρεπε να κοιτάζουμε στη βιβλιογραφία, πέραν της γενικής παθολογίας – νευρολογίας. Το πρώτο βιβλίο που μετροφυλλήσαμε ήταν αυτό του Henri Rubinstein, η νόσος του Alzheimer, το οποίο και χρησιμοποιείται στην εργασία. Το κίνητρο ήταν αρκετό, ώστε να εμβαθύνω εγώ και μαζί μου η υπόλοιπη οικογένεια στην άνοια τύπου Alzheimer. Ψάχνοντας για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου, ώστε να παρέχω από τη θέση μου τις κατάλληλες πληροφορίες στη θεία μου, κατέλειξα στον τίτλο «Η Νόσος Alzheimer – ο ρόλος του Νοσηλευτή».

Περίληψη

Συχνά η Νόσος Alzheimer (N.A) ταυτίζεται με άλλες ασθένειες άνοιας, όπως επίσης και με άλλες αιτίες έκπτωσης της μνήμης (Goldsmith 2002). Αποσαφηνίζεται σε αυτό το σημείο ότι η χρόνια, εξελισσόμενη και εκφυλιστική αυτή νόσος είναι υπεύθυνη για το 60 % των περιπτώσεων άνοιας σε άτομα άνω των 65 ετών (Denning 2002). Η Νόσος των ηλικιωμένων μπορεί να παρατηρηθεί και πριν την ηλικία των 65 ετών, λιγότερο συχνά σε άτομα ηλικίας 40 με 50 ετών. Οπότε λέγεται πρόωμη άνοια τύπου Alzheimer ή προγεροντική άνοια τύπου Alzheimer. Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται στην άνοια έχουν κοινά συμπτώματα, η κάθε μια με διαφορετική αιτιολογία. Έτσι προκύπτουν η νόσος Parkinson, Pick, Huntington, η Νόσος Creutzfeldt-Jacob κ.α.

Αφού εμφανιστούν τα πρώτα συμπτώματα της Νόσου, χρειάζεται σε αρχικό στάδιο να γίνει εκτίμηση και αποδοχή της κατάστασης και στη συνέχεια η αντιμετώπισή της με επιβραδυντικά μέτρα. Με την μείωση της έντασης των συμπτωμάτων στην καθημερινή ζωή, θα μπορεί ο ασθενής να έχει μια πιο «φυσιολογική» ζωή. Στο στάδιο της υποστήριξης, φαίνεται η αναγκαιότητα του νοσηλευτή, ο οποίος χρησιμοποιώντας το εργαλείο της νοσηλευτικής διεργασίας προσδιορίζει τα προβλήματα των ασθενών και εφαρμόζοντας την οργανωμένη αυτή μέθοδο ικανοποιεί τις ανάγκες των ασθενών (DeWit 2001). Με τον έλεγχο της κατάστασης, αναλαμβάνει πρωτοβουλία κινήσεων και καθοδήγηση του ατόμου, θέσεις, οι οποίες αναλύονται στην παρούσα εργασία. Η οικογενειακή αυτή νόσος, δημιουργεί λόγω της εξέλιξής της αρκετά προβλήματα που έχουν να κάνουν με το πολύτιμο έργο του φροντιστή. Ρόλο τον οποίο αναλαμβάνουν συνήθως συγγενείς πρώτου βαθμού. Οι υπηρεσίες παροχής φροντίδας από επαγγελματίες στο χώρο/σπίτι των ασθενών, χρειάζεται να οριοθετηθούν σύμφωνα με τις ευρωπαϊκές οδηγίες για να εφαρμοστούν άμεσα, προς ανακούφιση των φροντιστών-συγγενών.

Εν κατακλείδι, ο ρόλος του νοσηλευτή κοντά σε άτομο με Νόσο Alzheimer και τις οικογένειάς του αποτελεί υψίστης σημασίας κλειδί στη διαβίωση των ασθενών, για μια ομαλότερη εξέλιξη της Νόσου. Με την κατάλληλη προσέγγιση στα τελευταία στάδια της Νόσου ο ασθενής όντας πλήρως εξαρτημένος από τον νοσηλευτή εξασφαλίζει την αξιοπρέπεια που αντιστοιχεί στον κάθε άνθρωπο.

Η σπουδαιότητα της διερεύνησης της Νόσου Alzheimer και των τομέων που συνθέτουν τα επιμέρους κομμάτια της, σε μετέπειτα έρευνες θα δώσει πιο ολοκληρωμένες λύσεις για τα ερωτήματα που η διάγνωση, η αντιμετώπιση ακόμα και η πρόληψη προκαλούν.

Οι ομάδες κινδύνου, η πρόληψη της νόσου, όπως επίσης και τα συμπτώματα, τα στάδια, η διάγνωση και η θεραπεία είναι θέματα στα οποία ο ρόλος του νοσηλευτή βρίσκεται σε πρώτη θέση στη συζήτηση, ωστόσο η εργασία καταπιάνεται κυρίως με τις παρεμβάσεις του.

Summary

Often Alzheimer Disease (AD) identified with other dementia diseases as well as other causes of memory impairment. We should clarify at this point that chronic, progressive and degenerative disease that is responsible for 60% of cases of dementia in people over 65. (The disease of the elderly can be observed before the age of 65, less often in people aged 40-50 years. Therefore is called early dementia or Alzheimer presenile dementia. The disorders included in dementia are common symptoms, each a different etiology. hence the disease Parkinson, Pick, Huntington, the Creutzfeldt-Jacob Disease and others.

Once symptoms appear the disease needs at an early stage to assess and acceptance of the situation and then deal with retardants steps. By reducing the intensity of symptoms in daily life, which allows the patient to have a more "normal" life. At the stage of support, showing the necessity of the nurse, who is using the tool of nursing process identifies the problems of patients and applying organized method that meets the needs of patients. By controlling the situation, take the initiative and guidance of movement of the individual positions, which are analyzed in this thesis. This family disease, generates by its progress several problems that have to do with the valuable work of the caregiver. Role which usually undertake first-degree relatives. The care services from professionals at the patients' place/ home need to be defined in accordance with the European Directives apply directly to relief for caregivers – relatives.

To sum up, the role of the nurse close to a person with Alzheimer's disease and their families is of paramount importance key to the welfare of patients, for a smoother progression. With the appropriate approach to the last stages of the disease the patient being totally dependent to the nurse ensures dignity corresponding to each person.

The importance of investigating Alzheimer's Disease and sectors that compose the individual pieces in subsequent studies will provide more comprehensive solutions to the questions that the diagnosis, treatment and even prevention cause.

Groups at risk, prevention of disease, as well as the symptoms, stages, diagnosis and treatment are issues underlining the role of the nurse situated in the first position in the discussion, however, the work deals mainly with the interventions.

Εισαγωγή

Η γήρανση των πληθυσμών έχει αναγορευθεί σε κύριο πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Η συσχέτιση της εγκεφαλικής γήρανσης με την Νόσο Alzheimer, δεν επαληθεύεται με καμία κλινική, ακτινολογική, ηλεκτροφυσιολογική ή εργαστηριακή εξέταση, αφήνοντάς μας σε μια σχετική άγνοια γύρω από το θέμα της νόσου. Η νόσος υπάρχει αλλά δε γνωρίζουμε τα αίτιά της.

Είναι γενικά παραδεχτό ότι η υγεία αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα διαβίωσης. Η υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα για ένα καλύτερο και υγιεινότερο τρόπο ζωής. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) η υγεία ορίζεται ως η ισορροπία και η αρμονία μεταξύ ψυχικών, πνευματικών, σωματικών και κοινωνικών δεδομένων του ανθρώπου. Η υγεία μετριέται όχι μόνο με όρους που την αφορούν αλλά και με βάση το βιοτικό επίπεδο. Η ανάλογη αύξηση του μέσου όρου ζωής, έχει αυξήσει τις περιπτώσεις με Νόσο Alzheimer. Στις περιορισμένες δυνατότητες μας για πρόληψη, λόγω της άγνοιας των κυριότερων αιτιών που την προκαλούν, απαιτείται η αλληλένδετη συνεργασία του ιατρικού κόσμου, της κοινότητας και της οικογένειας.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία της Eurostat, σε δειγματοληψία 100 000 κατοίκων σε χώρες της Ευρώπης κατά το 2010 έχουν καταγραφεί μεταξύ και των δυο φύλων ενδεικτικά οι ακόλουθες τιμές. Στη Γερμανία 21.8%, στην Ιταλία 12.9%, στην Κύπρο 0.2% και το Ηνωμένο Βασίλειο 12.7%, ανά 100.000 .

Η άνοια τύπου Alzheimer είναι η συχνότερη μορφή άνοιας (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2005), η οποία περιγράφηκε από το γερμανό Alois Alzheimer, στις 3 Νοεμβρίου 1906 σε παρουσίαση του για την παθολογία και τα κλινικά συμπτώματα της νόσου Αλτσχάιμερ. Γεννηθής το 1864, γίνεται ιατρός με ειδικευση στην νευρολογία. Σύμφωνα με τον ψυχίατρο, το κληρονομικό Alzheimer που είχε η πενηντάχρονη ασθενής του, που διαγνώστηκε μετά το θάνατό της, σχετικά με τη συρρίκνωση των περιοχών της μνήμης. Χρησιμοποίησε τις τεχνικές χρώσης για να προσδιορίσει τις αμυλοειδείς πλάκες.

Σκοπός της ανά χείρας εργασίας είναι λοιπόν, να αναδείξει τον πολύπλευρο αλλά και λεπτότερο ρόλο των νοσηλευτών κοντά σε άτομα με Νόσο Alzheimer και των συγγενών τους, τόσο σε θέματα γνώσης όσο και σε θέματα αντιμετώπισης. Η παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών και φροντίδων περιλαμβάνει την πλήρη, ολοκληρωμένη και εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενή προσεγγίζοντας τον ως μοναδική βιοψυχοκοινωνική οντότητα (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2005).

Πρώτο Μέρος

Κεφάλαιο 1^ο

1. Νευρικό Σύστημα

Το νευρικό σύστημα εξυπηρετεί την αντίληψη του περιβάλλοντος, την ενσυνείδητη κίνηση και την διαβίβαση των ώσεων. Ρυθμίζει τις λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, ανάλογα με τα εξωτερικά και εσωτερικά ερεθίσματα. Έτσι ο οργανισμός λειτουργεί σαν ενιαίο σύνολο, ανατομικά και λειτουργικά. Επιπρόσθετα κυρίως ο φλοιός του εγκεφάλου, αποτελεί την έδρα πολύπλοκων πνευματικών λειτουργιών, όπως π.χ. η μνήμη, η σκέψη, οι συναισθηματικές καταστάσεις, κ.λπ., που συντελούν στο χαρακτηρισμό της προσωπικότητας του ατόμου. Το νευρικό σύστημα διαιρείται στο εγκεφαλονωτιαίο και στο φυτικό ή αυτόνομο νευρικό σύστημα. Το εγκεφαλονωτιαίο διαιρείται, σε κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), με τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό και σε περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ), με τα εγκεφαλικά ή νωτιαία νεύρα και γάγγλια. Το φυτικό ή αυτόνομο νευρικό σύστημα χωρίζεται στο συμπαθητικό και στο παρασυμπαθητικό. Κάθε ένα από αυτά αποτελείται από το κεντρικό μέρος, τους πυρήνες και το περιφερικό μέρος με τα νεύρα και τα γάγγλια (McGeown 2009).

1.α. Νευρικά κύτταρα

Ο νευρικός ιστός αποτελείται, από νευρικά κύτταρα και από νευρογλοιακά κύτταρα (είναι στηρικτικά και κύτταρα των περιβλημάτων). Το νευρικό κύτταρο ή νευρώνας, είναι η λειτουργική μονάδα του νευρικού συστήματος. Ο αριθμός των νευρικών κυττάρων κάθε ατόμου είναι σταθερός από την γέννηση του και σε όλη την ζωή του, διότι το ώριμο νευρικό κύτταρο δεν αναπαράγεται. Το νευρικό κύτταρο αποτελείται, από το κυτταρικό σώμα ή περικάρυο, από τις πολυάριθμες βραχείες αποφυάδες τους δενδρίτες και από μία επιμήκη αποφυάδα, τον άξονα ή νευρίτη ή νευράξονα. Οι δενδρίτες, είναι θέσεις που γίνονται δεκτές οι νευρικές ώσεις. Ο νευρίτης ή νευράξονας, μεταβιβάζει τις νευρικές ώσεις. Αρχίζει από το σώμα του κυττάρου και μετά από μικρή απόσταση αποκτά περίβλημα, το μυελώδες έλυτρο, το οποίο αποτελείται από μυελίνη πλούσια σε λιποειδή. Το μυελώδες έλυτρο δεν είναι συνεχές και περιβάλλεται από το

έλυτρο του schwann (νευρείλημα), που είναι συνεχές και αποτελείται από νευρογλοιακά κύτταρα και έτσι απομονώνεται ο νευρίτης, από τους περίξ ιστούς. Στην διαδρομή του ο νευρίτης χορηγεί παράπλευρους κλάδους και τελικά αποσχίζεται στα τελικά δενδρύλλια, τα άκρα των οποίων είναι διογκωμένα και λέγονται τελικά κομβία. Η μεταβίβαση του ερεθίσματος σε άλλα κύτταρα γίνεται στα τελικά κομβία που σχηματίζουν συνάψεις με την επιφανειακή μεμβράνη των επόμενων κυττάρων. Κάθε νευρίτης μπορεί να εκφύεται από ένα νευρικό κύτταρο και να καταλήγει στο όργανο που πρόκειται να νευρώσει. Πολλές φορές όμως, καταλήγει στους δενδρίτες επόμενου νευρικού κυττάρου και έτσι σχηματίζεται μια αλυσσος νευρικών κυττάρων, που διέρχεται το ερέθισμα, για να φθάσει στον προορισμό του. Οι νευρίτες διαφόρων νευρικών κυττάρων σχηματίζουν δεσμίδες, που περιβαλλόμενες από συνδετικό ιστό (περινεύριο), αποτελούν τα νεύρα.

1.β. Εγκεφαλονωτιαίο νευρικό σύστημα

Το εγκεφαλονωτιαίο νευρικό σύστημα διαιρείται σε κεντρικό (Κ.Ν.Σ.) και περιφερικό (Π.Ν.Σ.). Το Κ.Ν.Σ. αποτελείται από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό.

Ο νωτιαίος μυελός είναι μία λεπτή, σχεδόν κυλινδρική στήλη νευρικού ιστού, που προστατεύεται μέσα στο σπονδυλικό σωλήνα. Ο νωτιαίος μυελός αρχίζει από το ύψος του ινιακού τρήματος και καταλήγει στο ύψος του δεύτερου οσφυϊκού σπονδύλου περίπου. Από το νωτιαίο μυελό εκφύονται 31 ζεύγη νωτιαίων νεύρων. Στην περιοχή του αυχένα και στην οσφυϊκή περιοχή ο νωτιαίος μυελός διογκώνεται. Από τις περιοχές αυτές εκφύονται τα νεύρα που νευρώνουν τα άνω και κάτω άκρα αντίστοιχα. Ο νωτιαίος μυελός περιέχει κέντρα αντανεκλαστικών λειτουργιών και συνδέει τον εγκέφαλο με τα νωτιαία νεύρα. Η κεντρική περιοχή του νωτιαίου μυελού αποτελείται από φαιά ουσία, η οποία, σε διατομή, έχει σχήμα πεταλούδας με ανοικτά φτερά. Η φαιά ουσία αποτελείται κυρίως από κυτταρικά σώματα, ενώ η λευκή ουσία, που περιβάλλει τη φαιά, από μακριούς νευράξονες. Αυτοί συνδέουν τον εγκέφαλο, μέσω των νωτιαίων νεύρων, με τα διάφορα τμήματα του σώματος (McGeown 2009).

Ο εγκέφαλος είναι το μεγαλύτερο και το πολυπλοκότερο τμήμα του νευρικού συστήματος. Ο εγκέφαλος αποτελείται από νευρώνες, οι οποίοι δέχονται, επεξεργάζονται και μεταβιβάζουν ερεθίσματα. Εξειδικευμένες περιοχές του εγκεφάλου, τα κέντρα, είναι υπεύθυνες για τις αισθήσεις, την αντίληψη, τον έλεγχο και το συντονισμό των μυϊκών κινήσεων και τις

ανώτερες πνευματικές λειτουργίες. Στον εγκέφαλο εντοπίζονται επίσης κέντρα και νευρικές οδοί, που σχετίζονται με τη ρύθμιση της δραστηριότητας των σπλάχνων. Ο εγκέφαλος βρίσκεται μέσα στην κρανιακή κοιλότητα και περιβάλλεται από τις μήνιγγες, με τις οποίες επίσης στηρίζεται. Το βάρος του στον άνδρα είναι 1350 gr και στην γυναίκα 1250 gr περίπου. Το τελικό βάρος του εγκεφάλου, διαμορφώνεται κατά το 20^ο χρόνο της ζωής του. Στην γεροντική ηλικία, το βάρος του εγκεφάλου ελαττώνεται λίγο. Το βάρος του εγκεφάλου, δεν έχει καμία σχέση με το βαθμό ευφυΐας του ανθρώπου. Εξωτερικά του εγκεφάλου διακρίνουμε: τα δύο ημισφαίρια, που χωρίζονται με την επιμήκη σχισμή, το στέλεχος, που ευρίσκεται κάτω από τα ημισφαίρια και την παρεγκεφαλίδα, που βρίσκεται στην οπίσθια επιφάνεια του στελέχους. Ο εμβρυϊκός εγκέφαλος κατά την 5^η εβδομάδα, αποτελείται από πέντε κυστίδια, από εμπρός προς τα πίσω, το τελικό, το διάμεσο, το μέσο, το οπίσθιο και το έσχατο. Τα κυστίδια αυτά στην συνέχεια μεταπλάσσονται, στους πέντε αντίστοιχους εγκεφάλους. Ο τελικός, ο διάμεσος και ο μέσος αποτελούν τον μεγάλο εγκέφαλο, ενώ ο οπίσθιος και ο έσχατος το ρομβοειδή εγκέφαλο. Όριο μεταξύ μεγάλου και ρομβοειδούς εγκεφάλου, αποτελεί μια περίσφιγξη που ονομάζεται ισθμός. Από τους πέντε εγκεφάλους, (τελικός-διάμεσος-μέσος-οπίσθιος- έσχατος), ο τελικός πήρε την μεγαλύτερη ανάπτυξη στον άνθρωπο και μαζί με το διάμεσο, καταλαμβάνουν τον πρόσθιο και το μέσο εγκεφαλικό βόθρο. Ο μέσος, ο οπίσθιος και ο έσχατος αποτελούν το στέλεχος του εγκεφάλου και βρίσκονται στον οπίσθιο εγκεφαλικό βόθρο μαζί με την παρεγκεφαλίδα. Μέσα στον εγκέφαλο περικλείονται κοιλότητες, που ονομάζονται κοιλίες του εγκεφάλου και περιέχουν το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (Drake et al. 2007).

Τα εγκεφαλικά ημισφαίρια είναι δύο και χωρίζονται μεταξύ τους με την επιμήκη σχισμή του εγκεφάλου και από την παρεγκεφαλίδα χωρίζονται με την εγκάρσια σχισμή. Μέσα σε καθένα από τα δύο ημισφαίρια υπάρχει μία κοιλότητα, η πλάγια κοιλία. Κάθε ημισφαίριο διαιρείται με αύλακες σε 5 λοβούς οι οποίοι είναι ο μετωπιαίος, ο βρεγματικός, ο κροταφικός, ο ινιακός και τη νήσο του Reil ή κεντρικό λοβό. Οι πρωτογενείς αύλακες είναι: Κεντρική ή Ρολάνδειος αύλακα. Χωρίζει το μετωπιαίο από το βρεγματικό λοβό, η πλάγια σχισμή του Sylvius που χωρίζει το μετωπιαίο και βρεγματικό λοβό, από τον κροταφικό και η βρεγματοϊνιακή σχισμή που χωρίζει το βρεγματικό από τον ινιακό λοβό. Κάθε λοβός διαιρείται με αβαθείς αύλακες σε έλικες. Ο μετωπιαίος λοβός εμφανίζει τρεις επιφάνειες (έξω-έσω-κάτω). Διαιρείται με δευτερογενείς αύλακες σε διάφορες έλικες. Στην έξω επιφάνεια υπάρχει ή πρόσθια κεντρική έλικα, που βρίσκεται μεταξύ της κεντρικής και πρόσθιας κεντρικής αύλακας. Σε αυτήν βρίσκονται τα

κινητικά κέντρα των μυών, διαταγμένα αντίστροφα (κινητικό κέντρο του εγκεφάλου). Επίσης προς τα εμπρός της έξω επιφάνειας, υπάρχει η άνω, η μέση και η κάτω μετωπιαία έλικα. Στην κάτω μετωπιαία έλικα ευρίσκεται το κινητικό κέντρο του λόγου του οποίου βλάβη του επικρατούντος ημισφαιρίου (αριστερά στους δεξιόχειρες) προκαλεί τη λεγόμενη κινητική αφασία. Ο μετωπιαίος λοβός, φαίνεται ότι αποτελεί κέντρον που σχετίζεται με τα συναισθήματα, τα ηθικά χαρακτηριστικά και τις νοητικές λειτουργίες (σκέψη-βούληση). Ο βρεγματικός λοβός είναι πίσω από το μετωπιαίο λοβό και χωρίζεται από αυτόν με την κεντρική αύλακα. Έχει δύο επιφάνειες, έσω και έξω. Στην έξω επιφάνεια, μεταξύ κεντρικής και οπίσθιας κεντρικής αύλακας, υπάρχει ή οπίσθια κεντρική έλικα (αισθητικό κέντρο του εγκεφάλου). Σ' αυτό μεταφέρονται τα διάφορα αισθητικά ερεθίσματα από την περιφέρεια. Εδώ βρίσκονται το κέντρο της γεύσης και τα αισθητικά κέντρα, αντίστροφα διαταγμένα. Προς τα πίσω υπάρχει ή υπερχειλία (ακουστικό κέντρο του λόγου) και η γωνιώδης έλικα (οπτικό κέντρο λόγου). Ο ινιακός λοβός έχει τρεις επιφάνειες (έσω-έξω και κάτω). Περιέχει το κέντρο της όρασης, όπου καταλήγει το οπτικό νεύρο, αφού προηγουμένως χιαστεί. Κροταφικός λοβός έχει τρεις επιφάνειες (έσω-έξω και κάτω). Στην έξω επιφάνεια υπάρχουν τρεις έλικες (άνω-μέση-κάτω κροταφική έλικα). Στην άνω έλικα βρίσκεται το κέντρο της ακοής. Το κέντρο της όσφρησης βρίσκεται επίσης σ' αυτή την περιοχή. Κεντρικός λοβός ή νήσος του Reil αποτελεί το τμήμα των ημισφαιρίων που βρίσκεται στο βάθος της πλαγίας σχισμής.

Η επιμήκης σχισμή του εγκεφάλου, χωρίζει τους δύο μετωπιαίους λοβούς, στην βασική επιφάνεια των οποίων παρατηρούμε εκατέρωθεν, τους οσφρητικούς λοβούς, ο καθένας από τους οποίους εμφανίζει τον οσφρητικό βολβό, την οσφρητική ταινία και το οσφρητικό τρίγωνο. Ακολουθεί το οπτικό χίασμα, όπου χιάζονται μερικώς οι ίνες των οπτικών νεύρων, καθώς και η βάση του διαμέσου εγκεφάλου, με την υπόφυση και τα μαστία. Προς τα πίσω ακολουθεί η γέφυρα και ο προμήκης μυελός. Από το στέλεχος του εγκεφάλου, αναδύονται τα περισσότερα εγκεφαλικά νεύρα. Στην βάση του εγκεφάλου παρατηρούμε τον σκώληκα της παρεγκεφαλίδος, με τα δύο ημισφαίρια.

Το εγκεφαλικό στέλεχος βρίσκεται μεταξύ των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και του νωτιαίου μυελού. Αποτελείται από τρία μέρη τα οποία είναι τα εγκεφαλικά σκέλη, τη γέφυρα και τον προμήκη μυελό. Τα εγκεφαλικά σκέλη αποτελούνται από ίνες που συνδέουν τον εγκέφαλο με το νωτιαίο μυελό και οι οποίες σχηματίζουν δύο μάζες που ξεκινούν από τη γέφυρα και φθάνουν στη βάση των ημισφαιρίων. Η γέφυρα αποτελεί το διάμεσο σταθμό σύνδεσης με την

παρεγκεφαλίδα. Παρουσιάζει ένα εγκάρσιο όγκωμα και σχηματίζεται από ίνες που συνεχίζονται προς τα πάνω στα εγκεφαλικά σκέλη και προς τα κάτω στον προμήκη μυελό. Στην προσθία επιφάνεια της γέφυρας, στο μέσον υπάρχει η βασική αύλακα για τη βασική αρτηρία και στα πλάγια τα πυραμιδικά ογκώματα.

Ο προμήκης μυελός, έχει σχήμα κολουρου κώνου με τη βάση προς τα πάνω και την κορυφή προς τα κάτω. Η βάση είναι συνέχεια της γέφυρας και η κορυφή συνεχίζεται με τον ωτιαίο μυελό. Στην προσθία επιφάνεια υπάρχουν τα πυραμιδικά ογκώματα του προμήκου και στις πλάγιες επιφάνειες η έξω ελαία. Ο προμήκης μυελός έχει μήκος 25mm, και αποτελεί το κέντρο ρυθμίσεως ζωτικών για τον οργανισμό λειτουργιών, γιατί περικλείει τα κέντρα της αναπνοής, της ρύθμισης της καρδιακής λειτουργίας, της πρόσληψης τροφής, του βήχα, του εμέτου κ.τ.λ. Βλάβη του προμήκη συνεπάγεται το θάνατο. Μεταξύ γέφυρας - προμήκη μπροστά και παρεγκεφαλίδα πίσω, περικλείεται η τέταρτη κοιλία.

Η παρεγκεφαλίδα βρίσκεται στον οπίσθιο κρανιακό βόθρο, πίσω από τον προμήκη και την γέφυρα και κάτω από τους ινιακούς λοβούς του εγκεφάλου. Αποτελείται από τα δύο ημισφαίρια, που στη μέση συνδέονται με ένα λοβό που ονομάζεται σκώληκας. Εξωτερικά όπως στον εγκέφαλο, βρίσκεται η φαιά ουσία (φλοιός παρεγκεφαλίδα) και εσωτερικά, η λευκή ουσία με τους πυρήνες. Η εξωτερική επιφάνεια της παρεγκεφαλίδα, εμφανίζει πολλές μικρές παράλληλες έλικες, τα φύλλα της παρεγκεφαλίδα, που σε οβελιαία διατομή, οι αύλακες της παρεγκεφαλίδα, της δίδουν την μορφή φύλλου δένδρου (“δένδρο ζωής”). Η πρόσθια επιφάνεια της παρεγκεφαλίδα, συνδέεται με το στέλεχος του εγκεφάλου με τα 3 ζεύγη σκελών (άνω - μέσο - κάτω) της παρεγκεφαλίδα, μέσω των οποίων πορεύονται όλες οι προσαγωγές και απαγωγές οδοί της. Η παρεγκεφαλίδα είναι το όργανο του συντονισμού και του συγχρονισμού των κινήσεων του σώματος και της ρύθμισης του μυϊκού τόνου. Γι’αυτό δέχεται αισθητικά ερεθίσματα από το δέρμα, τους μύς και τα αισθητήρια όργανα, ιδιαίτερα από το λαβύρινθο. Η παρεγκεφαλίδα βρίσκεται σε σταθερή σύνδεση με όλα τα τμήματα του νευρικού συστήματος, που έχουν σχέση με την εκούσια κινητικότητα και αντανακλαστικούς μηχανισμούς που ρυθμίζουν την στάση του σώματος και είναι απαραίτητοι για την ισορροπία. Επιδρά στην εκούσια κινητικότητα, έτσι ώστε οι διάφορες ομάδες των μυών, να δρουν σαν ένα αρμονικά συνεργαζόμενο σύνολο. Από ανατομικής πλευράς διαιρείται, στον κροκυδοοζώδη λοβό και το σώμα της παρεγκεφαλίδα, το οποίο με την πρωτογενή αύλακα, υποδιαιρείται σε δύο λοβούς (πρόσθιο - οπίσθιο). Από λειτουργικής πλευράς διαιρείται, στην αρχαιο - παλαιο - και νεο-

παρεγκεφαλίδα. Η παρεγκεφαλίδα με τις συνδέσεις της με τους αιθουσαίους πυρήνες, με το νωτιαίο μυελό και τα ημισφαίρια του εγκεφάλου, αποτελεί το νευρικό όργανο, με το οποίο ρυθμίζεται η ισορροπία του σώματος, τόσο στην κίνηση, όσο και στην ακινησία. Σε βλάβη της παρεγκεφαλίδας, δεν υπάρχει συνεργασία στις μυϊκές κινήσεις, εμφανίζεται μυϊκή αδυναμία, ασυνέργεια των κινήσεων, τρέμουλο και τάση του ατόμου να πέφτει προς τη μία πλευρά. Συνοπτικά οι λειτουργίες της παρεγκεφαλίδας που δεν είναι συνειδητές και δεν υπάγονται στη θέλησή μας είναι: Διατήρηση του μυϊκού τόνου, συντονισμός της αρμονικής συνεργασίας, στην κίνηση των μυών, διατήρηση της ισορροπίας από τα ερεθίσματα που δέχεται από τους μυς, τένοντες, αρθρώσεις και από την αίθουσα και ημικύκλιους σωλήνες του έσω ωτός (Drake et al. 2007).

Τα ημισφαίρια συνδέονται μεταξύ τους με τέσσερις συνδέσμους. Το μεσολόβιο ο πιο σπουδαίος σύνδεσμος, είναι ο μεγαλύτερος από τους συνδέσμους και βρίσκεται στο βάθος της επιμήκους σχισμής. Αποτελείται από δεσμίδες εμμύελων ινών, που συνδέουν περιοχές του φλοιού των δύο ημισφαιρίων, καθώς και τους λοβούς κάθε ημισφαιρίου μεταξύ τους. Έτσι δημιουργείται η ακτινοβολία του μεσολοβίου, από τις ίνες του μεσολοβίου που πορεύονται μέσα στα ημισφαίρια. Το μεσολόβιο έχει σχήμα άγκιστρου. Τα δύο σκέλη ενώνονται μπροστά και σχηματίζουν το γόνυ του μεσολοβίου. Το οπίσθιο άκρο αναδιπλώνεται και λέγεται σωλήνιο. Η ψαλίδα βρίσκεται κάτω από το μεσολόβιο. Εκτείνεται από τα μαστία, μέχρι τον ιππόκαμπο. Αποτελείται από δύο ταινίες που ενώνονται στη μέση και σχηματίζουν το σώμα της ψαλίδας και απομακρύνονται στα άκρα για να σχηματίσουν τα πρόσθια και οπίσθια σκέλη της ψαλίδας. Το διαφανές διάφραγμα είναι ένα κάθετο μυέλινο πέταλο, που βρίσκεται μεταξύ πρόσθιου σκέλους της ψαλίδας και ρυγχαίου πετάλου του μεσολοβίου και χωρίζει τα μετωπιαία κέρατα της πλάγιας κοιλίας. Ο πρόσθιος σύνδεσμος βρίσκεται μπροστά από τα πρόσθια σκέλη της ψαλίδας και συνδέει τους οσφρητικούς βολβούς.

Κοιλίες του εγκεφάλου λέγονται οι κοιλότητες που βρίσκονται στο εσωτερικό του εγκεφάλου. Είναι τέσσερες : από μία πλάγια σε κάθε ημισφαίριο, η τρίτη στο διάμεσο εγκέφαλο και η τέταρτη μεταξύ γέφυρας - προμήκη και παρεγκεφαλίδας. Πλάγια κοιλία υπάρχει κάθε μία από τις δύο πλάγιες κοιλίες (δεξιά-αριστερά), βρίσκεται στο εσωτερικό του βρεγματικού λοβού του αντίστοιχου ημισφαιρίου. Επικοινωνεί με την III^η κοιλία, με το τρήμα του Monro. Η πλάγια κοιλία έχει τοξοειδές σχήμα και αποτελείται από την κεντρική μοίρα και από τα τρία κέρατα (μετωπιαίο – ινιακό – κροταφικό). Στην κεντρική μοίρα και ιδιαίτερα στο κροταφικό κέρατο,

υπάρχουν τα χοριοειδή πλέγματα της πλάγιας κοιλίας, που αποτελούνται από δικτυωτό και λεμφοκύτταρα καθώς και από εσπειραμένα αγγεία. Από τα πλέγματα αυτά, παράγεται το εγκεφαλονωτιαίο υγρό. Τρίτη κοιλία βρίσκεται στο διάμεσο εγκέφαλο, μεταξύ των δύο οπτικών θαλάμων. Επικοινωνεί με κάθε πλάγια κοιλία με το τρήμα του Monro και με την τέταρτη κοιλία με τον υδραγωγό του Sylvius. Τέταρτη κοιλία βρίσκεται μεταξύ του στελέχους του εγκεφάλου και της παρεγκεφαλίδας και έχει σχήμα ρόμβου. Παρουσιάζει το πρόσθιο τοίχωμα ή έδαφος και το οπίσθιο τοίχωμα ή οροφή. Το έδαφος λέγεται ρομβοειδής βόθρος και η κάτω γωνία του λέγεται κάλαμος του Ηροφίλου. Συγκοινωνεί προς τα επάνω με την τρίτη κοιλία με τον υδραγωγό του Sylvius και προς τα κάτω μεταβαίνει στον κεντρικό νευρικό σωλήνα του νωτιαίου μυελού. Στην οροφή έχει τρία τρήματα. Τα δύο πλάγια τρήματα του Lushka και ένα μέσο τρήμα του Magendí. Με τα τρήματα αυτά η 4η κοιλία επικοινωνεί με τον υπαραχνοειδή χώρο.

Στις διάφορες διατομές του εγκεφάλου, διακρίνεται η φαιά και η λευκή ουσία. Η φαιά ουσία αποτελείται από συναθροίσεις νευρικών κυττάρων, ενώ η λευκή ουσία, αποτελείται από νευρικές ίνες, δηλαδή από αποφυάδες των νευρικών κυττάρων που περιβάλλονται από μυέλινα έλυτρα και έτσι φαίνονται υπόλευκες. Οι νευρικές ίνες είναι τριών ειδών. Οι κινητικές ή φυγόκεντροι που μεταφέρουν ερεθίσματα από τα κύτταρα του φλοιού προς την περιφέρεια. Οι αισθητικές ή κεντρομόλοι που μεταφέρουν τα ερεθίσματα από την περιφέρεια προς τα κύτταρα του φλοιού. Οι συνδετικές ίνες που συνδέουν τα διάφορα κέντρα μεταξύ τους και συντονίζουν τις λειτουργίες τους. Στο N.M. η φαιά ουσία βρίσκεται κεντρικά και περιβάλλεται από λευκή ουσία. Στο στέλεχος και το διάμεσο εγκέφαλο, η φαιά και λευκή ουσία έχουν ποικιλότητα κατανομή. Στον τελικό εγκέφαλο η φαιά ουσία βρίσκεται στην περιφέρεια και αποτελεί το φλοιό των ημισφαιρίων, ενώ η λευκή ουσία βρίσκεται εσωτερικά (αντίθετα από το N.M.). Στα ημισφαίρια του εγκεφάλου, φαιά ουσία βρίσκεται και εσωτερικά (ανάμεσα στη λευκή ουσία) και αποτελεί τους πυρήνες ή βασικά γάγγλια των ημισφαιρίων. Η λευκή ουσία αποτελείται από συνδετικές και προβλητικές ίνες, που συνδέουν τον φλοιό του εγκεφάλου με τα λοιπά μέρη αυτού, καθώς και με το νωτιαίο μυελό.

Κεφάλαιο 2^ο

2. Άνοια

Οργανικά ψυχοσύνδρομα είναι οι ψυχοπαθολογικές καταστάσεις που οφείλονται σε οργανικές διαταραχές του εγκεφάλου. Τα οργανικά ψυχοσύνδρομα διακρίνονται σε:

- Οξεία (που είναι κατά κανόνα αναστρέψιμα)
- Χρόνια (που είναι μερικώς μόνο αναστρέψιμα ή μη αναστρέψιμα)

Η άνοια και τα γηρατεία δεν είναι συνώνυμα δεν έχει καμία σχέση η πιθανή μικρή έκπτωση, της ταχύτητας κυρίως, των γνωστικών λειτουργιών του φυσιολογικού ηλικιωμένου ατόμου με την παθολογική κατάσταση που λέγεται άνοια. Οι άνοιες αποτελούν κλινικά σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από πολλαπλές διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών, χωρίς να υπάρχουν διαταραχές της συνείδησης. Οι λειτουργίες που θίγονται περιλαμβάνουν τη γενική νοητική επάρκεια (νοημοσύνη), την ικανότητα μάθησης και μνήμης, το λόγο, τον προσανατολισμό, την αντίληψη, τη συγκέντρωση, την κρίση, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και τον κοινωνικό ρόλο, με αποτέλεσμα τη μεταβολή της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς του ατόμου. Η δυσλειτουργία αυτή, μπορεί να είναι *πρωτοπαθής*, όπως σε περιπτώσεις νόσων, τραυματισμών και βλαβών που προσβάλλουν τον εγκέφαλο κατευθείαν, ή *δευτεροπαθής*, όπως σε συστηματικές νόσους και διαταραχές στις οποίες η προσβολή του εγκεφάλου αποτελεί ένα από τα πολλαπλώς προσβαλλόμενα από την νόσο όργανα ή συστήματα του σώματος.

Αν και η άνοια είναι πιο κοινή στη γεροντική ηλικία, δεν πρέπει να θεωρείται συνώνυμη με τη μεγάλη ηλικία, ούτε είναι φυσιολογικό επακόλουθο των γηρατειών. Οποσδήποτε, πάντως αν και η άνοια δεν είναι συχνή σε παιδιά και εφήβους, μπορεί να συμβεί από γενικές ιατρικές καταστάσεις (όπως π.χ. τραύμα κεφαλής, όγκοι του εγκεφάλου, λοίμωξη από HIV, αδρενολευκοδυστροφίες) και να εμφανισθεί είτε με έκπτωση λειτουργικότητας είτε με καθυστέρηση ή παρέκκλιση στη φυσιολογική ανάπτυξη.

2.α. Κλινικά χαρακτηριστικά της άνοιας

Πιο συγκεκριμένα υπάρχει:

- έκπτωση της μνήμης (της άμεσης και της πρόσφατης μνήμης στα αρχικά στάδια και μετέπειτα και της απώτερης μνήμης) και τουλάχιστον κάποια από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές:
- αφασία (διαταραχή του λόγου)
- απραξία (έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές δραστηριότητες παρά την άθικτη κινητική λειτουργία)
- αγνωσία (αδυναμία να αναγνωρίζει ή να προσδιορίζει αντικείμενα ή άτομα παρά την άθικτη αισθητηριακή λειτουργία)
- ή διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας (δηλ. διαταραχή στην ικανότητα να μπορεί να κάνει σχέδια, να οργανώνει, να λειτουργεί αφαιρετικά)

Υπολογίζεται ότι 70-90% των ασθενών με άνοια, παρουσιάζουν συμπεριφορικά και ψυχιατρικά συμπτώματα. Παραληρητικές ιδέες εμφανίζονται σε ποσοστά που φτάνουν μέχρι και το 73% των ασθενών στις διάφορες μελέτες, διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις) σε ποσοστά μέχρι 50%, σύγχυση προσώπων μέχρι και 50%, καταθλιπτική συμπτωματολογία μέχρι και 80%, μανιακή εικόνα μέχρι 15%, επιθετικότητα και εχθρότητα μέχρι 20% και μεταβολή της προσωπικότητας μέχρι 90%. Η άνοια συνήθως αρχίζει ύπουλα και βαθμιαία επιδεινούμενη για μήνες και χρόνια. Συχνά αρχίζει με ασαφή μη ειδικά σωματικά ενοχλήματα, κακοδιαθεσία ή ευερεθιστότητα και μείωση του ενδιαφέροντος για τη ζωή.

Η πορεία της άνοιας εξαρτάται από την αιτία της. Αν η αιτία μπορεί να θεραπευτεί τότε η άνοια μπορεί να αναχαιτισθεί ή να αποστραφεί. Αν πρόκειται για Άνοια Τύπου Alzheimer τότε ο θάνατος είναι η κατάληξη μετά από μακρά πορεία. Ο θάνατος συνήθως προέρχεται από την αδυναμία του ατόμου να φροντίσει τον εαυτό του, που έχει σαν αποτέλεσμα την κακή διατροφή, τις κατακλίσεις, τα ατυχήματα, τις λοιμώξεις και την πνευμονία από εισρόφηση (η πιο συχνή αιτία θανάτου).

2.β. Άλλοι τύποι άνοιας

Οι τύποι άνοιας που γνωρίζουμε μέχρι στιγμής, οι οποίοι δημιουργούν διαταραχές στο κεντρικό νευρικό σύστημα και συγκεκριμένα στον εγκέφαλο είναι εκτός από την άνοια τύπου Alzheimer, η νόσος Πάρκινσον, Huntington. Η άνοια με σωμάτια Lewy, μετωποκροταφική άνοια, αγγειακή άνοια, στις διαταραχές μνήμης και νόησης. Τα νοσήματα που οδηγούν σε άνοια εμφανίζουν ταχύτερο ρυθμό απώλειας εγκεφαλικών κυττάρων, που οδηγεί στην μη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου εγκεφάλου. Εκτός από τους προαναφερθέντες συχνά διαδεδομένους τύπους άνοιας , σημειώνεται ότι έχουν αναφερθεί μέχρι σήμερα περισσότερα από 100 αίτια άνοιας.

Πιο συγκεκριμένα η νόσος Πάρκινσον (NP) τρομώδης παράλυση (paralysis agitans) διαταραχή των ηλικιωμένων ατόμων. Η NP έχει μεγάλο οικονομικό αντίκτυπο υπό την μορφή άμεσων ιατρικών εξόδων και έμμεσων, όπως η απώλεια εισοδήματος και η χαμηλή παραγωγικότητα. Αποτελεί μορφή αναπηρίας στην οποία επηρεάζεται η κινητική ικανότητα του ατόμου και τα τέσσερα πιο κύρια χαρακτηριστικά της αποτελούν, ο τρόμος, η δυσκαμψία, η δυσκινησία και η αστάθεια θέσης σώματος (Ignatavicius & Workman 2008).

Η κινητική δραστηριότητα είναι το αποτέλεσμα της συνεργασίας των ενεργειών του εγκεφαλικού φλοιού, των βασικών γαγγλίων και της παρεγκεφαλίδας. Τα βασικά γάγγλια αποτελούν ομάδα νευρώνων που βρίσκονται βαθιά μέσα στον εγκεφαλικό ιστό, στη βάση του και κοντά στις πλάγιες κοιλίες. Όταν ενεργοποιούνται τα βασικά γάγγλια, αναστέλλεται ο μυϊκός τόνος του σώματος και ρυθμίζονται οι εκούσιες κινήσεις. Η διαδικασία αυτή επιτυγχάνεται μέσω της έκκρισης δυο νευροδιαβιβαστών: ντοπαμίνης και ακετυλοχολίνης (ACh). Η ακετυλοχολίνη παράγεται και εκκρίνεται από τα βασικά γάγγλια καθώς και από τις νευρικές απολήξεις στην περιφέρεια του σώματος. Οι νευρώνες που παράγουν ACh μεταδίδουν διεγερτικά ερεθίσματα μέσω των βασικών γαγγλίων. Η ντοπαμίνη αναστέλλει τη δράση αυτών των νευρώνων ρυθμίζοντας τον έλεγχο των εκουσίων κινήσεων. Αυτό το σύστημα ελέγχου και ισορροπίας επιτρέπει την επίτευξη λεπτών, συντονισμένων κινήσεων, όπως το να κρατήσει κανείς ένα μολύβι και να γράφει. Εκτεταμένη εκφύλιση της φαιάς ουσίας έχει ως αποτέλεσμα ελάττωση στην παραγωγή της ντοπαμίνης. Όταν τα επίπεδα ντοπαμίνης ελαττώνονται, το άτομο χάνει την ικανότητα του να κάνει λεπτές, εκούσιες κινήσεις. Ο μεγάλος αριθμός των διεγερτικών νευρώνων που εκκρίνουν οι ACh παραμένει ενεργός και δημιουργεί διαταραχή της ισορροπίας μεταξύ διεγερτικής και ανασταλτικής νευρικής δραστηριότητας. Με αποτέλεσμα να μην μπορεί

το άτομο να ελέγξει ή να πραγματοποιήσει συντονισμένες εκούσιες κινήσεις. Η NP χωρίζεται σε στάδια ανάλογα με τα συμπτώματα και το βαθμό αναπηρίας. Στο στάδιο 1 υπάρχει ελαφρά νόσος με ελαφρά μονόπλευρη συμμετοχή των άκρων. Αμφοτερόπλευρη συμμετοχή των άκρων συμβαίνει στο στάδιο 2. Στο στάδιο 3, ο ασθενής παρουσιάζει σοβαρά προβλήματα στη βάδιση και μέτριου βαθμού γενικευμένη αναπηρία. Το στάδιο 4 χαρακτηρίζεται από σοβαρή αναπηρία, ακινητικά επεισόδια και μυϊκή δυσκαμψία. Ο ασθενής του σταδίου 5 είναι ολοκληρωτικά εξαρτώμενος σε όλες τις δραστηριότητες της καθημερινής διαβίωσης. Οι αναφορές γίνονται για την αποφυγή σύγχυσης με τα στάδια της NA και σε κατοπινό στάδιο το διαχωρισμό των διαφορικών διαγνώσεων.

Στη νόσο Huntington οι κλινικές εκδηλώσεις εμφανίζονται κλιμακωτά. Τα δυο κύρια συμπτώματά της είναι οι εξελισσόμενες πνευματικές διαταραχές, που οδηγούν σε άνοια και οι κινήσεις χορείας (γρήγορες σπαστικές κινήσεις) στα άκρα, στον κορμό και στους μυς του προσώπου. Η άνοια οφείλεται στην καταστροφή των νευρώνων του φλοιού του εγκεφάλου, ενώ μπορεί επίσης να οφείλεται τις μεγάλες συγκεντρώσεις ντοπαμίνης που ανευρίσκεται στο φλοιό του εγκεφάλου και στο μεταιχμιακό σύστημα των πασχόντων. Δυο συγκεκριμένες περιοχές των βασικών γαγγλίων φαίνεται να παίρνουν μέρος στην ανάπτυξη της NH ο κερκοφόρος πυρήνας και το κέλυφος του φακοειδούς πυρήνα. Αμφότερες οι περιοχές είναι στενά συνδεδεμένες με το φλοιό του εγκεφάλου και τους νευροδιαβιβαστές. Οι οποίοι εκκρίνονται στις συνάψεις ή στους συνδέσμους των νευρώνων και μέσω της διεγερτικής ή ανασταλτικής τους δράσης ελέγχεται η κινητική δραστηριότητα. Επηρεάζεται όπως και στην NA η ελάττωση της Ach. Τρία στάδια της NH που το καθένα διαρκεί πέντε έτη και αντιστοιχούν στον μέσο όρο της δεκαπενταετούς διάρκειας της νόσου και αποτελούν τα πιο κάτω. Το πρώτο στάδιο, όπου εμφανίζονται τα νευρολογικά ή ψυχολογικά συμπτώματα, το δεύτερο στάδιο, που χαρακτηρίζεται από αυξανόμενη εξάρτηση από τους άλλους για φροντίδα και το τρίτο στάδιο από πλήρη απώλεια της ανεξαρτησίας του ατόμου (Ignatavicius & Workman 2008).

Άνοια με Σωματία Lewy (ΑΣΛ) είναι μια αναγνωρισμένη κλινική εκδήλωση της νόσου του Parkinson (NP) και άλλων παρκινσονικών συνδρόμων, κυρίως της ατροφίας πολλαπλών συστημάτων (Netter 2010). Το παθολογοανατομικό υπόστρωμα της άνοιας σε αυτές τις διαταραχές, περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά ιστοπαθολογικά ευρήματα της νόσου Alzheimer (NA) και πιθανώς αυτά της εγκεφαλικής νόσου. Εντούτοις, η προσεκτική παρατήρηση κατά την αυτοψία σε συνδυασμό με την πρόοδο των μεθόδων χρώσης, και της ανοσοϊστοχημείας,

υποδηλώνει ότι συχνά υπάρχει και μια άλλη παθολογοανατομική βλάβη. Τα σωμάτια του Lewy (ΣL), τα οποία περιγράφηκαν για πρώτη φορά στις αρχές του 20ου αιώνα, εμφανίζονται επίσης, σε διάφορες περιοχές του φλοιού και στους υποφλοιώδεις πυρήνες, σε πολλές περιπτώσεις πάρκινσον με συνοδό άνοια. Οι νευροεκφυλιστικές αλλοιώσεις με σχηματισμό ΣL συνδέθηκε με την άνοια στη δεκαετία του 60. Οι παλαιότερες περιγραφές περιστατικών σημείωναν ότι τα ΣL κατανέμονταν διάχυτα εντός του εγκεφαλικού φλοιού και του εγκεφαλικού στελέχους και περιέγραφαν τη διάχυτη νόσο με σωμάτια Lewy. Στη συνέχεια διάφορες νευροπαθολογοανατομικές μελέτες φανέρωσαν μια απροσδόκητα συχνή ύπαρξη των ΣL σε ασθενείς με ΝΑ. Αυτές οι περιπτώσεις επέδειξαν συνυπάρχουσες, χαρακτηριστικές για ΝΑ βλάβες και ΣL και αναφέρθηκαν ως παραλλαγή της Νόσου Alzheimer με σωμάτια Lewy. Γενικά, οι περιπτώσεις παραλλαγών παρουσίαζαν ηπιότερες, ειδικές για ΝΑ, παθολογοανατομικές βλάβες σε σύγκριση με τις αμιγείς περιπτώσεις ΝΑ, οι οποίες ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις συνδέονται με την κλινική βαρύτητα της άνοιας. Αναφορές νευρίτιδας Lewy με εντόπιση στην περιοχή CA2 του ιππόκαμπου, υποδηλώνουν ότι η άνοια με σωμάτια Lewy (ΑΣL) είναι μια μοναδική νευροεκφυλιστική αιτία άνοιας, διακριτή από την ΝΑ.

Πάραυτα, τα ΣL ανευρίσκονται επίσης σε εγκεφάλους ασθενών με κληρονομική ΝΑ, υποδεικνύοντας μια πιθανή παθοφυσιολογική σύνδεση μεταξύ αυτών των νόσων. Έχουν περιγραφεί λίγες οικογενείς περιπτώσεις άνοιας ΣL και δεν υπάρχουν γνωστές μεταλλάξεις που να σχετίζονται με κληρονομική άνοια ΣL. Η οριστική διάγνωση της ΑΣL απαιτεί μόνο την παρουσία ΣL στο φλοιό, ανεξάρτητα από τη συνύπαρξη παθολογοανατομικών χαρακτηριστικών της ΝΑ. Πολλές από αυτές τις περιπτώσεις πληρούν και τα παθολογοανατομικά κριτήρια για την οριστική διάγνωση ΝΑ. Ως εκ τούτου, υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με τη διάγνωση και διαφωνία για το αν θα πρέπει οι περιπτώσεις με μικτά στοιχεία ΣL και ΝΑ να ταξινομούνται ως μια διακριτή νοσολογική οντότητα. Η νεκροτομικές μελέτες ασθενών που έπασχαν από άνοια αναδεικνύουν την άνοια ΣL ως την δεύτερη πιο συχνή αιτία άνοιας σε ηλικιωμένους μετά την ΝΑ. Εκκρεμούν τα αποτελέσματα σχετικών κλινικών επιδημιολογικών μελετών.

Ένας μέχρι πρότινος επιτυχημένος άνθρωπος αρχικά εκδήλωσε σημεία διανοητικής έκπτωσης, μειωμένης αίσθησης της ευθύνης και απώλεια των κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως αυτή εκδηλώθηκε με την άρση αναστολών στην προσωπικότητά του. Πάνω από έναν αιώνα πριν, ο Arnold Pick περιέγραψε για πρώτη φορά αλλαγές στη συμπεριφορά και την προσωπικότητα

σχετιζόμενες με μετωποκροταφική ατροφία. Στη συνέχεια περιέγραψε εξελισσόμενα σύνδρομα αφασίας και απραξίας σε έδαφος λοβώδους ατροφίας. Περίπου την ίδια εποχή ο Alois Alzheimer περιέγραψε την ιστοπαθολογία της επονομαζόμενης νόσου του Pick. Οι παθολογοανατομικές αλλαγές της νόσου του Pick ανευρέθηκαν αργότερα και σε άλλες κλινικά ανόμοιες νοσηρές διεργασίες, συμπεριλαμβανομένης της φλοιοβασικής εκφύλισης της άνοιας τύπου νόσου κινητικού νευρώνα (ΑΚΝ), της πρωτοπαθώς προϊούσας αφασίας (ΠΠΑ) και της άνοιας με έλλειψη διακριτής ιστολογίας. Οι υποφλοιώδεις περιοχές προσβάλλονται συχνά, προκαλώντας εξωπυραμιδική σημειολογία, όπως υποκινησία και δυσκαμψία. Σε άλλες περιπτώσεις, παρόμοια παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά εμφανίζονται σε περιοχές του φλοιού, εκτός του μετωπιαίου ή κροταφικού λοβού. Ο όρος μετωποκροταφική άνοια δεν αντικατοπτρίζει το φάσμα της σύνδεσης παθολογοανατομίας και κλινικής φαινομενολογίας καθώς η νόσος εξελίσσεται παρατηρείται λοβώδης εκφύλιση, συχνά ασύμμετρη και αμφοτερόπλευρη. Ο όρος σύμπλεγμα του Pick έχει προταθεί αντί του όρου ΜΚΑ, για να περιγράψει μια πιο συγκεκριμένη διαγνωστική οντότητα με χαρακτηριστικά παθολογοανατομικά και κλινικά σημεία.

Η κλινική διάκριση της αγγειακής νόσου ως αμιγούς αιτίου άνοιας κι όχι ως αιτίου «μικτής» άνοιας αποτελεί μια πρόκληση. Η ετερογένεια των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων περιπλέκει τον καθορισμό της αγγειακής άνοιας (ΑΑ) ως μιας κλινικής οντότητας με συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια, όταν οι αγγειακοί μηχανισμοί είναι το μοναδικό αίτιο άνοιας, της επονομαζόμενης αμιγούς ΑΑ. Περαιτέρω νεκροτομικές μελέτες αποκαλύπτουν τη συνύπαρξη της αγγειακής εγκεφαλικής νόσου και της νόσου Alzheimer (ΝΑ), επηρεάζοντας την κλινική άνοια στο 20% περίπου των περιπτώσεων. Αυτές οι περιπτώσεις ομοιάζουν κλινικά με τη ΝΑ και συχνά πληρούν τα παγκοσμίως αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια της ΝΑ. Μερικοί συγγραφείς προτείνουν τον όρο αγγειακή νοητική διαταραχή, αντί της ΑΑ, για να περιγράψουν την συνεισφορά της αγγειακής εγκεφαλικής νόσου στα ανοϊκά σύνδρομα ανεξάρτητα της αμιγούς αγγειακής νόσου, ή της ανάμικτης με κάποια άλλη ανοϊκή διαταραχή (Netter 2010).

2.γ. Η ψευδοάνοια

Ο όρος «ψευδοάνοια» πρωτοχρησιμοποιήθηκε από τους Madden, Luban, Kaplan, Manfredi για να περιγράψει ηλικιωμένους καταθλιπτικούς αρρώστους. Ιδιαίτερα τις

τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον για τις ψευδοανοϊκές καταστάσεις έχει αυξηθεί στο μέτρο που ολοένα και περισσότερο αποσαφηνίζεται το κλινικό σύνδρομο της άνοιας από αιτιολογική και παθογενετική άποψη ενώ, παράλληλα, διευρύνεται και η κατανόηση πολλών ψυχικών διαταραχών (όπως π.χ. η κατάθλιψη) στα πλαίσια των οποίων μπορούν να εμφανιστούν «ψευδοανοϊκές» καταστάσεις.

Παρά την εμπειρικά διαπιστούμενη κλινική εμφάνιση της ψευδοάνοιας, το νοσολογικό της status είναι αβέβαιο και διφορούμενο. Δε μπορεί να θεωρηθεί νοσολογική οντότητα με μια αυστηρή έννοια: δεν υπάρχουν συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια συμπερίληψης και αποκλεισμού των περιπτώσεων, τέτοια που να προσδίδουν στην κλινική εικόνα την απαιτούμενη νοσολογική εγκυρότητα και τη διαγνωστική αξιοπιστία και εξειδίκευση μιας νοσολογικής οντότητας. Προς το παρόν, λοιπόν, η «ψευδοάνοια» παραμένει ένας γενικός και χαλαρά οριζόμενος περιγραφικός όρος που χαρακτηρίζει συλλήβδην καταστάσεις στις οποίες μια ψυχική διαταραχή «μιμείται» ή «γελοιογραφεί» την (πραγματική) άνοια. Οι καταστάσεις αυτές στις οποίες κατά καιρούς έχει αναφερθεί η εμφάνιση ψευδοάνοιας είναι τόσο διαφορετικές μεταξύ τους όπως είναι η μείζων κατάθλιψη, οι άτυπες διασχιστικές διαταραχές, η διαταραχή μετατροπής, διαταραχές της προσωπικότητας (ιδίως η δραματική και η εξαρτημένη), η σχιζοφρένεια και άτυπες ψυχώσεις, η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή αλλά και μη ψυχικές διαταραχές όπως η υπόκριση. Επιπλέον, η περιγραφόμενη κλινική εικόνα της ψευδοάνοιας δεν είναι πάντοτε ακριβώς η ίδια στις προαναφερθείσες ψυχικές διαταραχές.

Ο όρος ψευδοάνοια, λοιπόν, υποδηλώνει μια κλινική εικόνα που φαίνεται να είναι άνοια ενώ στην πραγματικότητα δεν είναι. Μοιάζει από φαινομενολογική άποψη με την άνοια επειδή, όπως και στις αληθείς άνοιες: (Μεντενόπουλος 1999)

A)Ο άρρωστος εμφανίζει γνωστικές εκπτώσεις, δηλαδή διαταραχές των ανώτερων νοητικών λειτουργιών που συνεπάγονται συμβολικές επιτελέσεις (π.χ. εκπτώσεις της σκέψης, της κρίσης, της κατανόησης κλπ.)

B)Το συναίσθημα μπορεί να είναι επιπεδωμένο, ή καταθλιπτικό, ή απαθές εναλλασσόμενο μ'ευερεθιστότητα.

Γ)Συχνά υπάρχει ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχές του ύπνου και αιτιάσεις για σωματικά ενοχλήματα.

Διαφέρει από τις αληθείς άνοιες κατά το ότι:

A) Η κλινική εικόνα είναι ηπιότερη από εκείνη της αληθούς άνοιας.

B) Οι γνωστικές εκπτώσεις έχουν ένα χαρακτήρα άτυπο σε σχέση μ' εκείνον των συγκεκριμένων αληθών ανοιών.

Γ) Πολλές φορές η ανοϊκή εικόνα δεν εξελίσσεται με τη συνέπεια και την τυπικότητα που χαρακτηρίζουν τις αληθείς άνοιες.

Δ) Η πορεία της ανοϊκής εικόνας είναι αναστρέψιμη.

Ε) Δεν υπάρχει κάποια συγκεκριμένη νευροπαθολογική διεργασία, ή εστιακή σημειολογία.

Τα παραπάνω στοιχεία ομοιοτήτων και διαφορών της ψευδοάνοιας από την άνοια μπορούν να οδηγήσουν σε ουσιαστικές παρανοήσεις. Κατ' αρχήν, ο όρος «ψευδοάνοια» μπορεί να υποκρύπτει μια απόλυτη διάκριση «οργανικής» λειτουργικής διαταραχής, συνδέοντας τις γνωστικές εκπτώσεις αποκλειστικά με τις «οργανικές» διαταραχές ενώ γίνεται ολοένα και πιο εμφανές ότι τα όρια του «οργανικού» από το «λειτουργικό» είναι ρευστά στην κατανόησή μας και ασαφώς καθοριζόμενα. Αφετέρου, είναι πλέον σαφές ότι ορισμένες ψυχικές διαταραχές (π.χ. η μείζων κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, κ.α.) μπορούν «νόμιμα» να περιλαμβάνουν και αληθείς γνωστικές εκπτώσεις π.χ. η καταθλιπτική ψευδοάνοια είναι αντίστοιχη με τις οργανικές άνοιες και συχνά φαίνεται ότι δεν είναι διόλου «ψευδής». Δεύτερο, το στοιχείο της αναστρεψιμότητας της ανοϊκής εικόνας δε μπορεί ν' αποτελεί κριτήριο για τη διάκριση της «ψευδούς» από την «αληθή» άνοια, επειδή υπάρχουν άνοιες διαφόρων οργανικών αιτιολογιών που μπορούν να είναι αναστρέψιμες. Γι' αυτό το λόγο άλλωστε η μη αναστρεψιμότητα της κλινικής εικόνας δε συγκαταλέγεται στα διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας στα μείζονα διαγνωστικά συστήματα του DSM-IV και της ICD-10

Απαιτείται, λοιπόν, η αλλαγή της αντίληψής μας για την ψευδοάνοια, τουλάχιστον έτσι όπως ιστορικά περιγράφονταν μέχρι τώρα αυτή η ασαφής ή και αμφιλεγόμενη κλινική κατάσταση. Ένα χρήσιμο σημείο εκκίνησης για μια νέα κατανόηση μπορεί, για λειτουργικούς σκοπούς, να είναι ο περιγραφικός ορισμός του Caine.

A) εμφάνιση γνωστικών εκπτώσεων σε άρρωστο με ψυχική διαταραχή

B) γνωστικές εκπτώσεις που μοιάζουν μ' εκείνες μιας οργανικής άνοιας

Γ) μη ανεύρεση κάποιας εμφανούς νευροπαθολογικής διεργασίας που να δικαιολογεί τις γνωστικές εκπτώσεις.

Αυτός ο καθαρά περιγραφικός ορισμός της ψευδοάνοιας όμως μπορεί να περιλαμβάνει ετερογενείς κλινικούς σχηματισμούς όπως οι παρακάτω.

- A) Καταθλιπτική ψευδοάνοια ή ανοικό σύνδρομο της κατάθλιψης.
- B) Ψευδοάνοια σε άλλες ψυχικές διαταραχές
- Γ) Ανοικές εκδηλώσεις στη σχιζοφρένεια

2.δ. Φυσιολογικό Γήρας

Η ηλικία στην οποία οι άνθρωποι θεωρούνται ότι γίνονται ηλικιωμένοι, ποικίλλει από χώρα σε χώρα και ακόμη από άτομο σε άτομο. Πολλές χώρες χρησιμοποιούν ως όριο το 65^ο έτος και άνω. Το διεθνές σχέδιο δράσης των Ηνωμένων Εθνών χαρακτηρίζει ηλικιωμένους τους ανθρώπους των εξήντα ετών και άνω. Κατανοώντας τη σωματική υγεία του ηλικιωμένου και της λειτουργικότητας του συγκεκριμένου ατόμου στην κλινική πράξη είναι ακόμα πιο σημαντικό από τα επιδημιολογικά στοιχεία.

Κυκλοφορούν κάποιες λανθασμένες ιδέες για την τρίτη ηλικία, ότι δηλαδή οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ομοιογενή ομάδα. Στην πραγματικότητα, οι ηλικιωμένοι είναι πολύ πιο διαφορετικοί μεταξύ τους απ' ό,τι είναι οι νέοι. Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στις βιολογικές αλλαγές και στις ψυχολογικές αντιδράσεις προς τις αλλαγές αυτές των ηλικιωμένων. Επίσης η τρίτη ηλικία σημαίνει αρρώστια, αδυναμία και απώλεια ζωτικότητας. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι διατηρούν την υγεία τους και ζουν ικανοποιητική ζωή πέρα από τις κοινωνικές προσδοκίες. Η τρίτη ηλικία είναι ένα στάδιο ψυχολογικής ανάπτυξης στη ζωή του ανθρώπου. Το κυριότερο έργο ανάπτυξης του ηλικιωμένου είναι η απόκτηση της ικανότητας να διακρίνει, να διευκρινίζει, να καλλιεργεί σε βάθος και να βρίσκει τρόπους πώς να χρησιμοποιεί ό,τι έχει ήδη κατορθώσει στη ζωή του, να προσφέρει νέες οπτικές γωνίες σε σύγχρονα θέματα, να προσαρμόζεται στα γεγονότα της ζωής του. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι προσωπικότητες αλλάζουν με την πάροδο της ηλικίας. Τα βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας δεν αλλάζουν σημαντικά με την ηλικία, ούτε επηρεάζονται πολύ από τις αλλαγές της ζωής στα υγιή άτομα. Οι ηλικιωμένοι είναι άκαμπτοι. ανίκανοι για νέα μάθηση. Μαθαίνουν ίσως σε περισσότερο χρόνο αλλά μαθαίνουν τα δυσκολότερα.

Τα βιολογικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων αφορούν τα διάφορα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, που ποικίλλουν πολύ στο ρυθμό αλλαγής τους και υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές, καθώς τα άτομα μεγαλώνουν. Η ικανότητα εκτέλεσης σε βιολογικά tests συσχετίζεται με το στυλ της ζωής, με το επίπεδο της υγείας και με πιθανούς γενετικούς πα-

ράγοντες. Η καρδιά του ηλικιωμένου όταν δεν έχει κάποια πάθηση εργάζεται περίπου όπως κι αυτή ενός νεωτέρου ενήλικα. Ωστόσο τα στεφανιαία νοσήματα είναι αρκετά συχνά στην τρίτη ηλικία. Τα λεμφοκύτταρα έχουν σημαντικά μειωμένη ικανότητα να σκοτώσουν τα καρκινικά κύτταρα, αρχίζοντας από την ηλικία των 40 ετών. Υπάρχει σχετιζόμενη με την ηλικία ελάττωση του υγρού στοιχείου των κυττάρων κι αυτό έχει σοβαρές επιπτώσεις στον προσδιορισμό των ασφαλών φαρμακευτικών δόσεων για τους ηλικιωμένους. Η απώλεια της μυϊκής μάζας σχετιζόμενη με μειωμένη παραγωγή αυξητικής ορμόνης ίσως ευθύνεται για τη βαθμιαία απώλεια της μυϊκής δύναμης με την πάροδο της ηλικίας. Τέλος αξίζει να σημειωθεί ότι οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 7-8 χρόνια περισσότερο από τους άνδρες.

Μέσα από την επιστήμη της γεροντολογίας πληροφορούμαστε για τη διαδικασία της γήρανσης καθώς και τις αλλαγές που συντελούνται με την πάροδο της ηλικίας, όπως για παράδειγμα, σε επίπεδο φυσιολογίας οι αλλαγές στην αναπνοή και στην μυϊκή δύναμη. Η ευαισθησία των ηλικιωμένων στις λοιμώξεις και οι ρυθμοί επούλωσης των τραυμάτων είναι μια ενδιαφέρουσα δύσκολη διερευνητική διαδικασία. Οι παρατηρούμενες διαφορές μεταξύ των ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες, όπως για παράδειγμα το επίπεδο υγείας, η διανοητική κατάσταση, η σεξουαλική συμπεριφορά ή το κάπνισμα, υπάρχουν είτε λόγω του χρόνου (π.χ σχετίζονται με την ηλικία) ή εξαιτίας άλλων παραγόντων ή ακόμα και συνδιασμός αυτών. Γίνεται η αναφορά αυτών των διαφορών για να φανεί η πολυπλοκότητα στον τομέα αυτό της έρευνας. Οι επαγγελματίες φροντίδας όμως χρειάζεται να είναι πολύ προσεχτικοί όταν αποδίδουν τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων στην ηλικία τους ή λόγω της γήρανσης. Ο διαχωρισμός των πραγματικών αλλαγών από τις κοινωνικές αντιδράσεις (περιβαλλοντικού πλαισίου) είναι δύσκολος. Τα τέσσερα κριτήρια σύμφωνα με τον Strehler, που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν για να στηρίξουν την υπόθεση ότι οι παρατηρούμενες βιολογικές αλλαγές μπορούν να είναι αποτέλεσμα της φυσιολογικής διαδικασίας γήρανσης ή αποτελούν κομμάτι της παθολογικής διεργασίας ή νόσου. Η καθολικότητα, (μπορεί να συμβεί στον καθένα ανεξαρτήτως του κοινωνικού και βιολογικού περιβάλλοντος), η προοδευτική εγκατάσταση τους συμβαίνει σταδιακά και δεν είναι αποτέλεσμα κάποιου καταστροφικού γεγονότος. Το τρίτο κριτήριο αφορά την εγγενή της φύσης, που θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα φυσικής διαδικασίας και όχι αποτέλεσμα έκθεσης σε επιβλαβείς περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η εκφυλιστική της φύση, μειώνει την ικανότητα του ατόμου να αντεπεξέρχεται στις αλλαγές που συμβαίνουν. Επομένως η έκπτωση της διανοητικής κατάστασης ή τα γκρίζα μαλλιά ή οι ρυτίδες, για να είναι πραγματικό

αποτέλεσμα της επίδρασης του χρόνου, θα πρέπει να συμβαίνει στον καθένα ανεξαρτήτως του κοινωνικού και του πολιτιστικού του πλαισίου. Τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι όπως και οι ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, σε μεγάλο βαθμό συνήθως αποδίδονται από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας και τους ηλικιωμένους στην ηλικία.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία του ηλικιωμένου ατόμου μετριέται καλύτερα βάσει της λειτουργικότητας μάλλον παρά της παθολογίας. Η καλή υγεία και τα πετυχημένα γηρατειά ορίζονται βάσει της ικανότητας του ατόμου να λειτουργεί αυτόνομα μέσα σ' ένα δεδομένο κοινωνικό περιβάλλον. Νοσηλευτικές μελέτες δείχνουν, ότι οι ηλικιωμένοι συχνά περιγράφουν την υγεία ως μια «διανοητική κατάσταση» . Τείνουν να δίνουν έμφαση σε ψυχολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα, σε κοινωνικές σχέσεις και στη στάση απέναντι στη ζωή μάλλον παρά στη μονομερή σωματική κατάσταση. Αν ένα άτομο είναι δραστήριο διανοητικά και κοινωνικά, μπορεί να θεωρείται υγιές ακόμη κι αν έχει κάποιο χρόνιο νόσημα. Υγιή γηρατειά θεωρούνται εκείνα όπου διατηρείται στο υψηλότερο δυνατό επίπεδο και η ψυχική υγεία του ατόμου. Κι αυτή περιλαμβάνει συναισθηματικές, γνωστικές και πνευματικές διαστάσεις, καθώς κι ένα εσωτερικό αίσθημα αυτοεκτίμησης. Η αυτοεκτίμηση του ηλικιωμένου διατηρείται όταν αναγνωρίζονται τα δικαιώματά του και τα κατορθώματά του κι όχι μόνο τα προβλήματά του, όταν δέχεται θετική ανταπόκριση, όταν του συμπεριφέρονται με σεβασμό, αγάπη και ευγένεια, όταν διατηρεί την ελευθερία λήψης αποφάσεων και διεύθυνσης των ατομικών του υποθέσεων, όταν έχει ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις, και όταν οι βασικές του ανάγκες της καθημερινής ζωής καλύπτονται επαρκώς. (Ραγιά 2009)

Κεφάλαιο 3^ο

3. Η Νόσος Alzheimer

Η εμφάνιση της Νόσου Alzheimer, της νόσου των ηλικιωμένων, φαίνεται να είναι το αποτέλεσμα ενός συνόλου παραγόντων κινδύνου διαφορετικής φύσης, που είναι δυνατό να διαταράξουν την ισορροπία του πάσχοντα (Rubinstein 2000). Η μέση επιβίωση των ατόμων με ΝΑ είναι 5-6 έτη από την αρχική εγκατάσταση, αν και οι περισσότερες έρευνες αναδεικνύουν ένα ευρύ φάσμα από 1 ως 20 έτη ή και περισσότερο. Η επίπτωση της νόσου αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας. Ο θάνατος αποδίδεται συνήθως στις συνυπάρχουσες παθήσεις και συμβάντα, όπως μια πνευμονία, αγγειακή νόσος ή τυχαίος τραυματισμός, παρά την ασθένεια την ίδια. (Redfen & Ross 2011)

Χαρακτηρίζεται από απώλεια νευρώνων στους μετωπιαίους και κροταφικούς λοβούς. Στην ατροφία των παραπάνω περιοχών αποδίδεται η αδυναμία των ασθενών να επεξεργαστούν και να αφομοιώσουν καινούριες πληροφορίες ή να ανακαλέσουν μνημονικά δεδομένα. Η νόσος έχει να κάνει κατά βάση με πολλαπλές διαταραχές σε γνωστικό επίπεδο, και κατά συνέπεια με τη δυσλειτουργία του ατόμου και την κάλυψη ατομικών του καθημερινών αναγκών. Χρειάζεται εδώ να αναφερθούμε εκτενώς στην μνήμη την οποία επηρεάζει κατά κύριο λόγο η νόσος αλλά και η άνοια γενικά.

Γενικά ο εγκέφαλος των ηλικιωμένων ζυγίζει λιγότερο και ελαττώνεται το μέγεθός του, φυσιολογικές αλλαγές που επιταχύνονται με την παρουσία της Νόσου, παρουσιάζοντας εγκεφαλική ατροφία. Για την καλύτερη κατανόηση των αλλαγών που επέρχονται στον εγκέφαλο, πιο κάτω θα γίνει διαχωρισμός των δομικών και των χημικών αλλαγών. Ακόμη και αν υπάρχουν αυτές οι αλλοιώσεις δεν προσφέρουν την απόλυτη ένδειξη για την ύπαρξη της Νόσου. Στο υλικό βιοψίας από τον εγκέφαλο ασθενών με ΝΑ, τα νευρικά κύτταρα αναδεικνύονται μπερδεμένα και περιελιγμένα σαν «κουβάρι», με ανώμαλη συσσώρευση πρωτεϊνών. Η παραγωγή νευροδιαβιβαστών για παράδειγμα ακετυλοχολίνης, σερετονίνης είναι σχετικά μειωμένη στους ασθενείς αυτούς. (DeWit 2009)

3.α. Κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου Alzheimer

Η γνώση των κλινικών εκδηλώσεων της Νόσου Alzheimer (NA), η χρήση διαγνωστικών κριτηρίων, η λήψη καλού ιστορικού από αξιόπιστη πηγή καθώς και η τακτή παρακολούθηση του ασθενούς, οδηγούν στη διάγνωση της νόσου με υψηλό βαθμό βεβαιότητας. Η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων για την κλινική διάγνωση, εμποδίζεται συνήθως από την ελλιπή γνώση, την υποτίμηση ή τη μεγαλοποίηση τους. Ο τρόπος επίσης που αντιδρά ο ηλικιωμένος ασθενής απέναντι στη νόσο προκαλεί συχνά μια πρόσθετη συμπτωματολογία η οποία θα πρέπει να ελέγχεται ώστε να μην καθυστερούν ή να παίρνουν λανθασμένο δρόμο ορισμένες κλινικές, ανατομικές, βιολογικές ή θεραπευτικές έρευνες. (Gauthier 2000)

Η ικανότητα του ασθενή στις επιδόσεις του μεταβάλλεται ανάλογα με τον βαθμό της εγκεφαλικής διαταραχής. Η ικανότητα αυτή αξιολογείται σε διάφορες αντιληπτικές περιοχές (χώρος, αριθμός, στοιχειώδης λογική, κτλ). Από κλινικής πλευράς η περιοχή που έχει μελετηθεί περισσότερο είναι η περιοχή των φυσικών ποσοτήτων (ουσία, βάρος, όγκος) από τα οποία αξιολογείται ο βαθμός διατήρησης. Η ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος γίνεται διαμέσου σταδίων, μέσα σε ένα σύστημα ισορροπίας. Η NA χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι ο ασθενής διέρχεται από στάδια που έχουν σχέση με την οντογένεση των νοητικών λειτουργιών, όπου κάθε ισορροπία στη συμπεριφορά του ατόμου προέρχεται από ένα διαφορετικό σύστημα που στην περίπτωση της νόσου οργανώνεται διαφορετικά.

Οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν το βασικότερο κλινικό σημείο της NA. Θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι τα όρια μεταξύ της NA και του φυσιολογικού γήρατος τουλάχιστον στα αρχικά στάδια της νόσου δεν είναι αρκετά σαφή. Οι διαταραχές των διαφόρων υποσυστημάτων της μνήμης, ακόμη και με εξειδικευμένες δοκιμασίες, όταν αυτές είναι στα αρχικά στάδια δεν διαφοροποιούνται ξεκάθαρα. Στην NA διαταράσσεται κυρίως η πρόσφατη μνήμη ενώ η παλινδρόμηση διατηρείται περισσότερο και προσβάλλεται στα τελευταία στάδια της νόσου. Στην προσπάθεια ανάμνησης γεγονότων οι ασθενείς παρουσιάζουν ποικίλες διαταραχές: Μυθοπλασίες τύπου Korsakov, δηλαδή καλύπτουν κενά μνήμης με φανταστικά γεγονότα που νομίζουν ότι συνέβησαν, επιβεβαιώσεις εσφαλμένες τύπου déjà vu, déjà vecu, jamais vu οι οποίες ενίοτε συνοδεύονται από ιδέες καταδιώξεως ή άλλες παραληρηματικού τύπου. Το παρόν κατά την ακμή της νόσου δεν φαίνεται να έχει σημασία για τον ασθενή. Είναι δυνατόν να παρουσιαστεί κάποια δραστηριότητα ορισμένες στιγμές της ημέρας ή να υπάρξει ένα παροδικό ερέθισμα (συνήθως από το οικογενειακό

περιβάλλον) τις υπόλοιπες και περισσότερες στιγμές του όμως βρίσκεται σε μια γαλήνια απομόνωση. Οι ικανότητες του να κινείται σε έναν χώρο ή να ακολουθεί μια καθορισμένη διαδρομή επιδεινώνονται. Επίσης παρατηρείται ότι ο ασθενής εκδηλώνεται ευκολότερα με απλές πράξεις παρά με τον λόγο. Ο τρόπος που προσπαθεί να ελέγξει τον χώρο του είναι αδέξιος και μερικές φορές ερμηνεύεται από το περιβάλλον του σαν προσπάθεια φυγής. Οι περιπτώσεις αυτές εκφράζουν ενίοτε και μια δυσκολία του ασθενή να αποδεχθεί κάποιο περιορισμό. (Μεντενόπουλος 1999)

Οι αφασικές διαταραχές αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα της συμπτωματολογίας στη ΝΑ. Στα αρχικά στάδια της ΝΑ είναι δυνατό να απουσιάζουν ή άλλες φορές να αποτελούν για μήνες ή και για χρόνια ακόμα, το προέχων σύμπτωμα. Κατά κανόνα όμως υπάρχει αναλογία ανάμεσα στις αφασικές διαταραχές και στη βαρύτητα της ανοϊκής συνδρομής. Οι αφασικές διαταραχές εξελίσσονται σε τρεις κυρίως φάσεις. Στην πρώτη φάση παρατηρείται η έλλειψη της λέξης, η οποία συνοδεύεται από σπάνιες παραφασίες. Ο ασθενής δυσκολεύεται να κατονομάσει το αντικείμενο που του υποδεικνύει ο εξεταστής. Για παράδειγμα, αν ζητηθεί να κατονομάσει ένα παλτό, το άτομο μπορεί να πει πως είναι κάτι που μπορεί να φορεθεί και να βγει έξω. Σε αυτά τα άτομα με άνοια δεν υπάρχουν δυσκολίες στο να βρουν λέξεις, οι λέξεις όμως που βρίσκουν δεν είναι ξεκάθαρα σχετικές, καθιστώντας την ομιλία δύσκολη στην κατανόηση. Οι φωνητικές και συντακτικές ιδιότητες του λόγου ωστόσο διατηρούνται. Στη δεύτερη φάση, τα προηγούμενα συμπτώματα χειροτερεύουν, ενώ εμφανίζονται και διαταραχές στην κατανόηση του λόγου. Στη δοκιμασία επανάληψης λέξεων χωρίς νόημα παρατηρούνται συχνά μεταβολές των συλλαβών της λέξης. Αντίθετα οι συντακτικές και φωνητικές ιδιότητες του λόγου διατηρούνται ακόμη σε σχετικώς ικανοποιητικά επίπεδα. Στην τρίτη και τελευταία φάση όλες οι παραπάνω ικανότητες παρουσιάζουν σημαντική επιδείνωση και μόνο οι ικανότητες επανάληψης των λέξεων διατηρούνται σχετικώς, παρουσιάζοντας σε μερικές περιπτώσεις το φαινόμενο της ηχολαλίας. Σε προχωρημένα στάδια της νόσου παρατηρείται και η λογοκλονία (ακούσια επανάληψη των τελευταίων συλλαβών της λέξης) είτε αυθορμήτως είτε εκούσια στην προσπάθεια της ομιλίας. Η λογοκλονία είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα της νόσου και συνοδεύεται συνήθως από διαταραχή της μελωδικότητας του λόγου, της λεγόμενης «δυσπροσωδίας» Από παθογενετικής πλευράς οι παραπάνω “λεκτικό – νοητικές” διαταραχές (lexico – symantigues) αποτελούν το κυρίαρχο στοιχείο της αφασίας στη ΝΑ. Αναλύονται

σε δυο τύπους έναν λεκτικό όπου το πρόβλημα βρίσκεται στην απώλεια λεξιλογίου και έναν νοητικό κατά τον οποίο διαταράσσεται η εννοιολογική σημασία των λέξεων . Αυτό το τελευταίο είναι σχεδόν παθολογικό στη ΝΑ. Πρόκειται για καταστροφή της συμβολικής σημασίας των λέξεων που καταλήγει στην απώλεια της έννοιας.

Διαταραχή ανεύρεσης λέξεων είναι η διαταραχή που εμφανίζεται συχνά σε ηλικιωμένους κατά την πορεία του γήρατος αλλά κάνει και την εμφάνιση της στην ΝΑ στην οποία πολλές φορές αποτελεί την πλέον χαρακτηριστική διαταραχή του αυτόματου λόγου. Μεταξύ των επιδεξιότητων που απαιτούνται για τον αυθόρμητο λόγο οι συντακτικοί κανόνες είναι δυνατόν να διατηρούνται ακόμη και σε προχωρημένα στάδια της ΝΑ, σε αντίθεση με την δυσεύρεση των λέξεων που παρατηρείται από την έναρξη ακόμη της νόσου. Η δυσεύρεση των λέξεων στη ΝΑ έχει σχέση με την βαρύτητα της νόσου. Πολλοί ωστόσο παράγοντες επηρεάζουν το φαινόμενο, όπως π.χ. διαφορές στην οργάνωση του εγκεφάλου μεταξύ ατόμων πριν νοσήσουν.

Διαταραχές του γραπτού λόγου στη ΝΑ παρατηρούνται συχνότερα «επιφανειακές δυσλεξίες» δηλαδή διαταραχές της γραφής που χαρακτηρίζουν μια βλάβη της λεκτικής οδού. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι ασθενείς είναι ικανοί να διαβάζουν με δυνατή φωνή «κανονικές» λέξεις (αυτές που η σχέση ήχου- συλλαβής συναντάται συχνότερα στην καθομιλουμένη). Επίσης διαβάζουν καλώς λέξεις χωρίς νόημα ή λέξεις στις οποίες έχει αλλάξει η σειρά των συλλαβών. Αντιθέτως διαβάζουν κακώς λέξεις «μη κανονικές» με δύσκολη προφορά. Η διαταραχή αυτή αποδίδεται σε βλάβη της λεκτικό – νοητικής οδού της ανάγνωσης, στην οποία η φωνητική οδός χρησιμοποιεί το «σύστημα μετατροπής» του γραφικού λόγου σε φωνητικό.

Με τον όρο απραξία αναφέρεται διαταραχή στην εκούσια επιτέλεση πράξεων σε άτομα στα οποία ο εκτελεστικός μηχανισμός είναι ανέπαφος, δηλαδή δεν υπάρχει παράλυση, αταξία ή χορειαθέτωση και τα άτομα έχουν πλήρη συνείδηση της πράξης που πρέπει να επιτελεσθεί. Η απραξία παραδοσιακά υποδιαιρείται στις παρακάτω μορφές:

-Η μελοκινητική απραξία, στην οποία υπάρχει απώλεια των κινητικών μνημονικών εικόνων που αφορούν ένα μέλος. Προκαλείται από ελαφρά βλάβη των ελίκων του εγκεφάλου, η οποία δεν είναι σε βαθμό ώστε να προκαλέσει παράλυση.

-Η αμφοτερόπλευρη ιδεοκινητική απραξία. Προκαλείται από απομόνωση του αριστερού βρεγματικού λοβού από την εκτελεστική περιοχή. Εάν η βλάβη αφορά το μεσολόβιο και απομονώνεται μόνο η δεξιά εκτελεστική περιοχή, τότε υπάρχει ιδεοκινητική απραξία αριστερά.

-Η ιδεακή απραξία. Προκαλείται όταν η διαταραχή των πράξεων είναι εξαρτημένη από τη σκέψη του ατόμου και διαταράσσεται η ιδεακή σύλληψη αυτής. Οφείλεται σε διάχυτη βλάβη της οπίσθιας μοίρας του αριστερού ημισφαιρίου.

-Κατασκευαστική απραξία, η οποία εμφανίζεται ως αδυναμία του ασθενή να σχεδιάσει αυθόρμητα ή με τη χρήση ενός μοντέλου, απλών σχημάτων (ένα τετράγωνο, έναν κύβο κτλ). Όταν η διαταραχή είναι σημαντική εμφανίζεται ένα φαινόμενο που καλείται closing in όπου (δεδομένου ότι χρησιμοποιεί σπирτόξυλα για την κατασκευή) ο ασθενής προσπαθεί να τοποθετήσει τα σπирτόξυλα μέσα στο σχήμα – μοντέλο που του δίδεται για την κατασκευή του.

-Ιδεοκινητική απραξία, η οποία χαρακτηρίζεται και ως «δυσκινησία στον χώρο». Η δυσκινησία αυτή είναι περιορισμένη στον χώρο που επικεντρώνεται στο σώμα. Για το λόγο αυτό η απραξία αυτή είναι ιδιαίτερα εμφανής κατά την εκτέλεση πράξεων που λέγονται κατά συνθήκη «συμβολικές» (στρατιωτικός χαιρετισμός, σημείο του σταυρού κτλ) ή «κινήσεων μίμησης» των κινήσεων των άλλων.

-Η ιδεακή απραξία. Κατά την οποία διαταράσσεται η λογική σειρά των πράξεων που πρέπει να γίνουν κατά την εκτέλεση μιας πολύπλοκης πράξης, ενώ αν επιχειρηθεί μεμονωμένα η κάθε ενέργεια αυτή γίνεται φυσιολογικά. Η διαταραχή εμφανίζεται βαρύτερη όσο οι επιμέρους ενέργειες είναι περισσότερες και χρειάζονται μεγαλύτερο αριθμό διαδοχικών κινήσεων για να φθάσουν στον τελικό σκοπό.

-Η απραξία ένδυσης, κατά την οποία το άτομο δυσκολεύεται να προσανατολιστεί και να φορέσει σωστά τα ενδύματα του. Συχνά τα πιάνει με τρόπο αφύσικο και αν τύχει και τα τοποθετήσει σωστά δεν μπορεί να κάνει τις διορθωτικές κινήσεις για να τα στρώσει σωστά επάνω στο σώμα του. Κατά την αποδιοργάνωση των ανωτέρω νοητικών λειτουργιών στην ΝΑ, υπάρχουν και κάποιες που κάποιες φορές διατηρούνται με ανεξήγητο τρόπο. Το φαινόμενο παρατηρείται και έπειτα από άλλες παθήσεις ή αφασικές διαταραχές (π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο), χαρακτηριστικές είναι οι περιπτώσεις ενός ζωγράφου και ενός πιανίστα που διατηρούσαν τις καλλιτεχνικές και νοητικές τους ικανότητες ενώ είχαν σημαντικές αφασικές διαταραχές.

Από τις αγνωσικές διαταραχές ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν οι οπτικές. Οι οπτικές αγνωσίες εμφανίζονται πολύ νωρίς στην εμφάνιση και εξέλιξη της νόσου, και αφορούν κυρίως την αναγνώριση εικόνων αντικειμένων στην δοκιμασία Poppelreuter. Πρέπει να τονιστεί πως η αναγνώριση των αντικειμένων αυτών καθ' εαυτών καθώς και η ταξινόμηση των χρωμάτων διατηρούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Έχει παρατηρηθεί ότι από μορφογνωστική άποψη:

α) Τα συνήθη αντικείμενα απαιτούν μικρότερη διερεύνηση από ότι οι γεωμετρικές μορφές, και ότι σε δοκιμασίες που περιλαμβάνουν την αναγνώριση συνήθων αντικειμένων οι ασθενείς δεν κάνουν λάθη.

β) Όταν υπάρχουν τέσσερα διαφορετικά τρισδιάστατα στοιχεία προς εκλογή αυτά αναγνωρίζονται εύκολα. Αντίθετα όταν παρουσιάζονται τρία παρόμοια τρισδιάστατα αντικείμενα με παρόμοια μορφή (όχι σφαιρικά) εμφανίζονται λάθη στο προλειτουργικό στάδιο. Οι μορφές (γενικά) μεγάλου μεγέθους αναγνωρίζονται πάντα, ενώ αυτές με μεσαίο και μικρό μέγεθος συγχέονται στο 1/3 των περιπτώσεων περίπου. Εξαίρεση αποτελούν οι σφαίρες διαφορετικού μεγέθους, οι οποίες αναγνωρίζονται όλες.

γ) Η αναγνώριση μορφών με δυο διαστάσεις είναι ευκολότερη όταν αυτές είναι ανοικτές παρά κλειστές, ενώ οι τετράγωνες και κυκλικές διακρίνονται ευκολότερα από αυτές που έχουν γωνίες. Υπάρχουν ακόμη πολλές χαρακτηριστικές περιπτώσεις αναγνώρισης ή όχι συγκεκριμένων σχημάτων.

Η νευρολογική σημειολογία και η αποδιοργάνωση της λειτουργικότητας περιγράφονται κυρίως σε αντιδιαστολή με τα διάφορα στάδια της ωρίμανσης του ΚΝΣ. Έτσι, στην ΝΑ περιγράφεται επανεμφάνιση αρχαϊκής συμπεριφοράς, κατά την οποία χάνεται ο εκούσιος χαρακτήρας της κίνησης και εμφανίζονται αρχέγονα ανακλαστικά (π.χ. στοματικό, συλλήψεως κτλ) καθώς και παρασιτικές κινήσεις (π.χ. συγκινησίες) που η εξαφάνιση τους κατά την παιδική ηλικία είναι δείκτης ωρίμανσης του εγκεφάλου. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, οι κινητικές λειτουργίες, προσεγγίζοντας τις παιδικές συνήθειες, παίρνουν διαφορετικές όψεις (π.χ. στερεοτυπίες). Περιγράφονται τέσσερα στάδια αποδιοργάνωσης αυτού του τύπου:

-Στο πρώτο στάδιο η νευρολογική εξέταση είναι φυσιολογική, αλλά προοδευτικώς εμφανίζονται ήπιος τρόμος, αραιές συγκινησίες απομίμησης και ορισμένα σημεία αισθητικής απόσβεσης σε ταυτόχρονο ερεθισμό (π.χ. σε κτύπημα με το δάκτυλο από τον εξεταστή συγχρόνως στο χέρι και στο πόδι, ο ασθενής αντιλαμβάνεται μόνο το χτύπημα στο χέρι).

-Στο δεύτερο στάδιο, το πρόσωπο είναι ανέκφραστο αλλά παίρνει εύκολα έκφραση σε μια συζήτηση. Σε όρθια στάση ο κορμός είναι καθλωμένος περίπου όπως σε παρκινσονικό ασθενή. Οι κινήσεις των άνω άκρων είναι περιορισμένες, χωρίς όμως κάμψη των αντιβραχίων. Κατά τη βάδιση υπάρχει δυσβασία, αλλά όχι μικροβηματισμός. Όταν ο ασθενής κάθεται είναι δύσκαμπτος και δεν γέρνει την πλάτη του στην πλάτη του καθίσματος. Τα χέρια τοποθετημένα επάνω στα γόνατα, κάνουν ενίοτε κινήσεις τριβής ή ελαφρά κτυπήματα, σε συνδυασμό με άλλες στερεοτυπίες. Η προσοχή είναι διαταραγμένη και αυτό έχει επίπτωση στις διάφορες πράξεις που καλείται να επιτελέσει. Οι πράξεις μένουν ημιτελείς και γίνονται μόνον μετά από επαναλαμβανόμενη παρότρυνση. Επίσης συχνές είναι οι συγκινησίες οι οποίες είναι αμφοτερόπλευρες και ποικίλουν ανάλογα με την προσοχή που δίνει ο ασθενής ή ο εξεταστής στο ακίνητο μέλος. Συχνά προσβάλλεται και η οπτική τονικότητα. Πρόκειται για δυσκολίες της καθήλωσης. Όταν καλείται ο ασθενής να περιγράψει μια εικόνα, τα μάτια του μετά από μερικές ασαφείς κινήσεις, κολλάνε σε ένα τμήμα της εικόνας. Η διατήρηση της καθήλωσης αυτής είναι σημαντική, ο ασθενής δεν μετακινεί το βλέμμα σε άλλα στοιχεία της εικόνας παρά μόνο ύστερα από επίμονη παρότρυνση του εξεταστή. Σημειώνεται ότι το ανακλαστικό συλλήψεως του βλέμματος δεν παρατηρείται ποτέ σε εικόνες μικρών διαστάσεων.

-Στο τρίτο στάδιο της κινητικής αποδιοργάνωσης, εμφανίζονται στερεοτυπίες με τη μορφή μιας μεμονωμένης κίνησης όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος. Οι στερεοτυπίες αυτές ονομάζονται «εργασία κλινοστρωμνής». Εκλύονται στην αρχή από συγκίνηση ή από τοποθέτηση στο χέρι του ασθενή κάποιου κομματιού χαρτιού ή υφάσματος.

-Στο τέταρτο στάδιο τα παραπάνω συμπτώματα αυξάνουν. Η βάδιση διαταράσσεται και παρατηρείται μικροβηματισμός. Τα ανακλαστικά σύλληψης των χεριών αυξάνουν με μια τάση του ασθενή να συλλάβει το αντικείμενο που πλησιάζει προς αυτόν. Στα κάτω άκρα εμφανίζεται το φαινόμενο του Potzi (παράδοξη σύσπαση του τετρακέφαλου κατά την δοκιμασία Laseque)

Άλλες στερεοτυπίες που παρατηρούνται είναι ο συνδυασμός κινήσεως τριβής. Τρίψιμο του αντίχειρα με τον δείκτη, τρίψιμο των χεριών στα γόνατα ή στους μηρούς, πολύμορφες κινήσεις των κάτω άκρων που παρατηρούνται σε ασθενείς με διαταραχές βάδισης. Όλες αυτές οι κινητικές δραστηριότητες είναι ανάμικτες μεταξύ τους και δεν είναι δυνατό να διακριθεί μια εκλεκτική σειρά κατά την πραγματοποίησή τους. Στο τελευταίο στάδιο ιδιαίτερα εντυπωσιακές εμφανίζονται οι οφθαλμικές διαταραχές. Οι αυτόματες οφθαλμικές κινήσεις είναι

μειωμένες, στην προσπάθεια ανάγνωσης το βλέμμα αναπηδά από γραμμή σε γραμμή χωρίς όμως τάση σύλληψης. Αναφέρεται επίσης ότι η οφθαλμοκινητικότητα δυσχεραίνεται από τις κινήσεις της κεφαλής. Οι διαταραχές της βάδισης στην αρχή τουλάχιστον της νόσου δεν είναι χαρακτηριστικές, προοδευτικώς όμως παρατηρούνται, και φθάνουν σε ποσοστό 30% με 50%. Τέλος, επιληπτικές κρίσεις παρατηρούνται και αναφέρονται σε προχωρημένες μορφές της νόσου σε ποσοστά από 10% μέχρι 30%.

3.β. Η όραση στη Νόσο Alzheimer

Η διαταραχή του οπτικού συστήματος στη νόσο Alzheimer, είναι γνωστή από καιρό, τόσο από κλινικές παρατηρήσεις όσο και από πειραματικά στοιχεία. Αυτές οι οπτικές διαταραχές είναι δυνατόν να εμφανιστούν συγχρόνως με την έναρξη της νόσου. Μέχρι στιγμής όλα τα διαθέσιμα στοιχεία υποδηλώνουν ότι πρόκειται για διαταραχές που έχουν σχέση με ορισμένα σημεία του οπτικού συστήματος. Οι διαταραχές αυτές μάλιστα, είναι πολλές φορές τα πρώτα συμπτώματα της ΝΑ. Όσον αφορά αυτά τα πρώτα συμπτώματα, πρόκειται κυρίως για διαταραχές προσανατολισμού στην ανάγνωση κειμένων και οι οποίες, στην αρχή της νόσου τουλάχιστον, υποδηλώνουν περισσότερο διαταραχή χώρου παρά λόγου. Στη συνέχεια εμφανίζονται και άλλες διαταραχές. Υπάρχουν διαταραχές στην δοκιμασία αντιγραφής σχεδίων και εικόνων, ενώ αναφέρονται περιπτώσεις που ασθενείς προσκρούουν σε μεγάλο μεγέθους αντικείμενα που βρίσκονται μπροστά τους (π.χ. έπιπλα) δίνοντας την εντύπωση ότι δεν τα βλέπουν. Συχνά είναι επίσης τα παράπονα από ασθενείς για μειωμένη όραση ή για προβλήματα με τα γυαλιά οράσεως, παρόλο που η οπτική τους οξύτητα δεν είναι περισσότερο μειωμένη σε σχέση με άλλους ανθρώπους της ηλικίας τους. Επίσης δεν μπορούν να εντοπίσουν με ακρίβεια αντικείμενα στον χώρο και να καθορίσουν τις τοπογραφικές σχέσεις μεταξύ τους. Τέλος η αίσθηση της κίνησης, η οποία εξετάζεται με τη μετάθεση κινούμενων στόχων μειώνεται ακόμη περισσότερο στην ΝΑ σε σχέση με την μείωση που οφείλεται στην ηλικία. (Μεντενόπουλος 1999)

3.γ. Η αρτηριακή πίεση στη Νόσο Alzheimer

Είναι γνωστό ότι τα κριτήρια της πιθανής ΝΑ αναφέρουν απουσία αγγειακών διαταραχών. Με βάση τα κριτήρια αυτά ξεχωρίζουν οι αμιγείς μορφές της ΝΑ, που αντιστοιχούν, σε μια υποομάδα ασθενών. Αυτό όμως κινδυνεύει να αποκρύψει τις σχέσεις της ΝΑ με τους παράγοντες κινδύνου των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων (ΑΕΕ). Η σχέση της ΝΑ με την αγγειακή παθολογία είναι συχνή στις νεκροτομικές μελέτες, ενώ η συχνότητα των ανοιών και των ΑΕΕ αυξάνει μετά από 65 έτη. Η συνύπαρξη ΑΕΕ και ΝΑ είναι συχνότερη από όσο θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι είναι. Επίσης οι εκφυλιστικές και οι αγγειακές βλάβες αλληλοεπηρεάζονται στις κλινικές τους εκδηλώσεις. Εάν γίνει δεκτό ότι η αγγειακή εγκεφαλική παθολογία είναι συχνότερη στη ΝΑ από ότι στο γενικό πληθυσμό, τότε είναι προφανές ότι οι δύο αυτές καταστάσεις έχουν κοινούς παράγοντες κινδύνου. Κατά συνέπεια οι παράγοντες αγγειακού κινδύνου θα μπορούσαν να εμπλέκονται στην κλινική έκφραση της ΝΑ, ιδίως σε ηλικιωμένα άτομα. Από τα παραπάνω συνάγεται ότι η αντιμετώπιση παραγόντων αγγειακού κινδύνου στην επιβράδυνση της νοητικής έκπτωσης στη ΝΑ αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον. (Μεντενόπουλος 1999)

3.γ.1. Η αρτηριακή υπέρταση στη Νόσο Alzheimer

Είναι γνωστό ότι οι εστιακές αγγειακές εγκεφαλικές βλάβες είναι δυνητικά υπεύθυνες για τις άνοιες, ενώ οι σχέσεις της αρτηριακής πίεσης με τις άνοιες είναι περισσότερο πολύπλοκες. Αναφέρεται ότι πολλές άνοιες μετά από ένα ΑΕΕ είναι σε σχέση με τη ΝΑ. Επίσης στους περισσότερους ασθενείς που εμφανίζουν άνοια μετά από ΑΕΕ, έχει παρατηρηθεί συνδυασμός αγγειακών και εκφυλιστικών παραγόντων και οι αγγειακές βλάβες θεωρούνται άμεσα υπεύθυνες για την άνοια σε ένα ποσοστό 50%. Αναφέρεται επίσης ότι οι προκλινικές εγκεφαλικές βλάβες τύπου ΝΑ, ευνοούν την εμφάνιση ΝΑ μετά από ένα ΑΕΕ.

Σε μελέτες επί Ευρωπαϊκών πληθυσμών έχει βρεθεί ότι η μέση συχνότητα (prevalence) των ανοιών εκτιμάται σε 5,7% μεταξύ 75 και 79 ετών. Εάν υπολογισθεί ότι για την ίδια ηλικία αναμένονται ανάλογα ποσοστά σε ΑΕΕ, τότε η συχνότητα των ανοιών μετά από ένα ΑΕΕ εκτιμάται σε 16% σε άτομα γύρω στα 75 έτη. Έχει βρεθεί ότι τα μισά περιστατικά των ανοιών περνούν απαρατήρητα από την οικογένεια και τους θεράποντες ιατρούς. Επίσης τα μισά περιστατικά έχουν ατροφία του ιππόκαμπου, που θεωρείται καλός δείκτης στη διάγνωση της.

Από πολλές πρόσφατες μελέτες ενισχύεται η άποψη ότι η αρτηριακή υπέρταση παίζει ρόλο στη ΝΑ, λόγω των πρόσθετων αλλοιώσεων που προκαλεί στον εγκέφαλο εκτός από αυτές που οφείλονται στη ΝΑ. Ένας ασθενής που έχει υποκλινικές βλάβες τύπου ΝΑ, τα απαιτούμενα όρια για να εμφανισθεί η ΝΑ είναι το σύνολο των ανατομικών βλαβών αγγειακών και εκφυλιστικών συγχρόνως. Σύμφωνα με τους οι Pasquier και Leys (1997), υποστήριξαν τα εξής στη διάρκεια του γήρατος η νοητική έκπτωση δεν φθάνει στο απαιτούμενο βαθμό για την εμφάνιση της άνοιας μέσα στα προδοκόμενα όρια της; ζωής. Στην περίπτωση της ΝΑ, η μείωση των νοητικών λειτουργιών ακολουθεί στην πορεία του χρόνου την εμφάνιση των ανατομικών βλαβών της νόσου με την εμφάνιση τελικώς της άνοιας. Όταν ένα ΑΕΕ συμβεί σε ασθενή σε υποκλινικό στάδιο της ΝΑ, τότε η έναρξη της άνοιας γίνεται νωρίτερα. Εάν η υπόθεση αυτή επιβεβαιωθεί τελικώς, θα απομακρύνει σε απώτερο χρόνο την αναμενόμενη ΝΑ καθυστερώντας έτσι την έλευση της νόσου. (Μεντενόπουλος 1999)

Με βάση τα παραπάνω, στην πρόληψη μιας άνοιας θα μπορούσε να συμβάλλει η απομάκρυνση ενός παράγοντα κινδύνου με την έγκαιρη θεραπεία της αρτηριακής υπέρτασης. Η θεραπεία αυτή θεωρητικώς μειώνει τον κίνδυνο ενός ΑΕΕ και των ανωμαλιών της λευκής ουσίας του εγκεφάλου με τελικό αποτέλεσμα την καλύτερη προσέγγιση της αντιμετώπισης των νοητικών διαταραχών.

Έχει αναφερθεί ότι η αντιυπερτασική αγωγή μπορεί να επιδεινώσει τις βλάβες της λευκής ουσίας του εγκεφάλου σε περίπτωση που υπάρχει σοβαρή λιποϋαλίνωση των διατριαινόντων ενδοεγκεφαλικών αγγείων. Και αυτό διότι τα αγγεία αυτά δεν έχουν παράπλευρα κλωνία και η αυξημένη πίεση διευκολύνει την αιμάτωση διαμέσου των εσκληρυμένων αυτών αγγείων. Νεότερες μελέτες όμως όπως αυτή που θα αναφέρουμε πιο κάτω, αμφισβητούν τα παραπάνω. Η χρήση των β-αποκλειστών για τη θεραπεία της υπέρτασης σχετίζεται με λιγότερες εγκεφαλικές βλάβες τύπου Alzheimer's κατά την αυτοψία σε σύγκριση με άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα. Αυτό υποστηρίζει μελέτη που πραγματοποίησαν ερευνητές από το πανεπιστήμιο της Χαβάης, στη Χονολουλού. Εκφράζοντας εικασίες σε σχέση με τον μηχανισμό που ενδεχομένως να ενεργοποιείται, ο επικεφαλής της μελέτης, δρ Lon White, σημείωσε ότι οι β-αναστολείς μειώνουν τον καρδιακό ρυθμό, γεγονός που ίσως να έχει επιπτώσεις στα μικροέμφρακτα των μικρών αγγείων στον εγκέφαλο.

Εάν ληφθεί υπόψη ότι η επίπτωση (prevalence), της αρτηριακής πίεσης στο γενικό πληθυσμό των ενηλίκων είναι αυξημένη τότε θα μπορούσε να αναμένεται ένα θεραπευτικό

όφελος μέσα στα πλαίσια του γενικού πληθυσμού, διαμέσου της μείωσης της συχνότητας των ανοιών. Κατά συνέπεια ο έλεγχος ενός παράγοντος κινδύνου που δεν είναι σοβαρός, αλλά υπάρχει σε μεγάλη κλίμακα στο πληθυσμό, θα ήταν προτιμότερος από έναν ισχυρό αλλά όχι συνήθη παράγοντα.

Η αρτηριακή υπέρταση στους ηλικιωμένους θεωρείται συνήθως καλοήθης σε σχέση με αυτή των νεότερων ηλικιών και συχνά παρατηρείται κάποια αδιαφορία ή απροθυμία στην αντιμετώπισή της. Πρόσφατες όμως μελέτες, επισημαίνουν το λάθος μιας τέτοιας τακτικής, η οποία θα μπορούσε να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη γενικότερη έννοια της υγείας του πληθυσμού. Αν και μέχρι τώρα δεν είναι γνωστό ότι το θεραπευτικό όφελος της υπέρτασης στην επίπτωση ενός ΑΕΕ, συνοδεύεται από μείωση της επίπτωσης των ανοιών γενικώς και της ΝΑ ειδικώς, νεότερες όμως μελέτες παρέχουν θετικές ενδείξεις για τα παραπάνω, αλλά απαιτείται προς τούτο παραπέρα επιβεβαίωση.

3.γ.2. Η αρτηριακή υπόταση στη Νόσο Alzheimer

Αναφέρεται ότι η αρτηριακή πίεση έχει τάση να μειώνεται μετά τα 75 χρόνια στο γενικό πληθυσμό. Έχει βρεθεί επίσης ότι στη ΝΑ κατά μέσο όρο η αρτηριακή πίεση είναι χαμηλότερη σε σχέση με μαρτυρίες, αλλά η πίεση ήταν μεγαλύτερη 10-15 χρόνια πριν εμφανισθεί η ΝΑ και στη συνέχεια εμφάνιζε μείωση η οποία κατέβαινε όσο περισσότερες ήταν οι βλάβες της λευκής ουσίας. Έχει βρεθεί επίσης ότι η αρτηριακή υπόταση είναι περισσότερο σημαντική ανάλογα με το βαθμό της μείωσης της γλυκαιμίας, της απώλειας του σωματικού βάρους, της αποχής καπνίσματος και της βαρύτητας της ΝΑ. Η αρτηριακή υπόταση θεωρείται ότι είναι συνέπεια της ΝΑ.

Το ανατομικό υπόστρωμα του εγκεφαλικού ελέγχου της αρτηριακής πίεσης αποτελείται από τον αμυγδαλικό πυρήνα, τον υποθάλαμο, τους πυρήνες της ραφής και τον πυρήνα C1 της οπίσθιας πλαγιο-κοιλιακής περιοχής του βολβού, που περιέχει αδρενεργικούς νευρώνες οι οποίοι αποτελούν ένα εγκεφαλικό κέντρο αγγειοσύσπασης. Οι νευρώνες αυτοί επεμβαίνουν στο αντανακλαστικό των τασεο-υποδοχέων και είναι σημαντικοί στη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης όταν το άτομο είναι σε κατάσταση ηρεμίας. Επιπλέον η αδρεναλίνη και οι νευροδιαβιβαστές που εμπλέκονται στη ρύθμιση της πίεσης περιέχουν γλουταμινεργικούς, χολινεργικούς, σεροτονινεργικούς και νοραδρενεργικούς νευρώνες. Στη ΝΑ οι εκφυλιστικές

διεργασίες προσβάλλουν της ανατομικές περιοχές που παίζουν ρόλο στη ρύθμιση της πίεσης. Η προοδευτική μείωση της αρτηριακής πίεσης που παρατηρείται στη ΝΑ, είναι ανάλογη προς τη νευρωνική εκφύλιση C1. Είναι λοιπόν δυνατό η εκφύλιση των ρυθμιστικών νευρωνικών κέντρων της αρτηριακής πίεσης να συνδέεται με τη ΝΑ και να ευνοείται η μείωση της αρτηριακής πίεσης. Η μείωση αυτή και ιδίως η ορθοστατική υπόταση, μπορεί να είναι συμπτωματική και να επιβαρύνει τις συμπεριφορικές διαταραχές των ανοϊκών.

Σύμφωνα με ολλανδική μελέτη που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο JAMA Neurology, τα άτομα που πάσχουν από καρδιαγγειακά νοσήματα και έχουν χαμηλότερη του φυσιολογικού αρτηριακή πίεση του αίματος, ίσως διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εγκεφαλικής ατροφίας. Η εγκεφαλική ατροφία, ο θάνατος των εγκεφαλικών κυττάρων ή συνδέσεων μεταξύ των κυττάρων μπορεί να οδηγήσει στην εκδήλωση νόσου Αλτσχάιμερ ή άνοιας στους συγκεκριμένους ασθενείς. Αντίθετα, όμοιοι ασθενείς με υπέρταση μπορεί να επιβραδύνουν την εγκεφαλική ατροφία μειώνοντας την αρτηριακή τους πίεση. Η αρτηριακή πίεση διακρίνεται σε συστολική, δηλαδή η πίεση που ασκεί το αίμα όταν κινείται μέσω των αρτηριών, και η διαστολική, που αντικατοπτρίζει την πίεση στις αρτηρίες μεταξύ των καρδιακών παλμών. Φυσιολογική αρτηριακή πίεση για τους ενήλικες νοείται όχι πάνω από 120/80 mm Hg. Στο πλαίσιο της μελέτης, οι ερευνητές του Ιατρικού Κέντρου του Πανεπιστημίου VU του Άμστερνταμ θεώρησαν ως φυσιολογική διαστολική πίεση τις τιμές μεταξύ 70 και 90 mm Hg, ενώ κάτω από 70 mm Hg θεωρήθηκε χαμηλή.

Για να παρατηρήσουν τι αλλαγές φέρνει η αρτηριακή πίεση στην εξέλιξη της εγκεφαλικής ατροφίας, οι ερευνητές έθεσαν υπό ιατρική παρακολούθηση 663 ασθενείς που έπασχαν από καρδιακή νόσο, καρδιαγγειακή νόσο, περιφερειακή αρτηριακή νόσο ή κοιλιακό ανεύρυσμα αορτής. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 57 έτη και οι περισσότεροι ήταν άνδρες. Τα άτομα που είχαν διαστολική αρτηριακή πίεση πάνω από 70 είχαν περισσότερη εγκεφαλική ατροφία κατά την διάρκεια του χρόνου. Στους ασθενείς με υψηλότερη του φυσιολογικού αρτηριακή πίεση, η εγκεφαλική ατροφία μειωνόταν όταν έπεφτε και η αρτηριακή πίεση του αίματος. Αντιθέτως, όταν αυξανόταν το ίδιο συνέβαινε και με την ατροφία. «Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα αντιπροσωπεύουν μια υποομάδα εντός του γενικού πληθυσμού, των οποίων η διαστολική αρτηριακή πίεση μπορεί να είναι επιβαρυντική», εξηγεί η Δρ Μάτζον Μούλλερ, επιδημιολόγος και γηρύατρος, επικεφαλής της μελέτης. Απ' την άλλη, η μείωση της αρτηριακής πίεσης σε άτομα με υπέρταση μπορεί να

επιβραδύνει την εγκεφαλική ατροφία, σημειώνει. «Τα ευρήματα της μελέτης υπονοούν ότι η μείωση της αρτηριακής πίεσης είναι ωφέλιμη για ασθενείς που υψηλότερα επίπεδα, αλλά θα πρέπει να είμαστε προσεκτικοί με την περαιτέρω μείωση της αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς που ήδη έχουν χαμηλή διαστολική πίεση», καταλήγει η Δρ Μουλλερ. «Η υπέρταση έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο αγγειακών εγκεφαλικών αλλοιώσεων και εγκεφαλικής ατροφίας. Μελέτες που έχουν γίνει για την μείωση της αρτηριακής πίεσης σε ασθενείς με υπέρταση έχουν δείξει μειωμένο κίνδυνο εγκεφαλικών αλλοιώσεων», προσθέτει ο Δρ Γκρεγκ Φοναροου, καθηγητής Καρδιολογίας στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνια στο Λος Άντζελες, και εκπρόσωπος Τύπου της Αμερικανικής Καρδιολογικής Εταιρείας. Ωστόσο, στους πάσχοντες από υπέρταση, η σχέση μεταξύ των επιπέδων της διαστολικής και συστολικής αρτηριακής πίεσης και της εγκεφαλικής ατροφίας είναι λιγότερο ξεκάθαρα, σημειώνει ο Δρ Φοναροου. Η ολλανδική μελέτη λοιπόν έρχεται να δείξει ότι η χαμηλή διαστολική πίεση σχετίζεται με την εγκεφαλική ατροφία ασχέτως των επιπέδων της αρτηριακής πίεσης μετά την εκδήλωση άνοιας στους ασθενείς. «Άρα λοιπόν τα στοιχεία δείχνουν ότι ενώ η θεραπεία κι ο έλεγχος της υπέρτασης είναι σημαντικά για τον εγκέφαλο και την καρδιαγγειακή υγεία, χρειάζεται προσοχή στους ασθενείς που έχουν χαμηλή διαστολική πίεση», τονίζει ο Δρ Φοναροου.

3.δ. Αρτηριακή πίεση, άνοια και έκπτωση των νοητικών λειτουργιών

Η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών δεν συνεπάγεται υποχρεωτικώς και επίπτωση στις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Όταν όμως συμβαίνει αυτό τότε μιλούμε για άνοια. Έχει βρεθεί ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ υπερτασικών ατόμων και νοητικής έκπτωσης, οι επιδόσεις των νευροψυχολογικών δοκιμασιών είναι κατώτερες στους υπερτασικούς ιδίως σε αυτούς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, σε ηλικιωμένους και σε άτομα με μεγάλη αρτηριακή πίεση χωρίς όμως επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή. Μεταξύ των νοητικών λειτουργιών προσβάλλεται περισσότερο η μνήμη.

Η υπέρταση είναι ο βασικότερος παράγων κινδύνου των αγγειακών ανοιών, οι οποίες αποτελούν το 25% των ανοιών γενικώς στην Ευρώπη. Με βάση τα στοιχεία αυτά θα αναμένονταν μεγαλύτερη συχνότητα της υπέρτασης στους ανοϊκούς. Έχει βρεθεί όμως ότι οι ανοϊκοί έχουν χαμηλότερη πίεση. «Σύμφωνα με τους Skoog et al. (1996)» αναφέρουν ότι σε επιμήκη μελέτη 382 μη ανοϊκών άνω των 70 ετών, βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της υπέρτασης και

της άνοιας η οποία εμφανιζόταν 10-15 χρόνια αργότερα και ήταν περισσότερο τύπου ΝΑ. Οι ερευνητές αυτοί κάνοντας μια ειδική στατιστική εκτίμηση, βρήκαν ότι ο κίνδυνος να εμφανισθεί άνοια μεταξύ 79 και 85 ετών αυξάνει ανάλογα με το βαθμό της αύξησης της πίεσης. Οι ανοϊκοί όμως είχαν προοδευτική μείωση της πίεσης η οποία άρχιζε πριν ακόμη εμφανισθεί η νόσος. Αυτό σημαίνει ότι η αυξημένη πίεση πριν την εμφάνιση της ΝΑ ήταν ένας παράγοντας κινδύνου, αλλά στη συνέχεια και πριν ακόμη εμφανισθεί η ΝΑ η πίεση είχε τάση να μειωθεί. Τα στοιχεία αυτά εξηγούν γιατί εγκάρσιες μελέτες αναφέρουν μειωμένη πίεση σε ανοϊκούς συγκριτικά με μάρτυρες. Οι σχέσεις επίσης μεταξύ αρτηριακής υπέρτασης και άνοιας βρέθηκαν ανεξάρτητες από τις αιτίες των ανοϊών, εκφυλιστικές ή αγγειακές, και από την ενδεχόμενη θεραπεία της πίεσης (Μεντενόπουλος 1999).

3.1. Επιδημιολογικά στοιχεία

Μέχρι σήμερα έχουν περιγραφεί περισσότερες από εκατό (100) άνοιες, που οφείλονται σε διαφορετικά αίτια. Η γνωστότερη ονομαστικά και συχνότερη κατά αναλογία πληθυσμού, είναι η άνοια τύπου Alzheimer. Από τα 100 και πλέον αίτια που μπορούν να προκαλέσουν άνοια, η νόσος Alzheimer είναι υπεύθυνη για το 60% των ανοϊκών συνδρόμων.

Ο επιπολασμός της νόσου Alzheimer διπλασιάζεται ανά πενταετία μετά την ηλικία των 65 ετών. Στα βιομηχανικά κράτη κυμαίνεται στα ακόλουθα επίπεδα: 4% του πληθυσμού ηλικίας >75, 16% >85 και 32% >90 ετών. Υπολογίζεται ότι 3,5 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρώπη και 15 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από τη νόσο Alzheimer. Σήμερα υπάρχουν 160 000 ασθενείς με άνοια στην Ελλάδα, 7 3000 000 στην Ευρώπη και 35 εκατομμύρια παγκοσμίως. Οι αριθμοί αυτοί αναμένεται να τετραπλασιαστούν μέχρι το 2050, λόγω της συνεχούς αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης. Με συνέπεια οι ασθενείς με άνοια παγκοσμίως να ξεπεράσουν τα 100 000 000.

Στη χώρα μας ο επιπολασμός της ΝΑ είναι 6% στον πληθυσμό άνω των 70 ετών. Διευκρινίζεται ότι τα στατιστικά στοιχεία ασθενών με ΝΑ απουσιάζουν εν έτη 2013 από την Ελλάδα και γίνονται δειλά δειλά προσπάθειες δημιουργίας βάσης δεδομένων ώστε να κρατείται συστηματική καταγραφή ασθενών, εξόδων, ερευνών και αντιμετώπισεων, ζητήματα άμεσα συνυφασμένα με την νόσο Alzheimer.

Τα δεδομένα για την Κύπρο μετά από έρευνα που έγινε το 2007 καταδεικνύουν ότι το ποσοστό ατόμων που πάσχουν από άνοια ηλικίας 60 και άνω καθορίζεται στο 12.7 %. Δηλαδή 14 000 άτομα που πάσχουν από άνοια.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η επιμήκυνση του προσδόκιμου ζωής των πληθυσμών παγκόσμια αποτελεί ένα από τους μεγαλύτερους θριάμβους της ανθρωπότητας αλλά ταυτόχρονα και μια από τις σημαντικότερες προκλήσεις αφού η γήρανση θέτει αυξημένες οικονομικές και κοινωνικές απαιτήσεις πάνω σε όλα τα κράτη. Μέχρι το 2025 ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 χρόνων θα αυξηθεί κατά 250 % και μέχρι το 2050 ο αριθμός αυτός θα φτάσει τα 2 δισεκατομμύρια.

3.2. Κόστος φροντίδας

Το κόστος φροντίδας των αυξανόμενων ασθενών αποτελεί ήδη σημαντική πηγή επιβάρυνσης για τα εθνικά συστήματα υγείας, ενώ η κατάσταση αναμένεται να επιδεινωθεί στο μέλλον. Το άμεσο κόστος εκτιμάται σε 210 δισεκατομμύρια δολάρια. Ενώ το έμμεσο κόστος ξεπερνά τα 105 δισεκατομμύρια δολάρια παγκοσμίως.

Το οικονομικό πρόβλημα της ΝΑ εμφανίζει μια προοδευτική αύξηση, η οποία είναι ανάλογη της αύξησης της συχνότητας της νόσου. Η εμφάνιση νέων φαρμακευτικών μορφών στη θεραπευτική προσπάθεια επιτείνει ακόμη το πρόβλημα τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για την πολιτεία. Στις προηγμένες ευρωπαϊκές χώρες όπου η κοινωνική μέριμνα είναι υψηλή διατίθενται τεράστια ποσά, ενώ η ίδρυση κοινωφελών εταιρειών Alzheimer, με σκοπό την προβολή του προβλήματος της ΝΑ λαμβάνει χρόνο με το χρόνο μεγάλη έκταση με αποτέλεσμα να ασκούνται σημαντικά πιέσεις για επιδοτήσεις από τις χώρες αυτές.

3.3. Κοινωνικό κόστος

Μελέτες για την οικονομική πτυχή των επιβαρύνσεων οικογενειών με άτομο που νοσεί με ΝΑ έκαναν την εμφάνισή τους κατά τη δεκαετία του 70'. Αναφορά για το κόστος και τις κοινωνικές επιβαρύνσεις θα γίνει σε μετέπειτα στάδιο, όπου θα αναδειχθεί ο παράγοντας των χρηματικών δαπανών σε μείζον ζήτημα, λόγω της ανάγκης εισαγωγής των ασθενών σε μονάδες φροντίδας, μιας και η εκφυλιστική πορεία της νόσου καθλώνει τους ασθενείς και τους καθιστά

ανίκανους να επικοινωνήσουν, προκαλώντας ψυχολογική τριβή στους φροντιστές. Οι επιπτώσεις της φροντίδας των ασθενών σε σχέση με την επιβάρυνση της οικογένειας έχουν να κάνουν με το κόστος της μακροχρόνιας θεραπευτικής φροντίδας στην ΝΑ. Μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της κοινωνικής μέριμνας για την υγεία, μια συνεχώς ανοδική πορεία λαμβάνει χώρα στην Ευρώπη και όχι μόνο. Η μακρά κλινική πορεία της νόσου, η αναπηρία που προκαλεί, το ψυχοκοινωνικό stress των οικογενειών των αρρώστων σε σχέση με τις οικονομικές επιπτώσεις, καθιστούν θέμα πρώτης προτεραιότητας την ανακάλυψη αποτελεσματικών θεραπευτικών μέσων.

Η άνοια εξελίσσεται προοδευτικώς σε μείζον ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα της εποχής μας. Πιο κάτω θα γίνει αναφορά για το κοινωνικό πρόβλημα της ΝΑ διαμέσου των εξελικτικών της σταδίων. Στις ΗΠΑ ο αριθμός των νοσηλευόμενων ανοϊκών ατόμων αυξάνει συνεχώς σε βαθμό που να κατέχουν σήμερα το μεγαλύτερο αριθμό νοσοκομειακών κλινών. Το πρόβλημα όμως αυτό δεν περιορίζεται μόνο στις ΗΠΑ αλλά επεκτείνεται με ταχείς ρυθμούς σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες στην Ευρώπη και στη Ιαπωνία. Επιπλέον μαζί με τους καρδιοπαθείς τον καρκίνο και τα εγκεφαλικά επεισόδια αποτελεί μια σημαντική αιτία θανάτου στις παραπάνω χώρες.

Στην ΝΑ υπάρχει ένα πρόδρομο στάδιο (στάδιο 3 στην Global Deterioration Scale, GDS) κατά το οποίο τα συμπτώματα είναι μεν ήπια αλλά αρκετά σε βαθμό που να επηρεάζουν την κοινωνική υποδομή του ατόμου. Σε αυτό το στάδιο ένας συγγραφέας π.χ. δυσκολεύεται να φέρει σε πέρας ένα αξιόλογο κείμενο ή ένας επιχειρηματίας αρχίζει να εμφανίζει μνημονικές διαταραχές γύρο από σημαντικά πρόσωπα και πράγματα στον κύκλο των εργασιών του. Το στάδιο αυτό είναι δυνατόν να διαρκεί επί πολλά χρόνια, η διάρκεια αυτή προσδιορίζεται συνήθως από την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων.

Στην συνέχεια ακολουθεί το ήπιο στάδιο της νόσου. (στάδιο 4 της GDS) όπου η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών δυσχεραίνει την ικανότητα και μορφωμένων ακόμη ατόμων να αντιμετωπίζουν επαγγελματικές τους υποθέσεις. Η οικοκυρά π.χ. χάνει την ικανότητα της να μαγειρεύει όπως πριν αν και επιλέγει ακόμη σωστά τα προϊόντα από το σούπερ μάρκετ. Το στάδιο αυτό διαρκεί κατά μέσο όρο δύο έτη. Τα άτομα είναι ακόμη κοινωνικώς ανεξάρτητα.

Στο επόμενο στάδιο μέτρια βαρύτητας της Νόσου (στάδιο 5 της GDS) οι πάσχοντες έχουν ανάγκη βοήθειας η οποία προσφέρεται συνήθως από το οικογενειακό περιβάλλον. Π.χ. η σύζυγος επιλέγει το κατάλληλο ένδυμα για να βγει ο ασθενείς έξω. Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου 1-1.5 χρόνο.

Το μέτριας βαρύτητας στάδιο ακολουθεί ένα πλέον βεβαρυμμένο (στάδιο 6 GDS) που χαρακτηρίζεται από την αδυναμία των ασθενών να ανταποκρίνονται στις καθημερινές τους φροντίδες όπως ένδυση, φαγητό, τουαλέτα. Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου 2,5 έτη και προς το τέλος εμφανίζεται ακράτεια. Τις φροντίδες αναλαμβάνουν πλέον εξειδικευμένα άτομα.

Το τελικό στάδιο (7 της GDS), χαρακτηρίζεται από πλήρη διανοητική έκπτωση και μόνο λίγες λέξεις αποτελούν το μόνο μέσο επικοινωνίας του ασθενή με το περιβάλλον του. Υπάρχει πλήρης ακράτεια. Στις ΗΠΑ ασθενείς του σταδίου αυτού βρίσκονται σε νοσηλευτικά ιδρύματα. Η νόσος επεκτείνεται κατά τρόπο τραγικό και πέραν του σταδίου αυτού. Οι ασθενείς δεν ομιλούν πλέον, δεν μπορούν να σηκώσουν το κεφάλι από το προσκέφαλο τους. Μερικές φορές το στάδιο αυτό διαρκεί έως και 7 έτη ανάλογα με τις παρεχόμενες φροντίδες, ή ακόμη και περισσότερο.

Στην πορεία των παραπάνω εξελικτικών σταδίων οι περισσότεροι ασθενείς καταλήγουν όταν απωλέσουν την ικανότητα βάδισης, ή απλώς και να εγείρονται από τη θέση τους. Πολλοί καταλήγουν όταν χάνουν την ικανότητα να σηκώνουν το κεφάλι τους. Η συνηθέστερη άμεση αιτία θανάτου στις περιπτώσεις αυτές είναι η πνευμονία από παλινδρόμηση τροφών.

Η ολική διάρκεια ζωής από την έναρξη των πρώτων σταδίων μέχρι το τέλος είναι συνήθως 20 έτη. Αλλά η χρονική περίοδος του πρόδρομου σταδίου καθορίζεται μετά δυσκολίας. Η ορατή διάρκεια της ΝΑ υπολογίζεται σε 6-10 έτη και είναι κατά κανόνα ανεξάρτητη από την ηλικία του ασθενή. Κατά συνέπεια η πρόγνωση εξαρτάται από το χρόνο της διάγνωσης. Έτσι είναι πολύ βαρύτερη εάν π.χ. ο γιατρός εξηγήσει στην σύζυγο ενός 50χρονου ασθενή ότι σε 6 έτη ο σύζυγός της θα είναι κατάτοιος και απόλυτα εξαρτημένος στις καθημερινές του φροντίδες, από ότι εάν η εξήγηση αυτή γίνονταν στη σύζυγο ενός 85χρονου.

3.4. Οικογένειες ασθενών με Νόσο Alzheimer

Στη νόσο Αλτσχάιμερ μαζί με τον ασθενή πάσχει όλη η οικογένεια. Ο φροντιστής είναι το άτομο (μέλος της οικογένειας, του φιλικού περιβάλλοντος ή επαγγελματίας), το οποίο βοηθά σε καθημερινή ή τακτική βάση τον ασθενή με άνοια και φροντίζει για την κάλυψη των αναγκών του, την άνετη και ασφαλή διαβίωσή του.

Οι φροντιστές των ανοϊκών ασθενών που παίρνουν μέρος στο Πρόγραμμα Εκπαίδευσης και Υποστήριξης καταρτίζονται υπεύθυνα, ώστε να αντιμετωπίσουν καλύτερα τον ασθενή τους,

ενώ παράλληλα έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν τα προβλήματα, τις ανησυχίες και τις εμπειρίες τους με άλλους φροντιστές. Ενημερώνονται για τα προγράμματα λειτουργίας των Κέντρων Ημέρας καθώς και για τις ομάδες ψυχολογικής και συμβουλευτικής υποστήριξης φροντιστών.

Όλες οι παραπάνω υπηρεσίες παρέχονται εντελώς δωρεάν από ειδικευμένους γιατρούς, ψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση είναι παράγοντες που συνδράμουν σημαντικά τον φροντιστή στο δύσκολο έργο του. Οι ενημερωμένοι και εκπαιδευμένοι φροντιστές αφενός προσφέρουν στον ασθενή υψηλή ποιότητα φροντίδας και αφετέρου καταφέρνουν να χειρίζονται πιο αποτελεσματικά τόσο τα πρακτικά προβλήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της νόσου όσο και τη συναισθηματική επιβάρυνση.

Η νόσος Alzheimer επηρεάζει στο μέγιστο αυτούς που φροντίζουν τον ασθενή. Οι περισσότεροι ασθενείς ζουν στα σπίτια τους και τους φροντίζουν οι οικογένειές τους. Αυτό το φαινόμενο είναι πιο συχνό εδώ στην Ελλάδα όπου ο θεσμός της οικογένειας έχει ισχύ. Όσο η ασθένεια εξελίσσεται και οι ευθύνες του φροντιστή αυξάνονται δημιουργούνται ολοένα και μεγαλύτερα κοινωνικά, συναισθηματικά και οικονομικά προβλήματα τόσο για τον ίδιο τον φροντιστή όσο και για όλη την οικογένεια η οποία εμπλέκεται στην φροντίδα του (Μεντενόπουλος 1999).

Στην αρχή της ασθένειας ο φροντιστής αναλαμβάνει νέους ρόλους και ευθύνες, η ποιότητα ζωής και ενδεχομένως και οι προτεραιότητές του αλλάζουν. Περιορίζεται ολοένα και περισσότερο ο προσωπικός του χρόνος, τον οποίο αφιερώνει κατά κύριο λόγο στην φροντίδα του ασθενούς, και ταυτόχρονα περιορίζεται και η κοινωνική του ζωή. Ο περιορισμός αυτός και η αίσθηση της προσωπικής θυσίας επιδρά στην οικογενειακή συνοχή και την ποιότητα ζωής.

Ασθενείς και φροντιστές αποσύρονται κοινωνικά και απομονώνονται γιατί νιώθουν ντροπή για την ασθένεια και θέλουν να διατηρήσουν το κοινωνικό τους επίπεδο κρύβοντας το πρόβλημα. Επιλέγουν την μοναξιά γιατί θεωρούν ότι οι εμπειρίες που βιώνουν καθημερινά είναι «προβληματικές» και προσπαθούν να μην γίνουν αντιληπτές από τον κοινωνικό τους περίγυρο.

Η έλλειψη ενημέρωσης και εκπαίδευσης συμβάλει σημαντικά στην δημιουργία κοινωνικού στίγματος. Το στίγμα στερεί από τον άνθρωπο το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής και ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει το «πρόβλημά» του. Ο ασθενής που πάσχει από Alzheimer και η οικογένειά του μπορεί να πέσουν θύματα απαξιοτικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς οδηγώντας τους συνεχώς στο περιθώριο. Κάθε είδους διάκριση

και απαξιοτικής συμπεριφοράς μπορούν να προκαλέσουν άσκοπη επιδείνωση στο υπάρχον πρόβλημα.

Πέρα όμως από τα κοινωνικά προβλήματα η νόσος Alzheimer επιβαρύνει οικονομικά την οικογένεια του ασθενούς. Όσο η νόσος εξελίσσεται και οι ανάγκες του ασθενούς αυξάνονται τόσο επιβαρύνεται το πορτοφόλι του φροντιστή. Οι ανάγκες του ασθενούς είναι ιδιαίτερες αυξημένες στο τελικό στάδιο όπου ο ασθενής είναι πλήρως εξαρτημένος από κάποιον τρίτο.

Τα έξοδα που καλείται να αντιμετωπίσει ο φροντιστής για τον ασθενή του όταν δεν είναι σε θέση να τον φροντίσει ο ίδιος είναι:

- Βοηθός στο σπίτι η επαγγελματία υγείας (νοσηλεύτη, 8ωρη ή 24ωρη)
- Καθημερινά είδη και βοηθήματα (εσώρουχα ακράτειας, υποσέντονα, αλοιφές για κατακλίσεις, βοηθήματα για το σπίτι κ.α.)
- Φυσικοθεραπεία
- Ιδιωτικοί οίκοι ευγηρίας και γηροκομεία

Τι θα γίνει όμως με αυτούς που δεν θέλουν ή δεν μπορούν να βάλουν τον άνθρωπό τους σε κάποιο οίκο ευγηρίας, πρέπει να τιμωρηθούν επειδή έχουν ανθρωπιά; Επίδομα για ασθενείς με νόσο Alzheimer δεν υπάρχει παρά το τεράστιο οικονομικό κόστος για την οικογένεια του ασθενούς και δυστυχώς η συγκεκριμένη νόσος δεν θεωρείται αναπηρία.

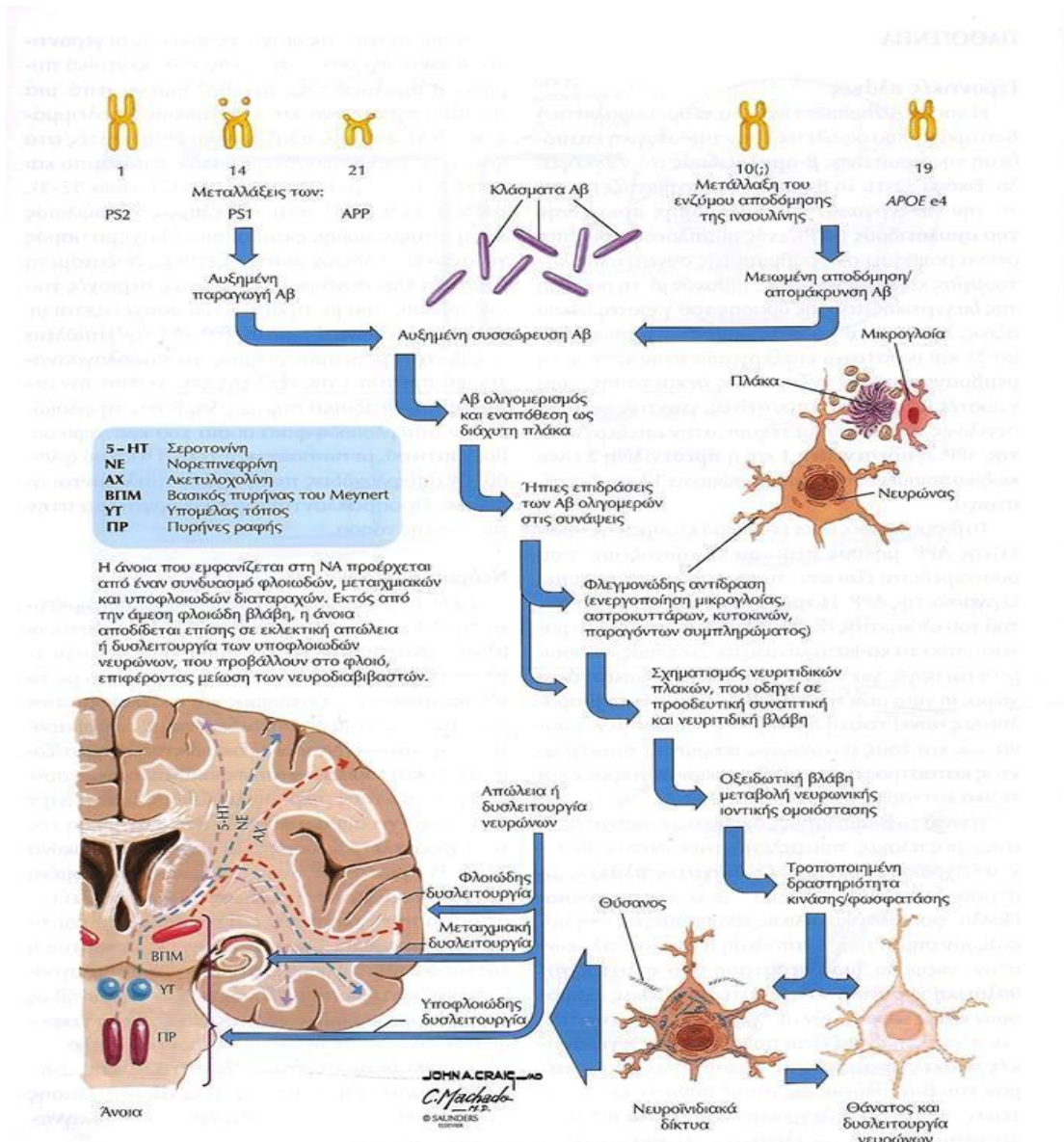
Κεφάλαιο 4^ο

4. Παθολογοανατομικά ευρήματα στην Νόσο Alzheimer

Στη νόσο του Alzheimer, χαρακτηριστική είναι η εκφύλιση και ο θάνατος των νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού και του ιππόκαμπου. Ο εγκέφαλος είναι καθολικά ατροφικός, με μια υπεροχή της ατροφίας στο επίπεδο του κροταφικού, του μετωπιαίου, ή βρεγματικού λοβού και σε μερικές περιπτώσεις και του ινιακού. Η εγκεφαλική ατροφία είναι γενικά συμμετρική, αλλά παρατηρούνται και περιπτώσεις, με ασυμμετρία. Σπουδαιότερα χαρακτηριστικά, είναι τα μικροσκοπικά παθολογοανατομικά ευρήματα της νόσου, που συνίστανται σε παθολογικές εναποθέσεις αδιάλυτων πρωτεϊνών στον εξωκυττάριο και ενδοκυττάριο χώρο.

Οι «γεροντικές ή νευριτιδικές πλάκες», οι οποίες αποτελούνται από εξωκυττάρια εναποθέσεις αμυλοειδούς, που κατανέμονται στο φλοιό και τον ιππόκαμπο και παρουσιάζουν διάφορα στάδια εξέλιξης. Αρχικά παρατηρείται μικροσυγκέντρωση αμυλοειδούς, που σταδιακά περιβάλλεται από στεφάνη από αλλοιωμένους νευρίτες, και ακολουθεί αστροκυτταρική αντίδραση και εξαφάνιση του αμυλοειδούς πυρήνα, ενώ διατηρείται η αστρογλοΐωση και τα υπολείμματα των νευρώνων. Θεωρείται εύρημα σχετικά ειδικό για τη νόσο, καθώς λίγες μόνο διάχυτες πλάκες ανευρίσκονται στους εγκεφάλους ατόμων μεγάλης ηλικίας που δεν εμφανίζουν έκπτωση της νοητικής λειτουργίας. Αμυλοειδές εναποτίθεται και στα αγγεία του εγκεφάλου και συνιστά την «κογκόφιλη» αμυλοειδική αγγειοπάθεια. Προσβάλλει κυρίως τα λεπτομηνιγγικά και επιπολής φλοιικά αγγεία, αλλά μπορεί να βρεθεί και σε άλλες περιοχές του εγκεφαλικού φλοιού. Η εντόπιση της εγκεφαλικής αμυλοειδικής αγγειοπάθειας δεν σχετίζεται με την τοπική συγκέντρωση των γεροντικών πλακών (Εικόνα 1 και 3).

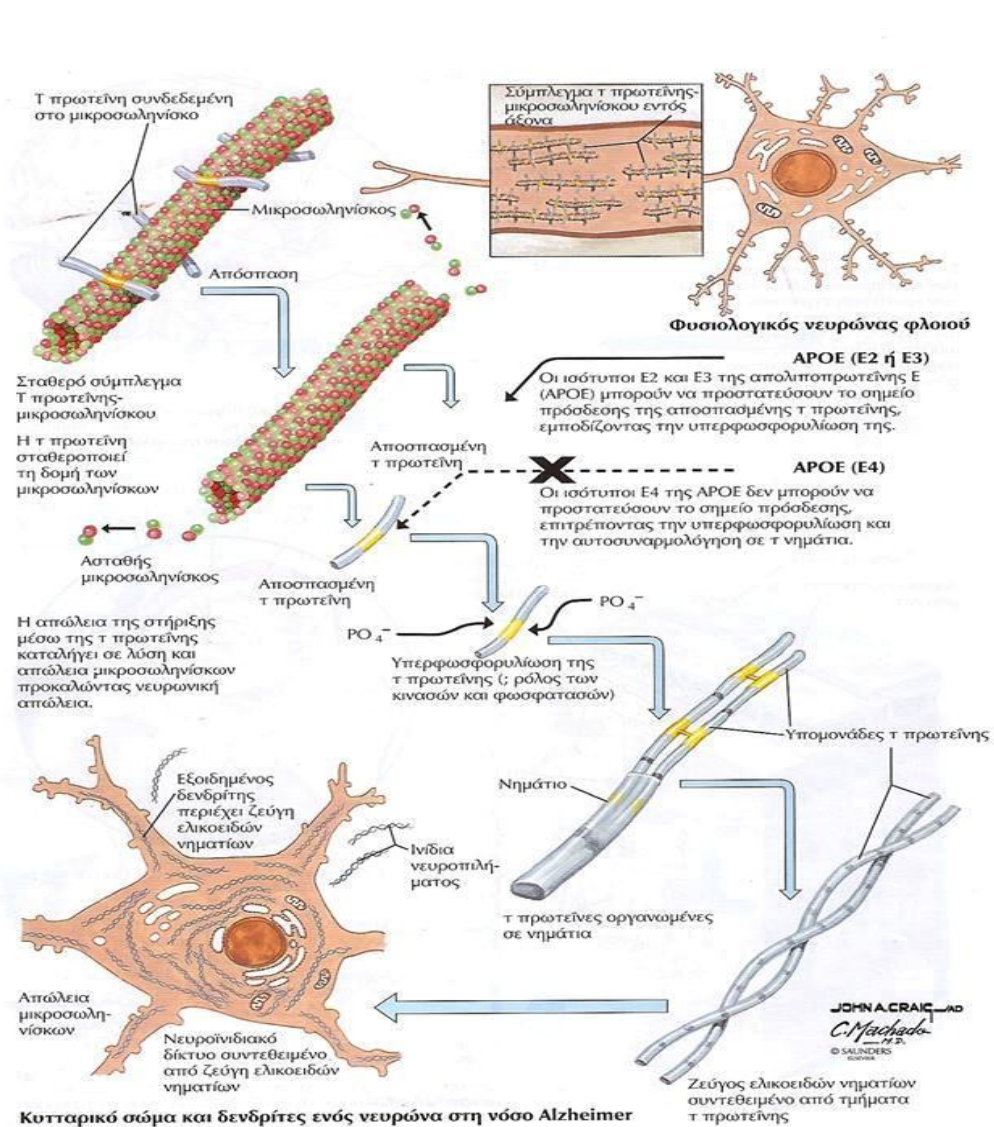
Εικόνα 1 - Υπόθεση του αμυλοειδικού καταρράκτη στη νόσο Alzheimer (Netter 2010)



Οι «νευροϊνιδιακές βλάβες», οι οποίες αποτελούνται από ενδοκυττάρια ζεύγη ελικοειδώς περιελιγμένων ινιδίων, που βρίσκονται στο περικάρυο και χρωματίζονται με χρώσεις αργύρου. Κύριο συστατικό τους είναι η πρωτεΐνη τ (tau), παθολογικά υπερφωσφορυλιωμένη. Το εύρημα αυτό είναι λιγότερο ειδικό, επειδή σημαντικής πυκνότητας «τολύπια», τα αποκαλούμενα “tangles”, σχηματίζονται κατά το γήρας και σε πολλές άλλες νευροεκφυλιστικές, τοξικές και τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου.

Ενδονευρωνικά PHF απαντώνται σε απομακρυσμένους δενδρίτες νευρώνων ως νευροπληματικά νήματα και ως δυστροφικοί νευρίτες στις νευριτικές πλάκες (Εικόνα 2).

Εικόνα 2 - Ζεύγη ελικοειδών νηματίων (PHFs) στη νόσο Alzheimer (Netter 2010)



Η απώλεια και/ή οι παθολογικές μεταβολές των συνάψεων είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό της νόσου Alzheimer. Η πυκνότητα των προσυναπτικών απολήξεων είναι ελαττωμένη κατά 45% τη στιγμή της παθολογοανατομικής εξέτασης και η συσχέτιση της συναπτικής απώλειας με τα γνωστικά ελλείμματα της νόσου είναι ισχυρότερη εκείνων που αναφέρονται για τις NIB και τις πλάκες.

Η κοκκιο-κενοτοπιώδης εκφύλιση είναι ένα μη ειδικό ιστολογικό εύρημα, που συνήθως ανευρίσκεται στη νόσο και σπανίως στο φυσιολογικό γήρας. Τα κενοτόπια εντοπίζονται συνήθως στο κυτταρόπλασμα των πυραμιδικών νευρώνων του ιππόκαμπου, όπου μπορούν να παρατηρηθούν και *σωμάτια Hirano*. Τα *σωμάτια Lewy*, το κύριο παθολογοανατομικό εύρημα της νόσου Parkinson, συμπληρώνουν την ιστολογική εικόνα της νόσου, όμως η παρουσία τους στο φλοιό χαρακτηρίζει την προσφάτως αναγνωρισθείσα ομώνυμη οντότητα, την άνοια με σωμάτια Lewy.

Συγχρόνως με τους προαναφερθέντες τύπους βλαβών συμβαίνει απώλεια των νευρώνων και καταστροφή διαφόρων νευρομεταβιβαστικών συστημάτων, πρωτίστως του χολινεργικού. Δείκτες της χολινεργικής λειτουργίας, όπως η ακετυλοχολίνη και το συνθετικό της ένζυμο ακετυλοτρανσφεράση της χολίνης, είναι ελαττωμένοι και υπάρχει απώλεια ορισμένων υπότυπων των νικοτινικών υποδοχέων. Η απώλεια των νευρώνων είναι μέγιστη στις περιοχές εκείνες του εγκεφάλου που έχουν σχέση με την αρχή των χολινεργικών οδών, δηλαδή (α) από τον πυρήνα του Meynert προς το φλοιό και (β) από τους πυρήνες του διαφράγματος προς τον ιππόκαμπο. Σύμφωνα με την «Χολινεργική υπόθεση» τα συμπτώματα της Νόσου Alzheimer είναι αποτέλεσμα, τουλάχιστον εν μέρει της ελάττωσης της χολινεργικής νευρομεταβίβασης και έτσι παράγοντες ενισχυτικοί της χολινεργικής λειτουργίας θα μπορούσαν να είναι ευεργετικοί για την νόσηση.

Στη Νόσο Alzheimer παρατηρείται εκφύλιση των χολινεργικών πυρήνων του βασικού διεγκεφάλου. Η εμφάνιση νευροινδιακών βλαβών και νευρωνικής απώλειας στο βασικό πυρήνα του Meynert αποτελεί πρώιμο χαρακτηριστικό της νόσου και σχετίζεται με το σχηματισμό νευριτιδικών πλακών στις περιοχές του φλοιού, όπου φυσιολογικά προβάλλουν οι ανωτέρω νευρώνες. Παράλληλα, παρατηρείται σημαντικό χολινεργικό έλλειμμα στον φλοιό και στον ιππόκαμπο, όπου διάφοροι «χολινεργικοί δείκτες» όπως η ChAT και η AChE παρουσιάζουν μείωση, μέχρι και κατά 90%, ενώ αντίθετα η BuChE παραμένει αμετάβλητη ή μπορεί να παρουσιάζει και μικρή αύξηση. Το χολινεργικό έλλειμμα του νεοφλοιού φαίνεται ότι

εμφανίζεται ήδη από τα πρώτα στάδια της νόσου. Η χολινεργική υπόθεση ενισχύθηκε από τις παρατηρήσεις ότι στους ανθρώπους, αντιχολινεργικές ουσίες όπως η σκοπολαμίνη προκαλούν διαταραχή της μνήμης και της μάθησης, ενώ ουσίες που ευοδώνουν την χολινεργική νευρομεταβίβαση, όπως η φυσοστιγμίνη, ενισχύουν τις γνωστικές λειτουργίες.

Οι NIB(νευροϊνιδιακές βλάβες) αντιστοιχούν στην ενδονευρωνική συσσώρευση ζευγαρωτών ελικοειδών ινιδίων (PHF), που αποτελούνται κυρίως από την τ , μια πρωτεΐνη του ανθρώπινου εγκεφάλου της οικογένειας των πρωτεϊνών που σχετίζονται με τους μικροσωληνίσκους (βρίσκονται κυρίως στον άξονα του νευρικού κυττάρου και παίζουν βασικό ρόλο στη μεταφορά ουσιών από το σώμα του κυττάρου στα τελικά κομβία). Είναι φωσφοπρωτεΐνη και η φυσιολογική της λειτουργία είναι η προαγωγή του πολυμερισμού και της σταθερότητας των μικροσωληνίσκων (Εικόνα 2). Στο φυσιολογικό εγέφαλο η τ υπάρχει σε 6 ισομορφές που προέρχονται από το γονίδιο της στο χρωμόσωμα 17 θέση 17q21. Στη ΝΑ η τ υφίσταται υπερβολική φωσφορυλίωση και αθροίζεται ως PHF-tau, αντιστοιχούσα σε τρεις κύριες ηλεκτροφορητικές παραλλαγές. Στη ΝΑ η υπερφωσφορυλίωση της τ θεωρείται ότι αποσταθεροποιεί το σύστημα των μικροσωληνίσκων και προκαλεί κατάρρευση του δικτύου.

Οι NIB θεωρείται ότι αποτελούν μια εκφυλιστική διαδικασία σχετιζόμενη με το γήρας και την ευπάθεια της ιπποκάμειας περιοχής. Υπάρχει εκλεκτικότητα στην προσβολή των νευρώνων και η εξάπλωσή τους επιτελείται με μια στερεότυπη σειρά και ιεραρχία τόσο στο γήρας όσο και στη ΝΑ. «Σύμφωνα με τους Braak & Braak (1994)» χρησιμοποίησαν το πιο κάτω μοντέλο για να προσδιορίσουν 6 παθολογοανατομικά στάδια για τη ΝΑ (Braak 1994). Στο στάδιο I και II οι βλάβες εντοπίζονται μόνο στο διενδορρινικό φλοιό και οι ασθενείς δεν εμφανίζουν ακόμα σαφή γνωστική διαταραχή (προκλινικό στάδιο). Στα στάδια III και IV οι βλάβες εξαπλώνονται στον ενδορρινικό φλοιό και στον ιππόκαμπο, η βλάβη των οποίων η/και των διασυνδέσεων τους μπορεί να προκαλέσει κάποια κλινική συμπτωματολογία, που είναι όμως συνήθως ήπια. Τα στάδια V και VI αφορούν την πλήρως εγκατεστημένη νόσο με διάσπαρτες βλάβες στο νεοφλοιό. Η εμφάνιση της άνοιας αντιστοιχεί ουσιαστικά στην επέκταση των NIB στις τελευταίες αυτές περιοχές. Οι NIB συσχετίζονται καλύτερα με την βαρύτητα της άνοιας (απ' ότι οι πλάκες), αλλά μόνον όταν ξεπεραστεί ένας ουδός νευρωνικής βλάβης. Στα αρχικά στάδια υπάρχει αντιρρόπηση από τους μη προσβεβλημένους νευρώνες. Η δυναμική της εξάπλωσής τους μπορεί να τροποποιηθεί από επιταχυντικούς παράγοντες (π.χ. παρουσία του αλληλίου $\epsilon 4$ της απολιποπρωτεΐνης ϵ , καταπόνηση, φλεγμονή,

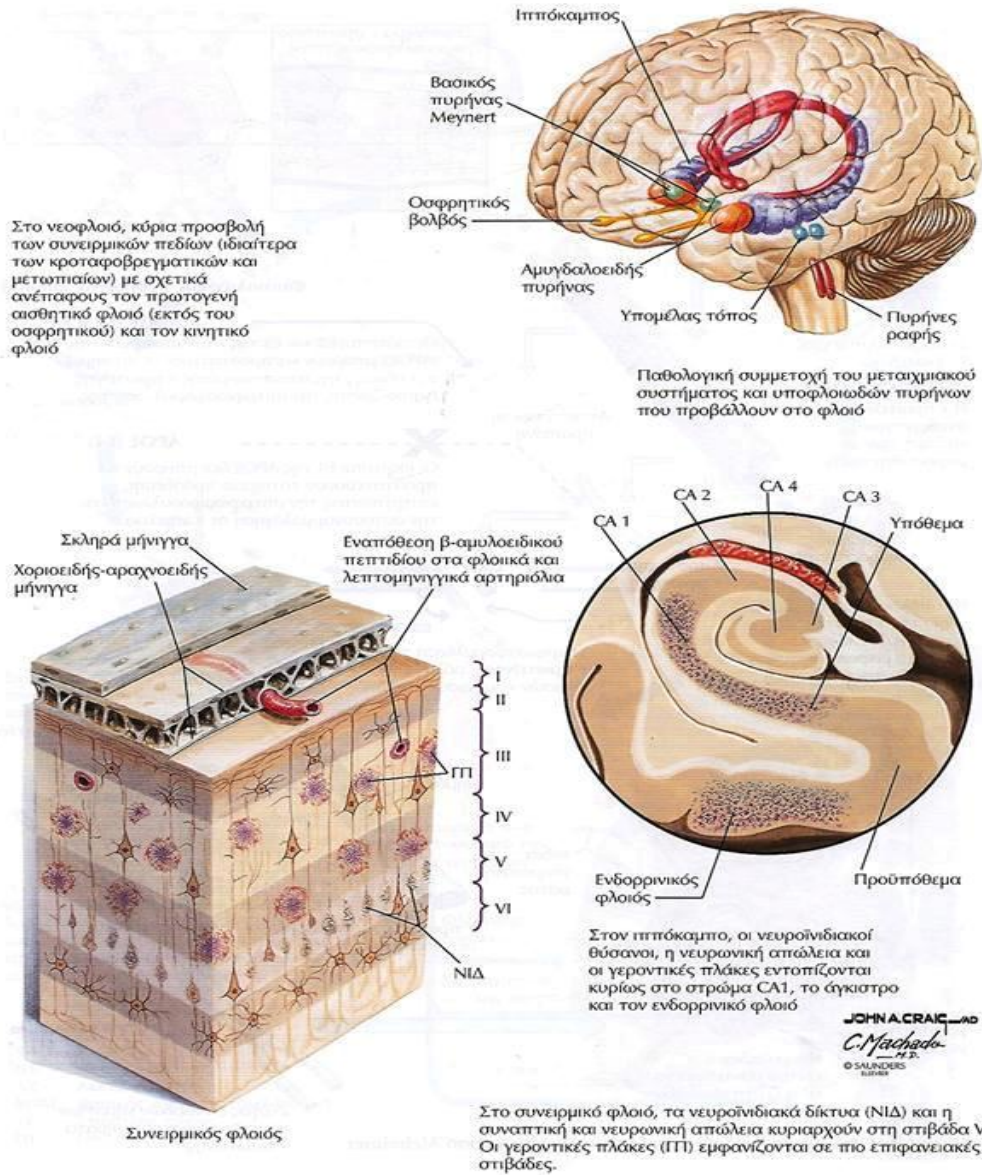
οξειδωτική καταπόνηση κ.α.) ή νευροπροστατευτικούς παράγοντες (παρουσία του αλληλίου ε2 της απολιποπρωτεΐνης ε, οιστρογόνα, αντιφλεγμονώδη φάρμακα, νευροτροφικοί παράγοντες κ.α.).

4.α. Δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο

Οι δομικές αλλαγές που παρατηρούνται σε κάποιες περιοχές του εγκεφάλου, όπως είναι η διαπλάτυνση των εγκεφαλικών αυλάκων, η λέπτυνση των ελίκων και η μεγέθυνση των εγκεφαλικών κοιλιών είναι αξιόλογες. Με την παρουσία της Νόσου Alzheimer, οι φυσιολογικές αυτές δομικές αλλαγές επιταχύνονται σημαντικά. Οι εγκεφαλικές αύλακες και σχισμές καθώς και οι κοιλίες μεγεθύνονται περισσότερο απ' ό,τι σε άλλα άτομα ίδιας ηλικίας χωρίς νόσο. Οι περιοχές του εγκεφάλου που επηρεάζονται ιδιαίτερα φαίνεται να είναι η προκεντρική έλικα του μετωπιαίου λοβού, η ανώτερη κροταφική έλικα, ο ιππόκαμπος και η φαιά ουσία (Ignatavicius & Workman 2008).

Οι μικρού μήκους αλλαγές του εγκεφάλου συμπεριλαμβάνουν νευροϊνωματώδεις σχηματισμούς, γεροντικές ή νευρωτικές πλάκες και αγγειοκωκκειώδη εκφύλιση και εναπόθεση β αμυλοειδικού πεπτιδίου στα φλοιικά και λεπτομηνιγγικά αρτηριόλια (Εικόνα 3). Δηλαδή οι νευροϊνωματώδεις σχηματισμοί αποτελούνται από συνεστραμμένες μάζες ινωδών στοιχείων ανάμεσα στους νευρώνες. Αποτελώντας έτσι κλασσικό εύρημα στη βιοψία του εγκεφάλου με Ν.Α. Οι γεροντικές πλάκες αποτελούνται από εκφυλισμένα νευρικά άκρα και βρίσκονται κυρίως στον ιππόκαμπο, ένα πολύ σημαντικό μέρος του μεταιχμιακού συστήματος.

Εικόνα 3 - Τυπογραφική εντόπιση ευρημάτων στη νόσο Alzheimer (Netter 2010)



4.β. Χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο

Μέσα στις γεροντικές ή νευριτικές πλάκες που προαναφέρθηκαν εναποτίθενται μεγάλες ποσότητες μιας παθολογικής πρωτεΐνης που λέγεται Β-αμυλοειδής. Στο εξωτερικό των νευρώνων περιβάλλονται ή όχι από ανώμαλες νευρωνικές αποφυάδες (δενδρίτες ή νευράξονες), έδρα ινιδιακής εκφύλισης. Ο σχηματισμός του Β-αμυλοειδούς γίνεται κατά την επεξεργασία της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP), ενός συμπλόκου που μπορεί να βοηθήσει στη ρύθμιση της συναπτικής λειτουργίας και ακεραιότητας, πιθανόν με τη ρύθμιση της διεγερτικής-τοξικής δράσης του γλουταμινοκού οξέος. Η πρόδρομη πρωτεΐνη του αμυλοειδούς είναι κωδικοποιημένη στο χρωμόσωμα 21 και υφίσταται επεξεργασία στην κυτταρική μεμβράνη από τα ένζυμα της σεκρετάσης (Netter 2010). Η τοξική δράση του Β-αμυλοειδούς που ασκείται, επιβεβαιώνεται από μελέτες, στις παρακείμενες συνάψεις και τους γειτονικούς νευρώνες, προκαλώντας καταστροφή των μεμβρανικών συνάψεων και τελικά επέρχεται ο κυτταρικός θάνατος. Εντούτοις οι σχηματισμοί διάχυτων ή ανώριμων πλακών από το Β-αμυλοειδής δεν είναι ικανοί να προκαλέσουν άνοια. Πολλοί φυσιολογικοί ηλικιωμένοι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική εναπόθεση διάχυτων πλακών στον εγκέφαλο, μια κατάσταση που αποκαλείται παθολογική γήρανση.

Η ωρίμανση- μετατροπή των διάχυτων ή ανώριμων πλακών σε γεροντικές ή νευριτικές πλάκες, κάνουν την άνοια πολύ πιθανή. Πέραν από το Β-αμυλοειδής, οι γεροντικές πλάκες αποτελούνται και από άλλες ουσίες, όπως συναπτικές πρωτεΐνες, πρωτεΐνες φλεγμονής, νευριτικά ινίδια, ενεργοποιημένα νευρογλιακά κύτταρα και άλλα συστατικά. Οι γεροντικές πλάκες είναι διάσπαρτες στον φλοιό, στον ιππόκαμπο και στη βάση του μετωπιαίου λοβού. Σταδιακά ολόκληρος ο νεοφλοιός και η υποφλοιώδης φαιά ουσία επηρεάζονται συσχετιζόμενα με την αυξανόμενη απώλεια των συνάψεων σε ευρείες περιοχές του εγκεφάλου. Έτσι έχουμε ένα πρώιμο κλινικό σημείο, δηλαδή την απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης παθολογοανατομικά το πρότυπο της εξέλιξης ξεκινά από τον ιππόκαμπο, σταδιακά συμπεριλαμβάνει τη φλοιώδη και υποφλοιώδη φαιά ουσία του κροταφικού, βρεγματικού, μετωπιαίου και τελικά ινιακού φλοιού. Οι υποφλοιώδεις πυρήνες προσβάλλονται σχετικά αργότερα στην πορεία της Νόσου. Το δεύτερο παθολογοανατομικό χαρακτηριστικό της νόσου είναι οι νευρωνικές πλάκες των νευροϊνιδιακών διχτύων και οι κόμποι νευροϊνιδίων με διάσπαρτη φλοιώδη απώλεια νευρώνων.(O'Neil et al. 2004)

Σε συνδιασμό με την νευρονική απώλεια λαμβάνει χώρα και η βαθμιαία απώλεια ποικίλων ειδικών νευροδιαβιβαστών. Οι νευροδιαβιβαστές είναι χημικοί διαβιβαστές οι οποίοι παράγονται και αποθηκεύονται στο τελικό άκρο των νευρών (DeWit 2009). Ως νευροδιαβιβαστής η ακετυλοχολίνη επηρεάζεται πιο νωρίς και πιο έντονα από αυτούς τους βιοχημικούς παράγοντες (Netter 2010). Αν και η ανεπάρκεια της μετάδοσης της ακετυλοχολίνης αποτελεί την στενότερα συνδεδεμένη με τις κλινικές εκδηλώσεις, υψηλά επίπεδα Β-αμυλοειδούς σχετίζονται με την ελάττωση της ακετυλοχολίνης έως και 75 τοις εκατό που οδηγεί σε ελάττωση της ακετυλοτρανσφαιράσης στον ιπόκαμπο παρεμποδίζοντας έτσι την χολινεργική νεύρωση του εγκεφαλικού φλοιού με άμεσο αποτέλεσμα προβλήματα στην συνείδηση και στην ικανότητα ανάκλησης της μνήμης. Ωστόσο ο ακριβής ρόλος της ελάττωσης των νευροδιαβιβαστών στην ανάπτυξη της νόσου δεν είναι απόλυτα κατανοητός (Ignatavicius & Workman 2008). Αναμένονται αποτελέσματα των μελετών για τις ποσότητες της πρωτεΐνης του Β-αμυλοειδούς στις πλάκες. Οι τέσσερις τύποι των αλλοιώσεων που παρατηρούνται στον εγκέφαλο ασθενών με Νόσο Alzheimer δεν είναι προκαθορισμένοι και ειδικοί. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου δεν συναντώνται οι προαναφερθείσες εκφυλίσεις κατά την ιστολογική εξέταση. Καλό είναι να σημειωθεί ότι τέτοιες εκφυλίσεις παρατηρούνται και σε υγιή άτομα. (Rubenstein 2000)

4.1. Προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου

Όπως προαναφέρθηκε, οι δυσκολίες στην μνήμη δεν συνεπάγονται οπωσδήποτε την κάμψη, έστω και μελλοντική του συνόλου των εγκεφαλικών δυνατοτήτων. Στο κεφάλαιο αυτό θα αναφερθεί το πλήθος των πιθανών παραγόντων κινδύνου για την εκδήλωση Ν.Α. Γνωρίζουμε ότι η νόσος Alzheimer γίνεται πιο συχνή με την πρόοδο της ηλικίας, αλλά δεν γνωρίζουμε ποιοι παράγοντες πυροδοτούν τις χαρακτηριστικές αλλαγές που συντελούνται στον ιστό του εγκεφάλου των ανθρώπων που έχουν αυτή την νόσο. Ξέρουμε ότι αυτές οι αλλαγές σχετίζονται με την γήρανση, αλλά επίσης ότι δεν είναι μέρος της φυσιολογικής εξέλιξης του γήρατος. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι αλλαγές αυτές συντελούνται σε σχετικά πρόωρη ηλικία. Θεωρίες από επιδημιολογικές μελέτες προτείνουν τον παρακάτω διαχωρισμό ομάδων κινδύνου, σε γενετικούς παράγοντες, χημικές διαταραχές, σε περιβαλλοντικούς παράγοντες και ανοσοβιολογικές αλλαγές. Η νόσο ασφαλώς και δεν είναι μεταδοτική. Παρά το γεγονός ότι η νόσος αυτή γίνεται αντιληπτή για πρώτη φορά μετά από μία περίοδο στρες και στεναχώριας, δεν θεωρείται ότι αυτά τα

συναισθήματα είναι η πραγματική αιτία για να εμφανιστή η νόσος. Πολλές φορές υπάρχουν υποψίες ότι η διατροφή ή ορμονικές ανεπάρκειες μπορεί να συνεισφέρουν στη εμφάνιση της νόσου του Alzheimer. Οι περισσότεροι γιατροί δεν αποδέχονται αυτές τις υποψίες. Παρομοίως, υποψίες ότι το αλουμίνιο στη διατροφή μας μπορεί να την προκαλέσει, δεν γίνονται ευρέως αποδεχτές. (Cayton et al. 2003)

Η προχωρημένη ηλικία είναι ο επικρατέστερος και ο μοναδικός σταθερά αναγνωρισμένος παράγοντας κινδύνου για Νόσο Αλτσχάϊμερ. Το οικογενειακό ιστορικό είναι ένας άλλος σταθερός παράγοντας κινδύνου (Netter 2010). Άλλοι παράγοντες κινδύνου συμπεριλαμβάνουν την υπέρταση, την υπόταση(ίσως συντελή σε εγκεφαλική ατροφία), το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και τα υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης νηστείας. Υψηλά επίπεδα ομοκυστεΐνης έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ΝΑ. Η επίδραση της μείωσης των επιπέδων ομοκυστεΐνης κατά την πορεία της νόσου στους ασθενείς είναι άγνωστη. Εντούτοις, η μείωση των επιπέδων ομοκυστεΐνης κατά την προ νοσηρή φάση, ενδεχομένως να μειώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου.

Οι ασθενείς με γενετική προδιάθεση έχουν αποδεδειγμένα εμφανίσει και αναπτύξει την νόσο. Αυτής της κατηγορίας οι ασθενείς παρουσιάζουν οικογενειακού τύπου Νόσο Alzheimer. (ΟΝΑ) Οι περισσότερες από τις περιπτώσεις πρώιμης εμφάνισης ΝΑ σχετίζονται με μεταλλάξεις σε γονίδια (Πίνακας 1). Η πρώιμη εμφάνιση ΟΝΑ φαίνεται να σχετίζεται με τον ταχύτατο σχηματισμό πλακών β –αμυλοειδούς και την απόπτωση του, (μια διαδικασία αυτοκαταστροφής των κυττάρων) σε μεταλλαγμένα γονίδια. Η γενετική έρευνα επικεντρώνεται επίσης και στο χρωμόσωμα 10 ως περιοχή γενετικών παραγόντων, στις μεταλλάξεις των γονιδίων της πρόδρομης αμυλοειδούς πρωτεΐνης (APP) και στην ουμπικουτίνη – Β. Η Νόσος Alzheimer μέσα από τις εκδηλώσεις της και γενικά τα στάδια εξέλιξής της, μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε τρία στάδια, τα οποία θα αναφερθούν και θα αναλυθούν σε κατοπινό στάδιο (Ignatavicius & Workman 2008). Κατά τα τελευταία στάδια της νόσου η έρευνα επικεντρώνεται στο ρόλο της απολιποπρωτεΐνης Ε (APO Ε) και ειδικότερα της απολιποπρωτεΐνης Ε -4 (APO Ε4) στο χρωμόσωμα 19. Η παρουσία δύο αντιγράφων του γονιδίου APO Ε-4 σχετίζεται με ακόμα υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Μπορεί επίσης και κάποιοι ασθενείς χωρίς APO Ε -4 να παρουσιάσουν ΝΑ. Οι μελέτες συνεχίζουν να διεξάγονται σε οικογένειες για τη διαπίστωση της ακριβούς γενετικής οδού που ευθύνεται (Ignatavicius & Workman 2008). Η καθιέρωση του οικογενειακού ιστορικού και της γενετικής προδιάθεσης ως παραγόντων κινδύνου για ΝΑ είναι

δύσκολη καθότι ο επιπολασμός είναι μεγαλύτερος σε άτομα άνω των 85 ετών. Οι περισσότερες περιπτώσεις της νόσου Alzheimer δεν είναι του τύπου που μεταδίδονται από μόνο ένα γονίδιο. Αν ένα μέλος της οικογένειας έχει τον μη γενετικό τύπο της νόσου, ο κίνδυνος για τους στενούς συγγενείς είναι γύρω στις τρεις φορές υψηλότερος, από τον κίνδυνο που διατρέχει ένα άτομο της ίδιας ηλικίας, το οποίο δεν έχει οικογενειακό ιστορικό της νόσου. Θεωρείται ότι σε αυτές τις περιπτώσεις το γονίδιο κάποιου ίσως συντελεί στην εμφάνιση της νόσου, αλλά δεν την προκαλεί απευθείας. Ο τύπος της νόσου που οριστικά είναι γνωστός ότι περνάει από γενιά σε γενιά είναι εξαιρετικά σπάνιος. Είναι πολύ απίθανο να το έχει μία οικογένεια, εκτός και αν στενοί συγγενείς έχουν εμφανίσει την νόσο σε ηλικία κάτω των 60 ετών. Χαρακτηριστικά αυτού του κληρονομικού τύπου της ΝΑ είναι ότι εμφανίζεται σε μια νεότερη ηλικία από την συνηθισμένη, τυπικά μεταξύ των 35 και των 60 ετών και ότι έχει την τάση να εμφανίζεται στην οικογένεια σε μία σχετική με αυτές ηλικία. (Cayton et al. 2003)

Πίνακας 1 - Η νόσος Alzheimer και η γενετική προδιάθεση (Ignatavicius & Workman 2008)

-
- Ø Γονίδιο Presenilin I στο χρωμόσωμα 14
 - Ø Γονίδιο Presenilin II στο χρωμόσωμα 1
 - Ø Γονίδιο της πρόδρομης πρωτεΐνης αμυλοειδούς στο χρωμόσωμα 21

Η έρευνα δείχνει ταχύτατο σχηματισμό πλακών β-αμυλοειδούς και απόπτωση, μια διαδικασία αυτοκαταστροφής των κυττάρων.

Η έρευνα των τελευταίων σταδίων της ΝΑ επικεντρώνεται στο ρόλο της απολιποπρωτεΐνης και ειδικότερα:

- Ø Η απολιποπρωτεΐνη E (Apo E)-4 στο χρωμόσωμα 19 αποτελεί κύριο παράγοντα
- Ø Η παρουσία δυο αντιγράφων του γονιδίου Apo E-4 σχετίζεται με ακόμα υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ΝΑ
- Ø Κάποιοι ασθενείς με Apo E-4 μπορεί να απουσιάσουν ΝΑ
- Ø Παράλληλα όμως, κάποιοι ασθενείς χωρίς Apo E-4 μπορεί επίσης να παρουσιάσουν ΝΑ
- Ø Η απολιποπρωτεΐνη E (Apo E)-2 ελαττώνει τον κίνδυνο για ΝΑ

Η γενετική έρευνα επικεντρώνεται επίσης και στα ακόλουθα:

- Ø Στο χρωμόσωμα 10 ως περιοχή γενετικών παραγόντων, μεταλλάξεις στα γονίδια της πρόδρομης αμυλοειδούς πρωτεΐνης APP
 - Ø Ουμπικουϊτίνη-B
-

Οι προτάσεις για τις αιτίες της ΝΑ αναφέρονται και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Έχουν ιδιαίτερα προταθεί ο απλός έρπητας και ο έρπητας ζωστήρας καθώς και μεταλλικά ιόντα όπως ο ψευδάργυρος και ο χαλκός. Ο ιός του AIDS μπορεί και αυτός να μολύνει άμεσα το κεντρικό νευρικό σύστημα και να προκαλέσει μια σειρά από σοβαρές νοητικές διαταραχές, με απώλεια της συγκέντρωσης μνημονικά και ψυχολογικά προβλήματα. Δεν είναι όλες οι μολυσματικές αιτίες που οφείλονται σε ιούς όμως δεν είναι εξίσου δραματικές. Για παράδειγμα η ερπητική εγκεφαλίτιδα, η οποία προσβάλλει επιλεκτικά τους κροταφικούς λοβούς και το δρεπανοειδές σύστημα, μπορεί να είναι υπεύθυνη, μετά την ίασή της για δυσκολίες μνήμης υπό την μορφή μετεγχεφαλιτιδικού αμνησικού συνδρόμου. Η κλασική σύφιλις, επίσης, η οποία δεν έχει εξαληφθεί τελείως παρότι έχει χάσει την κυρίαρχη θέση που κατείχε άλλοτε στην νευροϊστοπαθολογία, μπορεί να καταστεί υπεύθυνη για μια συνολική, προοδευτική προσβολή ανοϊκού τύπου. Επιδημιολογικές και τοξικές μελέτες έχουν εντοπίσει μόνο το αλουμίνιο (και αυτό με επιφυλάξεις) από τις τοξίνες και τις ουσίες του περιβάλλοντος, που μπορεί να συμβάλει στην εμφάνιση της ΝΑ.

Σε αυτό το σημείο αναφέρουμε το σύνδρομο της χρόνιας κόπωσης. Σύμφωνα με κάποιες εκτιμήσεις, πρόκειται για πτώση του ανοσολογικού συστήματος μετα-ιογενούς αιτιολογίας. Αυτό που ισχύει πάντοτε είναι ότι το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης (Σ.Χ.Κ) χαρακτηρίζεται από σημαντική έκπτωση των μνημονικών και νοητικών ικανοτήτων και έντονη σωματική κατάπτωση, χωρίς ωστόσο να υπάρχουν συμπτώματα νευροσικής κατάθλιψης. Η επισκόπηση των πιθανών αιτιών μνημονικών δυσκολιών έγινε προς αναλογισμό του τεράστιου αριθμού των ηλικιωμένων που παρουσιάζουν σημάδια «φυσιολογικής» εγκεφαλικής γήρανσης. Τα ελαφρά προβλήματα μνήμης, οι καταθλιπτικές και ψευδοκαταθλιπτικές καταστάσεις σε συνάρτηση με τις αγγειακές, ιατρογενείς, μηχανικές τοξικές, διαιτολογικές, ενδοκρινολογικές και λοιμώδεις αιτίες, τότε γίνεται αντιληπτό ότι η θέση που κατέχει η Νόσος Alzheimer βρίσκεται πολύ πίσω στη λίστα. «Η θέση που κατέχει η ΝΑ σύμφωνα με το Henri Rubinstein (2000)» αντιστοιχεί σε κάτι που θυμίζει «επιφανειακό πόνο», μεγάλο βέβαια. Σε αναλογισμό του τεράστιου αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων που έχουν καλή υγεία, το σημαντικό αριθμό των ατόμων που παρουσιάζουν σημάδια «φυσιολογικής» εγκεφαλικής γήρανσης, ελαφρά προβλήματα μνήμης, καταθλιπτικές και ψευδο-καταθλιπτικές καταστάσεις, αν προσθέσουμε ακόμη τις αγγειακές, ιατρογενείς, μηχανικές, τοξικές, διαιτολογικές, ενδοκρινολογικές και λοιμώδεις αιτίες, τότε φαίνεται ότι η θέση που κατέχει η νόσος είναι επιφανειακή. Αν και είναι μεγάλη η θέση που

καταλαμβάνει θα πρέπει να διαγνωσθεί από τον ιατρό, ο οποίος έχει την ευθύνη να διαχωρίσει τα λειτουργικής αιτιολογίας νοητικά ελλείμματα, που είναι αναστρέψιμα όταν οφείλονται σε ιάσιμες αιτίες, από τις πραγματικές καταστάσεις νοητικής έκπτωσης που δεν είναι αναστρέψιμες». Αν και από αυτή τη θέση, η διάγνωση της νόσου πρέπει να γίνεται από γιατρό, ο οποίος έχει την ευθύνη για το διαχωρισμό των λειτουργικής αιτιολογίας νοητικών ελλειμμάτων που είναι αναστρέψιμα όταν οφείλονται σε ιάσιμες αιτίες, από τις πραγματικές καταστάσεις νοητικής έκπτωσης που δεν είναι αναστρέψιμες.

Τα άτομα που έχουν υποστεί κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να κινδυνεύουν περισσότερο για εμφάνιση ΝΑ σε πρώιμη ηλικία από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Η ύπαρξη αγγειακής βλάβης, ενισχύει και επιταχύνει την νευρονική εκφύλιση, για τούτο είναι απαραίτητο να την εντοπίσουμε και να την αντιμετωπίσουμε. Οι μώλωπες ή οι επανηλημμένοι κρανιακοί τραυματισμοί (όπως η περίπτωση της άνοιας των μποξέρ), δημιουργούν χρόνια υποσκληρίδιο αιμάτωμα, όπου παρατηρείται υπερχειλίση αίματος που αποτίθεται ανάμεσα στις μίνιγγες και τον εγκεφαλικό φλοιό και παρουσιάζεται συχνά μετά από κρανιακό τραυματισμό, ακόμη και ελαφρύ που θεωρείται ότι έχει θεραπευθεί. Ο αλκοολισμός και η λήψη αντιθρομβωτικών ευνοούν την εμφάνισή του. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι πολύ κοινά και παραπλανητικά, αλλά το σπινθηρογράφημα επιτρέπει την διάγνωση και η χειρουργική αφαίρεση εξασφαλίζει τη θεραπεία ή ακόμα σε υδροκέφαλο φυσιολογικής πίεσης, πάθηση στην οποία το εγκεφαλονωτιαίο υγρό που περιέχουν οι διεσταλμένες ενδοεγκεφαλικές κοιλότητες, δεν ρέει πλέον φυσιολογικά, με αποτέλεσμα τη συμπίεση των δομών του εγκεφάλου στο εσωτερικό. (Rubinstein 2000)

Τον ίδιο αυξημένο κίνδυνο διατρέχουν άτομα με θυρεοειδοπάθεια και οικογενειακό ιστορικό νόσου Πάρκινσον και συνδρόμου Down. Άλλες τοξικές αιτίες όπως οι χρόνιες δηλητηριάσεις από μονοξειδίο του άνθρακα, δηλητηριάσεις από βαρέα μέταλλα.

4.1.α. Ομάδες υψηλού κινδύνου

Στους κύριους προδιαθεσικούς παράγοντες που προαναφέρθηκαν και πιθανόν να ευνοούν την ανάπτυξη και εξέλιξη της νόσου, μπορούν να προστεθούν στην αλλαγή του μεταβολισμού των νευρώνων, ο τροποποιημένος μεταβολισμός τ-πρωτεΐνης και η απώλεια μικροσωληνίσκων. Ο σχηματισμός ζευγών ελικοειδών νηματιών, όπως επίσης και ο σχηματισμός νευροϊνδιακών δικτύων και ινών νευροπλήματος οδηγούν σε δυσλειτουργίες, οι οποίες με τη σειρά τους

προκύπτουν από την απώλεια νευρώνων. Συνοψίζοντας η άνοια τύπου Alzheimer μπορεί να προέλθει από εκλεκτική απώλεια ή δυσλειτουργία προβλητικών νευρώνων και καταλήγει σε φλοιώδη, μεταιχμιακή και υποφλοιώδη δυσλειτουργία και μείωση των νευροδιαβιβαστών.

Το γυναικείο φύλο αποτελεί παράγοντα υψηλού κινδύνου, προκαλώντας προβλήματα στην εξακρίβωση της αληθούς επίπτωσης σε άτομα μεγαλύτερα των 85 ετών, εξαιτίας της κατακόρυφης αύξησης της θνησιμότητας στα άτομα αυτής της ηλικιακής ομάδας. Έχει υποστηριχθεί ότι οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από ΝΑ σε σχέση με τους άντρες σε αναλογία 2:1. Αν και έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες για να εξηγηθεί το φαινόμενο (μακροβιότητα των γυναικών, μη καθορισμένοι περιβαλλοντικοί και ορμονικοί παράγοντες, ύπαρξη περισσότερων προδιαθετικών γονιδίων στο χρωμόσωμα X) δεν υπάρχει κάποια κοινά αποδεκτή επεξήγηση που να εξηγεί την αυξημένη συχνότητα της ΝΑ στις γυναίκες.

Οι αγγειακοί παράγοντες κινδύνου είναι τροποποιήσιμοι, έτσι μπορεί με τη ρύθμισή τους να μειωθεί ο κίνδυνος για τους ασθενείς με νόσο Alzheimer και εκείνους που διατρέχουν κίνδυνο ανάπτυξης ΝΑ. Επίσης με τροποποίηση αυτών των παραγόντων επηρεάζεται και η θεραπεία πασχόντων από Νόσο Alzheimer (Netter 2010). Γενικώς ο αγγειακός παράγων παίζει σημαντικό ρόλο στη ΝΑ. Αναφέρεται ότι το έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει τον κίνδυνο ΝΑ, επίσης σε νεκροτομικές μελέτες έχει βρεθεί ότι η στεφανιαία νόσος με ή χωρίς έμφραγμα, αυξάνει την συχνότητα της εμφάνισης της νόσου έξι φορές περισσότερο σε ηλικιωμένους άντρες που έχουν εναποθέσεις αμυλοειδούς στον εγκέφαλό τους. Το γονίδιο της APO E4 θεωρείται ότι σχετίζεται με την αρτηριοσκλήρυνση και το κάπνισμα. Η APO E4 επίσης μπορεί να προκαλέσει απευθείας ΝΑ, αλλά και μέσω της αρτηριοσκλήρυνσης. Άλλοι αγγειακοί παράγοντες που ενοχοποιούνται στην εμφάνιση άνοιας είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η κολπική μαρμαρυγή και το κάπνισμα. Έχει επίσης βρεθεί ότι οι καπνιστές έχουν δύομιση φορές πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ. Η αρτηριοσκλήρυνση μεγαλώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΝΑ ανάλογα με τη βαρύτητα της ενώ τέλος έχει ενοχοποιηθεί και η αρτηριακή πίεση για την εμφάνιση της ΝΑ. Θεωρείται πως άτομα με υπέρταση στην νεανική τους ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ όταν γεράσουν (κατά την εμφάνιση της άνοιας η αρτηριακή πίεση έχει πτωτική τάση). Ο κίνδυνος εμφάνισης ΝΑ είναι διπλάσιος σε διαβητικούς που παίρνουν ινσουλίνη ή αγωγή από το στόμα.

Τα άτομα με σύνδρομο Down έχουν πάντα ένα επιπλέον χρωμόσωμα 21. Ένα γονίδιο του χρωμοσώματος 21 κωδικοποιεί ή δημιουργεί τον αμυλώδη πρόδρομο πρωτεΐνης (APP). Η

αφύσικη συσσώρευση προδρόμου πρωτεΐνης του αμυλοειδούς στον εγκέφαλο, επιφέρει την ΝΑ. Συνεπώς, σχεδόν όλοι όσοι πάσχουν από το σύνδρομο Down, προσβάλλονται από την νόσο όταν ξεπεράσουν την ηλικία των 40 ετών.

Κεφάλαιο 5^ο

5. Πρόληψη

Οι τρόποι πρόληψης της ΝΑ που δίνονται από την έρευνα σήμερα, αφορούν μια ισορροπημένη διατροφή και γυμναστική. Δεν υπάρχουν παρ'όλα αυτά τεκμηριωμένοι τρόποι πρόληψης της ΝΑ. Η ισορροπημένη διατροφή χρειάζεται να περιλαμβάνει φρούτα και λαχανικά, προϊόντα σόγιας και επαρκείς ποσότητες φυλικού οξέος και βιταμίνες Β12, C και Ε. Οι ουσίες αυτές σχετίζονται με μικρότερο κίνδυνο ανάπτυξης ΝΑ. 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. Διάφοροι τρόποι εκγύμνασης του σώματος, αυξάνουν τον μυϊκό τόνο και ενδυναμώνουν τους μυς, αλλά επίσης επιβραδύνουν την πνευματική κατάρρευση στη ΝΑ, καθώς και σε άλλες μορφές άνοιας. (Ignatavicius & Workman 2008)

Η χρήση ΜΣΑΦ (μη συνταγογραφούμενα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα) και ιβουπροφαίνης έχει αποδειχθεί ότι ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΝΑ, όταν λαμβάνεται την εποχή πριν την έναρξη των συμπτωμάτων. 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). Βέβαια, ο ακριβής μηχανισμός δράσης τους δεν έχει αποκαλυφθεί. Δυστυχώς η μακροχρόνια χορήγηση τους, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα, μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές, όπως κίνδυνος αιμορραγίας και γαστρεντερικών διαταραχών. Αυτός είναι και ο λόγος που τα φάρμακα αυτά πρέπει να αποφεύγονται ως μέσο πρόληψης της ΝΑ, εκτός και αν η χρήση τους γίνεται υπό την στενή παρακολούθηση του θεράποντος ιατρού. (DeWit 2009)

Για τις γυναίκες η θεραπεία υποκατάστασης ορμονών (οιστρογόνα) 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 Alzheimer.

Η προαγωγή υγείας στη ΝΑ έχει να κάνει με την μνήμη, κάτι πολύ βασικό. Υπάρχουν πολλά προγράμματα εγκεφαλικής ενεργοποίησης και μνημονικής εξάσκησης, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στην εξάσκηση, τον εμπλουτισμό, την ανάπτυξη και διατήρηση της μνήμης. (Rubistein 2000)

Κεφάλαιο 6^ο

6. Εκδήλωση – Στάδια

Κατά την κλινική εκδήλωση της ΝΑ έχουν προταθεί στάδια εξέλιξης της, τα οποία διαφέρουν σε μελέτες, κατά τα οποία ο ασθενής δεν εκδηλώνει με κανονική σειρά από το ένα στάδιο στο επόμενο τα ίδια χαρακτηριστικά. Κάποιο στάδιο μπορεί να ξεπεραστεί ή ένας ασθενής μπορεί να εμφανίζει συμπτώματα από ένα ή περισσότερα στάδια.

Τα αρχικά συμπτώματα της ΝΑ είναι δυσδιάκριτα και η εξέλιξη της νόσου ύπουλη. Τα πρώτα στάδια παραβλέπονται συνήθως λόγω των προκαταλήψεων που υπάρχουν για τη διαδικασία της γήρανσης.

Η κύρια επικέντρωση της νευρολογικής αξιολόγησης των ασθενών με ΝΑ είναι να διερευνήσει τις ανωμαλίες στη συνείδηση, συμπεριλαμβανομένων της ομιλίας, της προσωπικότητας και της συμπεριφοράς. Οι σωματικές εκδηλώσεις των νευρολογικών διαταραχών (επιληπτικές κρίσεις, τρόμος ή αταξία) συμβαίνουν σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Για την ανάλυση της έκπτωσης των ικανοτήτων προσήλωσης, επικέντρωσης, κρίσης και αντίληψης, μάθησης και μνήμης, επικοινωνίας και ομιλίας, και τέλος η ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών θα γίνει αναλυτικότερη αναφορά στη συνέχεια του κεφαλαίου αυτού.

Κάθε ασθενής παρουσιάζει διαφορετικά στάδια της νόσου και κλινικές εκδηλώσεις. Κατά συνέπεια, κάποιοι ειδικοί χρησιμοποιούν γενικότερους όρους, όπως πρώιμο (ελαφρό), μεσαίο (μέτριο) και προχωρημένο (σοβαρό) στάδιο. (Ignatavicius & Workman 2008). Όπως έχει προαναφερθεί, η έρευνα έχει να προσφέρει πεδίο δόξης λαμπρόν, για τους μελλοντικούς ερευνητές των σταδίων της Νόσου Alzheimer, λόγω των διαφορετικών προτάσεων που υπάρχουν. Έχει προταθεί ο διαχωρισμός των τριών πιο πάνω σταδίων, αλλά επίσης μπορούν να απαντηθούν έξι στάδια. Αυτά αφορούν την πρώιμη σύγχυση, στο δεύτερο στάδιο την όψιμη σύγχυση, στο τρίτο την πρώιμη άνοια, στο τέταρτο την μέση άνοια, στο πέμπτο την μεσο-μέση άνοια και τέλος στο έκτο η τελικού σταδίου άνοια. (Redfen & Ross 2011). Σε αυτό το διαχωρισμό εμπίπτουν τα στοιχεία της πορείας της εξέλιξης των ασθενών, όπως επίσης και τυπικές οικογενειακές αντιδράσεις. Σε κατοπινή φάση θα γίνει μια προσπάθεια ομαδοποίησης και ανάλυσης αυτών των σταδίων, παρόλο που θεωρούνται αμφιλεγόμενα, καθώς τα στάδια φαίνεται πως ανταποκρίνονται ελάχιστα στο πραγματικό βίωμα. Οι πληροφορίες που υπάρχουν

προς το παρόν είναι ανεπαρκείς και δεν επιτρέπουν πρόβλεψη για το ρυθμό επιδείνωσης και ακόμα παραπάνω για το προσδόκιμο επιβίωσης εξατομικευμένα. (Tobiansky 2006). Στη συζήτηση με τις ενστάσεις που προκύπτουν για τις θεωρίες σταδίων της νόσου περιλαμβάνεται η άγνοια για την κοινωνική ψυχολογία της άνοιας. Επίσης μπορούν οι θεωρίες σταδίων να αποτελέσουν μια αυτοεκπληρούμενη προφητεία προκαλώντας αισθήματα απελπισίας και ανημπορίας στα άτομα με άνοια και σε όσους τα φροντίζουν.

Η τυπική περίπτωση της νόσου Alzheimer ξεκινά με απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης. Συχνά οι ασθενείς εκδηλώνουν αυξανόμενη αδυναμία ανάκλησης λέξεων και ονομάτων, στηριζόμενοι περισσότερο σε λίστες, ημερολόγια και σε μέλη της οικογένειας που θα τους βοηθούν στην υπενθύμιση. Κοινά χαρακτηριστικά αποτελούν η αποδιοργάνωση στην τήρηση των ραντεβού και στη λήψη της χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής. (Kitwood 1997)

Τα κλινικά χαρακτηριστικά γενικά στην άνοια ποικίλουν αναλόγως της σωματικής βάσης της ασθένειας, των χαρακτηριστικών των ατόμων και του περιβάλλοντος φροντίδας τους. Τα χαρακτηριστικά αυτά που μπορεί να είναι εμφανή χωρίζονται σε νοητικά και μη, τα οποία αναλύονται πιο κάτω, με γενικές αναφορές στην άνοια και ειδικές στην Νόσο Alzheimer. Το σημαντικότερο από αυτά θεωρείται η διαταραχή της μνήμης που εξορισμού υπάγεται στη βλάβη των ανωτέρων λειτουργιών του φλοιού. Οι διαταραχές της βραχυπρόθεσμης μνήμης είναι έντονο πρόβλημα για πολλά άτομα με άνοια, αλλά ποικίλει σε βαρύτητα. Επίσης μπορεί και η μακροπρόθεσμη μνήμη να επηρεαστεί. Τα άτομα ξεχνάνε τη χρονική σειρά των γεγονότων της ζωής τους και εν τέλει τα ίδια τα γεγονότα. Τα άτομα με άνοια μπορεί να δυσκολεύονται να ονομάσουν αντικείμενα (δυσφασία), αλλά το να αντιμετωπίζουν προβλήματα στο να ορίσουν λέξεις και έννοιες πάει πολύ πέρα από αυτό. Μπορεί να ρέπουν προς την πραγματική σκέψη δηλαδή την κυριολεκτική ερμηνεία αφηρημένων εννοιών. (McGrecor 1995)

Ένα άλλο χαρακτηριστικό αφορά στην κριτική ικανότητα και στην επίγνωση της πραγματικότητας. Τα άτομα με άνοια μπορεί να καθίστανται προοδευτικά ανίκανα να οργανώνουν τις ζωές τους ή να αντιλαμβάνονται τις συνέπειες των πράξεων τους. Ως αποτέλεσμα αυτού μπορεί να παραμελούν τους εαυτούς τους και να αγνοούν τα αποτελέσματα αυτά στα άτομα γύρω τους ή μπορεί να εμπλέκονται σε επικίνδυνες καταστάσεις, να περιπλανώνται σε δρόμους με κίνηση, και να φαίνεται πως αγνοούν τους σχετικούς κινδύνους. Το είδος αυτό της συμπεριφοράς μπορεί να είναι ιδιαίτερα δύσκολο και προβληματικό για να το αντιμετωπίσουν και να το χειριστούν τα άτομα που τους φροντίζουν. Η κρίση σχετίζεται με την

επίγνωση της νόσου, η οποία ποικίλει πολύ. Κάποια άτομα με άνοια μπορεί να μην γνωρίζουν και να μην ενδιαφέρονται για τις αυξανόμενες δυσχέρειες τους, ενώ άλλοι μπορεί να έχουν μεταβατικές περιόδους επίγνωσης και να θλίβονται. Το άγχος και μερικές φορές ο πανικός δεν είναι ασυνήθη, αν τα πράγματα δεν βαίνουν καλώς και τα άτομα συχνά θα αναζητήσουν καθησυχασμό. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να εμφανιστούν καταστροφικές αντιδράσεις, όπως όταν το άτομο με άνοια αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα που δεν μπορεί να ξεπεράσει και αντιδρά με υπερβολική θλίψη και διέγερση. Αυτές οι συναισθηματικές δυσκολίες δημιουργούν εμπειρίες τόσο στο ίδιο το άτομο με άνοια όσο και σε αυτούς γύρω του.

Η συμπεριφορά των ασθενών με Νόσο Alzheimer δεν διατηρείται πάντα φυσιολογική. Ανησυχία, εριστικότητα, ευερεθιστικότητα, απογοήτευση και άγχος παρατηρούνται πάρα πολύ συχνά. Η πρόιμη προοδευτική απώλεια μνήμης δεν θορυβεί τα μέλη της οικογένειας προς αναζήτηση ιατρικής επίβλεψης παρά μόνο μετά τις μεταβολές της συμπεριφοράς. Τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά μπορεί να κυριαρχούν. Μερικοί ασθενείς αναπτύσσουν παραληρητικές κατά τη φυσική πορεία της νόσου Alzheimer. Αυτές πιθανόν να είναι καλοήθειες, υποτιμημένες, κρυφές ή τρομακτικές και μπορούν να οδηγήσουν σε έντονη ανησυχία. Καθώς οι νοητικές και συμπεριφορικές αλλαγές κάνουν την εμφάνιση τους, η ικανότητα των ασθενών να λειτουργήσουν ανεξάρτητα στην καθημερινότητα τους εκπίπτει. Αλλαγές στην φυσιολογική δραστηριότητα συμβαίνουν νωρίς και περιλαμβάνουν κακή διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, οικονομική αποδιοργάνωση, καμένα φαγητά στο φούρνο οδηγικά λάθη. Ενδεχομένως οι ασθενείς με Νόσο Alzheimer να χρειάζονται βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες τους, όπως την προσωπική υγιεινή, στην καθαριότητα, στην ένδυση, στην υπόδηση, την βρώση και την πόση. Συχνά σε αυτό το στάδιο οι ασθενείς με Νόσο Alzheimer εκδηλώνουν παρκινσονικά σημεία. Ο κίνδυνος πτώσης αυξάνεται ενώ επιληπτικές κρίσεις συμβαίνουν σε πάνω από 20% των περιπτώσεων. Σε προχωρημένα στάδια παρατηρούνται συχνά μυοκλονικοί σπασμοί. Επιπρόσθετα, παρατηρούνται αλλαγές στην ικανότητα εκτέλεσης σκόπιμων κινήσεων. Το άτομο με άνοια μπορεί να αντιμετωπίσει δυσκολίες κατά την πραγματοποίηση εσκεμμένων σκόπιμων κινήσεων ή αλληλουχιών κινήσεων, χωρίς όμως να οφείλεται αυτό σε μυϊκή αδυναμία. Η επικοινωνία επηρεάζεται, καθώς το άτομο με άνοια μπορεί να αντιμετωπίζει περιορισμούς των κινήσεων τους στόματος και να μην είναι σε θέση να χαιρετάει με νόημα.

Η αυξανόμενη επαναληψιμότητα των ασθενών με Νόσο Alzheimer παρατηρείται από τους συγγενείς. Οι ασθενείς ρωτούν ξανά την ίδια ερώτηση μερικά λεπτά αφού την έχουν

ολοκληρώσει. Είναι δυνατόν να αδυνατούν να εντοπίσουν την θέση που τοποθέτησαν κάποιο αντικείμενο. Επιπλέον εξασθενεί η ικανότητα τους να ανακαλούν αυτά τα γεγονότα. Δηλαδή ξεχνούν ότι ξεχνούν. (Netter 2010)

Τα όψιμα στάδια της Νόσου Alzheimer χαρακτηρίζονται από απώλεια του ελέγχου της ουροδόχου κύστης και του ορθού, αποτυχία στην αναγνώριση μελών της οικογένειας και τελικά σοβαρή ακινησία που απαιτεί συνολική νοσηλευτική φροντίδα. Η πιο συχνή αιτία θανάτου είναι η πνευμονία από εισρόφηση. Κατά μέσο όρο η Νόσο Alzheimer έχει διάρκεια περίπου 8 χρόνων. Ωστόσο αυτό ποικίλει σημαντικά. Μερικοί ασθενείς ζουν 20 χρόνια ή περισσότερο. Οι πιο συχνές αιτίες για εισαγωγή τους σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων είναι τα προβλήματα συμπεριφοράς, ακινησίας και η ακράτεια, αλλαγές οι οποίες θα συζητηθούν σε επόμενο στάδιο, κατά την αναφορά στην σχεδιαζόμενη παρέμβαση κάθε περίπτωσης.

Οι διάφορες αλλαγές που μπορεί να παρατηρηθούν στα άτομα με Νόσο Alzheimer σε συνάφεια με τα έξι προτεινόμενα στάδια της νόσου, αφορούν τα παρακάτω. Στο πρώτο στάδιο, την πρώιμη σύγχυση κατά την οποία η αφηρημάδα παρεμβαίνει στις καθημερινές συνήθειες, τα άτομα δυσκολεύονται στη συγκέντρωση και την εκμάθηση νέων πραγμάτων, συχνά περνούν «κακές μέρες», ενώ όσο αφορά τα άτομα τριγύρω χάνουν την υπομονή τους, εκνευρίζονται από την αφηρημάδα των ασθενών και τους κάνουν υπόδειξη για τις καθημερινές δουλειές και το πρόγραμμα. Στο δεύτερο στάδιο, την όψιμη σύγχυση, τα συνήθη μέρη δεν είναι πλέον οικεία, και ο ασθενής χάνεται εντός αυτών. Επιδεινώνεται η πρόσφατη μνήμη, πράγμα το οποίο οδηγεί σε απογοήτευση και αμηχανία. Τα άτομα χάνουν το ενδιαφέρον τους για κοινωνικές σχέσεις, ενώ οι καθημερινές δουλειές γίνονται δύσκολες. Συνήθως παρατηρείται πιθανή άρνηση των προβλημάτων από τους ασθενείς και συχνά προσκρούουν σε διαφωνίες με τους άλλους για τα τωρινά και τα πρόσφατα γεγονότα που αφορούν το δίκιο. Στο τρίτο στάδιο, την πρώιμη άνοια, λιγοστεύουν οι «καλές μέρες», αφού ξεκινούν οι διατροφικές διαταραχές, καθώς οι ώρες των γευμάτων καθίστανται χαοτικές. Κατά δεύτερο ξεχνούν ονόματα σημαντικών ατόμων του περιγύρου τους, δυσκολεύονται στην ανεύρεση λέξεων στην πραγματοποίηση διαδοχικών εργασιών και τέλος υπάρχει περίπτωση να περιπλανώνται. Στο τέταρτο στάδιο, την μέση άνοια διαταράσσεται το πρότυπο ύπνος-αφύπνιση. Τα άτομα χρειάζονται επιτήρηση για τις βασικές καθημερινές εργασίες, ξεσπούν με αισθήματα φόβου και θυμού, ενώ αυξημένα είναι τα αισθήματα περιορισμού και απογοήτευσης με απώλεια της ίσης συντροφικότητας με το/τη σύζυγο. Στο πέμπτο στάδιο την μεσο-μέση άνοια το άτομο χρειάζεται βοήθεια σε όλες τις

δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Το νόημα του λόγου γίνεται πλέον δυσνόητο, ενώ οι δυσχέρειες στην μετακίνηση σε συνδυασμό με την ακράτεια ούρων και ενίοτε κοπράνων, εξαντλούν το άτομο που παρέχει φροντίδα, το οποίο αισθάνεται εξοργισμένο και ίσως παγιδευμένο, για αυτό και πολλοί σκέφτονται και τελικά καταλήγουν να μεταφέρουν τους πάσχοντες από άνοια σε ιδρύματα. Στο έκτο στάδιο, την τελικού σταδίου άνοια ο ασθενής απαιτεί πλήρη φροντίδα, στην υγιεινή και στην σίτιση του. Η επικοινωνία εκπίπτει, προκύπτουν διάφορες επιπλοκές από την ακινησία, ενώ το άτομο που παρέχει φροντίδα θρηνεί για την απώλεια του ασθενή παρόλο που ανακουφίζεται στην προοπτική απαλλαγής του μέσω εισαγωγή του σε κάποιο ίδρυμα, είτε από την κατάληξη (θάνατος) και εμφανίζουν αισθήματα ενοχής. Αν δηλαδή βοήθησε το άτομο όσο το δυνατό καλύτερα και αναγνωρίζει τις φάσεις που πέρασε με το ανοϊκό συγγενικό του πρόσωπο.

Στο κεφάλαιο αυτό έχει γίνει κατανοητό ότι σε οποιαδήποτε στάδια και να χωριστεί η πορεία της νόσου, τα χαρακτηριστικά της γίνονται με το πέρασμα του χρόνου πιο έντονα, ενώ μαζί με τον ασθενή χάνεται και το άτομο που τον φροντίζει. Καλό θα ήταν να υπάρχει κάποιου είδους επιμόρφωση στους συγγενείς πρώτου βαθμού για την Νόσο Alzheimer, όταν και εφόσον γίνεται διάγνωση, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν ότι προκύπτει. Ενώ η ψυχολογική στήριξη τους, μαζί με τις αναμενόμενες και προς αποφυγή συζητήσεις/προστριβές τίθεται επί τάπητος. Το θέμα της συμβουλευτικής στα άτομα του στενού οικογενειακού κύκλου των ασθενών με ΝΑ επηρεάζονται αρνητικά με την εξέλιξη της νόσου. Φαίνεται πως η εξασθένηση τους καθιστά ευάλωτους.

6.α. Κλινικές μορφές της νόσου Alzheimer

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να διασαφηνιστεί ότι υπάρχουν διάφορες ταξινομήσεις των μορφών της ΝΑ. Ακολουθήθηκε μια από αυτές, που σύμφωνα με την οποία η ΝΑ διακρίνεται στην προγεροντική, γεροντική και στην άτυπη μορφή της ΝΑ. Παρακάτω αναλύονται οι τύποι της νόσου.

Η προγεροντική άνοια της νόσου Alzheimer (τύπου 2) συμβαίνει πριν την ηλικία των 65 ετών, με εξέλιξη αρκετά ταχεία προς αποδιοργάνωση και περιλαμβάνει πολλές σημαντικές διαταραχές αμφότερων των φλοιωδών λειτουργιών του εγκεφάλου. Στις περισσότερες περιπτώσεις επέρχονται αρκετά νωρίς αφασία, αγνωσία, απραξία, αγραφία και αλεξία. Η

διάγνωση στηρίζεται στην παρουσία άνοιας που αντιστοιχεί στην παραπάνω περιγραφή με έναρξη πριν τα 65 χρόνια και ταχεία εξέλιξη των συμπτωμάτων. Η παρουσία οικογενειακού ιστορικού στη ΝΑ, η τρισωμία 21, η λεμφωμάτωση, ενισχύουν την διάγνωση αλλά δεν είναι απαραίτητα.(Netter 2010)

Η γεροντική άνοια της ΝΑ (τύπου 1), της οποίας η κλινική έναρξη είναι μετά το 65ο έτος της ηλικίας, συνήθως στο τέλος της όγδοης δεκαετίας και η εξέλιξή της είναι βραδεία και προοδευτική ενώ το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η διαταραχή της μνήμης. Η διάγνωση στηρίζεται στην παρουσία της άνοιας που περιγράφηκε σε προηγούμενες παραγράφους.

Η τρίτη μορφή αφορά την άτυπη μορφή της ΝΑ στην κατηγορία αυτή ταξινομούνται οι άνοιες που δεν απαντούν στις κλινικές περιγραφές και στις οδηγίες για τη διάγνωση της άνοιας Alzheimer προγεροντικού ή γεροντικού τύπου. Περιλαμβάνει επίσης τις μεικτές μορφές άνοιας (αγγειακές και Alzheimer). (Netter 2010)

Κεφάλαιο 7^ο

7. Φαρμακευτική αντιμετώπιση

Η φαρμακευτική θεραπεία για τη νόσο είναι συμπτωματική. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει ριζική θεραπεία. Μια πιο ειδική αγωγή δεν είναι διαθέσιμη, ωστόσο υπάρχουν φάρμακα που αναστέλλουν ή καθυστερούν σημαντικά την εξέλιξη της, ιδίως αν χορηγηθούν στα αρχικά στάδια. Το θέμα είναι να αναγνωριστούν οι πρώτες ενδείξεις και να μην παρερμηνευθούν ως απλά αποτελέσματα της φυσικής γήρανσης του ατόμου. Η φαρμακοθεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με εξειδικευμένες παρεμβάσεις για την ολιστική φροντίδα των ασθενών.

Μερικές από τις επιλογές φαρμακευτικής αντιμετώπισης της νόσου αποτελούν οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης, η δονεπεζίλη, η ριβαστιγμίνη και η γκαλακταμίνη, που εμποδίζουν την έκπτωση σε προτυποποιημένες δοκιμασίες καλύτερα σε σχέση με το placebo όταν χρησιμοποιούνται για 6 με 12 μήνες, αλλά δεν επιβραδύνουν την εκφυλιστική διαδικασία. Συνεπώς αν διακοπεί η αγωγή οι ασθενείς είναι πιθανόν να περιπέσουν απότομα στο στάδιο της νόσου, στο οποίο θα βρίσκονταν χωρίς την αγωγή. Σε τέτοιες περιπτώσεις ένα νέο ξεκίνημα της αγωγής δεν θα επαναφέρει τον ασθενή στην πρότερη κατάσταση. Επιπρόσθετα αυτές οι θεραπείες είναι κυρίως αποτελεσματικές σε υψηλές δόσεις. Στα μακροπρόθεσμα οφέλη των προαναφερθέντων φαρμάκων συγκαταλέγεται η καθυστέρηση στην ανάγκη εισαγωγής σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων. Ίσως αν η δονεπεζίλη χρησιμοποιείται για διάστημα 9 έως 12 μηνών πιθανόν να καθυστερήσει την εισαγωγή σε μονάδα φροντίδας για 20 μήνες. (Netter 2010). Παρά ταύτα η λειτουργική έκπτωση συνεχίζεται και θα πρέπει να έχει εξηγηθεί επιστάμενα στους ασθενείς και στις οικογένειες τους ποιες ρεαλιστικές απαιτήσεις πρέπει να έχουν από αυτά τα φάρμακα. Αυτή η θεραπεία σχετίζεται με μείωση των συμπεριφορικών προβλημάτων και μπορεί να μειώσει την ανάγκη κάποιων ασθενών για λήψη ηρεμιστικών. Ο προσδιορισμός της αποτελεσματικότητας των φαρμάκων αποτελεί πρόκληση. Όταν ο ασθενής λαμβάνει πια τη μέγιστη δόση, η επανεξέταση ανά έτος στα πλαίσια του μακροχρόνιου ελέγχου θα είναι ωφέλιμη.

Η πιο σημαντική πρόοδος στη θεραπεία της ΝΑ είναι η ανάπτυξη ουσιών σχεδιασμένων να αυξήσουν τη χολινεργική νευρομεταβίβαση. Οι νεότερες στρατηγικές παρεμπόδισης της διάσπασης της Ach στη συναπτική σχισμή έδωσαν ώθηση στην ανάπτυξη των αναστολέων της χολινεστεράσης. Οι αναστολείς αυτοί σχεδιάστηκαν για να αυξήσουν την ελαττωμένη Ach,

αναστέλλοντας το ένζυμο που φυσιολογικά αποδομούν την Ach στη συναπτική σχισμή. Νεότερες στρατηγικές στοχεύουν επιπρόσθετα στη χολινεργική ενδυνάμωση μέσω αλλοστερικής ενίσχυσης των νικοτινικών υποδοχέων.

Οι αναστολείς της χολινεστεράσης είναι η πιο καλά μελετημένη ομάδα ουσιών στη ΝΑ. Βελτιώνουν τα γνωστικά συμπτώματα και προσωρινά τουλάχιστον, μειώνουν το ρυθμό νοητικής έκπτωσης. Παρουσιάζουν ήπια ή μέτρια μεν, αλλά βεβαιωμένη από πολλές μελέτες αποτελεσματικότητα. Πράγματι, τα διεθνώς χρησιμοποιούμενα σήμερα στην καθημερινή κλινική πράξη αντιχολινεστερασικά φάρμακα επιτυγχάνουν σε ικανό ποσοστό ασθενών βελτίωση ή σταθεροποίηση της κατάστασης των γνωστικών λειτουργιών για 6-12 μήνες. (Giacobini 2000) Κατά μέσο όρο, σημειώνεται βελτίωση από την αρχική τιμή κατά 1-2 βαθμούς στην κλίμακα MMSE. Η βελτίωση αυτή είναι συνήθως περισσότερο εμφανής κατά το 2ο-4ο μήνα θεραπείας, ενώ αρκετοί ασθενείς εξακολουθούν να παραμένουν στα επίπεδα που βρίσκονται πριν από την έναρξη της θεραπείας, για περίπου 1 έτος μετά. Παράλληλα με τις γνωστικές λειτουργίες υπάρχει όφελος και στην ικανότητα επιτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων, στη συνολική λειτουργικότητα, αλλά και σε συμπεριφορικές και ψυχιατρικές παραμέτρους των ασθενών, ακόμα δε και στο βαθμό επιβάρυνσης των φροντιστών. Μετά το αρχικό αυτό διάστημα αρχίζει σταδιακή επιδείνωση, όμως το ευνοϊκό αποτέλεσμα (σε σχέση με το placebo) στις παραπάνω παραμέτρους μπορεί να παραμείνει για τουλάχιστον 1-2 χρόνια. Μετά από ενδεχόμενη διακοπή του φαρμάκου, το όφελος χάνεται σταδιακά μέσα σε περίπου 6 εβδομάδες, ενώ η επανέναρξη επαναφέρει το όφελος, αλλά σε βαθμό μικρότερο του αρχικού.

Τα φάρμακα αυτά είναι αναστρέψιμοι ή ψευδο-μη αναστρέψιμοι αναστολείς της χολινεστεράσης με δράση κυρίως στο ΚΝΣ. Η περιφερική τους δράση είναι μικρή, συνδέεται όμως με κάποιες «χολινεργικές» ανεπιθύμητες ενέργειες από την επίταση της δράσης του παρασυμπαθητικού, κυρίως όσον αφορά το γαστρεντερικό (ανορεξία, ναυτία, έμετος, διάρροια, κοιλιακά άλγη). Σπανιότερα, είναι δυνατό να εμφανιστούν μυϊκά συσφικτικά άλγη. (Moghul & Wilkinson 2001). Γενικά, οι προαναφερθείσες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ήπιες και τείνουν να είναι παροδικές και δόσοεξαρτώμενες. Εμφανίζονται πιο συχνά κατά την έναρξη της αγωγής ή την τιτλοποίηση. Βελτιώνονται ή υποχωρούν με παράλειψη μιας ενδιάμεσης δόσης ή με μείωση του δοσολογικού σχήματος ή με όσο το δυνατόν βραδύτερη τιτλοποίηση, ενώ αν απαιτηθεί, ειδικά η ναυτία και η αυξημένη κινητικότητα του γαστρεντερικού μπορούν να ανακουφιστούν με την περιφερικώς δρώσα αντίντοπαμινεργική ουσία δομπεριδόνη (Cilroton, 10 mg -qid, μισή ώρα

πριν από τα γεύματα), ενώ αντενδείκνυται η χορήγηση αντιχολινεργικών ουσιών. Πρόσφατες μελέτες για την επίδραση των αναστολών της ακετυλοχολινεστεράσης σε συμπτώματα συμπεριφοράς, και την καθημερινή διαβίωση δείχνουν ωστόσο ενθαρρυντικές. Η αποτελεσματικότητα τους δύχνει πιθανότερη σε άλλες μορφές άνοιας (π.χ. αγγειακή άνοια, άνοια με σωμάτια Lewy).

Στο ΚΝΣ, τα αντιχολινεστερασικά φάρμακα μπορεί να πυροδοτήσουν επιληπτικές κρίσεις, ιδίως σε ασθενείς με σχετικό ιστορικό και σπάνια να εμφανίσουν ή να επιτείνουν προϋπάρχουσα συγγυτικοδιέγερση ή εξωπυραμιδική συνδρομή. Λόγω των παραπάνω περιφερικών και κεντρικών δράσεων χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και ενδεχομένως αποφυγή χορήγησης σε ασθενείς με σύνδρομο νοσούντος φλεβοκόμβου, αρρυθμίες ή διαταραχές αγωγιμότητας πεπτικό έλκος, επιληπτικές κρίσεις, αποφρακτική ουροπάθεια, άσθμα και αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Επίσης, ενδέχεται να υπάρξει συνεργική δράση με ουσίες που έχουν χολινομιμητική δράση και με φάρμακα του τύπου της σουκινυλχολίνης σε ασθενείς που πρόκειται να χειρουργηθούν.

Έχουν γίνει προσπάθειες θέσπισης γενικώς παραδεκτών κανόνων που θα πρέπει να διέπουν τη θεραπεία της ΝΑ με αντιχολινεστερασικά φάρμακα. Τέτοιοι είναι αυτοί που συνοψίστηκαν από το National Institute of Clinical Excellence (NICE), που υπάγεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, της Μεγάλης Βρετανίας και περιλαμβάνουν τις εξής γενικές αρχές:

(α) Η διάγνωση της ΝΑ και η έναρξη θεραπείας με τα φάρμακα αυτά θα πρέπει να γίνεται από εξειδικευμένους γιατρούς (νευρολόγους ή ψυχιάτρους) και σύμφωνα με διεθνώς παραδεκτά διαγνωστικά κριτήρια (π.χ. NINDS – ADRDA, DSM IV, ICD-10 κ.τ.λ.)

(β) Πριν από την έναρξη της θεραπείας και 2-4 μήνες μετά, θα πρέπει να γίνεται εκτίμηση της κατάστασης των γνωστικών λειτουργιών, τουλάχιστον με την κλίμακα MMSE, αλλά και της γενικότερης λειτουργικότητας των ασθενών και των ενδεχόμενων διαταραχών της συμπεριφοράς. Αν υπάρχει βελτίωση ή σταθεροποίηση της κατάστασης, η αγωγή συνεχίζεται. Αν υπάρχει επιδείνωση, η αγωγή θα πρέπει να θεωρείται αναποτελεσματική και να διακόπτεται. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας γίνονται, με όσο το δυνατόν πληρέστερο σύνολο δοκιμασιών, συνεχείς επανεκτίμησης των γνωστικών λειτουργιών της συνολικής κατάστασης, των καθημερινών δραστηριοτήτων και της συμπεριφοράς, τουλάχιστον ανά 6 μήνες, ενώ επανεκτιμήσεις κλινικά και με το MMSE (Mini Mental State Examination) θα ήταν καλό να γίνονται συχνότερα, ιδίως κατά τη φάση της τιτλοποίησης, αλλά και μετέπειτα,

για καλύτερη παρακολούθηση της κατάστασης και των πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών της αγωγής.

(γ) Σύμφωνα με τα μέχρι τώρα δεδομένα, η αντιχολινεστερασική αγωγή ενδείκνυται σε ασθενείς, με άνοια ήπιας έως μέτριας βαρύτητας, δηλαδή $10-12 \leq \text{MMSE} \leq 25$. Όταν ο ασθενής τελικά φθάσει σε τιμή $\text{MMSE} = 12$, σύμφωνα με τις οδηγίες του NICE, η αγωγή θα πρέπει να διακόπτεται, γιατί δεν υπάρχει σαφής απόδειξη αποτελεσματικότητας σε τόσο προχωρημένες καταστάσεις και, επομένως, η σχέση οικονομικού κόστους και αποτελεσματικότητας γίνεται ασύμφορη. Το όριο αυτό των 12 βαθμών αμφισβητείται πλέον από πολλούς, καθώς υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι τα φάρμακα αυτά μπορεί να είναι αποτελεσματικά και στη μέτρια-σοβαρή νόσο. Οποιαδήποτε, πάντως, απόφαση για διακοπή της αγωγής θα πρέπει να λαμβάνεται μετά από συζήτηση με τον ασθενή ή τους φροντιστές του και ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείτε στενά, ώστε, αν υπάρξει επιδείνωση, η θεραπεία να ξαναρχίσει με τον ίδιο ή άλλο αναστολέα της χολινεστεράσης.

(δ) Είναι γενικά παραδεκτό ότι η έναρξη της θεραπευτικής αγωγής θα πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα και η θεραπεία να συνεχίζεται χωρίς διακοπές, διότι έτσι πιθανότατα μεγιστοποιείται το θεραπευτικό όφελος.

Η ριβαστιγμίνη (Exelon/novartis) διατίθεται σε κάψουλες (1, 5, 3, 4, 5 και 6 και 6 mg) και πόσιμο διάλυμα (2mg/ml). Η θεραπεία αρχίζει με 1,5mg (με το πρωινό και βραδινό γεύμα). Η δόση αυτή δεν είναι αποτελεσματική, αλλά είναι απαραίτητη για τη σταδιακή έναρξη της θεραπείας. Στη συνέχεια, ανά 4 εβδομάδες, γίνεται προοδευτική αύξηση στις κυρίως αποτελεσματικές δόσεις των 3 mg , 4,5 mg και τελικά 6 mg , που είναι και η μέγιστη συνιστώμενη δόση. Και εδώ χρησιμοποιείται η μέγιστη ανεκτή δόση, δηλαδή αν σε κάποιο δοσολογικό σχήμα εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες, επιστρέφουμε στο αμέσως προηγούμενο σχήμα που ήταν καλά ανεκτό (αν και μετά από 6-8 εβδομάδες μπορεί να ξαναεπιχειρηθεί αύξηση της δόσης). Όπως και στους άλλους αναστολείς της χολινεστεράσης, οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι περισσότερες κατά τη διάρκεια της τιτλοποίησης, αλλά μειώνονται στη φάση της συντήρησης, ενώ η βραδεία τιτλοποίηση βελτιώνει την ανοχή.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του φαρμάκου διέρχεται τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και εισέρχεται στο ΚΝΣ, όπου προκαλεί ψευδομη-αναστρέψιμη αναστολή της χολινεστεράσης, που διαρκεί περίπου 10 ώρες, πολύ περισσότερες από το χρόνο παραμονής της στο πλάσμα (ημιπερίοδος ζωής 2 ώρες). Η πρωτεϊνική δέσμευση είναι χαμηλή (40%). Η ριβαστιγμίνη

διασπάται από την ίδια τη χολινεστεράση και το προϊόν της διάσπασης απεκκρίνεται ουσιαστικά μόνο από τους νεφρούς, χωρίς να υπάρχει πρακτικά και καμία αλληλεπίδραση με το ηπατικό κυτόχρωμα P450. Έτσι, δεν υπάρχουν σημαντικές φαρμακευτικές αλληλεπιδράσεις και μπορεί να γίνει ασφαλής συγχόρηση με τουλάχιστον 22 κατηγορίες φαρμάκων, όπως αντιελκωτικά, αντιδιαρροϊκά, αντιεμετικά, αντιβιοτικά, αντιδιαβητικά, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, οιστρογόνα, βενζοδιαζεπίνες, αναστολείς διαύλων ασβεστίου, διουρητικά, νιτρώδη, β-αναστολείς, καρδιακές γλυκοσίδες, βαρφαρίνη κ.ά.. (Grossberg et al. 2000). Αναστέλλει και την AChE και τη BuChE. Στο ΚΝΣ κατανέμεται εκλεκτικά στον ιππόκαμπο και στο φλοιό, δηλαδή στις κυρίως προσβεβλημένες περιοχές του εγκεφάλου και λιγότερο σε άλλες περιοχές, όπως το στέλεχος. Επιπλέον, η ριβαστιγμίνη είναι εκλεκτικός αναστολέας της μορφής G1 της AChE, χαρακτηριστικό που ενδεχομένως να έχει κάποια σημασία, καθώς στον εγκέφαλο των ασθενών με ΝΑ η αναλογία G1/G4 αυξάνει, ενώ στη νευρομυϊκή σύναψη η κύρια μορφή είναι η G4.

Για τους παραπάνω λόγους, έχει υποστηριχθεί ότι το φάρμακο αυτό ενδεχομένως παρουσιάζει μεγαλύτερη κλινική αποτελεσματικότητα, λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες από επίδραση σε άλλες περιοχές του εγκεφάλου (π.χ. ανεπιθύμητες ενέργειες εξωπυραμιδικού τύπου) και απουσία επίδρασης στο μυϊκό ιστό, σε σχέση με άλλα φάρμακα της κατηγορίας. Εν ολίγοις, η ριβασταγμίνη είναι αρκετά ανεκτή και ασφαλής για να χορηγηθεί με ασφάλεια σε άτομα με ΝΑ με πολλαπλά συνωδά νοσήματα και την επακόλουθη πολυφαρμακία.

Δονεπεζίλη (Aricept/Pfizer) διατίθεται σε δισκία των 5 και 10 mg. Αρχικά, χορηγείται στην κλινικά αποτελεσματική δόση των 5 mg μία φορά την ημέρα (κάθε βράδυ με το φαγητό). Μετά από 4-6 εβδομάδες η δόση μπορεί να αυξηθεί σε 10 mg εφάπαξ το βράδυ, που τείνει να είναι πιο αποτελεσματική από τα 5 mg. Το φάρμακο είναι πολύ καλά ανεκτό. Στα 5 mg, τα ποσοστά ανεπιθύμητων ενεργειών είναι παρόμοια με αυτά του placebo. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς ανέχονται ικανοποιητικά την αύξηση της δόσης, εφόσον αυτή γίνει μέσα σε 4-6 εβδομάδες, αν όμως εμφανιστούν ανεπιθύμητες ενέργειες επιστρέφουμε πάλι στα 5 mg/d και, αν κριθεί απαραίτητο, ξαναεπιχειρούμε αύξηση της δόσης μετά από άλλες 6-8 εβδομάδες. Με μια τέτοια βραδεία αύξηση της δόσης, τα ποσοστά των ανεπιθύμητων ενεργειών ακόμα και στα 10 mg μειώνονται πολύ ή και ενδέχεται να γίνονται συγκρίσιμα με εκείνα του placebo. (Ballard et al. 2007)

Το φάρμακο χαρακτηρίζεται από υψηλή πρωτεϊνική δέσμευση, μακρά ημιπερίοδο ζωής και επίτευξη σταθερής κατάστασης σε 3 βδομάδες. Μεταβολίζεται από το ήπαρ (κυρίως

CYP2D6 και CYP3A4) και αποβάλλεται (αυτούσιο ή οι μεταβολίτες) κυρίως από τους νεφρούς, ενώ συνήθως δεν απαιτείται ιδιαίτερη μεταβολή της δόσης σε ασθενείς με νεφρική, ή ήπια έως μέτρια ηπατική ανεπάρκεια. Δεν αλληλεπιδρά με τη θεοφυλλίνη, τη διζοξίνη, τη σιμετιδίνη, τη βαρφαρίνη και την L-dopa. Όμως, η κινιδίνη, η κετοκοναζόλη, η ιτρακοναζόλη, η ερυθρομυκίνη και η φλουοξετίνη μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα της δονεπεζίλης, ενώ η ριφαμπικίνη, η φαινυτοΐνη και η καρβαμαζεπίνη μπορεί να τα ελαττώσουν. Επιπλέον, μπορεί να υπάρξει συνεργική δράση με τους β-αναστολείς. Η δονεπεζίλη είναι εκλεκτικός αναστολέας της AChE με εξαιρετικά μεγαλύτερη ειδικότητα για τον εγκεφαλικό ιστό και θεωρείται ότι, εν μέρει, σ' αυτό οφείλεται το μικρότερο ποσοστό ανεπιθύμητων ενεργειών της σε σχέση με άλλα φάρμακα της κατηγορίας. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις από πειραματόζωα ότι προκαλεί αύξηση της συγκέντρωσης των νικοτινικών υποδοχέων (nAChR) στο νεοφλοιό και τον ιππόκαμπο, ευνοεί την πλαστικότητα των συνάψεων και ευοδώνει την παρατεταμένη ενίσχυση της μετασυναπτικής διέγερσης (Long Term Potentiation, LTP) στον ιππόκαμπο. Η δονεπεζίλη προκαλεί αναστρέψιμη αναστολή της AChE, που διαρκεί > 70 ώρες και σε συνδυασμό με το μεγάλο χρόνο παραμονής της στο πλάσμα (70 ώρες ημιπερίοδος ζωής) επιτρέπει τη χορήγηση του φαρμάκου μία φορά ημερησίως. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την απουσία ανάγκης για τιτλοποίηση, θέτει το σκεύασμα σε πλεονεκτική θέση ως προς την ευκολία χορήγησης.

Γκαλανταμίνη (Reminyl / Janssen – Cilag) διατίθεται σε δισκία (4, 8, 12 mg) και πόσιμο διάλυμα (4mg/mL). Χορηγείται αρχικά σε δόση 4 mg . Η δόση αυτή δεν είναι κλινικά αποτελεσματική, είναι όμως απαραίτητη για τη σταδιακή έναρξη της θεραπείας. Ακολουθεί ανά 4-6 εβδομάδες αύξηση της δόσης σε 8 mg και τελικά σε 12 mg , που είναι και η ανώτερη δόση. Η γκαλανταμίνη παρουσιάζει διπλό μηχανισμό δράσης. Είναι ασθενής αναστολέας της AChE, αλλά ταυτόχρονα -και κυρίως- ενεργοποιεί αλλοστερικά τους προσυναπτικούς η AChR και ιδιαίτερα τους $\alpha 7$ και $\alpha 4\beta 2$, ενισχύοντας τη χολινεργική νευρομεταβίβαση. (Current 2001). Δεδομένου ότι προσυναπτικά η AChR υπάρχουν τόσο σε χολινεργικούς όσο και σε άλλους νευρώνες, η ενεργοποίηση αυτή ενδέχεται να ασκεί μια γενικότερη ευνοϊκή επίδραση και σε άλλα νευρομεταβιβαστικά συστήματα (GABA, γλουταμινικού, σεροτονίνης, νορεπινεφρίνης), που επίσης εκφολίζονται στη ΝΑ και εμπλέκονται στα συμπεριφορικά-ψυχιατρικά συμπτώματα της νόσου. Ως αναστολέας της AChE, προκαλεί αναστρέψιμη ανταγωνιστική αναστολή αυτής. Δεδομένου ότι οι ανταγωνιστικοί αναστολείς δρουν κυρίως σε χαμηλές συγκεντρώσεις AChE, κάτι που παρατηρείται στη ΝΑ, έχει προταθεί ότι με τον τρόπο αυτό ενδεχομένως ενισχύεται η

σχετικά ασθενής αντιχολινεστερασική δράση της. Επίσης, η γκαλανταμίνη προκαλεί αύξηση της συγκέντρωσης των AChR στο νευροφλοιό και τον ιππόκαμπο. Ευνοεί την πλαστικότητα των συνάψεων και επιτείνει την LTP στον ιππόκαμπο. Η γκαλανταμίνη είναι καλά ανεκτό φάρμακο και, με βραδεία τιτλοποίηση (ανά 4 τουλάχιστον εβδομάδες), οι ανεπιθύμητες ενέργειες ελαττώνονται, ενώ σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες που να οδηγούν σε διακοπή της θεραπείας μπορεί να φθάνουν σε ποσοστό συγκρίσιμο με εκείνο του placebo. Φαίνεται επίσης ότι τα μυικά συσφικτικά άλγη και οι διαταραχές του ύπνου εμφανίζονται σε ποσοστά συγκρίσιμα μ' αυτά του placebo.

Ο μεταβολισμός της γκαλανταμίνης είναι ηπατικός (C4P2D6 και CYP3A4), ενώ η απέκκριση του αναλλοίωτου φαρμάκου ή των μεταβολιτών γίνεται κυρίως από τους νεφρούς. Σε ήπια ή μέτρια ηπατική ανεπάρκεια απαιτείται προσοχή και έναρξη της δόσης με 4 mg qd (quaque die- καθημερινά). Μετά από μία εβδομάδα χορηγούνται 4 mg και μετά από 6 εβδομάδες η δόση μπορεί να αυξηθεί μέχρι τα 8 mg . Σε ήπια-μέτρια νεφρική ανεπάρκεια συνήθως απαιτείται μείωση της ημερήσιας χορηγούμενης δόσης κατά 8 mg. Σε σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια (κάθαρση κρεατινίνης < 9 mL/min) και σε σοβαρή ηπατική ανεπάρκεια το φάρμακο αντενδείκνυται. Υπάρχει ασφαλής συγχορήγηση με αρκετά φάρμακα, όπως π.χ. με διγοξίνη και βαρφαρίνη. Όμως, μπορεί να σημειωθεί φαρμακευτική αλληλεπίδραση με αναστολείς του CYP2D6 (π.χ. φλουοξετίνη, παροξετίνη, φλουβοξαμίνη κ.ά) και του CYP3A4 (κετοконаζόλη, ερυθρομυκίνη κ.α) απαιτώντας μείωση της ημερήσιας δόσης κατά 8 mg.

Η μεμαντίνη είναι ανταγωνιστής του υποδοχέα της N-μέθυλο-D-ασπαρτάσης, έχει εγκριθεί για χρήση σε ασθενείς με μέτρια έως σοβαρή NA. Αυτό το φάρμακο μπορεί να επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου, δεδομένου του τρόπου δράσης του και είναι αρκετά υποσχόμενο σε συνδιασμό με αναστολείς της χολιναστεράσης. Η υπερδιέγερση των υποδοχέων NMDA από τον νευροδιαβιβαστή γλουταμικό μπορεί να συμμετέχει στην εμφάνιση της NA. Το φάρμακο αυτό αναστέλλει την παραγωγή υπερβολικών ποσοτήτων γλουταμικού, που μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στα νευρικά κύτταρα. (Ignatavicius & Workman 2008). Διατίθεται σε δισκία των 10 mg. Η θεραπεία αρχίζει με 5 mg μια φορά την ημέρα για την πρώτη εβδομάδα και μετά με 5 mg για άλλη μία εβδομάδα. Στη συνέχεια, με εβδομαδιαίες αυξήσεις κατά 5 mg, φθάνουμε στη μέγιστη δόση των 10 mg.

Πέραν της φαρμακολογίας στο θέμα της αντιμετώπισης προκύπτουν θέματα συμβουλευτικής προς τους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Η συμβουλευτική είναι ένα από τα

κύρια θέματα σε τέτοιες περιπτώσεις. Θα πρέπει να τονιστεί αρχικά η προσοχή των ασθενών με ΝΑ σε θέματα ασφάλειας. Αυτά αφορούν την επίβλεψη στη λήψη της φαρμακευτικής αγωγής (σωστό φάρμακο, σωστή ώρα, σωστή δόση), την οικονομική διαχείριση, την οδήγηση ακόμα και την αποφυγή κινδύνων πυρκαγιάς, από απρόσεχτες συμπεριφορές στην κουζίνα ή και ξεχασμένα φαγητά στο γκάζι. Δραστηριότητες, τις οποίες οι πιο πολλοί ασθενείς είναι απρόθυμοι να εγκαταλείψουν τον έλεγχο τους, προκαλώντας απογοήτευση και διαφωνίες ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Στις διαταραχές της συμπεριφοράς χορηγούνται ανάλογα τα πιο κάτω. Στην κατάθλιψη, που μπορεί να αντιμετωπιστεί με αντικαταθληπτικά, κατά προτίμηση με αυτά που έχουν ήπια αντιχολινεργική δράση. Η αϋπνία και η νυχτερινή περιπλάνηση δύναται να ελεγχθούν με βραχίας δράσης βενζοδιαζεπίνες. Το άγχος, η αναστάτωση, η παραλληληματικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν με αγχολιτικά και νευροληπτικά φάρμακα.

Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό αποτελούν τα θέματα εξουσιοδότησης και αντιπροσώπευσης, τα οποία είναι αναγκαίο να ρυθμιστούν όσο το δυνατόν νωρίτερα. Δηλαδή από ποιον θα λαμβάνονται οι αποφάσεις για τον ασθενή, όταν ο ασθενής δεν θα είναι σε θέση να το κάνει. Ένα άλλο θέμα το οποίο προκύπτει από την ολόημερη φροντίδα που παρέχουν οι συγγενείς των ασθενών αφορά τη δική τους ψυχική υγεία και σωματική εξάντληση. Οι φροντιστές θα πρέπει να παραπέμπονται σε αντίστοιχες ομάδες υποστήριξης και να τους χορηγείται κατάλληλη βιβλιογραφία για να εξοικειωθούν με την νόσο, όπως έχει λεχθεί. Το θέμα της μεταφοράς του ασθενούς σε ειδική μονάδα φροντίδας, χρειάζεται επίσης να συζητηθεί πριν η κατάστασή του ξεφύγει από κάθε έλεγχο. Συχνά οι οικογένειες μπορούν να αποφύγουν τέτοιες καταστάσεις προνοώντας για τις ανάγκες του ασθενούς. Σε επόμενα κεφάλαια αναφέρεται και αναλύεται η αξιολόγηση της καθημερινής διαβίωσης και της μη φαρμακευτικής αντιμετώπισης κυρίως από τους νοσηλευτές, οι ασθενείς που χρίζουν μεγαλύτερης επίβλεψης πρέπει να παραπεμφθούν σε ολόημερα κέντρα φροντίδας για να μειωθεί το φορτίο που φέρουν οι φροντιστές τους. Έτσι ώστε να προσφερθεί στον ασθενή ένα καλό κοινωνικό περιβάλλον. Πολλοί διστάζουν στην ιδέα αλλά και αρκετοί νιώθουν ικανοποιημένοι, μόλις εξοικειωθούν με τα κέντρα αυτά. Η εγκατάσταση των ασθενών σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων είναι μια συχνή περίπλοκη και τρομαχτική ιδέα εφόσον εξεταστούν έγκαιρα πολλές μονάδες φροντίδας και επιλεγεί εκ των προτέρων αυτή που θα ικανοποιεί καλύτερα τις ανάγκες του ασθενούς, η μετάβαση αυτή γίνεται πιο εύκολη τόσο για τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειες τους.

Αρκετοί βέβαια επιλέγουν να φροντίζουν τους αγαπημένους τους στο σπίτι μέχρι το τέλος. Αυτό είναι βασικό εφόσον ο ασθενής παρακολουθείται κατάλληλα και με ασφάλεια.

7.1. Μη φαρμακευτική θεραπεία

Η αντιμετώπιση της νόσου επιβάλλει κατ' αρχήν τη φαρμακευτική θεραπεία, αλλά λόγω της ποικιλομορφίας των συμπτωμάτων σημαντικό ρόλο κατέχουν και συνεχώς απαιτούν και οι μη φαρμακευτικές θεραπείες. Αυτές διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: (α) στις θεραπείες που απευθύνονται στον ίδιο τον ασθενή και (β) στις παρεμβάσεις που απευθύνονται στους φροντιστές του ασθενούς. Οι βασικές μη φαρμακευτικές θεραπείες που απευθύνονται στον ίδιο τον ασθενή είναι η ατομική ψυχοθεραπεία, η ομαδική ψυχοθεραπεία, η γνωστική θεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις. Οι βασικές παρεμβάσεις που απευθύνονται στους φροντιστές του ασθενούς είναι η ενημέρωση και εκπαίδευση και η οικογενειακή θεραπεία και συμβουλευτική.

Για τους γιατρούς οι οποίοι είναι ειδικευόμενοι στις άνοιες (νευρολόγοι, γηρύατροι ή ψυχίατροι) καθώς και για τους ψυχολόγους, οι μη φαρμακευτική θεραπεία είναι αποτελεσματικές θεραπείες για μία ποικιλία συμπτωμάτων άνοιας. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων χρόνων, οι θεραπείες αυτές έχουν αποδείξει (με μεθόδους παρεμφερείς με τις μελέτες των φαρμάκων) ότι μπορούν να βελτιώσουν την ψυχική διάθεση των ασθενών και των περιθαλπόντων τους, ώστε να επιτύχουν για τον ασθενή την καθυστέρηση της εισαγωγής σε οίκο ευγηρίας και τη μείωση του επακόλουθου κόστους. Επιτυγχάνουν τη βελτίωση της γενικής κατάστασης της υγείας και μειώνουν τη λήψη φαρμάκων από τους ασθενείς και τους περιθάλποντες. Μία άλλη θετική επίδραση είναι η μείωση του αντιληπτού φορτίου ή της κατάθλιψης των περιθαλπόντων. Αυτό φαίνεται να συμβαίνει για αρκετούς λόγους, όπως για παράδειγμα μείωση της συχνά συνοδού 'διακεκόμενης' συμπεριφοράς. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες μία μεγάλη ποικιλία μη φαρμακευτικής θεραπείας έχουν εμφανισθεί. Μερικές από αυτές τις θεραπείες έχουν ήδη αποδείξει την αξία τους, με προγράμματα υποστήριξης περιθαλπόντων, με διάφορα είδη νοητικών και συμπεριφερολογικών παρεμβάσεων, καθώς και αρκετούς τύπους χειρισμού του περιβάλλοντος. Εκτός αυτού υπάρχουν μη φαρμακευτικές θεραπείες οι οποίες πρέπει να αποδείξουν την αποτελεσματικότητά τους. Αυτή είναι η περίπτωση των ψυχοκινητικών παρεμβάσεων, της μουσικοθεραπείας, θεραπείας επικύρωσης ή θεραπείας αναμνήσεων. Είναι

σημαντικό να τονιστεί το γεγονός ότι λέγοντας ότι πρέπει να αποδείξουν την αποτελεσματικότητά τους δεν σημαίνει ότι δεν είναι αποτελεσματικές, αλλά απλώς υπάρχει ακόμη έλλειψη ικανοποιητικών αποδείξεων.

Είναι απαραίτητο να γίνει κοινωνική και επαγγελματική ενημέρωση για τις ΜΦΘ. Αλλά είναι απαραίτητο μόνο ως προς την ενημέρωση, καθώς στην πραγματικότητα οι ΜΦΘ αποτελούν ήδη την πλέον διαδεδομένη 'de facto' θεραπεία: προγράμματα υποστήριξης περιθαλπόντων, θεραπείες στα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και στους οίκους ευγηρία, χειρισμός συμπεριφοράς κ.α. Προς το παρόν, το κοινωνικό και οικονομικό βάρος των ΜΦΘ έχει φθάσει σε σημαντικές διαστάσεις μέσω διαφόρων ειδών προγραμμάτων σε υπηρεσίες ημερήσιας φροντίδας, προγραμμάτων αναβολής προγραμμάτων οίκων ευγηρίας κ.α. Αλλά καθώς οι οικονομικές πηγές οι οποίες είναι επενδυμένες στο μάρκετινγκ της φαρμακολογικής προσέγγισης είναι ασυναγώνιστες, η κοινωνική ενημέρωση του τεράστιου βάρους και δυναμικού των ΜΦΘ δεν θα μπορούσε να αναπτυχθεί ως μια άμεση και ήδη διαθέσιμη ανακουφιστική λύση. Από την άλλη πλευρά, τίποτα δεν μπορεί να επαναπροσεγγιστεί τη φαρμακευτική βιομηχανία, το αντίθετο. Όλες οι εταιρίες οι οποίες έχουν εμπλακεί στη θεραπεία των διαφόρων μορφών άνοιας έχουν κατανοήσει, μαζί με τους περισσότερους ειδικούς, ότι προς το παρόν πολλές άριστες θεραπείες μπορούν να συνίστανται σε ένα συνδυασμό φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών μεθόδων. Για της φαρμακευτικές θεραπείες για τη νόσο Alzheimer, γίνονται επενδύσεις εκατομμυρίων δολαρίων στην έρευνα και το μάρκετινγκ. Η δυνατότητα να κατοχυρωθεί η ευρεσιτεχνία ενός μορίου και η νόμιμη εγγύηση ότι είναι ικανό να ανταποδώσει τις επενδύσεις, ευνοεί το γεγονός ότι οι κύριες φαρμακευτικές εταιρίες επενδύουν σε θεραπείες της νόσου Alzheimer.

Αντίθετα στην περίπτωση των ΜΦΘ η έρευνα αποτελεί «ανέκδοτο». Καθώς από την φύση τους οι ΜΦΘ είναι βασισμένες στην ανθρώπινη αλληλεπίδραση, είναι αδύνατον να κατοχυρωθούν ως ευρεσιτεχνία. Η έλλειψη βιομηχανικού ενδιαφέροντος, τις οδηγεί σε μία κατάσταση στην οποία ιστορικά έχουν τοποθετηθεί στο περιθώριο, λόγω της έλλειψης ισχυρών κλινικών αποδείξεων. Παρόλα αυτά τα τελευταία χρόνια, η κατάσταση αυτή έχει αρχίσει να αλλάζει: μερικά φιλανθρωπικά ιδρύματα, διάσπαρτα σε όλη την υφήλιο έχουν αρχίσει να ξεοδεύουν κάποια κονδύλια στην έρευνα της αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων.

Η μη φαρμακευτική προσέγγιση ακολουθεί ορισμένες βασικές αρχές:

- Η γνωστική θεραπεία βελτιώνει τις νοητικές ικανότητες, τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, τις λειτουργικές διαταραχές και την εκτίμηση της αυτοαποτελεσματικότητας.
- Συνδυασμός γνωστικής θεραπείας των ασθενών και συμβουλευτικής των συγγενών.
- Η παρέμβαση πρέπει να είναι δομημένη και προσαρμοσμένη στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενούς και τις υπάρχουσες δεξιότητες του.

Θεραπευτικά προγράμματα:

Τα θεραπευτικά προγράμματα εφαρμόζονται κυρίως στα κέντρα ημέρας της εταιρίας, τα οποία παρακολουθεί ο ασθενής για μια ή περισσότερες φορές την εβδομάδα. Σκοπός αυτών των προγραμμάτων, εκτός της αποκατάστασης, είναι να παρέχουν στους περιθάλποντες μια στιγμή ξεκούρασης από τις ευθύνες και το στρες της καθημερινότητας. Τα θεραπευτικά προγράμματα, όμως δεν απευθύνονται μόνο στους ασθενείς, αλλά υπάρχουν ειδικά σχεδιασμένα και για τους περιθάλποντες.

Θεραπευτικά προγράμματα για ασθενείς με ΝΑ:

- Γνωστικές ασκήσεις μνήμης και προσοχής
- Πρόκληση ευχάριστων αναμνήσεων
- Χαλάρωση
- Προσανατολισμός στην επικαιρότητα, τον χρόνο και το χώρο
- Γνωστική κινησιοθεραπεία
- Γυμναστική
- Φυσιοθεραπεία
- Μουσικοθεραπεία
- Η ατομική ψυχοθεραπεία
- Η ομαδική ψυχοθεραπεία
- Θεραπεία συμπεριφοράς
- Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Θεραπεία προγράμματος για περιθάλποντες:

- Ομαδική ψυχοθεραπεία και συμβουλευτική
- Ατομική ψυχοθεραπεία
- Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

- Χαλάρωση
- Γυμναστική κ.α.
- Ενημέρωση
- Εκπαίδευση

Η άνοια είναι ένα κλινικό σύνδρομο με σοβαρές κοινωνικές και ψυχολογικές παραμέτρους. Για το λόγο αυτόν, η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της καταλαμβάνει σημαντική θέση στη συνολική θεραπευτική προσέγγιση. Οι μη φαρμακευτικές προσεγγίσεις για τη θεραπεία της ΝΑ έχουν αντιμετωπιστεί μέχρι σήμερα με αρκετή απαισιοδοξία και αμφισβήτηση για την αποτελεσματικότητά τους. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη μικρή έμφαση που έχει δοθεί στο χειρισμό και στη διατήρηση των ενεργών γνωστικών λειτουργιών και στη συχνά διστακτική στάση ως προς την επένδυση υποστηρικτικών κοινωνικών δομών, που είναι απαραίτητες για την εφαρμογή των μη φαρμακευτικών θεραπειών.

Τα τελευταία χρόνια, ολοένα και περισσότερο επιτείνονται οι προσπάθειες για την ανάπτυξη, την εξέλιξη και την ευρύτερη εφαρμογή των θεραπειών αυτών (ψυχοθεραπεία, συμπεριφορικές θεραπείες, περιβαλλοντικές παρεμβάσεις, μουσικοθεραπεία, προγράμματα αποκατάστασης). Η εξέλιξη αυτή έχει συνδεθεί με την καλύτερη κατανόηση της δομής και της λειτουργίας των γνωστικών ικανοτήτων και της αυτόνομης λειτουργίας του ατόμου.

Η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας δεν είναι εύκολη υπόθεση και δεν είναι προφανές ότι μια μοναδική προσέγγιση θα έχει το επιθυμητό αποτέλεσμα για έναν ασθενή. Ορισμένοι ανοϊκοί ασθενείς θα μπορούσαν να μένουν στο σπίτι με ένα λιγότερο ή περισσότερο εκτεταμένο υποστηρικτικό δίκτυο, ενώ άλλοι θα μπορούσαν να επωφεληθούν από θεσμοθετημένες δομές, που εφαρμόζουν εντατικές μεθόδους αποκατάστασης.

Ασφαλώς, είναι κατανοητό ότι δεν μπορούμε να μειώσουμε το αίσθημα αβοηθησίας του ανοϊκού ασθενούς στο τελευταίο στάδιο της νόσου. Όμως, η υποστηρικτική ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση της οικογένειας ή του προσωπικού θα ήταν δυνατό να μειώσει το αίσθημα αυτό, γεγονός που θα συνέβαλε στη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς.

Ο θεραπευτής που θα εφαρμόσει μια μορφή μη φαρμακευτικής θεραπείας, η οποία μπορεί να είναι οικογενειακή ή ομαδική ψυχοθεραπεία ασκήσεις μνήμης ή άλλων γνωστικών δεξιοτήτων και αποκατάστασης, θα πρέπει να έχει πάντα υπόψη του ότι τις περισσότερες φορές τα μέλη της οικογένειας, οι φροντιστές, θα παίζουν το ρόλο του θεραπευτή. Κατά

συνέπεια, ο καθησυχασμός, η ενημέρωση, η εκπαίδευση και η συμβουλευτική του φροντιστή αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο των μη φαρμακευτικών θεραπειών.

Ο προσδιορισμός ρεαλιστικών στόχων και η σταθερή θεραπευτική συμμαχία μεταξύ των φροντιστών και της θεραπευτικής ομάδας θα συμβάλλει καθοριστικά στον καλύτερο χειρισμό και τη φροντίδα του ασθενούς και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, τόσο του ασθενούς, όσο και του φροντιστή.

Βεβαίως, η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εστιαστεί περισσότερο στην ακριβή εκτίμηση των ειδικών αναγκών ασθενών και φροντιστών και στην αξιολόγηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, τα οποία δεν είναι γενικά διαθέσιμα και η πραγματοποίησή τους απαιτεί ειδική οργάνωση και εκπαίδευση του ανάλογου προσωπικού. Η ευρύτερη χρήση τέτοιων προγραμμάτων θα παράσχει περισσότερα στοιχεία και θα διαφωτίσει πληρέστερα την αποτελεσματικότητά τους, ειδικά όσον αφορά τη διαχρονική τους αποτελεσματικότητα και την επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής του ασθενούς και του φροντιστή. Εξάλλου, θα ήταν ενδιαφέρουσες και οι μελέτες σχετικά με το κόστος και τα αποτελέσματα των συμπεριφορικών παρεμβάσεων και της τροποποίησης του περιβάλλοντος φροντίδας.

Χωρίς αμφιβολία, το αντικείμενο της μη φαρμακευτικής αντιμετώπισης της ΝΑ χρειάζεται να διερευνηθεί πολύ περισσότερο και να εκτιμηθεί σε συνδυασμό με το μοντέλο της φαρμακευτικής θεραπείας, το στάδιο της νόσου, το οικοσύστημα στο οποίο λαμβάνει χώρα η θεραπεία και το προσδοκώμενο αποτέλεσμα. Η ολιστική αυτή θεώρηση πιστεύουμε ότι θα συμβάλλει καθοριστικά στην ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, γεγονός που αποτελεί και τον απώτερο στόχο αυτής της προσπάθειας

Δεύτερο Μέρος

Κεφάλαιο 8^ο

8. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη Νόσο Alzheimer

Μέσα από την ιστορική αναδρομή της νοσηλευτικής περίθαλψης γίνεται άμεσα κατανοητό, ότι όσο ο άνθρωπος εντασσόταν σε κοινωνικά σύνολα, τόσο πιο πολύ φρόντιζε για την περίθαλψη των ασθενών, των αβοήθητων και των γεροντότερων. (DeWit 2001). Οι βασικές αρχές της νοσηλευτικής τέθηκαν από τη Florence Nightingale, η οποία μεριμνούσε για την καθαριότητα των θαλάμων, προσπαθούσε να βελτιώνει τον εξαιρισμό, την υγιεινή των αποχετεύσεων και τη διατροφή των ασθενών και τραυματιών κατά τη διάρκεια του πολέμου της Κριμαίας.

Οι ανάγκες της σύγχρονης κοινωνίας δημιούργησαν νόμους και κανόνες που διέπουν τη σύγχρονη νοσηλευτική πρακτική. Οι κανόνες της άσκησης του επαγγέλματος που τέθηκαν το 1991 από την Ένωση Αμερικανών Νοσηλευτών για την Κλινική Νοσηλευτική πρακτική, προστατεύουν τον νοσηλευτή, τον ασθενή και το νοσηλευτικό ίδρυμα, όπου παρέχονται οι υπηρεσίες της νοσηλευτικής φροντίδας.(DeWit 2001) Διάφοροι ακαδημαϊκοί της Νοσηλευτικής έχουν αναπτύξει θεωρίες για την Νοσηλευτική επιστήμη, εφαρμοσμένες σε συγκεκριμένο πλαίσιο πρακτικής, οι οποίες έχουν διαφορετικούς στόχους. Για να επιτευχθούν οι στόχοι της νοσηλευτικής, οι οποίοι είναι η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη της ασθένειας, η προσπάθεια αντιμετώπισης της ασθένειας και τέλος η αποκατάσταση της υγείας, εφαρμόζονται όσο το δυνατόν περισσότερο τα θεωρητικά νοσηλευτικά μοντέλα που ταιριάζουν με την κάθε περίπτωση. Η επίτευξη των προαναφερθέντων στόχων γίνεται αφού ο κλινικός νοσηλευτής αναλάβει το ρόλο του ατόμου που προσφέρει φροντίδα, του εκπαιδευτή, του συνεργάτη και του συνηγόρου. Οι δεξιότητες στην παροχή φροντίδας θεωρούνται παρεμβάσεις, οι οποίες στοχεύουν στην αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας. Οι παρεμβάσεις αυτές είναι ενέργειες που πραγματοποιούνται με σκοπό τη βελτίωση, τη διατήρηση ή αποκατάσταση της υγείας ή την πρόληψη της ασθένειας. Στην ανά χείρας εργασία διαφαίνεται η διατήρηση της κατάστασης του ατόμου ως έχει, μιας και είναι δύσκολη η εκ των προτέρων πρόληψη ή και αποκατάσταση της ασθένειας.

Τα προσόντα που χρειάζεται να έχει ο νοσηλευτής γενικότερα και ειδικότερα όσο αφορά την φροντίδα ατόμων με ΝΑ αναφέρονται πιο κάτω. Αρχικά χρειάζεται να κατέχει μια γενική επιστημονική κατάρτιση, και συγκεκριμένα ειδικές νοσηλευτικές γνώσεις στις διαταραχές μνήμης και νόησης. Οι έμφυτες ικανότητες επαφής με ηλικιωμένους ασθενείς λόγω της συχνότητας αλληλοεξαρτώμενης επικοινωνίας, αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα κριτήρια και προσόντα που απαιτείται να έχει ο νοσηλευτής. Επίσης η αυξημένη ικανότητα να παρατηρεί καθημερινά τον άρρωστο μέσα στο οποιοδήποτε θεραπευτικό περιβάλλον αποτελεί πλεονέκτημα. Πρέπει να αναγνωρίζει ανεπαίσθητες αλλαγές συμπεριφοράς που δείχνουν ιδιαίτερες ψυχικές καταστάσεις ή μεταβολές προσωπικότητας. Όπως έχει βέβαια προαναφερθεί η αναγνώριση των πρώιμων σταδίων της νόσου είναι αρκετά δύσκολη υπόθεση αλλά και η εναλλαγή των σταδίων και των χαρακτηριστικών που παρουσιάζει ο ασθενής ακόμα πιο πολύπλοκη διαδικασία. Όπως γίνεται πάντα οι σωστές διαπροσωπικές σχέσεις με τον άρρωστο, που θα αναπτύσσονται σε κλίμα αγάπης, κατανόησης και σεβασμού συνδυάζονται με την ικανότητα θετικής χρησιμοποίησης της προσωπικότητας του (DeWit 2001).

Η δυνατότητα προγραμματισμού σε όλους τους ρόλους που καλείται να «παιξει» ο νοσηλευτής, όπως επίσης η ικανότητα σωστής αξιολόγησης των αντιδράσεων του αρρώστου και η ετοιμότητα αντιμετώπισης μη φυσιολογικών αντιδράσεων του ασθενούς εμπίπτουν στο καθημερινό σχέδιο φροντίδας. Πρέπει να έχει υπομονή όταν συζητά με τον άρρωστο, να τον ακούει με προσοχή και ενδιαφέρον, με σκοπό να μειώσει την απόσταση μεταξύ νοσηλευτή και αρρώστου. Με αυτό τον τρόπο παίρνει τις πληροφορίες που χρειάζεται, μαθαίνει τα μυστικά του και γνωρίζει τον κόσμο και το περιβάλλον του αρρώστου. Ακόμα γνωρίζει τις σκέψεις του, τα αισθήματα του και με αυτό τον τρόπο ο άρρωστος πλησιάζει το νοσηλευτή, αισθάνεται ασφαλής, άνετος, χαρούμενος, εκδηλωτικός, γίνεται συνεργάσιμος, συμφωνεί στις παρεμβάσεις του νοσηλευτή, εφαρμόζει το πρόγραμμα θεραπευτικό και νοσηλευτικό, με αποτέλεσμα να είναι σε θέση να συνεχίσει την παραμονή του στο ίδρυμα, δεχόμενος την επιστημονική νοσηλευτική και ανθρώπινη προσφορά από την θεραπευτική ομάδα και την κοινωνία.

Η θέση του νοσηλευτή βρίσκεται ανάμεσα στην υγεία και την ασθένεια. Δύο έννοιες που τους δίνονται παραδοσιακές αλλά και σύγχρονες απόψεις. Οι σύγχρονες ιδέες των Bene Dubos και Italbert Dunn για την υγεία και την ασθένεια υποστηρίζονται από τη φιλοσοφία., ότι είναι δυναμικές καταστάσεις της ζωής, διαρκώς μεταβαλλόμενες, και κάθε άτομο είναι τοποθετημένο σε ένα συνεχές φάσμα το οποίο εκτείνεται από την εμφανή ασθένεια μέχρι τη κατάσταση της

βέλτιστης λειτουργικότητας σε όλους τους τομείς της ζωής, περνώντας από τη φάση της απουσίας ανιχνεύσιμης ασθένειας. (DeWit 2001). Ένας σημαντικός στόχος της νοσηλευτικής φροντίδας είναι να καθοδηγήσει τους ανθρώπους να αποκτήσουν οι ίδιοι τον έλεγχο της υγείας τους και να κάνουν θετικά βήματα προκειμένου να τη διατηρήσουν ή να τη βελτιώσουν μέσα από πράξεις θετικής προαγωγής της υγείας ή πρόληψης της ασθένειας.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι τεράστιας σημασίας λόγω της μακράς παραμονής του κοντά στον άρρωστο και της θέσης του μεταξύ αρρώστου και ιατρών καθώς και των λοιπών μελών της θεραπευτικής ομάδας, το ευρύ φάσμα των ρόλων που καλύπτει ο νοσηλευτής είναι η συμμετοχή στη θεραπευτική αγωγή, η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Ο ρόλος του δασκάλου για τον άρρωστο και την οικογένεια του, του συμβούλου του αρρώστου και της οικογένειας του, του δημιουργού θεραπευτικού περιβάλλοντος και παράγοντος κοινωνικής αγωγής, όπως προαναφέρθηκε, του προγραμματιστή γενικής και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και του στενού παρατηρητή της συμπεριφοράς και των αντιδράσεων του αρρώστου γενικά, αλλά και ειδικά των αντιδράσεων της θεραπευτικής αγωγής, λόγω του ότι ο ασθενής δεν είναι σε θέση να ενημερώνει το νοσηλευτή. Επίσης ο νοσηλευτής καλείται να αξιολογεί όλες τις αντιδράσεις του αρρώστου και τις μεταφέρει στη θεραπευτική ομάδα για παραπέρα μελέτη. Ο δημιουργός ανθρώπινου, άνετου, ζεστού, ασφαλούς προστατευτικού περιβάλλοντος για να διευκολύνει τη θεραπεία και να ενεργοποιήσει τις θετικές δυνάμεις του ασθενή. Του δημιουργού ομάδων παιχνιδιών μνήμης. Αναπόσπαστο μέρος της καθημερινότητας του νοσηλευτή αποτελεί ο ρόλος του καθοδηγητή, κατά τον οποίο δίνει οδηγίες στον «χειραγωγημένο» ασθενή για θέματα υγιεινής, βρώσης και πόσης ακόμα και ψυχαγωγίας. Τέλος ο νοσηλευτής παίζει το ρόλο του καταλύτη, ο οποίος κάνει δυνατές πολλές διαδικασίες με τις θεωρητικές γνώσεις, εμπειρίες και δεξιότητες, συνεργαζόμενος στενά με τη θεραπευτική ομάδα.

Η Νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με ΝΑ λαμβάνει χώρα:

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

B) Σε οίκους ευγηρίας.

Γ) Στο σπίτι (νοσηλεία κατ' οίκον).

Δ) Σε νοσοκομεία ημέρας.

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

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

8.α. Ο ρόλος του Νοσηλευτή σε θέματα υγείας των ηλικιωμένων

Τα μεγαλύτερα κλινικά προβλήματα στη φροντίδα των ηλικιωμένων σύμφωνα με μια μελέτη του Αμερικανικού Συνδέσμου Νοσηλευτών Γεροντολόγων είναι: συγχυτικές καταστάσεις, ακινησία, διαταραχές αισθητηριακών λειτουργιών, διατροφή, πένθος για απώλεια σημαντικών προσώπων, κατάθλιψη, απώλεια ελέγχου των σφιγκτήρων, ψυχικές διαταραχές, πολυφαρμακία και ο θάνατος. (Redfern & Rooss 2011)

Στη φροντίδα υγείας του ηλικιωμένου περιλαμβάνονται η βοήθειά του να διατηρεί προσαρμοστική συμπεριφορά και το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ευεξίας. Τη νοσηλευτική του φροντίδα σε περίπτωση οξείας ή χρόνιας αρρώστιας, και η εξασφάλιση άνεσης; συντρόφευσης, προσωπικής προσοχής και υποστήριξης κατά το τελικό στάδιο της επίγειας ζωής του με γνώμονα το γεγονός ότι το πρωτείο το έχει η ιερότητα της ζωής και ακολουθεί η ποιότητα της ζωής. Τα γηρατεία επηρεάζουν την προσαρμογή και την ανάρρωση ή σταθεροποίηση των ηλικιωμένων, μέσα από τις αλλαγές που συντελούνται στη διαδικασία γήρανσης και αυτό επαφίεται στον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Πιο συγκεκριμένα εξαρτάται στο κατά πως ζούσε ο ασθενής, το επίπεδο υγείας που είχε και πιθανοί γενετικοί παράγοντες. Οι περισσότερες ομοιοστατικές διεργασίες του οργανισμού του ηλικιωμένου λειτουργούν επαρκώς κάτω από συνθήκες ανάπαυσης. Εν τούτοις, αλλαγές στην ικανότητα της διατήρησης αυτής της ομοιόστασης μπορούν να προκληθούν από επεμβατικές διαδικασίες, εγχειρήσεις και θεραπείες δύσκολα να γίνουν ανεκτές. Η ελαττωμένη ενυδάτωση του δέρματος και η απώλεια των επιδερμικών θηλών συντελεί σε μεγαλύτερο κίνδυνο κατακλίσεων. Η μικρότερη μυϊκή μάζα, η μεγαλύτερη αναλογία λίπους, η ελάττωση του συνολικού υγρού στοιχείου του σώματος, η μείωση των πρωτεϊνών του πλάσματος και η ελαττωμένη ροή αίματος δια των νεφρών, κάνουν πιο πιθανή την τοξικότητα των φαρμάκων.

8.β. Ο ρόλος του Νοσηλευτή για την οικογένεια του ασθενή και τον ίδιο

Οι νοσηλευτές παρέχουν τόσο σωματική όσο και ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Μέσα από την εκτέλεση ποικίλων εργασιών και με την στενή

δουλειά με τον ασθενή, οι νοσηλευτές φροντίζουν για την ευεξία του. ο στόχος του νοσηλευτή αφορά στην ενθάρρυνση προς την κατεύθυνση της υγείας, έτσι ώστε ο ασθενής να κρατείται σε σταθερό σημείο για όσο το δυνατό περισσότερο χρόνο γίνεται.

Ενώ συνεχίζονται οι έρευνες για την πρόληψη και θεραπεία της αρρώστιας, παραμένει το πρόβλημα της καθημερινής φροντίδας του αρρώστου που αποτελεί και πρόκληση για τη νοσηλευτική. Συχνότερα βέβαια το βάρος της φροντίδας πέφτει 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 αρρώστων με ΝΑ, δείχνουν ότι τα μέλη της οικογένειας τους παθαίνουν κόπωση στην προσπάθεια να ανταποκριθούν στη φροντίδα τους. Οι περισσότεροι που φροντίζουν ηλικιωμένους με άνοια είναι η σύζυγος ή οι θυγατέρες του αρρώστου αλλά και ο σύζυγος στην περίπτωση άρρωστης γυναίκας και τα παιδιά τους. Οι σύζυγοι είναι συχνά και αυτοί ηλικιωμένοι και μπορεί να έχουν σωματικές αρρώστιες, ψυχολογικά και κοινωνικο-οικονομικά προβλήματα ώστε δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην 24ωρη καθημερινή φροντίδα του αρρώστου.

Η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικά πρόσωπα βοηθεί 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, μειώνουν τα επίπεδα υποστήριξης της οικογένειας τότε που τη χρειάζεται. Για τη βοήθεια της οικογένειας που φροντίζει ηλικιωμένο άτομο με άνοια τύπου Alzheimer έχουν δοκιμασθεί ωρισμένα προγράμματα νοσηλευτικής παρέμβασης με καλά αποτελέσματα. Π.χ. συμβουλευτική υπηρεσία, προγράμματα ψυχικής αγωγής και σταθμοί ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων. Η κάπως εκτεταμένη αναφορά της φροντίδας του ηλικιωμένου με άνοια τύπου Alzheimer μέσα στην οικογένεια κρίθηκε απαραίτητη, διότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προς αυτή την κατεύθυνση προσανατολίζεται. Η νοσηλευτική μπορεί να παίζει ηγετικό, αποφασιστικό ρόλο στην εκπαίδευση και την υποστήριξη της οικογένειας, αλλά και σε ερευνητικές μελέτες για να απαντηθούν τα φλέγοντα ερωτήματα.

Οι συμβουλές που δίνει ο νοσηλευτής προς την οικογένεια του ασθενή στο πως θα τον αντιμετωπίζουν είναι οι ακόλουθες:

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

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

Για τον χειρισμό των προβλημάτων συμπεριφοράς η οικογένεια και οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν κάποιες μη φαρμακολογικές στρατηγικές. Κάποιες από αυτές φαίνονται αποτελεσματικές κάτω από κάποιες συνθήκες. Πιο κάτω θα αναφερθούν το περιβάλλον νοσηλείας και πώς αυτό επηρεάζει τα συμπτώματα της συμπεριφοράς του ασθενούς. Αφού δημιουργηθεί το κατάλληλο περιβάλλον στο σπίτι ή στο ίδρυμα για τον ασθενή θα αναλυθούν οι άμεσες παρεμβάσεις, κάποιες από τις οποίες ελαττώνουν τα συμπτώματα και διατηρούν το επίπεδο λειτουργικότητας πιο αποτελεσματικά από άλλες.

8.γ. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος

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

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

Οι παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία θεραπευτικής ατμόσφαιρας στο γηροκομείο είναι η δομή και η διευθέτηση του τμήματος. Οι περισσότεροι άρρωστοι αισθάνονται μια ευχάριστη έκπληξη όταν ανακαλύπτουν ότι τα τμήματα του νοσοκομείου μοιάζουν περισσότερο σαν σπίτι παρά σαν νοσοκομείο. Σε όλα τα τμήματα ο σκοπός πρέπει να είναι η δημιουργία μιας ατμόσφαιρας ζεστασιάς, άνεσης και χαλάρωσης. Τα χρώματα του δωματίου που διακοσμήθηκαν με γούστο, η φροντίδα στη διευθέτηση των επίπλων, σε εικόνες, τα λουλούδια βοηθούν και δίνουν στο τμήμα μια ατμόσφαιρα σπιτική. Σε μερικά νοσοκομεία συνηθίζεται διαφορετική διευθέτηση κάθε τμήματος, έτσι ώστε το καθένα να είναι κατάλληλο για μια ομάδα αρρώστων και μόνο. Ανάλογα με την περίπτωση της αρρώστιας ο ασθενής μεταφέρεται από τμήμα σε τμήμα καθώς χειροτερεύει η κατάσταση του, για την καλύτερη ασφάλεια του ίδιου. Μερικοί πιστεύουν ότι είναι ωφέλιμο για τον άρρωστο να παραμείνει σε ένα τμήμα σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του. Αυτό του δίνει χρόνο να μάθει καλά το προσωπικό, να δημιουργήσει σταθερές και διαρκείς σχέσεις με τους νοσηλευτές και τους άλλους ασθενείς. Το μέγεθος των τμημάτων έχει μεγάλη σημασία για την αντιμετώπιση του αρρώστου. (Redfern & Rooss 2011)

Όσο χαμένος είναι ο ασθενής, τόσο μεγαλύτερη ανάγκη από βοήθεια χρειάζεται, ώστε ο διαταραγμένος ασθενής με ΝΑ μπορεί να ωφεληθεί από ένα μικρό τμήμα όπου είναι εκτεθειμένος μόνο σε λίγους ανθρώπους και όπου είναι εύκολο να καταλάβει τη διαρρύθμιση και να προσαρμοστεί στους χώρους του τμήματος. Εκεί ο άρρωστος αισθάνεται μεγάλη σιγουριά από το αίσθημα ότι είναι σωματικά ασφαλής γιατί συνοδεύεται πάντοτε από αξιόπιστο προσωπικό

που γνωρίζει καλά. Ο δεύτερος παράγοντας που συντελεί στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η συμπεριφορά του προσωπικού. Η αντιμετώπιση της θεραπείας από τους ασθενείς εξαρτάται από τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού. Για την καλύτερη ασφάλεια των ασθενών με ΝΑ – κυρίως στα μεσαία στάδια- συνηθίζεται να κλειδώνονται οι θύρες εισόδου/εξόδου, ώστε να μην περιπλανώνται εκτός του ιδρύματος και από τον αποπροσανατολισμό τους να χαθούν. Ακόμα η ασφάλεια των κλειστών θυρών επιτρέπει στο νοσηλευτικό προσωπικό να δώσει όλη του την προσοχή στην ενεργητική θεραπευτική αντιμετώπιση παρά στη φύλαξη. Σε ένα κλειδωμένο τμήμα, οι ασθενείς μπορεί να γίνουν εξαιρετικά διαταραγμένοι. Ανησυχία, θυμός και πιθανόν βία μπορεί να απορρέουν από το γεγονός του κλειστού χώρου. Μπορεί ακόμα να αναπτύξουν απορριπτική συμπεριφορά στη νοσηλεύτρια ή νοσηλεύτη που κρατά το κλειδί. Γι' αυτόν τον λόγο τα ιδρύματα με κήπους και πολλά διακοσμητικά στοιχεία, βοηθούν στην ανακουφιστική αντιμετώπιση θεραπείας.

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

Τέλος η συνεργασία του προσωπικού, η οποία αφορά στην αρμονική λειτουργία ενός τμήματος βοηθά στη δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος. Η καλή συνεργασία προϋποθέτει την ύπαρξη σεβασμού, εμπιστοσύνης, αγάπης, διαλόγου κατανόησης, ευγένειας, συνέπειας, προθυμίας και διάθεσης από όλο το προσωπικό μεταξύ του με στόχο πάντα τον άρρωστο. Μια τέτοια συνεργασία, με όλα τα παραπάνω στοιχεία, δημιουργεί το ιδανικό θεραπευτικό περιβάλλον για τον κάθε άρρωστο και τον βοηθάει στη σταθεροποίηση της υγείας του.

Παράλληλα βοηθάει το ίδιο το προσωπικό, που εργαζόμενο σε ένα καλά οργανωμένο και σωστά διοικούμενο - από τους ίδιους κυρίως - τμήμα, εισπράττει τεράστια ικανοποίηση για τη συμβολή του στη δημιουργία του ιδανικού θεραπευτικού περιβάλλοντος. Το αντίθετο, η μη συνεργασία, του προσωπικού καταλήγει με μαθηματική ακρίβεια στην ανυπαρξία θεραπευτικού περιβάλλοντος με καταστροφικές επιπτώσεις στον άρρωστο. Βασική λοιπόν αρχή κάθε νοσηλευτικής μονάδας πρέπει να είναι η ελεύθερη συζήτηση όλων των προβλημάτων μεταξύ του προσωπικού. Έτσι το προσωπικό θα αισθάνεται ασφαλές στις σχέσεις του με τους άλλους.

8.δ. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην επικοινωνία

Επικοινωνία είναι η μεταφορά σκέψεων, απόψεων και πληροφοριών μεταξύ των ανθρώπων με διάφορους τρόπους: γραπτό λόγο, προφορικό λόγο, βλέμμα, χειρονομίες, έκφραση προσώπου και τη γλώσσα του σώματος γενικά. Η τέχνη της επικοινωνίας στηρίζεται σε βασικά στοιχεία, που πρέπει να γνωρίζει κάθε άνθρωπος και ιδιαίτερα η/ο νοσηλεύτρια/της για να επιτύχει το έργο της/του. Στην επίτευξη του διαλόγου χρειάζονται ο πομπός, που στέλλει το μήνυμα και ο δέκτης, που παραλαμβάνει το μήνυμα. Αυτά τα στοιχεία είναι το προσωπικό ενδιαφέρον για τον άρρωστο. Η υπομονή με τον άρρωστο, η χαρά κατά τη συζήτηση με τον άρρωστο, η μνήμη, το ενδιαφέρον για όλους γενικά τους αρρώστους και η αμοιβαία εμπιστοσύνη και ο σεβασμός του αρρώστου, που δημιουργούν αίσθημα ασφάλειας σε αυτόν. Ο χρόνος και η υπομονή της νοσηλεύτριας για να αποκτήσει γνώσεις και δεξιότητες ο άρρωστος, δείχνουν την εξατομικευμένη φροντίδα στην οποία υπόκειται ο ασθενής. Με την αποφυγή κατευθείαν ερωτήσεων και κατασκόπευσης του αρρώστου, προσπαθούμε να μην τον φέρνουμε σε δύσκολη θέση (λόγω της απουσίας της πρόσφατης μνήμης του. Καλό θα ήταν παρά να ρωτάμε τους ασθενείς αν μας θυμούνται να τους δηλώνουμε ποιοι είμαστε και ποια η σχέση μας μαζί τους για να τους βοηθούμε).

Η συγκέντρωση πληροφοριών να γίνεται σιγά-σιγά χωρίς πίεση του αρρώστου και αν χρειαστεί να επικοινωνούμε με τους συγγενείς του. Η αποφυγή απευθείας άρνησης στον άρρωστο, είναι ικανή να απομακρύνει επεισόδια θυμού και έντασης. Η βοήθεια στην οικογένεια του ασθενή με ΝΑ, να δει το πρόβλημα από κοντά, να το εξετάσει από πολλές πλευρές και να πει τη γνώμη του καθαρά, αφού γνωρίσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το συγγενικό τους πρόσωπο. Η βοήθεια στον άρρωστο ώστε να πάρει ο ίδιος την πρωτοβουλία και την ευθύνη των

πράξεων του, όταν και όποτε είναι αυτό εφικτό. Συνήθως δημιουργείται μια ρουτίνα την οποία ακολουθεί ο ασθενής μαζί με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η σιωπή της νοσηλεύτριας μπορεί να αυξήσει την αυτοπεποίθηση του αρρώστου. Με αυτές τις τεχνικές η νοσηλεύτρια γνωρίζει τον άρρωστο και ο άρρωστος γνωρίζει τη νοσηλεύτρια. Η νοσηλεύτρια πρέπει να είναι ήρεμη, άνετη, καθησυχαστική και καθόλου νευρική. Η σιωπή μπορεί να βοηθήσει τον άρρωστο να καταλάβει ότι η επαφή με τους ανθρώπους παρέχει ασφάλεια. Βάση όλων αυτών των σχέσεων της νοσηλεύτριας με τον άρρωστο, με σκοπό να τον βοηθήσει, είναι η αποδοχή, που σημαίνει ότι η νοσηλεύτρια υπολογίζει τον άρρωστο σαν ένα σπουδαίο πρόσωπο, τον καλεί με το όνομα του και ο άρρωστος το ίδιο, πράγμα που ανακουφίζει τον άρρωστο από την συναισθηματική πίεση και ένταση. (Redfern & Rooss 2011)

Η πρώτη συνάντηση με τον άρρωστο είναι τεράστιας σημασίας για όλο το διάστημα παραμονής του στο νοσοκομείο. Η προσφώνηση με το μικρό όνομα – όπως προαναφέραμε μεταξύ νοσηλεύτριας και αρρώστου είναι έκφραση φιλίας, αγάπης, με στόχο τη σωστή επικοινωνία για μια άνετη παραμονή στο νοσοκομείο και μια θεραπευτική αγωγή μέσα σε κλίμα οικειότητας και εμπιστοσύνης. Η πρώτη προσεκτική επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τον άρρωστο στοχεύει στη γενική ενημέρωση του αρρώστου γύρω από το νέο χώρο διαμονής του. Τον γνωρίζει με το προσωπικό και τους αρρώστους και με τη θεραπεία που πρέπει να ακολουθήσει για να γίνει καλά. Παράλληλα με τη συζήτηση, η νοσηλεύτρια παίρνει πολλές και χρήσιμες πληροφορίες από τον άρρωστο για τον ίδιο και το περιβάλλον του. Η επιτυχημένη επικοινωνία συμπληρώνεται με το χιούμορ, την ευελιξία και το θεραπευτικό άγγιγμα. Τα εμπόδια για μια επιτυχημένη επικοινωνία είναι το άγχος, η άρνηση, η διαφορετικότητα, οι αμυντικοί μηχανισμοί, τα αισθητικά προβλήματα και οι εξωτερικοί παράγοντες. (ίσως η δυνατοί και εκκωφαντικοί θόρυβοι από το κτίσιμο μιας πολυκατοικίας).

8.ε. Η Νοσηλευτική φροντίδα σε επίπεδο ψυχικό – διανοητικό

Πρώιμο σύμπτωμα της νόσου αποτελεί η ελάττωση της μνήμης (το άτομο αρχίζει να ξεχνά). Αρχικά εξασθενεί η πρόσφατη μνήμη και αργότερα η παλαιότερη. Επίσης εμφανίζεται αποπροσανατολισμός, μείωση της αντίληψης, διαταραχές λόγου, ευερεθιστότητα, κυκλοθυμική διάθεση, αϋπνία, κατάθλιψη, επιθετική συμπεριφορά.

Στα πλαίσια της διαπραγμάτευσης με τα παραπάνω συμπτώματα ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τόσο τη λεκτική όσο και τη μη λεκτική επικοινωνία. Η μη προφορική επικοινωνία περιλαμβάνει το άγγιγμα, την οπτική επικοινωνία, την έκφραση ενδιαφέροντος για την κατάσταση του άρρωστου και φυσικά το χαμόγελο. Η προφορική επικοινωνία ενθαρρύνει τον ασθενή να επικοινωνεί, να ενεργοποιεί/έξασκεί τη μνήμη του και να εκφράζει τα συναισθήματα του. Ο Νοσηλευτής θα πρέπει, συζητώντας με τον ασθενή να του επιτελεί να εκφράζει τους φόβους του και τις επιθυμίες του, όσο συγκεχυμένες και αν είναι αυτές και συγχρόνως να δείχνει ενδιαφέρον και ευαισθησία στα συναισθήματα και τις ανάγκες του.

Με τους ένοικους ηλικιωμένους κοινός παρονομαστής είναι το παρελθόν καθώς η πρόσφατη μνήμη είναι αυτή που διαταράσσεται πρωτίστως. Η αναπόληση στο παρελθόν είναι ένας από τους τρόπους προσανατολισμού στην πραγματικότητα. Ο Νοσηλευτής στην επικοινωνία του με τον ασθενή ενθαρρύνει την αναπόληση στο παρελθόν επικεντρώνοντας τον σε ευχάριστα γεγονότα και όχι σε αυτά που ενδεχομένως να επιδεινώνουν τα καταθλιπτικά του συναισθήματα. Ο Νοσηλευτής φροντίζοντας άτομα με ΝΑ καλείται να απαντήσει σε ερωτήματα ηθικής και να εντοπίσει τις αξίες που ενθαρρύνουν την προσπάθεια για τη συνέχιση της ζωής και στην βελτίωση της ποιότητας αυτής. Διαφορετικά υπάρχει ο κίνδυνος να απομακρυνθεί συναισθηματικά, αφήνοντας έτσι ακάλυπτο ένα μέρος των ψυχικών αναγκών του άρρωστου.

Αντιμετωπίζοντας τα πρακτικά προβλήματα που δημιουργούν οι ψυχικές και νοητικές διαταραχές, ο νοσηλευτής οφείλει να συνοδεύει τον άρρωστο στις μετακινήσεις του έξω από το σπίτι, να του υπενθυμίζει πρόσωπα και πράγματα, ώρες φάρμακων, καθώς και να τον παρακολουθεί διακριτικά μέσα στο σπίτι, ώστε να αποφευχθούν τραυματισμοί ή δηλητηριάσεις. Να σημειωθεί πως οι συγκεκριμένοι άρρωστοι παρουσιάζουν διαταραχές ως προς την χρησιμοποίηση και λειτουργία καθημερινών εργαλείων και συσκευών. Ιδιαίτερη σημαντική είναι η παρατήρηση για τυχόν καταθλιπτική συμπεριφορά. Επεισόδια με κλάματα χωρίς φανερή αιτία, άρνηση τροφής και απώλεια βάρους, ιδέες αυτοκτονίας και τάσεις απομόνωσης είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά και χρήζουν εντατικής ψυχιατρικής παρακολούθησης. (Ραγιά 2009)

8.ζ. Η Νοσηλευτική φροντίδα σε οργανικό επίπεδο

Παρά το γεγονός ότι η ΝΑ θεωρείται ένα ψυχιατρικό-νευρολογικό νόσημα, εμφανίζει πολλά οργανικά συμπτώματα και επιπλοκές, τις οποίες ο νοσηλευτής καλείται στα πλαίσια της

φροντίδας προς τον άρρωστο να αντιμετωπίσει, ή ακόμα καλύτερα να προλάβει την εμφάνιση τους. Η απώλεια έλεγχου κινήσεων και συντονισμού, επιβάλλει την σωματική υποστήριξη του άρρωστου κατά την μετακίνηση του εντός και εκτός σπιτιού. Ιδιαίτερα απαραίτητη κρίνεται η λήψη μέτρων, όπως κάγκελα, μπάρες, βοηθητικές καρέκλες και ζώνες ανύψωσης για την χρήση του μπάνιου και της τουαλέτας.

Η καθαριότητα του άρρωστου ίσως να υπολείπεται, είτε γιατί ο ασθενής αδυνατεί να φροντίσει τον εαυτό του, είτε γιατί αμελεί, μη θεωρώντας το σαν κάτι απαραίτητο. Ο νοσηλευτής καλείται να φροντίσει και να διατηρήσει την καθαριότητα του άρρωστου, γεγονός που συμβάλλει στην οργανική και ψυχική υγεία, όπως και στην ενίσχυση των κοινωνικών σχέσεων και επαφών. Δεδομένου πως ο ασθενής σε προχωρημένα στάδια αδυνατεί να αξιολογήσει τις καιρικές συνθήκες και τον τρόπο ενδυμασίας του, ο νοσηλευτής μέριμνα και γι' αυτό, ώστε ο άρρωστος να είναι ενδεδυμένος κατάλληλα και αξιοπρεπώς. Οι διαταραχές θρέψης μπορούν να οφείλονται είτε σε εγκεφαλική δυσλειτουργία, είτε σε κατάθλιψη, είτε γιατί ο ασθενής ξεχνά ή αμελεί να σιτιστεί. Ο νοσηλευτής παρακολουθεί το βάρος του άρρωστου και τη διάθεση του για φαγητό. Επίσης απαραίτητη είναι η παρατήρηση για τυχόν δυσκολίες στην κατάποση που συνοδεύονται από βήχα και κίνδυνο πνιγμονής. Αναφέρεται πως μια από τις αιτίες θανάτου ασθενών με ΝΑ είναι η πνευμονία από εισρόφηση. Κατά συνέπεια χρειάζεται μεγάλη προσοχή στην σίτιση ασθενών με δυσκαταποσία. Συχνός έλεγχος των ζωτικών σημείων και έγκαιρη αναφορά τυχόν αναπνευστικών προβλημάτων στο θεράποντα ιατρό κρίνονται απαραίτητα μέτρα για την έγκαιρη διάγνωση επιπλοκών από το αναπνευστικό σύστημα.

Για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας που παρουσιάζουν μερικές φορές οι ασθενείς με ΝΑ λαμβάνονται μέτρα διατροφικά ή γίνεται χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων που χορηγούνται από το στόμα ή το ορθό. Η ακράτεια των ασθενών αυτών θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με μεγάλη προσοχή. Εάν απαιτούνται καθετηριασμοί λαμβάνονται όλα τα μέτρα για την πρόληψη των λοιμώξεων, πάντα στα πλαίσια μιας σχολαστικής υγιεινής. Η ακράτεια μπορεί να έχει ιδιαίτερα αρνητικές ψυχοκοινωνικές συνέπειες και μάλιστα σε ένα ασθενή με ΝΑ.

Στις περιπτώσεις που ο ασθενής καθιλώνεται στο κρεβάτι(τελικά στάδια της νόσου)λαμβάνεται μέριμνα για πρόληψη των κατακλίσεων, των θρομβοεμβολικών επεισοδίων και της αγκύλωσης των αρθρώσεων. Σε όλο το διάστημα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, μέλημα του Νοσηλευτή είναι η ορθή χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής. Εάν υπάρχουν και άλλες παθολογικές καταστάσεις που χρήζουν φαρμακευτικής θεραπείας ο

νοσηλευτής παρακολουθεί για τυχόν αλληλεπιδράσεις των φάρμακων. Οφείλει γενικά να παρακολουθεί την πορεία της υγείας και των άλλων συστημάτων που ενδεχομένως να νοσούν, μέσα στα πλαίσια της ολιστικής και βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης του άρρωστου. Θα πρέπει να είναι ενημερωμένος και ικανός να διακρίνει καταστάσεις που επιβαρύνουν την ψυχική και διανοητική κατάσταση του άρρωστου, όπως ένα οργανικό ψυχοσύνδρομο εξαιτίας πχ φαρμακευτικής αγωγής. (Ραγιά 2009)

8.η. Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με νόσο Alzheimer

Παρεμβάσεις για βελτίωση της νοητικής λειτουργίας:

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

1. Υποστηρικτικές ομάδες πρώιμου σταδίου απώλειας μνήμης

Αυτά τα προγράμματα παρουσιάζουν την ποικιλία υποστηρικτικών προγραμμάτων για ανθρώπους στα πρώιμα στάδια της ΝΑ και των οικογενειών τους. Καταδεικνύουν τη μοναδικότητα κάθε προγράμματος που περιλαμβάνει υπηρεσίες, έρευνα, μόρφωση, εκπαίδευση, υποστήριξη και κινητοποίηση μελών που δεν έχουν ξεκινήσει με προγράμματα πρώιμου σταδίου.

Αν και υπήρχε ένα σημαντικό κενό στις υπηρεσίες για μεμονωμένα άτομα που έχουν διαγνωστεί ως πρώιμου σταδίου, τα προγράμματα τώρα παρέχουν παρακολούθηση και συμπλήρωμα στις φαρμακευτικές αγωγές. Αυτά τα προγράμματα έχουν το πρόσθετο όφελος να προσεγγίζουν τις οικογένειες που έχουν ασθενή σε πρώιμο στάδιο και να τις εξοικειώνουν με όλες τις υπηρεσίες για τη ΝΑ πιο έγκαιρα. Ο στόχος κάποιων προγραμμάτων πρώιμου σταδίου είναι καταρχάς να στηρίζουν τις μορφωτικές, κοινωνικές, συναισθηματικές ανάγκες του ατόμου (και της οικογένειας-περιθάλποντα) στα πρώιμα στάδια της άνοιας με κύριο πρόβλημα την απώλεια της μνήμης, κατά δεύτερον να παρέχουν ένα ασφαλές και θετικό περιβάλλον ώστε το άτομο να εκφράζει τα συναισθήματα για τις απώλειες και να μάθει να οικοδομεί με τις δυνάμεις

του και να διατηρήσουν τον αυτοσεβασμό του ατόμου συμπεριλαμβάνοντάς το στο σχεδιασμό των μελλοντικών του αναγκών. (DeWit 2001).

Θα μπορούσαμε να προτείνουμε ένα κατάλογο αντιμετώπισης της απώλειας μνήμης για κάθε ασθενή. Σε αυτόν τον κατάλογο κυρίως πρέπει να είναι ανοιχτός και τίμιος για την απώλεια της μνήμης του με τους ανθρώπους που συναντά, να αποδέχεται την απώλεια της μνήμης του και να βρίσκει τρόπους να την ξεπερνά, να καθιερώσει μια απλή ρουτίνα και να προσκολληθεί σε αυτήν, Να αναλάβει κάποιος που εμπιστεύεται το γεγονός της απώλειας της μνήμης του, Να κρατεί τους φόβους του και τα συναισθήματά του κρυφά.

2. Μεθόδους εξυπηρέτησης της προσωπικής έκφρασης

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

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

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

3. Αναπόληση (Reminiscence)

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

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

4. Φυσική άσκηση .

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

Το πιο σημαντικό θέμα για τους ασθενείς με άνοια τύπου Alzheimer είναι η ικανότητα βάδισης μέχρι τα τελευταία στάδια. Μερικές φορές η ικανότητά τους να περπατούν ασταμάτητα μπορεί να θεωρηθεί διαταραχή για την οποία χορηγείται πολλές φορές φάρμακο. Αλλά αυτοί αισθάνονται ότι η κινητικότητά τους είναι η δύναμή τους. Μπορούμε να τη χρησιμοποιήσουμε για να τους βοηθήσουμε. Είναι κάτι που μπορούν να κάνουν αυτόνομα και είναι ένας τρόπος να αλληλεπιδρούν με τον κόσμο. Σίγουρα είναι ένας τρόπος προσωπικής έκφρασης αρκεί να μη προκαλεί σ' αυτούς ή σε άλλους κάποια προφανή βλάβη. (DeWit 2001).

5. Θεραπεία αξιολόγησης

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

Παρεμβάσεις για βελτίωση της λειτουργικότητας

1. Βελτίωση της διατροφής

Υπάρχουν μερικές αρχές που θα μπορούσαν να μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τη διατροφή: α. Πρέπει να γνωρίζουμε ότι όταν οι ασθενείς έχουν αλλαγές στην αντίληψη, μπορεί να σταματήσουν να τρώνε εξαιτίας παρανοϊκού και ψευδαισθητωσικού ιδεασμού για το φαγητό και τα υγρά. Τότε η θεραπεία της υποβόσκουσας ψυχωσικής διαδικασίας θα βοηθήσει. β. Το άτομο με άνοια μπορεί να τρώει από μόνο του για όσο διάστημα είναι δυνατό. Οι περιθάλποντες πρέπει να φροντίζουν το περιβάλλον στα γεύματα, το ίδιο το γεύμα, την προσέγγισή τους κατά το γεύμα, την εκτίμηση των νοητικών και φυσικών ικανοτήτων, την ικανότητα του ασθενούς να τρώει ανεξάρτητα, την όρεξη του ατόμου με άνοια και τη συναισθηματική του κατάσταση. Ίσως είναι αναγκαίες σύντομες, βήμα-βήμα οδηγίες. για παράδειγμα: "Μαργαρίτα, μπροστά σου υπάρχουν νόστιμα αυγά ομελέτα με τυρί", "Ανοιξε το στόμα σου", "Μάσησε Μαργαρίτα". Για κάποιον που είναι πιο εξασθενημένος, μπορεί επίσης να χρειαστεί ελαφρό χάδι στο μάγουλο σαν υπενθύμιση για να μασήσει το φαγητό. "Κλείσε τα χείλη", "Κατάπιε".

Μουσική (της αρεσκείας του ασθενούς) μείωσε την ταραχή, την επιθετικότητα και τη διαταραχή της διάθεσης κάτω από ποικίλες συνθήκες περιλαμβανομένου του φαγητού και του λουτρού.

2. Θεραπευτικοί κήποι

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

3. Θεραπεία με κατοικίδια ζώα

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

4. Παρεμβάσεις αυτοεξυπηρέτησης

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

5. Βελτίωση προσωπικής υγιεινής

Ένα αρκετά συχνό πρόβλημα στα άτομα με άνοια είναι η ακράτεια των ούρων ή/και των κοπράνων. Σε ανοϊκούς που ζουν μέσα στην κοινότητα αναφέρεται σε ποσοστό 37-57%, που είναι ίσο με το ποσοστό εμφάνισης ακράτειας σε ηλικιωμένους που διαβιούν σε ιδρύματα (40-60%). Η ακράτεια των ούρων ή/και των κοπράνων μπορεί να έχει επιβαρυντικά αποτελέσματα στη φυσική κατάσταση, την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και στο κόστος φροντίδας, και έτσι να αποτελεί επιπλέον φυσικό, συναισθηματικό και οικονομικό βάρος στη φροντίδα ασθενών με άνοια. Για παράδειγμα, η ακράτεια ούρων μπορεί να προκαλέσει τοπικές δερματικές φλεγμονές, συχνές ουρολοιμώξεις, ενώ η εμφάνισή της είναι συχνά το τελικό γεγονός που θα ωθήσει τους συγγενείς-περιθάλποντες να τοποθετήσουν τον ανοϊκό ασθενή σε κάποιο ίδρυμα για μόνιμη παραμονή.

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

Παρεμβάσεις για τη βελτίωση των προβλημάτων συμπεριφοράς

1. Αξιολόγηση των αλλαγών συμπεριφοράς στη νόσο του Alzheimer

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

Ιστορικά, οι τέχνες και οι ανθρωπιστικές επιστήμες σπάνια αναγνωρίστηκαν για τις δυνατότητές τους να προάγουν τη φροντίδα της υγείας και να προωθούν την ποιότητα της ζωής μέσα στα πεδία που παραδοσιακά φυλάσσονται για τις "σκληρές επιστήμες". Όμως, τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για την αξία της μουσικής, της τέχνης και άλλων δημιουργικών θεραπειών στα άτομα με άνοια. Αυτές οι παρεμβάσεις είναι συνήθως πρώτης γραμμής αν και υπάρχουν περιορισμένες βιβλιογραφικές αναφορές που να υποστηρίζουν

όλες αυτές τις παρεμβάσεις. Έχουν γίνει μεγάλα βήματα στη μελέτη της μουσικής όσον αφορά τα άτομα με άνοια. Η έρευνα έχει εστιαστεί σε δύο βασικές κατηγορίες μουσικής: α. κλασική μουσική χαλάρωσης για ομάδες ασθενών· και β. εξατομικευμένη ή προτιμώμενη μουσική για έναν προς έναν παρέμβαση. ίδια αποτελέσματα υποστηρίχθηκαν. Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα που είναι τα περισσότερο υπεύθυνα για τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν: ήπια κατάθλιψη/απάθεια, περιπλάνηση/βηματισμούς, επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις. Συνήθως θα πρέπει να ξεκινάμε την παρέμβαση τροποποιώντας το περιβάλλον. Έπειτα παρεμβαίνουμε σε εκείνους τους παράγοντες που επιβαρύνουν τη συμπεριφορά, όπως κάποιος ενοχλητικός θόρυβος ή εξαιρετικά έντονος φωτισμός. Οι στρατηγικές, επίσης, θα πρέπει να βελτιώνουν την κοινωνική και φυσική ενεργοποίηση χρησιμοποιώντας από τις αναφερόμενες παραπάνω τεχνικές όπως η αξιολόγηση, η υποστήριξη και η αναπόληση. Όλες αυτές οι τεχνικές μπορούν να βοηθήσουν αυξάνοντας τη λειτουργικότητα και την ανεξαρτησία, επαυξάνοντας την επικοινωνία, προάγοντας μια αίσθηση ασφάλειας και προβλεψιμότητας, τροποποιώντας τη συμπεριφορά και βοηθώντας στη βελτίωση της διάθεσης. Η θεραπευτική διαδικασία θα πρέπει, επίσης, να απευθύνεται στους περιθάλποντες. Οι θεράποντες ιατροί θα πρέπει να ενθαρρύνονται να εκπαιδεύουν περιθάλποντες και ασθενείς για τη διάγνωση, την πρόγνωση, τις φαρμακευτικές και τις μη φαρμακευτικές στρατηγικές που είναι πιθανό να αποδειχθούν πολύ χρήσιμες, αναγνωρίζοντας ότι οι περιθάλποντες έχουν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στο χειρισμό των προβλημάτων του ασθενούς.(Ignatavicius & Workman 2008)

Τρίτο Μέρος

Κεφάλαιο 9^ο

9. Νοσηλευτική διεργασία

Στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι η αναφορά της νοσηλευτικής διεργασίας στο σύνολο της, όπως επίσης και στα επιμέρους στοιχεία που την συνθέτουν. Για να τεθούν οι σωστές βάσεις των νοσηλευτικών παρεμβάσεων χρειάζεται να γίνει η ολόπλευρη εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς, ώστε να γίνει η σωστή διάγνωση και στη συνέχεια ο σχεδιασμός παρεμβάσεων και η εφαρμογή αυτών καταλήγοντας στην αξιολόγηση των στόχων που τέθηκαν και αν αυτοί επιτεύχθηκαν και σε πιο βαθμό. Σε ξεχωριστά υποκεφάλαια αναλύονται τα πέντε στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας στην νόσο Alzheimer.

Ο νοσηλευτής για να δράσει ανάλογα σε κάθε ασθενή που έχει μπροστά του χρησιμοποιεί ένα συγκεκριμένο τρόπο σκέψης, για να προσδιορίσει τα προβλήματα των ασθενών και μέσα από μια συστηματοποιημένη μέθοδο να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους. Η νοσηλευτική διεργασία είναι το εργαλείο που επικεντρώνεται στον ασθενή και συντίθεται από πέντε στοιχεία, τα οποία αφορούν την εκτίμηση της κατάστασης, τη νοσηλευτική διάγνωση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Η κριτική σκέψη εφαρμόζεται σε κάθε ένα από τα συστατικά στοιχεία της νοσηλευτικής διεργασίας, αποτελεί μια καθοδηγούμενη, σκόπιμη πνευματική δραστηριότητα, με την οποία δημιουργούνται και αξιολογούνται ιδέες, καταρτίζονται προγράμματα και αποφασίζονται επιθυμητά αποτελέσματα. Πρωτοεμφανισθείσα στην διάρκεια των δεκαετιών του 1970-1980 ως ένας οργανωμένος, σκόπιμος και συστηματοποιημένος τρόπος παροχής νοσηλευτικής φροντίδας. (DeWit 2001)

Αν και υπάρχουν συγκεκριμένες και τυποποιημένες εφαρμογές στη Νόσο Αλτσχάιμερ, θα γίνει μια προσπάθεια αναφοράς των σημαντικότερων διαγνώσεων, παρεμβάσεων και προγραμματισμών στη βάση των στοιχείων που παρέχονται από την έρευνα μέχρι στιγμής. Η διαμόρφωση ενός προγράμματος φροντίδας αποτελεί διαδικασία συνεργασίας ανάμεσα στον νοσηλευτή, τον ασθενή και άλλα μέλη της ομάδας υγείας.

9.α. Νοσηλευτική εκτίμηση

Η εκτίμηση της κατάστασης γίνεται με τη συλλογή, την οργάνωση, την καταγραφή και εγκυρότητα των πληροφοριών που αφορούν την κατάσταση υγείας ενός ασθενούς για τις ανάγκες του. Τα δεδομένα που απαιτούνται για την εκτίμηση της κατάστασης, λαμβάνονται από τον ασθενή (προφορικές πληροφορίες, υποκειμενικές), την οικογένειά του, τον ιατρό, τις διαγνωστικές εξετάσεις (αντικειμενικά στοιχεία) και από άλλους επαγγελματίες υγείας. Μέσα από τη λήψη ιστορικού, τη φυσική-κλινική εξέταση (αντικειμενικά ευρήματα) που συστηματοποιούνται σε μια βάση δεδομένων, ή απλά καταγράφονται, για να σχηματιστεί μια εικόνα της κατάστασης. Η πρακτική της προσεχτικής εκτίμησης των προβλημάτων και της σκόπιμης σκέψης αναπτύσσει τις ικανότητες της κριτικής σκέψης του νοσηλευτή. Η εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς αποτελεί μια συνεχής διαδικασία. (DeWit 2001)

Οι κλινικές εκδηλώσεις αφορούν την αναγνώριση των σταδίων της Νόσου, τις αλλαγές στη συνείδηση, στη συμπεριφορά και στην προσωπικότητα, όπως επίσης οι αλλαγές στην ικανότητα αυτοφροντίδας. Οι διαγνωστικές εξετάσεις αφορούν τη ψυχοκοινωνική και ακτινολογική εκτίμηση, τον εργαστηριακό έλεγχο και άλλες διαγνωστικές εξετάσεις. Σε αυτές συγκαταλέγονται η μαγνητική τομογραφία (MRI), που μπορεί να αποκλείσει άλλες αιτίες νευρολογικής πάθησης. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ) δείχνει χαμηλή δραστηριότητα κυμάτων δέλτα, ένδειξη άνοιας, στο δεύτερο και τρίτο στάδιο της Ν.Α.

Για να προσδιοριστεί επακριβώς η φύση και ο βαθμός της συνειδησιακής δυσλειτουργίας του ασθενούς, ο ιατρός συνήθως νευρολόγος, εφαρμόζει διάφορες νευρολογικές εξετάσεις. Οι εξετάσεις στοχεύουν στη συνειδησιακή λειτουργία και μπορούν να επαναληφθούν αργότερα για να κατανοηθούν οι όποιες αλλαγές.

Οι αλλαγές στη συνείδηση αξιολογούν τις διαταραχές για τις ικανότητες στην προσήλωση και την επικέντρωση, την κρίση και την αντίληψη, τη μάθηση και τη μνήμη, την επικοινωνία και την ομιλία, και την ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών. Η συνείδηση θεωρείται η ικανότητα του εγκεφάλου να επεξεργάζεται, να αποθηκεύει, να ανακαλεί και να χειρίζεται τις διάφορες πληροφορίες. Τα συνήθη συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής περιλαμβάνουν διαταραχές της μνήμης και της απομνημόνευσης, και προβλήματα στην ανάκληση πληροφοριών λόγω δυσλειτουργίας της περιοχής του ιππόκαμπου, του μετωπιαίου και βρεγματικού λοβού. Οι δυσλειτουργίες των κροταφικών και βρεγματικών λοβών, προκαλούν διαταραχές στις επικοινωνιακές ικανότητες, όπως απραγμία, δηλαδή η ανικανότητα κατάλληλης

χρήσης αντικειμένων, αφασία, δηλαδή την ανικανότητα ομιλίας ή κατανόησης, ανομία, την ανικανότητα επιλογής λέξεων και αγνωσία, η οποία δηλώνεται από την απώλεια αισθητηριακής αντίληψης. Οι δυσκολίες στην κρίση, η ανικανότητα λήψης αποφάσεων, η ελαττωμένη ικανότητα προσήλωσης και συγκέντρωσης οφείλονται σε διαταραχές στο μετωπιαίο λοβό. Η εξέλιξη των σταδίων της νόσου, αφήνει στον ασθενή σημάδια απώλειας όλων των συνειδησιακών ικανοτήτων και χάνει εντελώς την ικανότητα επικοινωνίας και αντίληψης του περιβάλλοντος. (Ignatavicius & Workman 2008).

Η διάγνωση της Ν.Α αποτελεί μερικές φορές πρόκληση. Δεν υπάρχουν ειδικές διαγνωστικές δοκιμασίες, επαρκείς δοκιμασίες ανίχνευσης, ούτε βιολογικοί δείκτες για τη Ν.Α. Η υποκειμενική ενόχληση της μνημονικής εξασθένησης δεν αναδεικνύεται ως χρήσιμο ανιχνευτικό εργαλείο μιας κι αυτή είναι κοινή σε ηλικιωμένα άτομα. Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να είναι σε εγρήγορση, ιδιαίτερα με ασθενείς 85 ετών ή άνω, όταν θα εκτιμούν τη νοητική λειτουργία. Κι αυτό λόγω του ότι η άνοια προσβάλλει το 50% των ασθενών ηλικίας 85 ετών, οι οποίοι δεν παραπονιούνται για απώλεια μνήμης, ενώ παρακολουθούνται στο πλαίσιο προοπτικών μελετών 5ετούς διάρκειας. Οι ασθενείς είναι πιθανόν να παρουσιάσουν ενδεικτικά σημεία που θα εγείρουν υποψίες για προβλήματα μνήμης, συμπεριλαμβανομένου του ασαφούς ιστορικού, της μη συμμόρφωσης με τη φαρμακευτική αγωγή ή της στροφής του βλέμματος προς τους συγγενείς αναζητώντας απαντήσεις. Για να αξιολογήσουν την παρουσία διαταραχών της συνείδησης, οι νοσηλευτές μπορούν ωστόσο να χρησιμοποιήσουν ένα από τα πλέον διάσημα εργαλεία αξιολόγησης, το Folstein's Mini-Mental State Examination (MMSE), γνωστό και με το όνομα mini-mental. Τα επτά σημεία που αξιολογεί το MMSE αφορούν τον προσανατολισμό, την καταχώρηση πληροφοριών, την προσήλωση και τον υπολογισμό, την ανάκληση και την ομιλία, η οποία συμπεριλαμβάνει και το γραπτό λόγο, την ονοματολογία (π.χ. δείχνουμε ένα στυλό και τον ρωτάμε τί είναι αυτό) και την αναγνώση (Ignatavicius & Workman 2008). Η εξέταση της νοητικής κατάστασης πρέπει να αξιολογεί πλήρως όλους τους μείζονες νοητικούς τομείς περιλαμβάνοντας την κατασκευαστική ικανότητα και την εκτέλεση λειτουργίας. Σταθμισμένες μετρήσεις όπως το MMSE έχουν περιορισμένη διαγνωστική αξία. Παρόλο που χρησιμοποιείται ευρέως το αναφερόμενο διαγνωστικό εργαλείο, εντούτοις δεν είναι ευαίσθητο στα ηπιότερα στάδια της νόσου, ενώ εξαρτάται σημαντικά από τη λεκτική ικανότητα και το επίπεδο εκπαίδευσης. (Netter 2010).

Για τους ασθενείς που δεν μπορούν να διαβάσουν ή για μια συντομότερη διαδικασία, μπορεί να χρησιμοποιηθεί το SET test, που αποτελεί ιδιαίτερα χρήσιμο εργαλείο για τη διάγνωση σε ηλικιωμένα άτομα. Αυτό βέβαια δεν εφαρμόζεται σε ασθενείς με προβλήματα ακοής ή αφασία, αν και αυτός ο τρόπος αξιολόγησης είναι πιο ολοκληρωμένος και εύκολος στη χρήση. Ζητάμε από τον ασθενή να ονομάσει δέκα αντικείμενα σε κάθε μια από τις τέσσερις κατηγορίες: φρούτα, ζώα, χρώματα και πόλεις. Ο ασθενής παίρνει ένα βαθμό για κάθε αντικείμενο, με μέγιστη πιθανή βαθμολογία το 40. Ασθενείς με βαθμολογία άνω των 25 δεν έχουν άνοια.

Στα πρώτα στάδια είναι δυνατό να μην αναφέρεται απώλεια της λειτουργικότητας. Μια σοβαρή απώλεια μνήμης ωστόσο είναι δυνατό να υφίσταται χωρίς την ύπαρξη άλλων σημαντικών γνωσιακών ελλειμμάτων. Η κλινική αυτή εκδήλωση ονομάζεται ήπια νοητική διαταραχή, ώστε να διαχωρίζεται από την άνοια αλλά και για να καθορίζει ότι οι ασθενείς αυτοί διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας. Τέτοιοι ασθενείς χρίζουν πλήρους νευρολογικού ελέγχου. Αν ο έλεγχος δεν αποδώσει, αυτά τα άτομα χρειάζονται τουλάχιστον ένα χρόνο παρακολούθησης για να εξακριβωθεί εάν η κατάστασή τους εξελίσσεται. Η διερεύνηση των ασθενών με πιθανή άνοια χρειάζεται ένα λεπτομερές ιστορικό, που προτιμάται να λαμβάνεται από αξιόπιστο και ενήμερο πληροφοριοδότη. Σε αυτό το ιστορικό θα πρέπει να περιγραφεί η νοητική εξασθένηση, σε χρονική σειρά από τα πρώτα ίχνη νοητικής έκπτωσης μέχρι τις τελευταίες εκδηλώσεις. Τα πρώτα στάδια της εξέτασης πιθανόν να μην αποκαλύψουν άλλα νευρολογικά ελλείμματα εκτός από την νοητική έκπτωση. Στα επόμενα στάδια ή σε ασθενείς με συνυπάρχουσα νευροπαθολογία, όπως αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, είναι πιθανό να υπάρχουν στην κλινική εξέταση κλινικά ελλείμματα ή άλλα εστιακά ευρήματα από το ΚΝΣ (Netter 2010).

Η απώλεια της μνήμης στη ΝΑ χαρακτηρίζεται από τη μειωμένη ικανότητα κωδικοποίησης πληροφοριών, τη πτωχή ταυτοποίηση ονομάτων, την κατασκευαστική αδυναμία και τον αποπροσανατολισμό. Η ανικανότητα κωδικοποίησης πληροφοριών μπορεί να αναγνωριστεί όταν οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να ανακαλέσουν πληροφορίες ακόμα και μετά από εξάσκηση ή αφού τους δοθούν αποδείξεις ή βοηθητικά στοιχεία. Ο εξεταστής μπορεί να το ελέγξει παρουσιάζοντας στον ασθενή μια λίστα τεσσάρων άσχετων μεταξύ τους λέξεων προς απομνημόνευση. Στους ασθενείς θα πρέπει να δοθούν αρκετά περιθώρια να απομνημονεύσουν τη λίστα, με την επανάληψη ή τη χρήση βοηθητικών στοιχείων για να επιβεβαιώσουν την καταγραφή όλων των λέξεων, στο τέλος ζητείται από αυτούς να επαναλάβουν τις λέξεις μετά από πάροδο επτά έως δέκα λεπτών. Εάν ο ασθενής δεν κατορθώσει να ανακαλέσει όλες τις λέξεις

αυθόρμητα. Θα πρέπει να τους δοθούν βοηθητικά στοιχεία που θα διευκολύνουν την ανάκληση των λέξεων. Όταν η εξάσκηση και τα βοηθητικά στοιχεία δεν βελτιώνουν την καθυστερημένη ανάκληση τότε υπάρχουν ελλείμματα στην κωδικοποίηση. Επιπλέον πρώιμα νοητικά ελλείμματα στην ΝΑ πέραν της δυσκολίας κατονομασίας, αποτελούν η μειωμένη ευχέρεια λόγου και συγκεκριμένα σε κατηγορίες λέξεων μειωμένος προσανατολισμός στο χρόνο και η κατασκευαστική απραξία. (Μεντενόπουλος 1999)

Η εξέταση της ευχέρειας του λόγου των ασθενών γίνεται όταν τους ζητηθούν να παραθέσουν όσα περισσότερα ονόματα μπορούν, τα οποία να ανήκουν σε μια κατηγορία μέσα σε ένα λεπτό. Η επίδοση του καθενός αξιολογείται ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο και την ηλικία.

Για τον έλεγχο της κατασκευαστικής και εκτελεστικής λειτουργίας χρήσιμη είναι η σχεδίαση ενός ρολογιού. Παρακολουθείται ο ασθενής και η επίδοσή του από την αρχή της δραστηριότητας μέχρι το τέλος. Τους δίνεται μια λευκή σελίδα χαρτιού και ζητείται από τους ασθενείς να ζωγραφίσουν ένα ρολόι που θα δείχνει 3:25. Το σχήμα και το μέγεθος του κύκλου, η τοποθέτηση των δειχτών και ούτω καθεξής αξιολογούνται μέσα από την τακτική ή την απουσία της, που χρησιμοποιούν όταν προσπαθούν να σχεδιάσουν το ρολόι, πράγμα που φανερώνει την ευκολία που έχουν και την εκτελεστική τους ικανότητα. Όταν οι ασθενείς τελειώσουν, ζητείται από αυτούς να αντιγράψουν ένα ρολόι που ο εξεταστής ζωγραφίζει μπροστά τους. Τοποθετούνται πρώτα τα νούμερα 12, 3, 6, 9 και μετά ζωγραφίζονται οι δείχτες με ακρίβεια. Εάν υπάρχει κατασκευαστικό πρόβλημα, οι ασθενείς θα συναντήσουν δυσκολία στην αντιγραφή και πιθανώς το ίδιο θα συνέβαινε και στην προηγούμενη διαδικασία. Εάν η αντιγραφή είναι καλή τα κατασκευαστικά προβλήματα είναι δυνατόν να μην είναι μέρος της νοητικής δυσχέρειας. Τέτοιου είδους μέθοδοι υπολογισμού (προτυποποιημένες) των επιδόσεων στη σχεδίαση του ρολογιού, επιτρέπουν μακροπρόθεσμη παρακολούθηση.

Για την εκτίμηση ασθενών με πιθανή ΝΑ, ένα άλλο χρήσιμο εργαλείο σχετικά σύντομο αποτελεί ο έλεγχος 7 λεπτών. Περιλαμβάνει σχετικά σύντομες προτυποποιημένες δοκιμασίες για τον προσανατολισμό, την μνημονική λειτουργία και την ευχέρεια λόγου. Σε σχέση με το MMSE, αυτά τα εργαλεία μπορούν να προσφέρουν ένα πιο ευαίσθητο μέσο για την ανίχνευση άνοιας τύπου Alzheimer. Όταν οι παρακλινικές εξετάσεις είναι ενδεικτικές της ΝΑ, ο τυπικός νευροψυχολογικός έλεγχος μπορεί να προσδιορίσει την νοητική έκπτωση με μεγαλύτερη ακρίβεια και έτσι να βελτιωθεί και η διαγνωστική ακρίβεια. Επίσης για την εκτίμηση της

εξέλιξης της νόσου χρήσιμη αποτελεί η ετήσια παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της εξέτασης της νοητικής κατάστασης, χωρίς να είναι σκόπιμη η πιο συχνή επανάληψη αυτών των ελέγχων. Η αλλαγή στις επιδόσεις που μπορεί να προκληθεί λόγω εξάσκησης και διακυμάνσεων σε διαφορετικές ημέρες μπορούν να καταλήξουν σε άκαιρες αλλαγές της φαρμακευτικής αγωγής.

Η εκτίμηση βέβαια γίνεται σε δυσκολότερα θέματα, που έχουν να αντιμετωπίσουν οι οικείοι ασθενών με ΝΑ, αλλά και οι επαγγελματίες υγείας. Τα οποία αφορούν τις αλλαγές στη συμπεριφορά και την προσωπικότητα που κυρίως παρατηρούνται στα προχωρημένα στάδια της νόσου. Η επιθετικότητα, προφορική και τάσεις σωματικής βίας, οι απότομες αλλαγές στη διάθεση και η αυξημένη σύγχυση την νύκτα αποτελούν τα σημεία εκτίμησης των ασθενών. Ο ασθενής μπορεί να περιπλέκεται και να χάνεται ή να πηγαίνει σε άλλα δωμάτια και να ψάχνει στα πράγματα κάποιου άλλου ατόμου. Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο της απόκρυψης αντικειμένων. Σε ασθενείς με άνοια παρατηρούνται συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα, τα οποία συνοδεύουν την κύρια νόσο. Μπορεί να παρουσιάζουν παράνοια, παραισθήσεις και κατάθλιψη. Τέτοιου είδους συμπορορές καταγράφονται. (Netter 2010)

Στις αλλαγές των ικανοτήτων αυτοφροντίδας που μπορεί να παρατηρηθούν από την οικογένεια και τους συγγενείς ή τους νοσηλευτές περιλαμβάνουν το ελαττωμένο ενδιαφέρον σχετικά με την προσωπική εμφάνιση, την επιλογή ακατάλληλων ρούχων με τις καιρικές συνθήκες ή το κοινωνικό γεγονός, την απώλεια ελέγχου της ουροδόχου κύστης και του εντέρου και τέλος από την ελάττωση της όρεξης ή της ικανότητας διατροφής. Με την πάροδο του χρόνου, ο ασθενής γίνεται λιγότερο κοινωνικός και εμφανίζει μυϊκές συσπάσεις. Τελικά ακινητοποιείται εντελώς και χρειάζεται πλήρη φροντίδα. (Ignatavicius & Workman 2008).

Στα άτομα με ΝΑ όπως έχει προαναφερθεί οι αλλαγές συνείδησης καθώς και οι βιοχημικές και δομικές δυσλειτουργίες επηρεάζουν την προσωπικότητα και την συμπεριφορά. Αυτές παρουσιάζουν διαφορετική ένδειξη κατά τα πρώιμα στάδια, όπου οι ασθενείς συχνά αντιλαμβάνονται ότι παθαίνουν επεισόδια απώλειας μνήμης ή αλλαγή στη συνείδηση προσπαθώντας να αποκρύψουν το πρόβλημα, να το αρνηθούν ή να τους δημιουργηθεί κατάθλιψη εξαιτίας των αλλαγών αυτών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς συνήθως αποδίδουν τις αλλαγές που παρατηρούν στην «μεγάλη ηλικία». Με την εξέλιξη της νόσου μεγάλη σημασία έχει η ανάγκη αξιολόγησης των αντιδράσεων των ασθενών σε αλλαγές στη ρουτίνα ή στο περιβάλλον. Τραυματικό γεγονός για τους περισσότερους ασθενείς με άνοια, αποτελεί για παράδειγμα η εισαγωγή στο νοσοκομείο. Δεν είναι ασύνηθες για τους ασθενείς αυτούς να επιδεικνύουν

καταστροφική συμπεριφορά ή να αντιδρούν υπερβολικά σε οποιαδήποτε αλλαγή με επιθετικότητα και κακομεταχείριση.

Ο εργαστηριακός έλεγχος μπορεί να βοηθήσει, αν εφαρμοστεί για διάφορες εξετάσεις, ώστε να αποκλειστούν άλλες θεραπεύσιμες αιτίες άνοιας ή παραληρήματος. Αυτές συμπεριλαμβάνουν τη γενική αίματος, την μέτρηση ηλεκτρολυτών, ουρίας και ζάχαρου, τα επίπεδα βιταμίνης B12, τα επίπεδα φυλλικού οξέος, τις λειτουργικές δοκιμασίες του θυρεοειδούς (TSH) και ήπατος, τις ουρολογικές εξετάσεις για σύφιλη, τις δοκιμασίες για φαρμακοτοξικότητα (για μη συνταγογραφούμενα και παράνομα φάρμακα) και τις δοκιμασίες αλκοολισμού. Κατά παράδοση συνυπολογίζεται και η εξέταση PRP του ορού. Αυτές οι εξετάσεις είναι σε θέση να αποκαλύψουν μια αναστρέψιμη αιτία άνοιας και να μας απομακρίνουν από τη διάγνωση της ΝΑ. Εξετάσεις αίματος καθορίζουν εάν υπάρχουν μεταβολικές ή τοξικές επιδράσεις που προκαλούν χρόνιο παραλλήρημα (Netter 2010). Δεν υπάρχει εργαστηριακή εξέταση για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της ΝΑ. Η διάγνωση βασίζεται στη βιοψία εγκεφαλικού ιστού, όπου επιβεβαιώνεται η παρουσία νευροϊνοματωδών σχηματισμών και νευριτικών πλακών. Γενικές αναλύσεις, ιδιαίτερα για απολιποπρωτεΐνη Ε (Apo -E), μπορεί να βοηθήσουν ως επικουρικά μέσα (δεν αποτελεί μέσο πρόληψης) για τη διαφορική διάγνωση της ΝΑ. Αναλύσεις άλλων γονιδίων τα οποία φαίνεται να προδιαθέτουν στην εμφάνιση της ΝΑ, δεν αποτελούν δοκιμασίες ρουτίνας.

Οι απεικονιστικές μελέτες χρησιμοποιούνται συχνά για να προσδιοριστεί η παρουσία και η ένταση της αγγειακής εγκεφαλικής νόσου. Η συνύπαρξη αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και ΝΑ σε πολυάριθμες νεκροτομικές μελέτες και η ύπαρξη πληροφοριών που συνδέουν τη ΝΑ με παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, καθιστούν υποχρεωτική την απεικονιστική μελέτη στη διάγνωση ασθενών με άνοια. Οι ακτινολογικές εκτιμήσεις, μέσα από την εφαρμογή υπολογιστικών τομογραφιών (CT) και τομογραφιών εκπομπής ποζιτρονίων (PET) αποκλείουν άλλες αιτίες για την νόσο. Η CT συνηθώς δείχνει εγκεφαλική ατροφία και αύξηση μεγέθους των κοιλιών του εγκεφάλου, διαπλάτυνση αυλάκων και συρρίκνωση ελίκων σε προχωρημένα στάδια της νόσου. Η τομογραφία PET, με την οποία μετρούνται τα επίπεδα γλυκόζης σε ζωντανά κύτταρα, δείχνει σημαντική μείωση της μεταβολικής δραστηριότητας των εγκεφαλικών κυττάρων ατόμων με ΝΑ. Το PET scanning είναι ευαίσθητο και αποκαλύπτει αμφιβρεγματικές, μειωμένου μεταβολισμού βλάβες κατά το πρόνοσηρο στάδιο σε ασθενή υψηλού κινδύνου όπως σε πρόνοσηρες κληρονομικές περιπτώσεις ΝΑ και ομοζύγωτες του αλληλόμορφου ApoE b4. (Netter 2010)

Η μαγνητική τομογραφία (MRI), υπολογιστική τομογραφία εγκεφάλου μπορούν επίσης να αποκλείσουν άλλες αιτίες νευρολογικής πάθησης. Το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ) δείχνει χαμηλή δραστηριότητα κυμάτων θ και δ, ιδιαίτερα στις κροταφικές και βρεγματικές περιοχές, δ (δέλτα) ενδειχτικό άνοιας, στο δεύτερο και τρίτο στάδιο της ΝΑ. Για τον προσδιορισμό της φύσης και του βαθμού της συνειδησιακής δυσλειτουργίας του ασθενούς, ο νευρολόγος εφαρμόζει διάφορες νευροψυχολογικές εξετάσεις. Η επιλογή ανάμεσα σε υπολογιστική και μαγνητική τομογραφία έγκειται στη διακριτική ευχέρεια του θεράποντος ιατρού, αν και έρευνες εισηγούνται ότι η μαγνητική υπερτερεί της υπολογιστικής τομογραφίας στην αποκάλυψη «σιωπηλών» έμφρακτων και μικροαγγειακών ισχαιμικών βλαβών της λευκής ουσίας. Επιπρόσθετα η μαγνητική τομογραφία καθίσταται χρήσιμη για την ποσοτικοποίηση της εκλεκτικής ατροφίας, όπως για παράδειγμα του ιππόκαμπου, ως πρώιμου σημείου της ΝΑ. Όλες οι εξετάσεις στοχεύουν στη συνειδησιακή λειτουργία και μπορούν να επαναληφθούν αργότερα ώστε να κατανοηθούν οι όποιες αλλαγές. Η βιοψία εγκεφάλου δε χρησιμεύει στη διάγνωση καθώς μπορεί να προκύψουν φυσιολογικά αποτελέσματα από ιστοτεμάχιο που προήλθε από τομή σε τμήμα του φλοιού που δεν έχει προσβληθεί από την νόσο. Το προσεχτικό ιστορικό, η εξέταση της νοητικής κατάστασης και η νευρολογική εξέταση, συμπληρωμένα από ένα νευροψυχολογικό έλεγχο, παραμένουν αναντικατάστατα. (Netter 2010)

Ανακεφαλαιώνοντας, σε αυτό το σημείο χρειάζεται να αναφερθεί ότι μαζί με τις συνήθειες νοσηλευτικές εκτιμήσεις προκύπτουν και συνεργατικά προβλήματα. Επιπρόσθετα με τις συνήθειες νοσηλευτικές εκτιμήσεις, οι ασθενείς με ΝΑ πιθανώς να παρουσιάσουν προβλήματα στην προφορική επικοινωνία λόγω αφασίας, ανομίας, αγνωσίας ή και απραξίας. Η γενικότερη επικοινωνία με άτομα που διαγνώστηκαν με άνοια τύπου Alzheimer θα συζητηθεί σε επόμενο στάδιο. Η πλημμελής πρόσληψη τροφής λόγω αδυναμίας αυτοφροντίδας ή και ανορεξίας, προκαλούν διατροφικές διαταραχές, ακράτεια ούρων και κοπράνων λόγω διαταραχών συνείδησης, όπως επίσης δυσχέρεια (ολική) στην αυτοπεριποίηση και στην αυτοφροντίδα. Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να παρουσιαστεί σε ασθενείς με ΝΑ λόγω αλλαγών στη συμπεριφορά και στην προσωπικότητα, σε παρατηρούμενο κίνδυνο επιθετικότητας προς όλους και προς τον εαυτό.

Όταν ο ασθενής βρίσκεται στα τελευταία στάδια της νόσου (κλινίρης) χρειάζεται να προσεχθεί ιδιαίτερα ο κίνδυνος δερματοπαθειών από την παρατεταμένη ακινησία που επέρχεται με την εξέλιξη της νόσου και περιορίζει την κινητικότητα.

Κάθε φορά που ο νοσηλευτής έρχεται σε επαφή με τον ασθενή του, προβαίνει σε ανανέωση των πληροφοριών, καθιστώντας την εκτίμηση του ασθενή μια συνεχή διαλογική επικοινωνία με τον νοσηλευτή. Στα συμπεράσματα που θα διαμορφωθούν από τον νοσηλευτή θα βοηθήσουν στην περαιτέρω πορεία της διεργασίας (DeWit 2001).

9.β.. Νοσηλευτική Διάγνωση

Η νοσηλευτική διάγνωση είναι το δεύτερο βήμα της νοσηλευτικής διεργασίας και αφορά τη διαδικασία με την οποία ταξινομούνται και αναλύονται οι πληροφορίες έτσι ώστε να αναγνωρίζονται συγκεκριμένα, πραγματικά ή δυνητικά προβλήματα υγείας. Οι παράγοντες οι οποίοι συνθέτουν το πρόβλημα, λαμβάνονται υπόψη και επιλέγονται συγκεκριμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις για το σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς. Μια νοσηλευτική διάγνωση υποδεικνύει την πραγματική κατάσταση υγείας του ασθενούς ή τον κίνδυνο να εμφανίσει κάποιο πρόβλημα, τους αιτιολογικούς ή σχετικούς παράγοντες και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. (DeWit 2001)

Όπως αναφέρθηκε στο προηγούμενο υποκεφάλαιο ο ρόλος του νοσηλευτή στην πολύπλευρη αξιολόγηση των ασθενών με νόσο Alzheimer είναι πολύ δύσκολη. Δεν αφορά τα αποτελέσματα ενός προγράμματος πολλαπλής συσχέτισης στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, αλλά την εμπειριστατωμένη κλινική πληροφόρηση για την επίτευξη των κλινικών στόχων που θα προκύψουν από την εκτίμηση, τη διάγνωση, την επεξήγηση των ευρημάτων, τη διαικπεραίωση και την πρόγνωση όλων των προβλημάτων που καλείται ο νοσηλευτής να επιλύσει (Knoefel et al. 1995).

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να απαντά ειλικρινά στις ερωτήσεις του ασθενούς και ειδικά με ότι αφορά τη διάγνωση της ΝΑ, όπως γίνεται βέβαια σε κάθε ασθένεια. Βέβαια οι απόψεις δίστανται σχετικά με την πλήρη ειλικρίνεια για την έκβαση της ΝΑ, λόγω του ότι αφορά το κάθε άτομο ξεχωριστά και το πως αυτό θα αντιδράσει. Είναι όμως δικαίωμα του κάθε ασθενούς να γνωρίζει τι τον περιμένει. Το γεγονός της αναφοράς της πλήρους αλήθειας προς τον ασθενή εξαρτάται ακόμα και από τον ίδιο, δηλαδή την νοητική και ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται τη συγκεκριμένη στιγμή που ρωτά. Αυτό γιατί ακόμα και στο πρώιμο ή ελαφρό στάδιο, όπου ξεκινά μια μικρή ελάττωση μνήμης και προσήλωσης, δεν μπορούμε να γνωρίζουμε κατά πόσον είναι σε θέση να αντιληφθεί την πραγματικότητα. Με τον τρόπο αυτό, δηλαδή στην

απάντηση των ερωτήσεων του ασθενούς σχετικά με τη νόσο και τη διάγνωσή της, ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει καλύτερα στο συνεργατικό σχέδιο θεραπείας. Πολλές μεταβλητές συμπεριλαμβανομένων σωματικών παθήσεων και περιβαλλοντικών παραγόντων μπορεί να επιδεινώσουν ή να προκαλέσουν εξάρσεις των κλινικών εκδηλώσεων της ΝΑ. Παραδείγματα χάριν εγκεφαλικές συμφορήσεις, έμφραγμα του μυοκαρδίου, φάρμακα και σωματικοί περιορισμοί είναι κάποιοι από τους παράγοντες που επιδεινώνουν την νόσο. Ο ασθενής με ΝΑ παρουσιάζει συχνά γενικά ιατρικά προβλήματα, όπως καρδιαγγειακές νόσους, αρθρίτιδα, νεφρική ανεπάρκεια και πνευμονοπάθειες. Μπορεί επίσης να υπάρχουν προβλήματα με την όραση και την ακοή. Η αντιμετώπιση και ο έλεγχος όσο το δυνατό περισσότερων καταστάσεων από τις πιο πάνω βελτιώνουν τις λειτουργικές ικανότητες του ασθενούς.

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι καλύτερα να επιλέγονται από τον εγκεκριμένο κατάλογο NANDA (North America Nursing Diagnosis association). Το πρόβλημα της αλλαγής της συνείδησης οφείλονται στις δομικές και χημικές αλλαγές του εγκεφάλου. Μετά από την εξέταση της νοητικής κατάστασης με το mini mental, διαφαίνεται η ύπαρξη σύγχυσης. Έχει βέβαια μειωμένη ανταπόκριση στα πρώιμα στάδια. Σε προχωρημένα στάδια γίνεται αντιληπτή η σύγχυση, είτε αυτή είναι χρόνια είτε οξεία, που σχετίζεται με την μειωμένη επικοινωνία του ασθενή, όπως καταφαίνεται και από την λήψη του ιστορικού. Η βλάβη της μνήμης που σχετίζεται με την ΝΑ ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής διαφαίνεται από τα αποτελέσματα των εκτιμήσεων που έχουν ήδη γίνει. Στο σύνολο των συνειδησιακών διακυμάνσεων της νοητικής έκπτωσης εντάσσεται η διαταραχή της προσωπικής ταυτότητας. Τα σημεία των προαναφερθέντων ανωμαλιών επαληθεύονται από τα διαγνωστικά τεστ που αναφέρθηκαν κατά το στάδιο της εκτίμησης, και αφορούν αντικειμενικά στοιχεία. Τα κλινικά σημεία των αποτελεσμάτων αυτών μπορούν σε κάποιες περιπτώσεις να επαληθευτούν τα συμπτώματα που αναφέρουν οι ασθενείς ή/και οι οικογένειες τους. Η επιθετικότητα των ασθενών που σχετίζεται με την αλλαγή της προσωπικότητας μπορεί να παρατηρηθεί από το σύνδρομο stress λόγω αλλαγής του χώρου του ασθενούς. Κατά το πρώιμο στάδιο παρατηρείται κοινωνική αποξένωση, σε συνδυασμό με τον κίνδυνο εμφανίσεις άγχους (έντασης) του υπεύθυνου φροντίδας του ασθενούς. Επίσης παρατηρείται διαταραχή ύπνου.

Οι ασθενείς με ΝΑ κινδυνεύουν να τραυματιστούν γιατί δεν καταλαβαίνουν την επικινδυνότητα κάποιων αντικειμένων ή καταστάσεων.

-Στις αλλαγές ικανοτήτων αυτοεξυπηρέτησης παρατηρείται ακράτεια ούρων και κοπράνων που συνδέεται με νευρολογική βλάβη, όπως καταφαίνεται από την ανικανότητα συγκράτησης ουροδόχου κύστης και εντέρου.

-Παρατηρείται δυσκινησία κατά το δεύτερο στάδιο της ΝΑ, η οποία μπορεί να προκαλέσει κίνδυνο τραυματισμού όπως φαίνεται από την αδυναμία στήριξης του σωματικού βάρους.

-Παρατηρούνται αισθητικές διαταραχές, που προσδιορίζονται στην ελάττωση της αφής ή και της όσφρησης.

-Κατά τα προχωρημένα ή σοβαρά στάδια της νόσου παρατηρείται διαταραχή κινητικότητας και κίνηση με αναπηρική καρέκλα.

-Τέλος οι ασθενείς με ΝΑ παρουσιάζουν προβλήματα σίτισης, από την πλημμελή διατροφή λόγω της ελάττωσης της όρεξης ή της ικανότητας διατροφής.

9.γ. Σχεδιασμός – Προγραμματισμός Παρεμβάσεων

Ο προγραμματισμός, το τρίτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας είναι μια σειρά από βήματα μέσω της οποίας ο νοσηλευτής και ο ασθενής θέτουν προτεραιότητες και στόχους προκειμένου να επιλύσουν τα προβλήματα που έχουν διαπιστωθεί. Αυτό βέβαια στα πλαίσια της επικοινωνιακής ικανότητας του ασθενή βάσει του σταδίου στο οποίο βρίσκεται. Οι στόχοι διατυπώνονται ως συγκεκριμένα αναμενόμενα αποτελέσματα. Για κάθε νοσηλευτική διάγνωση επιλέγονται συγκεκριμένες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες βοηθούν τον ασθενή να επιτύχει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. (DeWit 2001)

Σε ασθενείς που εμφανίζουν διατροφικές διαταραχές δίνεται προτεραιότητα στις ανάγκες σίτισης τους, ώστε να αποφευχθεί ο υποσιτισμός και όποιες αρνητικές συνέπειες αυτός επιφέρει. Θα πρέπει ο ασθενής που βρίσκεται σε πλήρη εξάρτηση από τον νοσηλευτή, κατά τα προχωρημένα στάδια της νόσου να σιτίζεται βάσει των αναγκών του.

Ένας από τους σημαντικούς ρόλους του νοσηλευτή είναι η εκπαίδευση. Θα εκπαιδεύουμε την οικογένεια ώστε να είναι προετοιμασμένη σε περίπτωση που ο ασθενής είναι ανήσυχος, νευρικός, προσβλητικός ή επιθετικός. Επιπρόσθετα, η οικογένεια μπορεί να μάθει τον τρόπο εφαρμογής της μεθόδου επαναπροσανατολισμού στην πραγματικότητα ή της μεθόδου θεραπευτικής επιβράβευσης, ανάλογα με το στάδιο της νόσου.

Η δυσκολία στον προγραμματισμό της αντιμετώπισης της νόσου, διαφαίνεται από τα χαρακτηριστικά της νόσου. (εκφυλιστική νόσος) Εντούτοις, τα αναμενόμενα αποτελέσματα αφορούν μακροπρόθεσμους στόχους. Η μνήμη θα πρέπει να σταθεροποιηθεί, μέσα από φαρμακευτική αγωγή και ασκήσεις μνήμης. Το χρονικό πλαίσιο που μπορεί να δοθεί σε αυτή την περίπτωση είναι 8 έως 12 μήνες και μετά επαναλαμβάνεται η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενή. Στα θέματα της νοητικής έκπτωσης, ο μόνος προγραμματισμός που θα μπορούσε να εφαρμοστεί είναι η συνεχής επικοινωνία και εκπαίδευση με τον ασθενή. Αυτό βέβαια με διακυμάνσεις στην εξέλιξη της νόσου.

Ο ασθενής θα πρέπει να ξεφύγει μακροπρόθεσμα από τις επιθετικές του τάσεις. Επίσης οι χωροτακτικές διαταραχές θα πρέπει να αντιμετωπιστούν. Βραχυπρόθεσμα μπορεί να αναφερθεί ο στόχος για κοινωνικοποίηση του ασθενούς. Ένας άλλος στόχος που αφορά τη διαταραχή του ύπνου, που οφείλεται στη ΝΑ, αφορά την υποστήριξη του ύπνου. Στο σύνολο των εκπαιδευτικών διαδικασιών που θα αναλάβει ο νοσηλευτής με τον ασθενή, θα πρέπει να εντάσσει και τον υπεύθυνο φροντίδας σε θέματα της δικής του ψυχολογικής ηρεμίας.

Όσον αφορά το στόχο της ατομικής φροντίδας υγιεινής και περιποίησης θα πρέπει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής. Ακόμα και στα πρώιμα στάδια της εξέλιξης της νόσου έχουν αναφερθεί δυσκολίες στην προσωπική φροντίδα. Θα πρέπει να δέχεται ο ασθενής καθημερινώς υποβοήθεια, για την επίτευξη της αυτοφροντίδας. Θα αναμένεται ο ασθενής να ουρεί και να αφοδεύει σε σκοραμίδα που του παρέχεται αν και εφόσον είναι σε θέση να επικοινωνήσει. Ο ασθενής δεν θα υποφέρει από τραυματισμό λόγω πτώσης. Θα κινητοποιείται ανάλογα με το στάδιο στο οποίο θα βρίσκεται. Σε περίπτωση που ο ασθενής βρίσκεται κλινήρης θα πρέπει να αποφευχθούν και να αντιμετωπιστούν τυχόν κατακλίσεις.

Κλείνοντας το κεφάλαιο του σχεδιασμού παρεμβάσεων θα ήταν παράληψη εάν δεν αναφερόταν το σύνολο των αναμενόμενων στόχων στη φροντίδα του ασθενούς με ΝΑ με βάση τις αναγνωρισμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις. Στις αναμενόμενες εκβάσεις συμπεριλαμβάνεται ότι ο ασθενής θα επιδεικνύει την ικανότητα εκτέλεσης σύνθετων εγκεφαλικών διαδικασιών στα αρχικά στάδια ΝΑ. Θα παραμένει χωρίς τραυματισμούς και θα διαθέτει ένα ασφαλές περιβάλλον στο σπίτι, θα κοιμάται κατά τη διάρκεια της νύχτας και θα είναι ξύπνιος όταν πρέπει. Ο φροντιστής του ασθενούς θα πρέπει να έχει μια θετική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας του και τις συνθήκες ζωής. Οι ειδικές ενδείξεις για τα αναμενόμενα αυτά αποτελέσματα

αναφέρονται για την κάθε νοσηλευτική διάγνωση όπως έχουν αναλυθεί πιο πάνω. Η γνώση που παρέχεται από τον νοσηλευτή είναι εμπειριστατωμένη και βρίσκεται σε συνεχή επικοινωνία με την οικογένεια του ασθενή.

9.δ. Εφαρμογή παρεμβάσεων

Η εφαρμογή παρεμβάσεων, το τέταρτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η εκτέλεση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που δηλώθηκαν στο προγραμματισμό, με ένα συστηματοποιημένο τρόπο. Ο νοσηλευτής εκτελεί τις παρεμβάσεις ή μεταβιβάζει κάποιες από αυτές στο κατάλληλο άτομο. Όταν και εφόσον χρειαστεί γίνονται αλλαγές στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Με την μέθοδο και την καλή οργάνωση εργασίας επιτυγχάνονται αποτελεσματικότερα οι στόχοι που έχουν τεθεί (DeWit 2001).

Οι παρεμβάσεις είναι παρόμοιες είτε ο ασθενής φροντίζεται στο σπίτι, σε γηροκομείο, σε νοσηλευτικό κέντρο είτε σε κέντρο μακροχρόνιας φροντίδας. Χρειάζεται πριν την εφαρμογή των στόχων που έχουν τεθεί, να δημιουργηθεί ένα πλάνο εργασίας με προτεραιότητες, μιας και οι επιπλοκές της νόσου μπορούν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε στάδιο εξέλιξής της. Η νοσηλευτική παρέμβαση αφορά στη λεπτομερή αντιμετώπιση των σωματικών, ψυχικών, κοινωνικών και νοσηλευτικών αναγκών και των συνυπαρχόντων προβλημάτων του ασθενή με νόσο Alzheimer και της οικογένειάς του (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου 2005).

Οι παρεμβάσεις θα χωριστούν σε αυτές του πρώιμου σταδίου, του μεσαίου και του προχωρημένου σταδίου, λόγω της μακροχρόνιας φροντίδας που απαιτεί η νόσος. Στα πρώιμα στάδια της νόσου, ο ασθενής με ΝΑ ενθαρρύνεται να εκτελεί σύνθετες πνευματικές διεργασίες. Ενδείξεις για αυτό αποτελεί η ικανότητα του ασθενούς να επικοινωνεί καθαρά και με κατάλληλο τρόπο. Αυτό επιτυγχάνεται από την μέθοδο επικοινωνίας την οποία χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής. Δηλαδή, ερωτήσεις ανοιχτού τύπου για εποικοδομητική επικοινωνία κατά τα πρώιμα στάδια και κλειστού τύπου στα όψιμα, ώστε οι απαντήσεις που αναμένονται αφορούν ένα «ναι» ή ένα «όχι». Στα πρώιμα στάδια όπου η επικοινωνία μας με τους ασθενείς γίνεται σε κάποιο βαθμό επιτεύξιμη, προσπαθεί ο νοσηλευτής με μικρά αλλά σταθερά βήματα επικοινωνίας να κρατά σε διάλογο τον ασθενή του. Αυτά πάντοτε μέσα από τις δυνατότητες του κάθε ασθενούς και της περίπτωσης του ξεχωριστά. Με την μέθοδο που είναι γνωστή ως ανακατεύθυνση, αποσπούμε την προσοχή του ασθενούς προτού αυτός αλλάξει θέμα και βοηθούμε έτσι στα προβλήματα

επικοινωνίας και τις επίμονες συμπεριφορές του. Το περιβάλλον του ασθενούς θα πρέπει να είναι όσο το δυνατόν ελεύθερο από ενοχλήσεις, που πιθανόν να προκαλέσουν απρόσμενες επιπτώσεις. Ο υπεύθυνος νοσηλευτής ομιλεί απευθείας με τον ασθενή με διαφορετικό τρόπο. Οι προτάσεις θα πρέπει να είναι καθαρές από νοηματικό περιεχόμενο και σύντομες, ώστε να τις αντιλαμβάνεται. Ζητάμε από τον ασθενή να εκτελεί μια πράξη κάθε φορά και αφήνουμε αρκετό χρόνο για να την ολοκληρώσει. Μπορεί να χρειαστεί να επιμεριστεί κάθε πράξη σε μικρότερα μέρη, ώστε να μπορέσει ο ασθενής να την εκτελέσει.

Η διαμόρφωση περιβάλλοντος και η παροχή σταθερότητας, όπως επίσης και η πρόληψη υπερδιέγερσης στις καθημερινές δραστηριότητες, έχουν πάντοτε πολύπλευρα θετικά αποτελέσματα. Στόχος της διέγερσης γνωστικού και της εκπαίδευσης μνήμης είναι να ενδυναμώσουν ή να προωθήσουν επιθυμητές γνωστικές λειτουργίες και να διευκολύνουν την μνήμη. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας ελέγχεται η συμπεριφορά του ασθενούς. Ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα μπορεί να προσφέρει κάποιο όφελος στον ασθενή, παρόλα αυτά όμως διάφορες κλινικές μελέτες δεν έχουν δείξει αποτελεσματικότητα για ΝΑ στα αρχικά στάδια (Clare et al. 2003).

Με την εξέλιξη της νόσου ο ασθενής γίνεται ανήμπορος να εκτελέσει διάφορες πράξεις που του ζητούνται. Δείχνουμε στον ασθενή τι πρέπει να γίνει ή του παρέχουμε διευκολύνσεις για να του υπενθυμίσουμε με ποιόν τρόπο πρέπει να εκτελέσει τη συγκεκριμένη πράξη. Όταν μπορούμε, εξηγούμε και επιδεικνύουμε τον τρόπο εκτέλεσης της πράξης που του ζητάμε να την εκτελέσει.

Η έρευνα εστιάζει τώρα στην επικοινωνία των ανθρώπων με άνοια. Το θέμα του κατά πόσον επικοινωνούν και πόσο καταλαβαίνουν τα άτομα με άνοια «σύμφωνα με το Goldsmith (1996)» στο βιβλίο με τίτλο “Hearing the voice of people with dementia” και χωρίζει σε δυο κατηγορίες τα σχετικά προβλήματα προς αντιμετώπιση, στη μια βρίσκονται τα άτομα με άνοια και πως ζουν το καθετί ενώ στην άλλη πως εμείς ζούμε αυτά που προκύπτουν. Για να αντιληφθούμε την ασθένεια χρειάζεται να έχουμε συνεχή διάλογο με το άτομο. Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα άτομα με άνοια είναι πάντοτε οι σωστότερες; Αυτό θα πρέπει να προσεχθεί μέσα από τη συμπεριφορά του ατόμου που έχω κάθε φορά απέναντί μου. Η άνοια βέβαια διαχωρίζεται από την νόσο Alzheimer, παρόλο που κάποια από τα θέματα επικοινωνίας προκύπτουν κατά την εξέλιξη της νόσου. «Σύμφωνα με το Kitwood (1997)» ότι το υποκείμενο της προσέγγισης μας, το άτομο, γίνεται αντικείμενο μέσα από τις προβληματικές συμπεριφορές και το προσεκτικό

χειρισμό, ενώ χρειάζεται να δουλεύουμε στην βάση του να βλέπουμε το άτομο ως όλον. Είναι επόμενο να καταλάβουμε την άνοια του ατόμου ως αποτέλεσμα ενός συνόλου διαδράσεων, της προσωπικότητας, της φυσικής υγείας, της βιογραφίας ή του ιστορικού της ζωής του, την κοινωνική του ψυχολογία (το δίκτυο των κοινωνικών του σχέσεων) και τη νευρολογική του έκπτωση.

Ο ασθενής με προβλήματα μνήμης ωφελείται από ένα οργανωμένο και σταθερό περιβάλλον. Υπό διερεύνηση βρίσκονται αρκετές συμπληρωματικές και εναλλάχτηκες θεραπείες για την πρόληψη της νόσου Alzheimer, την καθυστέρηση της εμφάνισης ή τις εξελίξεις της στους ενήλικες. Παραδείγματα τέτοιου είδους θεραπείας περιλαμβάνουν τη βιταμίνη E (αντιοξειδωτικά), την ιβουπροφαίνη, τα οιστρογόνα, την μελατονίνη και τα επιθέματα νικοτίνης.

Η φαρμακοθεραπεία που συνίσταται από τους γιατρούς αφορά τους αναστολείς χολινεστεράσης που είναι φάρμακα, τα οποία έχουν εγκριθεί για τη συμπτωματική αντιμετώπιση της ΝΑ. Τα φάρμακα αυτά βελτιώνουν τη χολινεργική νευροδιαβίβαση στο κεντρικό νευρικό σύστημα καθυστερώντας την καταστροφή της ακετυλοχολίνης (ACh) από την ακετυλοχολινεστεράση, καθυστερώντας έτσι την έναρξη της συνειδησιακής κατάπτωσης. Κανένα από αυτά τα φάρμακα δεν επηρεάζει την εξέλιξη της νόσου. Παραδείγματα περιλαμβάνουν τα donepezil (Aricept), galantamine (reminiyl) και rivastigmine (Exelon).

Η memantine (Namenda) αναστέλλει την παραγωγή υπερβολικών ποσοτήτων γλουταμικού, που μπορεί να προκαλέσουν βλάβες στα νευρικά κύτταρα. Ενδείκνυται για προχωρημένου σταδίου ΝΑ και έχει αποδειχθεί ότι καθυστερεί τον ρυθμό εξέλιξης της νόσου και διατηρεί τη λειτουργικότητα αρκετούς μήνες παραπάνω. Μπορεί επίσης να δοθεί σε συνδυασμό με Donepezil (Aricept), ένα αναστολέα της χολινεστεράσης.

Μερικοί ασθενείς με ΝΑ εμφανίζουν κατάθλιψη και μπορεί να χρειαστούν θεραπεία με αντικαταθλιπτικά. Συνήθως χορηγούνται ειδικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI), όπως η παροξετίνη (PAXIL) και η σερτραλίνη (Zoloft). Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, όπως η αμινοτριπτυλίνη (elavil, levate), πρέπει να αποφεύγονται λόγω της αντιχολινεργικής του δράσης. (Ignatavicius & Workman 2008).

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα που ονομάζονται και αντιψυχωσικά ή νευροληπτικά φάρμακα, συνήθως προορίζονται για ασθενείς με συναισθηματικά και συμπεριφορικά προβλήματα, που μερικές φορές συνοδεύουν την άνοια, όπως οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις. Στην κλινική πράξη όμως τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται μερικές φορές λανθασμένα για νευρική κατάσταση,

επιθετικότητα ή ανησυχίες. Τα ψυχοτρόπα φάρμακα θεωρούνται χημικά περιοριστικά μέσα καθώς μειώνουν την κινητικότητα του ατόμου και την ικανότητά του να φροντίσει τον εαυτό του. Για αυτό το λόγο, οι περισσότεροι ιατροί συνιστούν τα φάρμακα αυτά να χρησιμοποιηθούν ως το τελευταίο μέσο και με προσοχή σε χαμηλές δόσεις για κάποιο συγκεκριμένο συναισθηματικό ή συμπεριφορικό πρόβλημα υγείας, λόγω του ότι οι περισσότεροι ασθενείς με άνοια βρίσκονται σε προχωρημένη ηλικία, όπως έχει αναφερθεί καθ' όλη τη διάρκεια των συγγραφικών αναφορών περί των υπερήλικων ασθενών. Το συγκεκριμένο φάρμακο που θα χρησιμοποιηθεί εξαρτάται από τις ανεπιθύμητες ενέργειες, την κατάσταση του ασθενούς και τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Θα πρέπει πάντοτε να λαμβάνεται υπόψη η πολιτική του εκάστοτε ιδρύματος όσο αφορά την χρήση χημικών περιοριστικών μέσων.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με νόσο Alzheimer αφορούν την ενεργοποίηση συνειδητών λειτουργιών, δηλαδή την προαγωγή της επίγνωσης της κατανόησης του περιβάλλοντος με τη χρήση προγραμματισμένων ερεθισμάτων. Η εφαρμογή της περιβαλλοντικής ενεργοποίησης γίνεται μέσα από την επαφή με διάφορα άτομα από τον οικογενειακό χώρο. Στην πορεία γίνεται μια παρουσία των αλλαγών σε βαθμιαία κλίμακα. Ο ασθενής παρέχεται με ημερολόγιο από τον νοσηλευτή, ώστε να ακολουθεί την πραγματικότητα και να έχει το δικό του πρόγραμμα. Η ξεκούραση συνίσταται για τους ασθενείς, σε σχέση με τη σωματική και ψυχική τους υγεία. Οι επαναλήψεις χρησιμοποιούνται για την παρουσίαση νέων πραγμάτων, δηλαδή με τη συνεχή επίδειξη αντικειμένων –κλειδιών, τα οποία βοηθούν τον ασθενή. Οι πληροφορίες είναι σημαντικό να παρέχονται σε μικρά και οργανωμένα τμήματα. Αυτό αφορά και το λόγο μας απέναντι στα άτομα με άνοια, λόγω της δυσκολίας τους να αντιλαμβάνονται με ταχύτητα τις νέες πληροφορίες που τους παρέχουμε. Η εκπαίδευση της μνήμης, η διευκόλυνση των διεργασιών της μνήμης γίνεται μέσα από τη συζήτηση για οποιαδήποτε προβλήματα μνήμης παρουσιάζονται με τον ασθενή ή και την οικογένειά του. Μέσα από την επανάληψη της τελευταίας σκέψης που εξέφρασε ο ασθενής, ενεργοποιείται η διεργασία της μνήμης. Αναπολούμε σχετικά με παλιές εμπειρίες με τον ασθενή, όποτε είναι απαραίτητο. Ενώ εφαρμόζονται κατάλληλες τεχνικές μνήμης, όπως τις οπτικές φαντασιώσεις, τις μνημονικές ασκήσεις, τα παιχνίδια μνήμης, τις τεχνικές συσχέτισης, τη χρήση υπολογιστών, τη χρήση ετικέτας με ονόματα ή εξάσκηση σε κάποιες πληροφορίες. Ο προβλεπόμενος χρόνος εκπαίδευσης προσαρμογής, όπως η εξάσκηση με τις προσωπικές πληροφορίες και ημερομηνίες, όποτε είναι απαραίτητο. Η παροχή χρόνου

ειδικότερα στην αναγνώριση φωτογραφιών είναι απαραίτητη. Ο νοσηλευτής παροτρύνει τον ασθενή να λάβει μέρος σε ομαδικά προγράμματα εκπαίδευσης της μνήμης.

Ο ασθενής ενισχύεται στον περιβάλλοντα του χώρο, ώστε να μπορεί να προσανατολίζεται όσον αφορά σε πρόσωπα, τόπο και χρόνο. Αυτό επιτυγχάνεται με την επίδειξη φωτογραφιών συγγενών του, Η επίδειξη άμεσης, πρόσφατης και παλαιότερης μνήμης όπως επίσης η επεξεργασία πληροφοριών και τέλος η ανάληψη κατάλληλων αποφάσεων, θεωρούνται από τις κύριες αναμενόμενες εκβάσεις. Σε σχέση με τα τελευταία στάδια της νόσου, όπου υπάρχουν γενικευμένες και εστιακές διαταραχές, οι ασθενείς δεν μπορούν να ικανοποιήσουν τα πιο πάνω κριτήρια. Με την εξέλιξη της νόσου ο ασθενής χρειάζεται και εδώ τη στήριξη από τον νοσηλευτή να τον υποβοηθά στην αναγνώριση προσώπων, όπως γίνεται με τους συγγενείς στους οποίους στρέφουν το βλέμμα για να αναζητήσουν απαντήσεις. Οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν προσωποαγνωσία, δηλαδή απώλεια της ικανότητας αναγνώρισης των εαυτών τους αλλά και άλλων φιλικών προσώπων. Παροτρύνουμε την οικογένεια να παρέχει φωτογραφίες των μελών της και στενών φίλων με το όνομα του καθενός στη φωτογραφία. Επιπλέον, συμβουλεύουμε την οικογένεια να αναπολεί μαζί με τον ασθενή σχετικά με ευχάριστες εμπειρίες του παρελθόντος. Ο νοσηλευτής μπορεί επίσης να εφαρμόσει θεραπεία αναπόλησης, ενώ βοηθά τον ασθενή στις καθημερινές του ασχολίες ή ενώ εκτελεί κάποια θεραπευτική αγωγή ή αξιολόγηση. Η αναφορά σε κάποιο αντικείμενο στο δωμάτιο μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να αρχίσει να μιλά για το νόημά του στο παρόν και στο παρελθόν. Δεν είναι σπάνιο για τον ασθενή να μιλάει στον εαυτό του στον καθρέπτη. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να επιτραπεί εφόσον δεν είναι επιβλαβής. Εάν ο ασθενής φοβάται το είδωλό του στον καθρέπτη, θα πρέπει να σκεπάσουμε ή να μετακινήσουμε τον καθρέπτη. Σε κάποια ιδρύματα τοποθετείται μια φωτογραφία στην πόρτα του δωματίου, για να την αναγνωρίζει ο ασθενής και να βρίσκει το δωμάτιό του. Η φωτογραφία αυτή βοηθά επίσης το προσωπικό σε περίπτωση που ο ασθενής απομακρυνθεί ή χαθεί. (Dewit 2009)

Η αντιμετώπιση της ανησυχίας και της περιπλάνησης μπορεί να επιτευχθεί με την τοποθέτηση στο χέρι του ασθενή μιας ετικέτας ή ένα βραχιολάκι αναγνώρισης όπου θα αναγράφονται και πληροφορίες επικοινωνίας με τον θεράποντα ιατρό. Όταν βρίσκεται σε κάποιο ίδρυμα ο ασθενής πρέπει να ελέγχεται σε τακτά διαστήματα και να βρίσκεται σε δωμάτιο που να μπορεί να παρατηρείται εύκολα. Το δωμάτιο μπορεί να χρειαστεί να βρίσκεται κοντά στο σταθμό των νοσηλευτών και μακριά από εξόδους ή σκάλες. Μερικές υπηρεσίες τοποθετούν μεγάλες πινακίδες με την ένδειξη STOP ή κόκκινη ταινία στο πάτωμα μπροστά στις εξόδους. Ενώ σε

άλλες υπηρεσίες έχει παρατηρηθεί η τοποθέτηση συστημάτων συναγερμού στο άνοιγμα της πόρτας. Όλα αυτά μετά από τους υπολογισμούς που έγιναν από την ένωση για την νόσο Alzheimer, και αναφέρει ότι σχεδόν τα 2/3 των ασθενών θα περιπλανώνται και μπορεί να χαθούν στη γειτονιά σε κάποιο στάδιο της νόσου.

Η ομάδα φροντίδας υγείας συνεργάζεται για να προσδιορίσει συνθήκες στο περιβάλλον. Η διαμόρφωση περιβάλλοντος θεωρείται σημαντική, λόγω του ότι μέσα από αυτή την τροποποίηση περιβάλλοντος μπορούν να βελτιωθούν οι λειτουργικές ικανότητες του ασθενούς. Οι δύο σημαντικότερες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που είναι απαραίτητες για τον ασθενή με ΝΑ είναι η πρόληψη υπερδιέγερσης και η παροχή ενός οργανωμένου και ταχτικού περιβάλλοντος. Οι περιβαλλοντικές ενοχλήσεις και ο θόρυβος, ελαχιστοποιούνται. Στο σπίτι του ασθενούς στο νοσοκομείο, ή γηροκομείο δεν πρέπει να υπάρχουν φωτογραφίες στον τοίχο ή άλλες διακοσμήσεις που θα μπορούσαν να παρεξηγηθούν από αυτόν, ως άνθρωποι ή ζώα που μπορεί να τον βλάψουν. Μια αφηρημένη ζωγραφική ή ταπετσαρία μπορεί να φαίνονται σαν φωτιά ή έκρηξη και να τρομάζουν τον ασθενή. Το δωμάτιο πρέπει να διαθέτει επαρκή σταθερό φωτισμό χωρίς αναλαμπές και χωρίς δυνητικά επίφοβες σκιές. Ο ασθενής με ΝΑ είναι ιδιαίτερα ευάλωτος σε αυτές τις αλλαγές και έχει ανάγκη όσο καλύτερο και πιο ατάραχο ύπνο γίνεται τη νύχτα. Η εξάντληση αυξάνει τη σύγχυση και συμπεριφορικές εκδηλώσεις, όπως ανησυχία και επιθετικότητα. (DeWit 2009)

Όταν οι ασθενείς είναι ταραγμένοι όπως προαναφέρθηκε χρησιμοποιούνται ήρεμες, θετικές δηλώσεις και αποφεύγονται οι διαφωνίες, οι παρεξηγήσεις, η ύψωση της φωνής και η προσπάθεια επεξήγησης. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει να δείχνει φοβισμένος ή να εκτελεί κινήσεις έξω από το οπτικό πεδίο του ασθενούς. Εάν ο ασθενής παραμένει ανήσυχος, τον διαβεβαιώνουμε ότι είναι ασφαλής και φεύγουμε από το δωμάτιο αφού του εξηγήσουμε ότι πρόκειται να επιστρέψουμε αργότερα. Κατά τη διάρκεια αυτή θα πρέπει να γίνονται συχνά οπτικοί έλεγχοι.

Το αίσθημα της ανησυχίας μπορεί να βελτιωθεί εάν ο ασθενής συνοδεύεται συχνά σε περιπάτους. Σε περίπτωση που αρχίσει να περιπλανάται, κάποιος πρέπει να τον επαναπροσαντολίζει. Για παράδειγμα εάν ο ασθενής επιμένει να πάει να αγοράσει ρούχα, θα μπορούσε να οδηγηθεί στη ντουλάπα του να διαλέξει ρούχα, τα οποία δεν αναγνωρίζει ως δικά του. Αυτού του είδους η διαδικασία μπορεί να επαναληφθεί πολλές φορές, καθότι ο ασθενής έχει χάσει τη βραχυχρόνια μνήμη του.

Περιοριστικά μέσα όπως ζώνες και αναπηρικά καρότσια με ασφάλεια πρέπει να αποτελούν την τελευταία μόνο λύση, καθώς αυξάνουν την ανησυχία και προκαλούν εκνευρισμό. Η ασφάλεια των ασθενών με νόσο Alzheimer βρίσκεται στην πρώτη γραμμή προτεραιότητας του νοσηλευτή σε σχέση με τις άμεσες περιβαλλοντικές του επεμβάσεις. Οι ασθενείς με ΝΑ κινδυνεύουν να τραυματιστούν γιατί δεν καταλαβαίνουν την επικινδυνότητα κάποιων αντικειμένων ή καταστάσεων. Όλα τα δυνητικά επικίνδυνα αντικείμενα παραδείγματος χάριν μαχαίρια, βελόνες, υγρά καθαρισμού απομακρύνονται ή ασφαλιζονται. Στο θέμα της αποφυγής τραυματισμών από τους ασθενείς χρειάζεται λήψη άμεσων μέτρων από τον νοσηλευτή στο χώρο, τον οποίο φροντίζει το άτομο με ΝΑ. Η προσδοκία για τον ασθενή με ΝΑ είναι να μην τραυματιστεί σωματικά και να μην τραυματίσει κανένα άλλο. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί ένα ασφαλές περιβάλλον για τους ασθενείς εκείνους που παραμένουν στο σπίτι ή σε εγκαταστάσεις υποβοηθούμενης διαβίωσης. Στις ενδείξεις για την ύπαρξη αυτών των προϋποθέσεων περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων η παροχή άπλετου φωτισμού, η τοποθέτηση χειρολαβών, η ασφαλής φύλαξη των φαρμάκων, η παροχή βοηθητικών συσκευών σε προσβάσιμες θέσεις και η κατάλληλη τοποθέτηση των επίπλων ώστε να ελαττώνονται οι τραυματισμοί.

Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε ένα καινούργιο περιβάλλον νοσοκομείο, γηροκομείο ή κέντρο μακροχρόνιας φροντίδας, το προσωπικό συνεργάζεται με το τμήμα εισαγωγής ασθενών για την επιλογή ενός δωματίου στην πιο ήσυχη περιοχή. Αυτό γίνεται για να βρίσκονται οι ασθενείς μακριά από προφανείς εισόδους/εξόδους εάν αυτό είναι δυνατό. Μπορεί μάλιστα να χρειαστεί ένα ιδιωτικό δωμάτιο σε περίπτωση που ο ασθενής έχει ιστορικό ανησυχίας ή περιπλάνησης. Η τηλεόραση πρέπει να μένει κλειστέι, εκτός και αν ο ασθενής την ανοίγει μόνος του ή ζητά να την ανοίξουν. (DeWit 2009)

Η παροχή σταθερότητας, με το σχεδιασμό μιας καθημερινής ρουτίνας και την ακολούθησή της όσο γίνεται περισσότερο για την καλύτερη επικοινωνία με τον ασθενή με ΝΑ. Αντικείμενα όπως έπιπλα, χτένες και γυαλιά θα πρέπει να παραμένουν πάντοτε στο ίδιο μέρος. Η κρεβατοκάμαρα του ασθενούς πρέπει να διαθέτει έναν πίνακα επικοινωνίας, στον οποίο να αναφέρονται όλες οι προγραμματισμένες δραστηριότητες και άλλα στοιχεία που βοηθούν στον προσανατολισμό, όπως η ημέρα της εβδομάδας, ο μήνας και το έτος. Διαδραστικοί πίνακες υπάρχουν σε μαγαζιά με τεχνολογία, οι οποίοι μπορούν να κρατήσουν το ενδιαφέρον του ασθενή και να ανταποκρίνονται στις ανάγκες του. Στους πίνακες αυτούς μπορούν να αναρτηθούν

φωτογραφίες φιλικών προσώπων των ασθενών. Η θεραπεία προσανατολισμού και ενδυνάμωσης, αφορά τις διάφορες αλλαγές στη ρουτίνα που θα πρέπει να επεξηγούνται στον ασθενή πριν από την εφαρμογή τους και να επαναλαμβάνεται η επεξήγηση αμέσως πριν από την εκτέλεση. Τα ρολόγια και τα ημερολόγια βοηθούν τον ασθενή να διατηρεί τον καθημερινό προσανατολισμό του στο περιβάλλον ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια της νόσου. Για τον ασθενή που βρίσκεται στα πρώιμα στάδια της νόσου ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα, χαρακτηρίζεται επιβεβλημένος. Τα μέλη της οικογένειας και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να επαναπροσανατολίζουν τον ασθενή σε τακτικά διαστήματα.

Για τον ασθενή που βρίσκεται σε προχωρημένα στάδια της νόσου ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα είναι αναποτελεσματικός και συνήθως επιδεινώνει την κατάσταση. Η ομάδα φροντίδας της υγείας εφαρμόζει θεραπεία ενδυνάμωσης στον ασθενή με μέτρια ή σοβαρή ΝΑ. Στην θεραπεία ενδυνάμωσης, το προσωπικό αναγνωρίζει και καταλαβαίνει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του ασθενούς. Για παράδειγμα, εάν ο ασθενής αναζητεί την μητέρα του που έχει πεθάνει, του ζητάμε να μας περιγράψει την μητέρα του και τι μπορεί να φοράει. Η αντίδραση αυτή δεν διαψεύδει τον ασθενή, αλλά επίσης δεν ενθαρρύνει την πεποίθησή του για το ότι η μητέρα του είναι ακόμα ζωντανή. (Ignatavicius & Workman 2008).

Ο νοσηλευτής επίσης υποστηρίζει τη λειτουργικότητα της ουροδόχου κύστης και του εντέρου. ο ασθενής μπορεί να διατηρήσει τη λειτουργικότητα της ουροδόχου κύστης και του εντέρου του για μεγάλα χρονικά διαστήματα εφόσον κάποιος τον συνοδεύει στο μπάνιο ή του παρέχεται σκοραμίδα ή ουροδοχείο κάθε δύο ώρες ή συχνότερα κατά τη διάρκεια της ημέρας και πιθανά με μικρότερη συχνότητα κατά τη διάρκεια της νύχτας. Ο νοσηλευτής, που είναι υπεύθυνος για τη φροντίδα ασθενών με ΝΑ, χρειάζεται να ενθαρρύνει τους ασθενείς του να πίνουν άφθονα υγρά ώστε να εξασφαλίζεται καλή απεκκριτική λειτουργία. Ο ασθενής μπορεί να αρνηθεί να πίνει αρκετά υγρά καθώς φοβάται για ακράτεια. Καθησυχάζουμε τον ασθενή και το διαβεβαιώνουμε ότι θα συνοδεύεται τακτικά στην τουαλέτα ώστε να προληφθούν πιθανά επεισόδια ακράτειας. Όταν ασθενείς με ΝΑ βρίσκονται στο νοσοκομείο ή σε κάποιο άλλο άγνωστο μέρος, μπορεί να σηκωθούν από το κρεβάτι μόνοι τους κατά τη διάρκεια της νύχτας και να πέσουν προσπαθώντας να εντοπίσουν το λουτρό. Σε μερικά νοσοκομεία, απαιτούνται κιγκλιδώματα στα κρεβάτια για όλους τους ασθενείς άνω των 60-65 χρόνων. Εντούτοις, εάν ο ασθενής σκαρφαλώσει πάνω από τα κιγκλιδώματα και πέσει, ο τραυματισμός πιθανά να είναι σοβαρότερος απ' ό,τι, εάν ήταν το κρεβάτι χαμηλότερα και χωρίς προστατευτικά κιγκλιδώματα.

Θα πρέπει να διατηρούμε συνεχώς καθαρό το διάδρομο μεταξύ του κρεβατιού και της τουαλέτας. Για τους ασθενείς που είναι τόσο αδύναμοι ώστε να μην μπορούν να περπατήσουν μέχρι το μπάνιο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ένα δοχείο νυχτός δίπλα στο κρεβάτι ή μια φορητή τουαλέτα (ξηράς). Κάποιοι ασθενείς μπορεί να λερώσουν σε ακατάλληλα μέρη, όπως ο νιπτήρας ή το καλάθι των ακρήστων. Για να τους υπενθυμίζουμε που πρέπει να πηγαίνουν τοποθετούμε μια φωτογραφία της λεκάνης στην πόρτα της τουαλέτας. Το να εξαρτάται κανείς από γραπτά μηνύματα για την αναγνώριση των διαφόρων σημείων είναι μάλλον μάταιο, καθώς οι περισσότεροι ασθενείς χάνουν την ικανότητά τους να διαβάζουν με την εξέλιξη της νόσου.

Τα προβλήματα στην διατήρηση καλής διατροφής, ώστε να επιτραπεί στους ασθενείς ένας υγιεινός και δραστήριος τρόπος ζωής, επιλύονται με την πρόσβαση στο φαγητό. Οι ηλικιωμένοι που ζουν στο σπίτι τους με την βοήθεια του προσωπικού νοσηλευτή ή του φροντιστή υγείας (συγγενικό πρόσωπο) ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκονται υπενθυμίζονται στην τήρηση των ημερήσιων γευμάτων. Οι βοηθητικοί διαδραστικοί πίνακες χρησιμοποιούνται για την ανάδειξη του εβδομαδιαίου προγράμματος διατροφής. Η διαμονή σε κέντρα φροντίδας προϋποθέτει την εκπαίδευση του ασθενή με ΝΑ στο κάλεσμα με το κουδούνι. Ο νοσηλευτής βοηθά τον ασθενή να διατηρήσει το υψηλότερο δυνατό διατροφικό επίπεδο (Edelman & Mandle 2009).

Εκτός από τις διατροφικές διαταραχές παρατηρούνται διαταραχές στον ύπνο. Ο ύπνος επηρεάζεται από τον περιβάλλοντα χώρο του ασθενή, τον οποίο διαμορφώνουμε κατάλληλα. Δηλαδή ρυθμίζουμε τις ώρες ύπνου κατά την διάρκεια της νύχτας και όχι της ημέρας, συμπληρώνοντας τις κενές ώρες του ηλικιωμένου ασθενή με δραστηριότητες, οι οποίες αναφέρονται πιο κάτω. Η ηχορύπανση στον περιβάλλοντα χώρο επιφέρει ένταση και δυσκολίες στον ύπνο. Γίνεται προσπάθεια απομόνωσης, τουλάχιστον του δωματίου ανάπαυσης και ξεκούρασης. Άλλες αρνητικές επιδράσεις ήχων υψηλής έντασης περιλαμβάνουν διατροφικές διαταραχές, αλλαγές στην αρτηριακή πίεση και στο καρδιακό ρυθμό.

Η πλήρης εξάρτηση του ασθενή από έναν υπεύθυνο φροντίδας κατά την εξέλιξη της νόσου απομονώνει την οικογένεια από τις κοινωνικές δραστηριότητες της, αφού ο χρόνος που χρειάζεται με τον ασθενή αυξάνεται κατακόρυφα. Ο νοσηλευτής χρειάζεται να υπογραμμίσει στην οικογένεια τη σημασία που έχει να διατηρήσουν τις δικές τους κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες αναψυχής. Ανάγκες που αν παραμεληθούν θα έχουν αντίκτυπο στον τρόπο

φροντίδας του ασθενή με ΝΑ, ενώ το στρες θα κάνει τα εύκολα να φαίνονται δύσκολα, επηρεάζοντας της σωματική, πνευματική και συναισθηματική του κατάσταση.

Η επεξήγηση στην οικογένεια του ασθενούς με ΝΑ για το όνομα, το χρόνο, τη δόση και την οδό χορήγησης των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται καθώς και τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Υπενθυμίζουμε στην οικογένεια να συμβουλευονται τον ιατρό ή τον νοσηλευτή προτού χρησιμοποιήσουν κάποιο μη συνταγογραφούμενο φάρμακο, καθώς μπορεί να αλληλεπιδράσει με τα υπόλοιπα φάρμακα που παίρνει ο ασθενής. Αποφεύγοντας έτσι ανεπιθύμητες καταστάσεις σε βάρος της υγείας του ασθενή. Αργότερα στην εξέλιξη της νόσου ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει επιληπτικές κρίσεις. Εάν ο ασθενής παραμένει στο σπίτι του θα πρέπει να εκπαιδύσουμε τα άτομα που τον φροντίζουν για το τι πρέπει να κάνουν σε περίπτωση επιληπτικής κρίσης

Οποδήποτε και αν βρίσκεται ο ασθενής θα πρέπει να απασχολείται με δημιουργικές κατασκευές. Σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα, ένας εργοθεραπευτής ή κάποιος εθελοντής μπορεί να εργαστεί με τους ασθενείς σε ομάδα ή ατομικά για να προσδιορίσει ποιές δραστηριότητες είναι κατάλληλες ανάλογα με το στάδιο της νόσου. Συχνά είναι κατάλληλα κάποια επιτραπέζια παιχνίδια, πάζλ και ζωγραφική. Στα ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας η μουσική και η ζωγραφική είναι δημοφιλείς τρόποι απασχόλησης ασθενών με άνοια.

Οι εργοθεραπευτές και οι φυσιοθεραπευτές παρέχουν πλήρη αξιολόγηση και βοήθεια ώστε να κάνουν τον ασθενή πιο ανεξάρτητο. Βοηθητικές συσκευές και κατασκευές, όπως χειρολαβές στο μπάνιο ή στο ντους, υπερυψωμένα κομοδίνα και ειδικά μαχαιροπίρουνα μπορεί να βοηθήσουν τον ασθενή να διατηρήσει την ανεξαρτησία του στις δραστηριότητες αυτές. Ο φυσικοθεραπευτής οργανώνει ένα πρόγραμμα γυμναστικής για τον ασθενή προκειμένου να βελτιώσει τη φυσική του κατάσταση και τη λειτουργικότητά του. Η ζωγραφική, το μασάζ, ο χορός και η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιούνται συχνά σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας για να ελαττώνουν την νευρικότητα. (Ignatavicius & Workman 2008).

Ενθαρρύνοντας ανεξαρτησία στις καθημερινές δραστηριότητες από τον φροντιστή προς τον ασθενή, επιτυγχάνεται η καλύτερη επικοινωνία με τον ασθενή. Καθώς η νόσος εξελίσσεται η αλλοίωση της επεξεργασίας της σκέψης επηρεάζει την ικανότητα εκτέλεσης των δραστηριοτήτων της καθημερινής διαβίωσης. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να εφαρμόζει όσο περισσότερη αυτοφροντίδα γίνεται και να προσπαθεί να διατηρεί ανεξαρτησία στις καθημερινές του δραστηριότητες, για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Για παράδειγμα, στο

περιβάλλον της οικίας του ασθενούς, ολοκληρωμένα σετ ρούχων, που μπορούν να φορεθούν εύκολα (π.χ μπλουζάκι, παντελόνι, εσώρουχα και κάλτσες) μπορούν να τοποθετηθούν όλα μαζί σε μια κρεμάστρα, έτσι ώστε ο ασθενής να επιλέγει από αυτά. Όταν είναι δυνατόν, θα πρέπει ο ασθενής να συμμετέχει στην προετοιμασία του γεύματος, στα ψώνια και σε άλλες οικιακές εργασίες.

Συνοψίζοντας σε αυτό το σημείο αναφέρεται ότι ακόμα και η χρήση θεραπευτικού αγγίγματος, βρίσκεται επικουρικό εργαλείο στα χέρια του νοσηλευτή κάνοντας τον οικείο απέναντι στον ασθενή, ο οποίος θα νιώθει ασφάλεια. Οι εφαρμογές που προαναφέρθηκαν αφορούν εξαρτημένες, ανεξάρτητες και αλληλοεξαρτώμενες νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Η ανεξάρτητη νοσηλευτική παρέμβαση δεν απαιτεί ιατρική οδηγία αλλά απαιτεί κριτική σκέψη. Το πρόγραμμα εργασίας ενδέχεται να χρειαστεί επανεξέταση μετά την αρχική εκτίμηση. Οι προτεραιότητες που τίθενται κατά την φροντίδα του ασθενούς μπορεί να διαφοροποιηθούν αν η κατάσταση του επιδεινωθεί. Η κριτική σκέψη του νοσηλευτή σε αυτό το σημείο αποτελεί μείζον ζήτημα. Η ανταπόκριση του ασθενούς στην ολόπλευρη παρεχόμενη φροντίδα, καταγράφεται στο διάγραμμα του νοσηλευτή. Η παρεχόμενη εκπαίδευση στην οικογένεια του ασθενούς μπορεί να βασιστεί στην ενθάρρυνση του φροντιστή να παρακολουθήσει μια ομάδα στήριξης για Alzheimer και στην παραπομπή του στον οργανισμό Alzheimer.

9.ε. Νοσηλευτική Αξιολόγηση αποτελεσμάτων

Αξιολόγηση ορίζεται ως η αποτίμηση της ανταπόκρισης του ασθενούς στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Οι ανταποκρίσεις συγκρίνονται με τα αναμενόμενα αποτελέσματα, προκειμένου να διαπιστωθεί σε πιο βαθμό έχουν επιτευχθεί η στόχοι. Σε αυτή τη φάση επανεξετάζεται το όλο πρόγραμμα της εφαρμοζόμενης νοσηλευτικής φροντίδας και πραγματοποιούνται οι αλλαγές εκείνες που κρίνονται ως αναγκαίες. Η εκτίμηση της κατάστασης αποτελεί συνεχή διαδικασία.

Οι εφαρμογές αξιολογούνται και βάσει των αναμενόμενων αποτελεσμάτων όταν και όπου θεωρούνται ότι έχουν επιτευχθεί ανανεώνεται η νοσηλευτική διεργασία για την ποιοτική διαβίωση του ασθενή. Λόγω της φύσης της ΝΑ μετριάζεται και εξισορροπείται η εκφυλιστική πορεία για κάποιο διάστημα. Οι σχετιζόμενοι παράγοντες που επηρεάζουν την μη επίτευξη των αναμενόμενων αποτελεσμάτων από τους αντικειμενικούς στόχους αφορούν κατά κύριο λόγο τα ψυχολογικά ή νοητικά προβλήματα του ασθενή. (Ignatavicius & Workman 2008).

Συμπεράσματα – Προτάσεις

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

Η προσπάθεια που έγινε στην εργασία αυτή για τη κατανόηση της ΝΑ, κατέδειξε ότι ο συνδυασμός γνώσεων από διαφορετικές ειδικότητες και οπτικές είναι πιθανόν να οδηγήσει σε μια θετικότερη εμπειρία φροντίδας. Η συγγραφική αυτή εργασία δεν επικαλείται τίποτα περισσότερο παρά τις μαρτυρίες της επιστήμης και των ερευνών (τρεχουσών και παλαιότερων) επικαλούμενη στα συμπεράσματα απλά τα αποτελέσματα της όλης συζήτησης. Έχει γίνει μια προσπάθεια συσσώρευσης λεπτομερειών και μη που αφορούν τη νόσο.

Οι πρόοδοι στις βιοεπιστήμες αυξάνουν την πιθανότητα κατανόησης των σύνθετων παραγόντων κινδύνου για άνοια και προτείνουν τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις, και ειδικά στην περίπτωση της ΝΑ στην ανάλογη εμπειρική δράση. Την ίδια στιγμή, σχεδιάζονται τεχνικές διερεύνησης και κατανόησης της εμπειρίας της άνοιας, οι οποίες επιτρέπουν μια εκτίμηση των τρόπων με τους οποίους οι παροχείς μέριμνας μπορούν να ενισχύσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με την πάθηση αυτή, που στο περισσότερα διαγνωσμένο ποσοστό αφορά την άνοια τύπου Alzheimer. Ωστόσο, η κατανόηση των τεχνικών και των στρατηγικών που είναι περισσότερο αποτελεσματικές από την άποψη αυτή υποδεικνύει πως απαιτούνται υψηλά επίπεδα δεξιοτήτων μέσα από τους εξειδικευμένους νοσηλευτές και πόρων, τόσο οικονομικών όσων και ανθρώπινων. Το οικονομικό δεν έχει θιχτεί στο βαθμό που θα έπρεπε, παρόλα αυτά είναι εμφανές το ποσό που χρειάζεται μια οικογένεια με ασθενή με ΝΑ για να τον κρατήσει στο σπίτι με το δικό του φροντιστή υγείας ή σε ίδρυμα μακροχρόνιας φροντίδας, ότι αποτελεί την αχίλλειο πτέρνα για το κάθε νοικοκυριό, όποιας κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Οι ασύμφοροι πόροι που παρέχονται από την κοινωνία για βοηθήματα-επιδόματα και ειδικά οι ανύπαρκτοι πόροι για την επένδυση στην φροντίδα της άνοιας, χρειάζεται να επαναπροσδιοριστούν και να μην θυσιάζονται για χάρη καμιάς «οικονομικής κρίσης». Αυτοί που εργάζονται στενά με τους ηλικιωμένους με άνοια χρειάζεται να εκτιμηθούν και να αμειφθούν, με τρόπο τέτοιο που θα αναγνωρίζεται η πολυπλοκότητα και τα προσόντα που απαιτούνται, ώστε να διασφαλιστεί η βέλτιστη ποιότητα ζωής στην άνοια.

Η άνοια τύπου Alzheimer, έχει αρκετά κενά και πολλά ερωτήματα για να δώσει στην έρευνα. Το πεδίο διαφαίνεται δόξης λαμπρόν για τους μελετητές φτάνει να υπάρχει η όρεξη να ασχοληθεί κανείς με τους ηλικιωμένους. Έχει βέβαια αναφερθεί στην πορεία της ανά χείρας εργασίας ότι τα στάδια της νόσου επιδέχονται ανάλυσης και εμπειριστατωμένης μελέτης.

Η κος Α.Ν είναι 85 χρονών και διαγνώστηκε με νόσο Alzheimer μένει μαζί με το γιό του. Ο γιός του δουλεύει σε πλήρη απασχόληση και περιστασιακά αφήνει τον πατέρα του στο κέντρο ημερήσιας φροντίδας. Ο γιός του μας λέει ότι ο πατέρας του βρίσκεται σε σύγχυση και απομόνωση το περισσότερο καιρό. Χρειάζεται υπενθύμιση για να φάει και να πάει για τουαλέτα και καθοδήγηση του προς το μέρος. Ο νοσηλευτής παρατηρεί ότι ο κος Α.Ν περιπλανιέται μόνος του και προσπαθεί να βγει έξω. Πρέπει να τον φέρνουμε πίσω πολλές φορές και νομίζει ότι η νοσηλεύτρια είναι η κόρη του και ο νοσηλευτής ο γιός του.

Ανάγκες/προβλήματα	Αντικειμενικοί Σκοποί	Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	Εφαρμογή	Αξιολόγηση αποτελεσμάτων
<ul style="list-style-type: none"> - Διαταραχή της σκέψης- Παραληρητικές ιδέες. 	<ul style="list-style-type: none"> - Συγκέντρωση και σκέψεις βασισμένες στην πραγματικότητα. - Επαναφορά στο προηγούμενο επίπεδο γνωστικών λειτουργιών. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης. - Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος. - Εστίαση στη πραγματικότητα σε σύντομες επαφές με τον ασθενή. - Προσανατολισμός στη πραγματικότητα. - Εκπαίδευση στην αντιμετώπιση των ιδεών και του παραληρήματος. - Παροχή ασφαλούς περιβάλλοντος. - Χορήγηση Φ.Α. - Υποστήριξη και ενίσχυση της προσανατολισμένης και ορθολογιστικής σκέψης. - Εκπαίδευση της οικογένειας σε τεχνικές προσανατολισμένης στη πραγματικότητα. - Συμμετοχή ασθενή σε απλά παιχνίδια μνήμης. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Διαταραχή των νοητικών λειτουργιών 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής θα καταστεί λειτουργική σε 	<ul style="list-style-type: none"> - Ο νοσηλευτής συστήνει τον εαυτό του. 		<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής συνεχώς συγγέει εσφαλμένα τα

<p>και της μνήμης/Χρόνια σύγχυση σχετιζόμενη με τις διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών.</p>	<p>ικανοποιητικό επίπεδο για τον παρόντα βαθμό αποδιοργάνωσης των γνωσιακών λειτουργιών του.</p> <p>- Ο ασθενής θα ακολουθεί συγκεκριμένες οδηγίες.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Χρήση καθαρής και αργής ομιλίας και σύντομων φράσεων. Επανάληψη των οδηγιών εφόσον χρειάζεται. - Άμεση οπτική επαφή με τον ασθενή όταν του απευθύνεται ο λόγος. - Χρήση εικόνων για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας. - Συνέπεια στη προσέγγιση, ανάθεση της φροντίδας στο ίδιο προσωπικό και διατήρηση του ημερήσιου προγράμματος και της ρουτίνας. - Τα καθήκοντα πρέπει να διασπώνται σε πολλά βήματα και να ενθαρρύνεται η εκπλήρωση ενός βήματος κάθε φορά. - Ενθάρρυνση για ανάκληση εικόνων από το παρελθόν. 	<p>παιδιά του με τους νοσηλευτές.</p> <p>Αναγνωρίζει, ωστόσο, το πρόσωπο του ιατρού.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Η χρήση της αργής και σαφούς ομιλίας και οι επαναλήψεις διευκολύνουν τον ασθενή στην κατανόηση του λόγου. - Η χρήση βελών, με κατεύθυνση προς κάθε δωμάτιο, αποδεικνύεται βοηθητική. - Ο ασθενής προσαρμόζεται καλύτερα, όταν τηρείται το ημερήσιο πρόγραμμα. - Σήμερα το πρωί, ο ασθενής ήταν σε θέση να βουρτσίσει τα δόντια της με καθοδήγηση βήμα προς βήμα. - Ο ασθενής απολαμβάνει να μιλάει
---	---	---	---

				<p>για τη γάτα του Maggie.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Οι εκβάσεις επιτεύχθηκαν. - Το σχέδιο φροντίδας συνεχίζεται.
<p>- Έλλειμμα αυτοφροντίδας (μπάνιο,σίτιση) σχετιζόμενες με τις διαταραχές γνωσίας και τις αντίληψης</p>	<p>- Ο ασθενής θα εκτελεί τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ανεξάρτητα ή με ελάχιστη βοήθεια από το φροντιστή.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Αξιολόγηση της ικανότητας του ασθενούς για ανεξάρτητη εκτέλεση των καθημερινών του δραστηριοτήτων ή με ελάχιστη βοήθεια. - Ενθάρρυνση του ασθενούς για διατήρηση της ανεξαρτησίας στις καθημερινές δραστηριότητες. - Ενίσχυση του ασθενούς να φοράει μόνος τα ενδύματα του. - Χρησιμοποίηση ενδυμάτων με φερμουάρ ή αυτοκόλλητα (Velcro). - Επιβράβευση για κάθε επίτευξη στόχου. - Χρήση απλών και άμεσων εξηγήσεων κατά την επίδειξη στον ασθενή συγκεκριμένης συμπεριφοράς που πρέπει να εκπληρώσει. - Διατήρηση συγκεκριμένου προγράμματος για χρήση της τουαλέτας. - Ενθάρρυνση λήψης τροφών που μπορεί ο χειρισμός τους να γίνει με τα δάκτυλα. 		<ul style="list-style-type: none"> - Ο ασθενής είναι ικανός να εκτελέσει περισσότερες καθημερινές του δραστηριότητες, αλλά χρειάζεται καθοδήγηση σε κάθε βήμα. - Το παιδί αναφέρει ότι «όλα γίνονται ταχύτερα, όταν τα κάνει ο ίδιος», αλλά αναγνωρίζει τα πλεονεκτήματα της ανεξαρτησίας του γονιού του. - Ο ασθενής συνήθως αναγνωρίζει τα ενδύματα του, αλλά χρειάζεται καθοδήγηση, για να ντυθεί. Χειρίζεται επιτυχώς τα

				<p>αυτοκόλλητα.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Φαίνεται να απολαμβάνει τη συναναστροφή και τη συζήτηση με άλλα άτομα. - Ακολουθεί τις οδηγίες, αλλά σπάνια ζητάει βοήθεια. - Επισκέπτεται τη τουαλέτα κάθε 4 ώρες. Συνήθως δεν έχει ακράτεια. - Τρώει όλο το φαγητό του, εάν υπάρχει διαρκής παρακίνηση. Δυσκολεύεται να κόψει το κρέας με το μαχαιροπίρουνο. - Οι εκβάσεις επιτεύχθηκαν. - Το σχέδιο φροντίδας συνεχίζεται.
- Απόσυρση/ Διαταραγμένη	- Ο ασθενής θα συμμετάσχει σε ομαδικές	- Αξιολόγηση των προτύπων κοινωνικής δραστηριότητας, που προτιμούσε ο ασθενής στο		- Η κοινωνική επαφή περιορίζεται συνήθως

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

		παρέχονται στην κλινική.		φαίνεται ευτυχισμένος, όταν αναφέρεται στη γάτα του Maggie. - Οι εκβάσεις επιτεύχθηκαν. - Το σχέδιο φροντίδας συνεχίζεται.
- Κίνδυνος για άγχος εκπλήρωσης του ρόλου του φροντιστή, σχετιζόμενος με τις υπερβολικές συναισθηματικές και σωματικές ανάγκες, την ανησυχία για την ασφάλεια του γονιού και την απομόνωση του φροντιστή.	- Ο φροντιστής θα εκφράσει τρόπους εκτέλεσης του ρόλου του φροντιστή, χωρίς να εξαντλείται. - Ο φροντιστής θα εκφράσει ανοιχτά τα συναισθήματα του.	- Αξιολόγηση της δυνατότητας του φροντιστή να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενούς. - Προσεκτική ακρόαση των φόβων και των ανησυχιών του. - Εκπαίδευση του παιδιού σχετικά με τις γνωσιακές διαταραχές και τα γνωσιακά ελλείμματα του ασθενούς. - Ενίσχυση του παιδιού να αντιμετωπίσει με ρεαλισμό την πρόγνωση του αγαπημένου του γονιού. - Ενημέρωση σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες στην κοινότητα, όπως είναι η βοήθεια στο σπίτι. - Ενθάρρυνση για συμμετοχή σε ομάδες υποστήριξης. - Ενίσχυση του παιδιού για τη φροντίδα της δικής του υγείας.		- Το παιδί εκφράζει την προθυμία του να συνεχίσει να βοηθάει το γονιό του, αλλά εργάζεται με πλήρη απασχόληση. - Εκφράζει φόβους για την ασφάλεια του γονιού του. ανησυχεί για τις περιπλανήσεις του. - Στο παιδί δόθηκαν γραπτώς πληροφορίες και συζητήθηκαν οι διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών. - Το παιδί εκφράζει με αβεβαιότητα το μέλλον. Γνωρίζει ότι η

				<p>κατάσταση του γονιού του θα επιδεινωθεί.</p> <p>- Παραπέμφθηκε σε ομάδες φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer.</p> <p>- Το παιδί συζητά για τη βοήθεια στο σπίτι και σχεδιάζει να κάνει μικρά διαλείμματα.</p> <p>- Το σχέδιο φροντίδας συνεχίζεται.</p>
<p>- Άγνωστο περιβάλλον/ περιπλάνηση σχετιζόμενη με τη γνωσιακή διαταραχή και την απώλεια της κριτικής ικανότητας.</p>	<p>- Ο ασθενής θα παραμείνει εντός των συνόρων του κέντρου (ή της οικογενειακής κατοικίας), εκτός εάν συνοδεύεται από άλλους.</p>	<p>- Περιορισμός του ασθενούς σε χώρο με μειωμένη πρόσβαση.</p> <p>- Τοποθέτηση πολύπλοκων κλειδαριών στις πόρτες.</p> <p>- Παροχή πρόσβασης σε περιφραγμένη αυλή.</p> <p>- Χρήση βραχιολιών με τα στοιχεία του ασθενούς και συρραφή στα ενδύματα του ετικετών με το όνομα του.</p> <p>- Ανάρτηση πινακίων στις πόρτες των δωματίων.</p> <p>- Απομάκρυνση από το οπτικό του πεδίο αντικειμένων που τον παρακινούν (π.χ. κλειδιά αυτοκινήτου, πανωφόρια).</p>	<p>- Ο ασθενής παρέμεινε ασφαλής στο κέντρο. Το πρωί βγήκε στην αυλή με τη συνοδεία ενός βοηθού νοσηλεύτη.</p> <p>- Συζητήθηκε με το παιδί η τακτική για συρραφή ετικετών στα ενδύματα του ασθενούς.</p> <p>- Τα βέλη με κατεύθυνση προς το μπάνιο αποδείχθηκαν πολύ βοηθητικά.</p>	

		<p>- Ενημέρωση της αστυνομίας και των γειτόνων να βρίσκονται σε επαγρύπνηση.</p>	<p>- Ο ασθενής ζήτησε το παλτό του και έλαβε διαβεβαιώσεις ότι είναι ακόμη στη ντουλάπα.</p> <p>- Συζητήθηκε με το παιδί το θέμα της ενημέρωσης των γειτόνων και της αστυνομίας.</p> <p>- Οι εκβάσεις επιτεύχθηκαν.</p> <p>- Το σχέδιο φροντίδας συνεχίζεται.</p>
--	--	--	---

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Cayton H, Graham N, Warner J. (2003). Αλτσχάϊμερ και άλλοι τύποι άνοιας. Χρυσή Πέννα, Αθήνα.
- Current T. (2001). Status and new developments with galantamine in the treatment of Alzheimer's disease. *Expert Opinion Pharmacotherapy*, (2), 2027-2049
- DeWit S. (2001). Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα.
- DeWit S. (2009). Παθολογική- Χειρουργική Νοσηλευτική. Π. Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Drake R, Vogl W, Mitchell A. (2007). Ανατομία. Π. Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Edelman, Mandle. (2009). Προαγωγή της υγείας σε όλο το εύρος της ζωής. Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
- Gauthier S. (2000). Η νόσος του Alzheimer και πρωτοβάθμια περίθαλψη. Ιατρικές εκδόσεις Βαγιανακής, Αθήνα.
- Giacobini E. (2000). Cholinesterase inhibitor therapy stabilizes symptoms of Alzheimer disease. *Alzheimer Dis As Soc Disort* 14 (1), 3-10.
- Goldsmith M. (1996). Hearing the voice of people with dementia. Opportunities and obstacles. Jessica Kingsley Publishers, Pennsylvania
- Grossberg GT, Stahelin HB, Messina JC et al. (2000). Lack of adverse pharmacodynamic drug interactions with rivastigmine and twenty-two classes of medications. *Int Geriatric Psychiatry* 15(3), 242-247.
- Ballard C, Howard R, Juszcak E, Bentham P, Brown RG, Bullock R, et al. On behalf of the CALM-AD Trial Group, (2007). Donepezil for agitation in Alzheimer's disease: a randomized placebo-controlled trial (The CALM-AD Trial). *New England Journal of Medicine*, 357 (1382-1392).
- Ignatavicius M, Workman L. (2008). Παθολογική - Χειρουργική Νοσηλευτική. Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.
- Kitwood T.(1997). Dementia rereconsidered. The person comes first. Open University Press, Buckingham.

- Knoefel J, Bachman, Cobb J, Belanger A, Edith F. Kaplan, D'Agostino R. et al (1995).The 'Preclinical Phase' of Probable Alzheimer's Disease: A 13-Year Prospective Study of the Framingham Cohort 52 (5) 20-50.
- McGeown J. G(2009). Συνοπτική φυσιολογία του ανθρώπου. Π Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.
- McGreor B.(1995) A challenge to stage theories of dementia. In: Kitwood T, Benson S The new culture of Dementia care, Hawker Publications, London.
- Moghul S, Wilkinson D. (2001). Use of acetylcholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease. Expert Rev Neurotherapeutic 1(1)61-69.
- Netter F. (2010). Παθολογία Νευρικό σύστημα. Π. Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.
- O'Neil P, Dornan T, Denning D. (2004). Παθολογία. Παρισιάνου, Αθήνα.
- Redfern S, Ross F. (2011). Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων. Π.Χ Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Rubinstein H. (2000). Η Νόσος του Αλτσχάϊμερ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Tobiansky R. (2006) Understanding dementia. The clinical course of dementia. In: Redfern S, Ross F. Nursing older people. Elsevier Churchill Livingstone, 160,530-560
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Σουρτζή Π. (2005) Κοινωνική Νοσηλευτική, Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα.
- Μεντενόπουλος Γ. (1997). Η νόσος του Alzheimer. University Studio Press, Θεσσαλονίκη.
- Μεντενόπουλος Γ. (1999). Η νόσος του Alzheimer. Εκδόσεις επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών, Θεσσαλονίκη.
- Ραγιά Α. (2009) Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα.
- American Academy of Neurology's 65th Annual Meeting, web page. <http://www.cypriahealth.com/article/1009/51>. Τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 2, 2013.
- The ADI (Alzheimer's Disease International web page.) http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/174169/NEW-Alzheimers-Disease-International-Statement-ADI-at-EURO-RC62-in-Malta.pdf. Τελευταία προσπέλαση Αύγουστος 18, 2013
- Alzheimer's Association Recent news releases. The Alzheimer's Association web page. http://www.alz.org/media_media.asp τελευταία προσπέλαση Σεπτέμβριος 3, 2013