

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΝΟΙΑ

ΦΟΙΤΗΤΕΣ

Α.Μ

ΑΪΒΑΛΙΩΤΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

7396

ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ ΔΙΟΝΥΣΙΑ

7455

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ 2014

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος .....	4
Περίληψη.....	4
Abstract.....	6
Εισαγωγή.....	6
<b>Κεφάλαιο 1: Άνοια</b>	
1.1 Ορισμός .....	7
1.2 Εξέλιξη της νόσου .....	7
1.2.1 Πρώιμο στάδιο.....	8
1.2.2 Μεσαίο στάδιο.....	8
1.2.3 Όψιμο στάδιο.....	9
1.3 Είδη άνοιας.....	9
1.3.1 Άνοια τύπου Alzheimer.....	10
1.3.2 Αγγειακή άνοια.....	14
1.3.3 Άνοια οφειλομένη σε άλλες γενικές ιατρικές καταστάσεις.....	14
1.3.4 Άνοια σχετική με την κατανάλωση αλκοόλ.....	16
1.3.5 Άνοια σε παθήσεις του εξωπυραμιδικού συστήματος.....	17
1.3.6 Άνοια σε σωμάτια του Lewy.....	17
1.3.7 Άνοια σχετική με τη νόσο του Parkinson.....	18
1.3.8 Άνοια σε λοιμώξεις.....	19
1.3.9 Ανοϊκά σύνδρομα με προοδευτική εστιακή (λοβώδη) Φλοϊκή εκφύλιση.....	20
<b>Κεφάλαιο 2: Μνήμη και γήρας</b>	
2.1 Τι είναι μνήμη.....	22
2.2 Τύποι Μνήμης.....	22
2.3 Τι είναι γήρας.....	23
<b>Κεφάλαιο 3 : Επιδημιολογία</b>	
3.1 Επιδημιολογικά στοιχεία.....	29
3.2 Επιπολασμός και επίπτωση της άνοιας.....	30
<b>Κεφάλαιο 4 : Αίτια – Παράγοντες κινδύνου</b>	
4.1 Αιτιολογικοί παράγοντες.....	32
4.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες.....	32
4.3 Επιδημιολογική ανάλυση των παραγόντων κινδύνου.....	33
<b>Κεφάλαιο 5: Διαγνωστικές προσεγγίσεις</b>	
5.1 Διάγνωση.....	38
5.2 Κλινική εκτίμηση.....	38
5.3 Εργαστηριακά ευρήματα.....	39
5.3.1 Παρακλινικές εξετάσεις.....	39
5.3.2 Απεικονιστικές μέθοδοι.....	40
5.4 Διαχωρισμός του τύπου της άνοιας.....	41

## **Κεφάλαιο 6: Θεραπευτικές παρεμβάσεις**

6.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας.....	42
6.1.1 Αποτελέσματα φαρμάκων.....	43
6.1.2 Αποτελέσματα στις νοητικές διαταραχές.....	43
6.1.3 Αποτελέσματα στις διαταραχές λειτουργικότητας.....	44
6.1.4 Αποτελέσματα στις διαταραχές συμπεριφοράς.....	45
6.2 Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην άνοια.....	46
6.2.1 Ατομική Ψυχοθεραπεία.....	46
6.2.2 Ομαδική ψυχοθεραπεία.....	47
6.2.3 Ασκήσεις νοητικής ενδυνάμωσης.....	48
6.2.4 Σωματική άσκηση.....	48
6.2.5 Υγιεινή διατροφή.....	49
6.2.6 Μουσικοθεραπεία.....	49
6.2.7 Θεραπεία μέσω των αναμνήσεων.....	50
6.2.8 Θεραπεία μέσω της τέχνης(Art therapy).....	51
6.3 Νέες θεραπείες.....	52

## **Κεφάλαιο 7: Συννοσηρότητα**

7.1 Κατάθλιψη.....	54
7.1.1 Διάγνωση κατάθλιψης.....	55
7.1.2 Προβλήματα στη διάγνωση της κατάθλιψης.....	55
7.1.3 Άλλες μορφές κατάθλιψης.....	56
7.2 Παραλήρημα.....	56
7.2.1 Συμπτώματα των παραληρητικών ασθενών.....	57
7.3 Ψευδάνοια.....	57

## **Κεφάλαιο 8: Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με άνοια**

8.1 Η οπτική των επαγγελματιών φροντίδας υγείας.....	59
8.2 Ο στόχος της φροντίδας.....	59
8.3 Δημιουργία θετικού περιβάλλοντος φροντίδας.....	60
8.4 Νοσηλευτικές προσεγγίσεις στην επικοινωνία με ανοϊκό ασθενή.....	60
8.5 Επικοινωνία με ένα ηλικιωμένο άτομο με άνοια.....	62
8.6 Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων με άνοια.....	62
8.6.1 Διαταραχή της μνήμης.....	63
8.6.2 Χρόνια σύγχυση.....	63
8.6.3 Ακράτεια.....	64
8.6.4 Παραλυτικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.....	65
8.6.5 Διαταραχές ύπνου.....	67
8.6.6 Υψηλός κίνδυνος δυσκοιλιότητας.....	67
8.6.7 Απάθεια.....	68
8.6.8 Άγχος.....	69
8.6.9 Υψηλός κίνδυνος διατροφικών αλλαγών.....	70
8.6.10 Επιληπτικές κρίσεις.....	70
8.6.11 Αποπροσανατολισμός.....	71
8.6.12 Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές.....	72
8.6.13 Περιπλάνηση.....	73
8.6.14 Έκπτωση της κοινωνικής συναλλαγής.....	73
8.6.15 Απελπισία.....	74
8.6.16 Σεξουαλικά ανάρμοστη συμπεριφορά.....	75

8.6.17 Θλίψη.....	76
8.6.18 Υψηλός κίνδυνος βίας.....	77
8.6.19 Ασφάλεια.....	78
8.6.20 Απώλεια αντικειμένων και άδικες κατηγορίες.....	79
8.6.21 Προσκόλληση.....	79
8.6.22 Μεγάλος κίνδυνος κόπωσης για τον φροντιστή.....	80
8.7 Νοσηλευτική διεργασία – Περιστατικό.....	81
<b>Κεφάλαιο 9: Φορτίο φροντιστών ασθενών με άνοια</b>	
9.1 Επίδραση της ασθένειας στους φροντιστές.....	89
9.2 Οι συνέπειες των αρνητικών συναισθηματικών επιδράσεων της φροντίδας.....	90
9.3 Ανάγκη εκπαίδευσης φροντιστών ασθενών με άνοια.....	91
9.4 Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας.....	92
9.4.1 Εισαγωγή του ασθενή στην μακροχρόνια φροντίδα.....	93
9.5 Τα κέντρα ημέρας και η λειτουργία τους.....	93
<b>Συμπέρασμα.....</b>	<b>95</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>96</b>

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να αναδείξει το πόσο διαδεδομένη είναι πλέον η νόσος της άνοιας, όπως και επίσης και να τονιστούν οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές θεραπείες. Η άνοια τα τελευταία χρόνια αυξάνεται ραγδαία και σε αυτό συμβάλλει ο σύγχρονος τρόπος ζωής με κύριους παράγοντες το άγχος και την κατάθλιψη. Η γνώση και η ενημέρωση για την άνοια βοηθάει τους ανθρώπους να κατανοήσουν και να χρησιμοποιήσουν απλές καθημερινές δραστηριότητες, οι οποίες βοηθούν στην καθυστέρηση εκδήλωσης της νόσου όπως η ενασχόληση με την μουσική, με ανάγνωση βιβλίων, με την συναναστροφή με αγαπημένα πρόσωπα, με υγιεινή διατροφή, σωματική άσκηση και άλλες δραστηριότητες.

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να γνωστοποιήσουμε ότι το έναυσμα για την επιλογή αυτού του θέματος ήταν ένα πολύ κοντινό συγγενικό πρόσωπο που έπασχε από άνοια και δεν βρίσκεται πλέον στην ζωή.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους ανθρώπους που μας στήριξαν σε αυτή τη προσπάθεια. Ευχαριστούμε τους γονείς μας, που μας στήριξαν και μας συμπαραστάθηκαν σε όποιες δυσκολίες αντιμετωπίσαμε καθώς και για την οικονομική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της φοίτησής μας. Επίσης θερμές ευχαριστίες θέλουμε να εκφράσουμε στους στενούς μας φίλους, καθώς και σε όσους βοήθησαν με τις πολύτιμες γνώσεις τους και συμβουλές για την πραγμάτωση της πτυχιακής μας εργασίας.

Τέλος, οφείλουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στον καθηγητή μας, για την καθοδήση, την εμπιστοσύνη και την άψογη συνεργασία που είχαμε μαζί του όλο αυτό το διάστημα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η άνοια είναι νευροεκφυλιστική νόσος που οδηγεί στην έκπτωση των νοητικών λειτουργιών όπως η μνήμη, η αντίληψη και η κρίση, προκαλώντας ακόμα και μεταβολές της προσωπικότητας του ασθενούς. Οι συνηθέστερες μορφές άνοιας είναι: η νόσος του Alzheimer (50 έως 70 % των περιπτώσεων), η αγγειακή άνοια που προκαλείται από διαδοχικά εγκεφαλικά επεισόδια (30 % των περιπτώσεων), η μετωποκροταφική άνοια, η άνοια με σωμάτια του Lewy, η άνοια σχετική με τη νόσο του Parkinson και το είδος άνοιας που προκαλείται από λοιμώξεις. Τα στάδια της άνοιας είναι : α) το πρώιμο στάδιο όπου συνήθως δεν αναγνωρίζεται αμέσως και ξεκινάει με το να χάνει το άτομο την αίσθηση του τόπου, του χρόνου και του χώρου, β) το μεσαίο, όπου εκεί γίνεται ξεκάθαρο ότι ένα άτομο πάσχει από άνοια διότι συμβαίνουν αλλαγές στην προσωπικότητα και στις καθημερινές δραστηριότητες και γ) το όψιμο στάδιο, στο οποίο το άτομο είναι πλήρως εξαρτημένο από άλλα άτομα για την φροντίδα του.

Η μνήμη αποτελεί θεμέλιο λίθο της ανθρώπινης βιολογίας καθώς αναφέρεται στο παρελθόν, προετοιμάζει για το μέλλον και βοηθά στην αντιμετώπιση του παρόντος. Οι τύποι μνήμης είναι η αισθητηριακή, η βραχυπρόθεσμη και η μακροπρόθεσμη. Η διαδικασία της γήρανσης της μνήμης είναι ένα αναπόφευκτο γεγονός που συμβάλλει στην ανάπτυξη της άνοιας. Για το λόγο αυτό οι επιστήμονες δημιούργησαν κάποιες δοκιμασίες ή διαγνωστικά tests που υποβάλλονται άτομα που πιθανόν πάσχουν από άνοια. Η άνοια αφορά κυρίως τα άτομα της τρίτης ηλικίας και ευθύνεται περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο ψυχιατρικό νόσημα, για το μεγαλύτερο αριθμό εισαγόμενων ηλικιωμένων ασθενών στο νοσοκομείο.

Οι εντατικές και επίμονες επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει ότι η αιτιολογία της άνοιας είναι προς το παρόν άγνωστη και έχουν καταλήξει μόνο στους προδιαθεσικούς παράγοντες όπως ορμονικά προβλήματα και έλλειψη βιταμινών. Ωστόσο βιβλιογραφικά αναφέρονται κάποιοι παράγοντες κινδύνου όπως η ηλικία, ασθενής με σύνδρομο Down, τραύματα κεφαλής και άλλα.

Η ακριβής διάγνωση της νόσου είναι πολύ σημαντική και αποτελεί το πρώτο βήμα για τη λήψη βοήθειας και υποστήριξης. Παρέχει ερμηνεία των συμπτωμάτων και της παράξενης συμπεριφοράς. Επίσης επιτρέπει στα άτομα να κατανοήσουν τι ακριβώς τους συμβαίνει και να οριστεί η κατάλληλη υποστήριξη. Ωστόσο μπορούν να γίνουν κάποιοι επιπλέον διαγνωστικοί έλεγχοι όπως η αξονική και η μαγνητική. Όσον αφορά την θεραπεία της νόσου διακρίνεται σε φαρμακευτική και μη φαρμακευτική.

Η νοσηλευτική φροντίδα είναι μία σειρά νοσηλευτικών ενεργειών που συνεχώς εξελίσσονται ώστε να αντιμετωπιστούν και να επιλυθούν τα προβλήματα των ασθενών και της οικογένειας τους. Είναι εξατομικευμένη επειδή ο κάθε ασθενής είναι μία μοναδική και ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Ο στόχος της φροντίδας είναι: α) η ανάδειξη των αξιών των ατόμων που παρέχουν φροντίδα, β) η προαγωγή της εξατομικευμένης φροντίδας, γ) η δημιουργία ενός υποστηρικτικού, φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος και δ) η δημιουργία αποτελεσματικής επικοινωνίας.

Τέλος, εκτός από τους ασθενείς που πάσχουν από άνοια, πρέπει να δοθεί και ιδιαίτερη βαρύτητα στους φροντιστές των ατόμων αυτών και στην επίδραση της ασθένειας στην ψυχολογία, την υγεία και στην καθημερινότητά τους.

## **ABSTRACT**

Dementia is a neurodegenerative disease, which leads to progressive loss of mental functions, such as memory, perception and judgment creating variation even in patient's personality. The most common forms of dementia are: Alzheimer's disease (50% and 70% of all dementias), vascular dementia, caused by a series of minor strokes (30% of all dementias), Frontotemporal dementia, dementia with Lewy bodies, dementia related to Parkinson's disease and the kind of dementia caused by infections. The stages of dementia are: a) the early stage which usually may not get recognized immediately and begins with patient's disorientation. B) The middle stage, where the condition is getting clear cause of changes in patient's personality and in activities of day living and c) the later stage of dementia where patient is completely dependent on other people for his care.

Memory constitutes the cornerstone of human's biology as it is referred to the past, prepares the future and helps in the attitude of the present. The memory types are sensory, short-term and long-term. Ageing of memory is an unavailable fact that contributes in dementia's growth. For this reason scientists created some crucibles or diagnostic tests, for probable patients to take. Dementia mostly concerns people of declining years and it is to blame for the biggest amount of institutionalizing elderly people, than any other mental disorder.

Intensive and insistent scientific researches have shown, that the rationale of dementia is unknown for the moment, and they have only end up with the predisposed factors like hormone problems and lack of vitamins. However books referred to some risk factors such as age, patient with Down syndrome, head injuries and other.

Accurate diagnosis of disease is very important and it is the first step for getting help and support. Provides interpretation of symptoms and explains awkward behavior. Also allows

people to understand what exactly happens, in order to define the most suitable support. However they could be some additional diagnostics such as axial and magnetic. As for the treatment, is distinguished in medical intervention or without medical intervention.

Nursing care is a series of nursing actions that continuously developing in order to be addressed and resolve the issues of patients and family. It is individual because every patient is a unique and integrated biopsychosocial entity. The goal of provision is a) bringing to light the values of the people providing nursing, b) promotion of individual care c) creation of a supporting, natural and social environment and d) creation of an effective communication.

Finally, apart from the dementia patients, emphasis should be placed in carers of these patients and on the impact of the disease in their *psychology*, health and daily lives.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άνοια αποτελεί ένα σύγχρονο ιατρικό φαινόμενο που στην σύγχρονη εποχή έχει πάρει μεγάλες διαστάσεις, αν και η ιστορία της έχει βάθος χρόνου. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου αγγίζει το 25%, αριθμός ο οποίος θα υπερτριπλασιαστεί στο μέλλον. Ως άνοια ορίζουμε την προοδευτική και μη αναστρέψιμη εξασθένηση των νοητικών λειτουργιών της μνήμης και της ικανότητας για σκέψη και σωστή κρίση.

Σκοπός της βιβλιογραφικής αυτής ανασκόπησης ήταν η αναζήτηση των αιτιών και των παραγόντων κινδύνων, καθώς και η νοσηλευτική διεργασία και η αντιμετώπιση των συνεπειών που παρουσιάζονται στη νόσο.

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση ιατρικών και επιστημονικών βιβλίων στην Αγγλική και στην Ελληνική γλώσσα στις βιβλιοθήκες του πανεπιστημίου Πατρών και του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών, καθώς επίσης συλλέξαμε υλικό από την εταιρία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών και από μερικά κέντρα ημέρας της Αθήνας. Επιπλέον, έγινε αναζήτηση επιστημονικών άρθρων και μελετών τόσο στην Αγγλική όσο και στην ελληνική γλώσσα κατά την τελευταία πενταετία στην μηχανή αναζήτησης της Google, τα οποία αναφέρονταν σε αιτιολογικούς παράγοντες, θεραπευτικές παρεμβάσεις και σε παράγοντες κινδύνου.

Το αποτέλεσμα της εργασίας αυτής μας δείχνει πως δεν υπάρχει σαφή και εξακριβωμένη αιτία για την πρόκληση της νόσου, αλλά πολλοί παράγοντες κινδύνου, μερικοί από τους οποίους συνδέονται άμεσα με το σύγχρονο τρόπο ζωής. Επιπλέον μπορεί να καταστεί σαφές ότι η νοσηλευτική διεργασία της άνοιας αποτελεί ένα δύσκολο κομμάτι για τους νοσηλευτές και τους φροντιστές, διότι οι συνέπειες της ασθένειας είναι πολλές και αδιάκοπες, διαρκούν μέχρι το τέλος της ζωής του ασθενή και η έλλειψη των γνωστικών λειτουργιών δεν είναι σύμμαχος στην θετική έκβαση της νόσου.

Συμπερασματικά, η άνοια αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα που επηρεάζει το ίδιο το άτομο στα πρώτα στάδια της νόσου, την οικογένεια, την κοινωνία, τους φροντιστές και τους νοσηλευτές. Όσον αφορά την πρόληψη, η ενημέρωση όλων είναι απαραίτητη καθώς είναι ένα νόσημα με μεγάλη επιδημιολογία και αυξάνεται διαρκώς με το πέρασμα των χρόνων.

## Κεφάλαιο 1:

### Άνοια

#### 1.1 Ορισμός

Άνοια χαρακτηρίζουμε την προοδευτική αποδιοργάνωση των νοητικών λειτουργιών της μνήμης και της ικανότητας για αφηρημένη σκέψη. Είναι μία διαταραχή που προέρχεται από οργανικές ή μεταβολικές διαταραχές οι οποίες προσβάλλουν τον εγκέφαλο. Οι διαταραχές αυτές αφορούν την φυσιολογική απώλεια των κυττάρων του εγκεφάλου λόγω του γήρατος, ωστόσο όμως σε περιπτώσεις ανθρώπων που υπάρχει η άνοια, η διαδικασία αυτή επιταχύνεται και οδηγεί σε μη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου.

Το σύνδρομο της άνοιας είναι εξελικτικό ή χρόνιο και διαπιστώνεται σε αυτό η διαταραχή πολλών ανωτέρων φλοιωδών λειτουργιών όπως η μνήμη, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση, η εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, η ικανότητα για μάθηση, η γλώσσα και η κρίση. Είναι πιο συχνή σε ηλικιωμένους ανθρώπους, χωρίς να αποκλείονται και οι νεαρότερες ηλικίες. Η πιο συχνή μορφή άνοιας είναι η νόσος Alzheimer και ακολουθούν η αγγειακή άνοια, η νόσος Parkinson και η άνοια των σωματιδίων του Lewy.  
(e-karanikas, <<Άνοια>>, 2010)

Ένας ακόμη ορισμός για την άνοια, που ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι ο εξής: Το άτομο, χωρίς να έχει ελλείμματα συνείδησης, θα πρέπει να εμφανίζει ένα από τα παρακάτω συμπτώματα, για τουλάχιστον 6 μήνες:

- Εξασθένιση μνήμης.
- Εξασθένιση άλλων γνωστικών λειτουργιών, όπως κρίση, σκέψη, προγραμματισμός.
- Εξασθένιση του συναισθηματικού ελέγχου (π.χ. ευερεθιστότητα) ή της κινητοποίησης.

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. Αν και η άνοια δεν είναι συχνή σε παιδιά και εφήβους, μπορεί να συμβεί από γενικές ιατρικές καταστάσεις όπως, τραύμα κεφαλής, όγκοι του εγκεφάλου, λοίμωξη από HIV, αδρενολευκοδυστροφίες και να εμφανισθεί είτε με έκπτωση λειτουργικότητας είτε με καθυστέρηση ή παρέκκλιση στη φυσιολογική ανάπτυξη (Graham & Warner 2009).

#### 1.2 Εξέλιξη της νόσου

Η άνοια αποτελεί συνήθως προοδευτική νόσο. Επηρεάζει το άτομο με πολλαπλούς τρόπους. Αυτό συμβαίνει επειδή τα συμπτώματα και ο τρόπος με τον οποίο αναπτύσσονται, αντικατοπτρίζουν την προσωπικότητα, τον τρόπο ζωής, την ποιότητα των σχέσεων και την ψυχική και σωματική υγεία.

Τα συμπτώματα διαφέρουν ανάλογα με τον τύπο της άνοιας, παρόλα αυτά υπάρχουν κάποιες γενικές ομοιότητες ανάμεσα στις υποκατηγορίες. Τα συνηθέστερα συμπτώματα είναι η απώλεια μνήμης και οι δυσκολίες στις καθημερινές εργασίες, γεγονός που οδηγεί σε έλλειψη ανεξαρτησίας και μπορεί να επηρεάσει τις κοινωνικές σχέσεις.

Η πρόοδος της νόσου μπορεί να ποικίλει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Υπάρχουν



άτομα που μπορεί να ζήσουν με τη νόσο για πάνω από 20 χρόνια και άτομα που θα επιβιώσουν για πολύ λιγότερο. Στο τέλος, τα άτομα με άνοια συνήθως αποβιώνουν εξαιτίας άλλων παθήσεων, όπως καρδιακή ανεπάρκεια ή κάποιου είδους λοίμωξη, που μπορεί να είναι ανεξάρτητη της άνοιας. Τα τελευταία χρόνια, η ποιοτικότερη φροντίδα των ατόμων με τη νόσο, όπως και η κατανόηση των μηχανισμών της νόσου, έχουν σε γενικές γραμμές οδηγήσει σε αύξηση του προσδόκιμου ζωής και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια.

Αν και η άνοια προοδεύει με διαφορετικό ρυθμό σε διαφορετικά άτομα, θα βοηθούσε η περιγραφή της πορείας της νόσου στα πρώτα, τα μεσαία και τα τελευταία της στάδια (Graham & Warner 2009).

### 1.2.1 Πρώιμο στάδιο

Η εκδήλωση της άνοιας είναι συνήθως αρκετά σταδιακή, επομένως είναι δύσκολο να αναγνωριστούν τα πρώιμα στάδιά της. Η φάση αυτή παραβλέπεται πολύ συχνά και το άτομο με άνοια είναι ικανό να συνειδητοποιήσει ότι πράγματι εμφανίστηκαν περίεργα συμπτώματα, των οποίων η σημασία δεν είχε αναγνωριστεί αμέσως ή ίσως είχαν ερμηνευτεί ως στοιχεία της φυσιολογικής γήρανσης πράγμα που μπορεί να είναι πιο εύκολο μόνο όταν κάποιος τον βοηθήσει να σκεφτεί τα γεγονότα του παρελθόντος.

Ένα άτομο στα πρώιμα στάδια της νόσου μπορεί:

- ✓ Να αρχίσει να ξεχνάει, συνήθως γεγονότα που συνέβησαν πρόσφατα.
- ✓ Να χάσει την αίσθηση του χρόνου και τόπου γεγονός που μπορεί να τον/την οδηγήσει στο να μην εμφανίζεται σε ραντεβού ή να μην πληρώνει τους λογαριασμούς.
- ✓ Να εμφανίσει απουσία ενδιαφέροντος και πτωχή συγκέντρωση.
- ✓ Να μην έχει κίνητρα.
- ✓ Να αποτραβηχτεί.
- ✓ Να εμφανίσει προβλήματα με το λόγο και δυσκολία στο να βρίσκει τις κατάλληλες λέξεις.
- ✓ Να εμφανίσει ιδιόμορφη συμπεριφορά.
- ✓ Να έχει δυσκολίες στο να λαμβάνει αποφάσεις.
- ✓ Να εμπλέκεται λιγότερο με την οικογένεια και τους φίλους.
- ✓ Να εμφανίζει "διαφορές" από τον παλιό του εαυτό.
- ✓ Να εμφανίζει αλλαγές στη συναισθηματική κατάσταση και να μοιάζει να έχει κατάθλιψη ή οξυθυμία.

### 1.2.2 Μεσαίο στάδιο

Αυτή είναι περίοδος όπου είναι ξεκάθαρο ότι το άτομο πάσχει από άνοια και ότι η νόσος επηρεάζει την καθημερινή του λειτουργικότητα και την ικανότητά του να ζει ανεξάρτητα. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στην προσωπικότητα, όπως για παράδειγμα, έντονη οξυθυμία ή και έλλειψη κατανόησης, τόσο από το άτομο με άνοια, όσο και από πλευράς των ατόμων που τον φροντίζουν.

Σε αυτό το στάδιο το άτομο με άνοια:

- ⇒ Τείνει να ξεχνάει, ακόμα πιο συχνά – μπορεί να ξεχάσει ονόματα συγγενών ή ονόματα φίλων, αλλά και πρόσφατα συμβάντα, κάτι που μπορεί να τον οδηγήσει να κάνει διαρκώς ερωτήσεις.
- ⇒ Να περιφέρεται εκτός του σπιτιού και να χαθεί.
- ⇒ Να μη μπορεί να κατανοήσει τη διαφορά της μέρας από τη νύχτα και να εμφανίσει προβλήματα με τον ύπνο.
- ⇒ Να έχει προβλήματα στο να κατανοήσει συζητήσεις μεταξύ άλλων.
- ⇒ Να εμφανίσει έντονα προβλήματα στο λόγο.
- ⇒ Να εμφανίσει προβλήματα με τις καθημερινές εργασίες στο σπίτι, όπως το καθάρισμα και το μαγείρεμα.
- ⇒ Να χρειάζεται βοήθεια στο ντύσιμο, στο πλύσιμο, όπως και κάποιον να του θυμίζει να πηγαίνει στην τουαλέτα.
- ⇒ Να χάνει πράγματα και να κατηγορεί άλλους ότι τα πήραν.
- ⇒ Να γίνει επιθετικός.
- ⇒ Να εμφανίσει παραισθήσεις.

### 1.2.3 Οψιμο στάδιο

Σε αυτό το στάδιο, το άτομο εμφανίζει πολύ σοβαρά προβλήματα μνήμης και έχει γίνει πλήρως εξαρτημένος από τους άλλους για τη φροντίδα του. Αυτό το άτομο μπορεί:

- Να έχει πολύ μεγάλες δυσκολίες στην επικοινωνία.
- Να μην αναγνωρίζει ή να αναγνωρίζει με πολύ μεγάλη δυσκολία τα μέλη της οικογένειάς του και τους φίλους του.
- Να μην κατανοεί τι του λένε οι άλλοι ή τι συμβαίνει στο περιβάλλον.
- Να χρειάζεται βοήθεια με το φαγητό.
- Να εμφανίζει ακράτεια ούρων και κοπράνων.
- Να εμφανίζει προβλήματα στη βάδιση.
- Να εμφανίζει δυσκολίες την κατάποση.
- Να είναι καθηλωμένος στην καρέκλα ή στο κρεβάτι

Αυτό το στάδιο μπορεί να διατηρηθεί για μήνες ή και για χρόνια, γεγονός που εξαρτάται από την σωματική υγεία του ατόμου και την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται (Graham & Warner 2009).

## 1.3 ΕΙΔΗ ΑΝΟΙΑΣ

Η άνοια χωρίζεται σε διάφορους τύπους :

- 1) Άνοια Τύπου Alzheimer
- 2) Αγγειακή Άνοια
- 3) Άνοια Οφειλόμενη σε άλλες Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις
  - Νόσο του Huntington

- Νόσο Creutzfeldt-Jacob
  - Άνοια από υδροκέφαλο
  - Άνοια σχετική με κατανάλωση αλκοόλ
- 4) Άνοια σε Παθήσεις του Εξωπυραμιδικού Συστήματος
- Άνοια με σωματίδια του Lewy
  - Άνοια σχετική με νόσο Parkinson
- 5) Άνοια σε Λοιμώξεις
- AIDS
  - Προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια
- 6) Ανοϊκά Σύνδρομα με Προοδευτική Εστιακή (Λοβώδη) Φλοιοϊκή Εκφύλιση
- Η πρωτοπαθής προϊούσα (μη ευφραδής) αφασία
  - Η σημασιολογική άνοια

### 1.3.1. Άνοια Τύπου Alzheimer

Η νόσος Alzheimer είναι η συχνότερη μορφή άνοιας (60% του συνόλου) από την οποία πάσχουν 160.000 άνθρωποι στην Ελλάδα, 7.300.000 στην Ευρώπη και 35.000.000 σε όλο τον κόσμο. Εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και σπανιότερα σε ηλικίες από 50-65, ενώ είναι πολύ σπάνιο να εκδηλωθεί σε ηλικίες κάτω των 50 ετών. Η νόσος Alzheimer προκαλεί βαθμιαία εκφύλιση του εγκεφάλου και έχει ως αποτέλεσμα την προϊούσα έκπτωση των νοητικών λειτουργιών και στα προχωρημένα στάδια και της κινητικότητας.

Παρόλο που οι αιτίες της νόσου παραμένουν άγνωστες, υπάρχουν παράγοντες που συμβάλλουν στην δημιουργία άνοιας και κατά συνέπεια και Alzheimer οι οποίοι είναι:

- Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια
- Όγκοι του εγκεφάλου
- AIDS
- Εγκεφαλίτιδες
- Μεταβολικά νοσήματα
- Νοσήματα θυρεοειδούς αδένος
- Διάφορα φάρμακα

Στα αρχικά στάδια της νόσου τα συμπτώματα είναι ιδιαίτερα ελαφρά και αφορούν τις διαταραχές μνήμης. Πιο συγκεκριμένα, ξεχνά τα πρόσφατα γεγονότα και θυμάται παλιές ιστορίες και βιώματα με πολλές λεπτομέρειες. Σε πολλές περιπτώσεις η κατάσταση αυτή θεωρείται φυσιολογική γήρανση με συνέπεια να γίνεται πιο δύσκολη η πρόωγη διάγνωση.

## Κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου του Alzheimer

Η κλινική συμπτωματολογία της νόσου του Alzheimer χωρίζεται σε τρία κυρίως επίπεδα:

### 1. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΕ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Σύμφωνα με την έννοια του Piaget 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, τύχη 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 νόσος Alzheimer 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.

### 2. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΕ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

#### α) Διαταραχή της μνήμης και του προσανατολισμού

Οι διαταραχές της μνήμης αποτελούν το βασικότερο κλινικό σημείο της ΝΑ. Θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι τα όρια μεταξύ της νόσου Alzheimer 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. 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.

#### β) Αφασικές Διαταραχές

- Οι διαταραχές του προφορικού λόγου

Οι αφασικές διαταραχές αποτελούν χαρακτηριστικό γνώρισμα της συμπτωματολογίας στη ΝΑ. Στα αρχικά στάδια της νόσου Alzheimer 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. Οι φωνητικές και συντακτικές ιδιότητες του λόγου ωστόσο διατηρούνται.

Στη δεύτερη φάση, τα προηγούμενα συμπτώματα χειροτερεύουν, ενώ εμφανίζονται και διαταραχές στην κατανόηση του λόγου. 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.

- *Διαταραχές ανεύρεσης λέξεων*

Η παραπάνω διαταραχή εμφανίζεται συχνά σε ηλικιωμένους κατά την πορεία του γήρατος αλλά κάνει και την εμφάνιση της στην νόσο Alzheimer 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 νόσου Alzheimer, σε αντίθεση με την δυσέυρεση των λέξεων που παρατηρείται από την έναρξη ακόμη της νόσου. Η δυσέυρεση 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.

### γ) *Απρακτικές διαταραχές*

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 χοραιοαθέτωση και τα άτομα έχουν πλήρη συνείδηση της πράξης που πρέπει να επιτελεστεί. Στη σύγχρονη ταξινόμηση των απραξιών, διακρίνονται κυρίως τέσσερις μεγάλες ποικιλίες διαταραχών, τις οποίες αναφέρουμε συνοπτικά:

- *Η 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 σπιρτόξυλα για την κατασκευή) ο ασθενής προσπαθεί να τοποθετήσει τα σπιρτόξυλα μέσα στο σχήμα – μοντέλο που του δίδεται για την κατασκευή του.
- *Η 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.

### 3. ΑΠΟΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΕ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Η νευρολογική σημειολογία και η αποδιοργάνωση της λειτουργικότητας περιγράφονται κυρίως σε αντιδιαστολή με τα διάφορα στάδια της ωρίμανσης του κεντρικού νευρικού συστήματος. Έτσι, στη νόσο Alzheimer 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 εξαφάνισή τους κατά την παιδική ηλικία είναι δείκτης ωρίμανσης του εγκεφάλου. Σε κάποιες άλλες περιπτώσεις, οι κινητικές λειτουργίες, προσεγγίζοντας τις παιδικές συνθήκες, παίρνουν διαφορετικές όψεις π.χ. στερεοτυπίες, η οποίες φαίνεται ότι σχετίζονται με μια νέα νευρολογική οργάνωση. Μερικές από τις στερεοτυπίες που συναντιούνται 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, ενώ ιδιαίτερα εντυπωσιακές εμφανίζονται και οι οφθαλμικές διαταραχές.

Αναφέρεται επίσης ότι η οφθαλμοκινητικότητα δυσχεραίνεται από τις κινήσεις της κεφαλής. Όλες αυτές οι κινητικές δραστηριότητες είναι ανάμικτες μεταξύ τους και δεν είναι δυνατό να διακριθεί μια εκλεκτική σειρά κατά την πραγματοποίησή τους (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002a).

Στη συνέχεια καθώς η νόσος εξελίσσεται και οι νοητικές λειτουργίες εκπίπτουν σταδιακά, ο ανοϊκός άρρωστος οδηγείται σε πλήρη αποδιοργάνωση της ζωής του και της προσωπικότητάς του. Εν τέλει, ο άρρωστος καταλήγει ανίκανος να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του και καταλήγει να εξαρτάται ολοκληρωτικά από τους συγγενείς του σε πολλές περιπτώσεις, όπου αποτελεί τεράστιο πρακτικό και ψυχικό φορτίο.

Η έγκαιρη διάγνωση του Alzheimer έχει μεγάλη σημασία για τον ασθενή αλλά και για την οικογένειά του διότι δίνει κάποια χρονικά περιθώρια σε όλους ώστε να αποδεχτούν την κατάσταση και να προγραμματίσουν το μέλλον και τη διατήρηση ποιότητας ζωής τους. Όσον αφορά τη θεραπεία της νόσου δεν υπάρχει κάποια οριστική αλλά έχουμε στην διάθεση μας κάποιες φαρμακευτικές αγωγές, οι οποίες

ανακόπτουν την εξέλιξη της και κάνουν τα συμπτώματα αντιμετωπίσιμα. Για να γίνει όμως αυτό θα πρέπει η διάγνωση να γίνει νωρίς ώστε να τα φάρμακα να έχουν αποτέλεσμα.

### 1.3.2 Αγγειακή Άνοια

Πρόκειται για άνοια, που οφείλεται σε ισχαιμική ή αιμορραγική εγκεφαλική βλάβη (ΑΕΕ) καθώς και σε διάχυτες ισχαιμικές – υποξικές αλλοιώσεις λόγω καρδιακής ανακοπής. Αναλυτικά, οι εγκεφαλικές βλάβες που μπορεί να οδηγήσουν σε αγγειακή άνοια είναι:

- α) Πολλαπλά ισχαιμικά έμφρακτα, λόγω απόφραξης σχετικά μεγάλων αγγείων, τα οποία αφορούν το φλοιό και υποφλοιώδεις δομές.
- β) Μεμονωμένα, αλλά σε καίριο σημείο, έμφρακτα τα οποία καταστρέφουν εγκεφαλικές δομές, όπου εδράζονται βασικές γνωστικές λειτουργίες π.χ. γωνιώδης έλικα, θάλαμος, βασική μοίρα του μετωπιαίου λοβού.
- γ) Αγγειοπάθεια μικρών αγγείων με συνέπεια τη δημιουργία πολλαπλών, μικρών (κενοχωριωδών) εμφράκτων στις υποφλοιώδεις δομές του εγκεφάλου.
- δ) Συνολική εγκεφαλική ισχαιμία, από διακοπή της παροχής αίματος, λόγω καρδιακής ανακοπής. ε) Αιμορραγική αγγειακή άνοια, μετά από ενδοεγκεφαλική ή υπαραχνοειδή αιμορραγία.

Συχνά, πριν το άτομο εμφανίσει αγγειακή άνοια, εμφανίζει ιστορικό παροδικών ισχαιμικών επεισοδίων ή διαφόρων μικρών εγκεφαλικών επεισοδίων. Η αγγειακή άνοια είναι πιθανό να ξεκινήσει πιο απότομα, συγκριτικά με τη νόσο Alzheimer, ενώ συνήθως επιδεινώνεται κατά ώσεις και τα πράγματα χειροτερεύουν κατά φάσεις (ονομάζεται πρόοδος σε βήματα), αντί για σταδιακά. Τα άτομα με αυτό το είδος άνοιας, κυρίως στα πρώτα στάδια της νόσου, μπορεί να εμφανίσουν περιόδους διαύγειας (είτε μικρές είτε μεγάλες), όπου δείχνουν να έχουν πλήρη συνείδηση.

### Συμπτώματα αγγειακής άνοιας

Τα συμπτώματα αγγειακής άνοιας μπορεί να ποικίλουν, ανάλογα με το ποιες περιοχές του εγκεφάλου έχουν επηρεασθεί. Τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου μπορούν να δείξουν ποιες περιοχές έχουν επηρεασθεί. Συχνά, η μνήμη και ο λόγος επηρεάζονται πρώτα ενώ η προσωπικότητα μπορεί να αλλάξει αργότερα, κατά την πορεία της νόσου (π.χ. το άτομο μπορεί να γίνει πιο ευερέθιστο ή χωρίς κίνητρα).

Ο ασθενής με αγγειακή άνοια, συγκριτικά με τον ασθενή με νόσο Alzheimer, είναι πιθανότερο να έχει συνείδηση της νόσου που τον ταλαιπωρεί. Το κύριο εύρημα στον εγκέφαλο ασθενών με αγγειακή άνοια είναι ενδείξεις μειωμένης τροφοδοσίας του εγκεφάλου με αίμα, κάτι τα οποίο είναι εμφανή και στην αξονική εγκεφάλου (Graham & Warner 2009).

### 1.3.3 Άνοια Οφειλόμενη σε άλλες Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις

#### A) Νόσος του Huntington

Είναι μία εκφυλιστική, κληρονομική νόσος που χαρακτηρίζεται από κινητικές και γνωστικές

μεταβολές.

Τα κλινικά ευρήματα της νόσου έχουν ως εξής:

- ⇒ Συνήθως παρατηρείται στα 30-40 έτη της ζωής ενός ανθρώπου
- ⇒ Παρατηρείται ήπια χορία στην αρχική φάση και βιαιότητα στη πορεία
- ⇒ Μπορεί να αναπτυχθούν βραδυκινησία, δυσκαμψία και χαρακτηριστικά παρκινσονισμού
- ⇒ Αλλαγές στην προσωπικότητα κατάθλιψη και ψύχωση
- ⇒ Η άνοια αναπτύσσεται πιο αργά και μετά τις συμπεριφορικές αλλαγές έχει χαρακτηριστικά υποφλοιώδους άνοιας.

Η κλινική διάγνωση της νόσου είναι επαρκής σε ασθενής που έχουν αναπτύξει πλήρως τη νόσο. Επίσης μπορεί να πραγματοποιηθεί γενετικός έλεγχος για την επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης και τέλος παρόλο που ο προσυμπτωματικός έλεγχος είναι διαθέσιμος δεν θα πρέπει να διενεργείται προτού υπάρξει γενετική και ψυχολογική παρέμβαση.

Τέλος η καλύτερη αντιμετώπιση στην κλινική πορεία της νόσου είναι η συμπτωματική αντιμετώπιση της κινητικής διαταραχής και των υπολοίπων συμπτωμάτων καθώς και η ενημέρωση της οικογένειας σε σχέση με την κληρονομικότητα της νόσου.

### B) Νόσος Creutzfeldt-Jacob

Η νόσος Creutzfeldt-Jacob ή αλλιώς σπογγώδης εγκεφαλοπάθεια, πήρε το όνομα της από την εικόνα που δίνει ο εγκέφαλος στις απεικονιστικές εξετάσεις, μοιάζει δηλαδή με σπόγγο λόγω των μικρών κοιλοτήτων που σχηματίζονται, οι οποίες είναι γεμάτες με υγρό, μεταδίδεται από τα ζώα στον άνθρωπο και ήταν πολύ λίγο γνωστή πριν το 1995. Πρόκειται για εκφυλιστική θανατηφόρα πάθηση του εγκεφάλου. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν αργά στη ζωή των ανθρώπων (γύρω στα 60 έτη) και τα άτομα που νοσούν πεθαίνουν σε ένα χρόνο από τη στιγμή που εμφανίζονται τα συμπτώματα. Στα πρώτα στάδια της νόσου οι ασθενείς αρχίζουν να έχουν προβλήματα μνήμης, αλλαγές στην συμπεριφορά τους, οπτικές διαταραχές και προβλήματα συντονισμού. Στη συνέχεια εμφανίζουν αθέλητες κινήσεις, αδυναμία άνω και κάτω άκρων, σημαντική μείωση των νοητικών ικανοτήτων και τέλος κώμα. Η ασθένεια αυτή είναι σε αναλογία 1:1.000.000 ατόμων ετησίως.

Τα πρώτα σημεία της νόσου που εμφανίζονται είναι:

- Αϋπνία
- Κατάθλιψη
- Σύγχυση
- Αλλαγές προσωπικότητας και συμπεριφοράς
- Ασυνήθιστες σωματικές αισθήσεις
- Προβλήματα όρασης, μνήμης και συντονισμού κινήσεων.



Σε πιο προχωρημένο στάδιο συμβαίνουν τα εξής:

- Σταδιακή γρήγορη και πιο προοδευτική απώλεια νοητικών ικανοτήτων
- Εμφανίζονται αθέλητες και ακανόνιστες κινήσεις
- Παρουσιάζονται δυσκολίες στην όραση,την ομιλία καθώς χειροτερεύει η μυϊκή αδυναμία
- Ο ασθενής φαίνεται άκαμπτος και τρομαγμένος

Στο τελικό στάδιο εμφανίζει:

- Απώλεια όλων των νοητικών και φυσιολογικών λειτουργιών
- Βυθίζεται σε κώμα
- Τέλος πεθαίνει συνήθως από κάποια λοίμωξη όπως πνευμονία,διότι μένει ακίνητος στο κρεβάτι,σε κωματώδη κατάσταση χωρίς ουδεμία επικοινωνία με το περιβάλλον του.(World Health Organization,<<Eight questions consumers should ask on the threat of mad cow disease>>, 2003)

### Γ) Άνοια από υδροκέφαλο

Ο αποφρακτικός υδροκέφαλος με ή χωρίς εστιακά νευρολογικά σημεία μπορεί να προκαλέσει νοητική έκπτωση. Διακρίνεται σε :α)χρόνιο υδροκέφαλο και β) σε μορφή επικοινωνούντως υδροκέφαλου. Πριν παρουσιάσει την ανοϊκή εικόνα εμφανίζει κεφαλαλγία, ζάλη, βραδυψυχισμό, υπνηλία,διαταραχή σφιγκτήρων και τέλος άνοια.

Στον φυσιολογικής πίεσης υδροκέφαλο υπάρχει μειωμένη απορρόφηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού ή η υπερπαραγωγή του ύστερα από υπαραχνοειδή αιμορραγία,κρानιοεγκεφαλική κάκωση ή μηνιγγίτιδα λόγω της πάχυνσης των μηνίγγων ή ακόμη και χωρίς εμφανή αίτια προκαλείται άνοια. Η κλινική εικόνα σε αυτή την περίπτωση χαρακτηρίζεται από απραξία βάδισης,διαταραχή σφιγκτήρων και έκπτωση νοητικής ικανότητας.

Όσον αφορά τη θεραπεία της νόσου,αποτελέσματα υπάρχουν όταν αντιμετωπίζονται τα συμπτώματα, για παράδειγμα νευροχειρουργική παροχέτευση του ENY.

### **1.3.4 Άνοια σχετική με κατανάλωση αλκοόλ**

Μία ιδιαίτερη νόσος, που σχετίζεται με την υψηλή και διαρκή κατανάλωση αλκοόλ, είναι το σύνδρομο Korsakoff. Το σύνδρομο Korsakoff συνήθως εμφανίζει απότομη έναρξη και συχνά εμφανίζεται μετά από περίοδο οξείας σύγχυσης. Μετά την έναρξη της νόσου, το άτομο δεν μπορεί να αποθηκεύσει πρόσφατες πληροφορίες στη μνήμη, αν και οι αναμνήσεις για γεγονότα πριν την έναρξη της νόσου συνήθως δεν επηρεάζονται.

Το αποτέλεσμα είναι αμνησία, που προκαλεί έντονη αναπηρία, όμως σε αυτόν τον τύπο άνοιας, δεν εμφανίζονται τα υπόλοιπα συμπτώματα άνοιας (π.χ. δυσκολίες στο λόγο και τη σκέψη ή αλλαγές στην προσωπικότητα). Το σύνδρομο Korsakoff θεωρείται πως οφείλεται σε ανεπάρκεια συγκεκριμένης βιταμίνης, της θειαμίνης. Παρουσιάζεται βλάβη σε πολύ συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου (στα μαστία του εγκεφάλου) ενώ το υπόλοιπο τμήμα του εγκεφάλου μπορεί να φαίνεται φυσιολογικό στις απεικονιστικές εξετάσεις.

Εκτός από το σύνδρομο Korsakoff, η παρατεταμένη, συνεχής κατανάλωση αλκοόλ είναι επίσης πιθανό να προκαλέσει άνοια, με συμπτώματα παρόμοια με αυτά που εμφανίζονται στο Alzheimer. Επίσημες υγειονομικές αρχές έχουν υπολογίσει ότι ένα ποσοστό της τάξης του 10% του συνόλου των περιπτώσεων άνοιας, σχετίζονται με την

κατανάλωση αλκοόλ (Graham & Warner 2009).

### 1.3.5 Άνοια σε Παθήσεις του Εξωπυραμιδικού Συστήματος

Οι παθήσεις του εξωπυραμιδικού συστήματος χαρακτηρίζονται από κινητική σημειολογία είτε με την μορφή φτωχέας κινήσεων (παρκινσονισμός) είτε με την μορφή περίσσειας κινήσεων (ακούσιες κινήσεις, υπερκινήσεις, δυσκινήσεις). Σε όλα όμως τα νοσήματα του συστήματος αυτού, εκτός από τον ιδιοπαθή τρόπο και την ιδιοπαθή δυστονία, υπάρχει μαζί με τις κινητικές διαταραχές και διαφόρου βαθμού έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών που ποικίλει από ελαφρά διαταραχή μνήμης μέχρι βαριά άνοια. Επιπλέον η εμφάνιση άνοιας μπορεί είτε να αποτελεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της νόσου (π.χ. άνοια με σωμάτια του Lewy) είτε να εμφανίζεται μόνο σε μικρό ποσοστό ασθενών (π.χ. ατροφία πολλαπλών συστημάτων). Στις περισσότερες παθήσεις η άνοια έχει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υποφλοιώδους άνοιας, υπάρχουν όμως και νοσήματα όπου εμπλέκονται στοιχεία φλοιϊκής και υποφλοιώδους άνοιας (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002).

### 1.3.6 Άνοια με σωμάτια του Lewy

Η άνοια με σωμάτια του Lewy ήρθε στο προσκήνιο την τελευταία μόλις δεκαετία και έκτοτε αποτελεί επίκαιρο θέμα προβληματισμού των κλινικών ιατρών και των παθολογοανατόμων παγκοσμίως. Το κυριότερο παθολογοανατομικό εύρημα, που είναι απαραίτητο για την διάγνωση της νόσου, είναι η παρουσία σωμάτων του Lewy στον υπόφλοιο και στον φλοιό. Υπάρχει επιπλέον, μεγάλη χολινεργική ανεπάρκεια στον φλοιό, διαταραχή των μονοαμινών και ανωμαλίες των ντοπαμινεργικών υποδοχέων στα βασικά γάγγλια. Στα πρώτα στάδια, το άτομο που πάσχει από άνοια τύπου Lewy συνήθως εμφανίζει συμπτώματα νόσου Parkinson (τρόμο, κυρίως στα χέρια, δυσκαμψία και περιορισμό στην κινητικότητα). Εμφανίζει επίσης παραισθήσεις και συχνά βλέπει πράγματα, τα οποία δεν υπάρχουν (όπως ανθρώπους ή ζώα). Οι δυσκολίες στη σκέψη και την μνήμη είναι παρόμοιες με αυτές στη νόσο Alzheimer, όμως μπορεί να ποικίλουν από στιγμή σε στιγμή. Τα άτομα αυτά είναι επιρρεπή στις πτώσεις και μπορεί να έχουν ανήσυχη νύχτα, διότι κινούνται συνεχώς, ενώ ονειρεύονται.

Η διάγνωση της νόσου, με τα σημερινά δεδομένα, είναι ακόμα μόνο κλινική. Η μεγάλη όμως ετερογένεια των συμπτωμάτων, που κυμαίνεται από ανοϊκή συνδρομή μέχρι κινητικά συμπτώματα παρκινσονισμού κάνει την κλινική διάγνωση δύσκολη ακόμη και με την χρησιμοποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων.

Σύμφωνα με τους ερευνητές, τα κριτήρια για την κλινική διάγνωση της πιθανής και ενδεχόμενης άνοιας με σωμάτια του Lewy είναι τα εξής:

1. Το κύριο χαρακτηριστικό που είναι απαραίτητο για την διάγνωση της νόσου είναι η προϊούσα έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών η οποία έχει τόσο μεγάλη βαρύτητα ώστε διαταράσσει την φυσιολογική, κοινωνική ή επαγγελματική απόδοση. Εκδηλη ή επίμονη διαταραχή μνήμης δεν είναι απαραίτητο να συμβαίνει στα αρχικά στάδια αλλά συνήθως εμφανίζεται στην πορεία της νόσου. Η διαταραχές σε δοκιμασίες της προσοχής, του μετωπιαίου λοβού και της οπτικοχωρικής ικανότητας μπορεί να είναι ιδιαίτερα έντονες.
2. Δυο από τα παρακάτω πυρηνικά χαρακτηριστικά είναι απαραίτητα για την διάγνωση της πιθανούς άνοιας με σωμάτια του Lewy και ένα για την διάγνωση της

ενδεχόμενης νόσου.

- Διακυμάνσεις των γνωστικών λειτουργιών κυρίως της προσοχής και της εγρήγορσης.
  - Υποτροπιάζουσες οπτικές ψευδαισθήσεις που είναι καλοσηματισμένες και λεπτομερείς.
  - Πρωτοπαθή κινητικά χαρακτηριστικά παρκινσονισμού.
3. Χαρακτηριστικά ενισχυτικά της διάγνωσης είναι:
- Επαναλαμβανόμενες πτώσεις
  - Συγκοπή
  - Παροδική απώλεια συνείδησης
  - Ευαισθησία στα νευροληπτικά
  - Συστηματοποιημένες παραλυτικές ιδέες
  - Ψευδαισθήσεις άλλου είδους
4. Η διάγνωση με σωματίδια του Lewy είναι λιγότερο πιθανή όταν υπάρχουν:
- Αγγειακή νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος με εστιακή νευρολογική σημειολογία ή με ευρήματα στην απεικόνιση του εγκεφάλου (CT ή/και MRI).
  - Παρουσία στην φυσική εξέταση ή στον εργαστηριακό έλεγχο ευρημάτων άλλης σωματικής νόσου ή άλλης εγκεφαλικής διαταραχής ικανής να προκαλέσει την παραπάνω κλινική εικόνα (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002).

### 1.3.7 Άνοια σχετική με νόσο Parkinson

Η νόσος Parkinson είναι μία νευροεκφυλιστική διαταραχή που προκαλεί τρόμο, διαταραχές του συντονισμού των κινήσεων και προβλήματα στη βάδιση. Αποτελεί τη δεύτερη πιο κοινή αιτία τρόμου, ο οποίος είναι πιο εμφανής στην ηρεμία, μειώνεται με την ενέργεια και αυξάνεται κατά τη βάδιση.

Η κλινική πορεία της νόσου έχει ως εξής :

- Είναι μία προϊούσα διαταραχή που οδηγεί σε σημαντική αναπηρία με την πάροδο των ετών.
- Τα φάρμακα αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα
- Η προστατευτική δράση των φαρμάκων είναι ήπια
- Οι ασθενείς αναπτύσσουν περισσότερες διακυμάνσεις και μειωμένη ανταπόκριση στη φαρμακευτική θεραπεία με το πέρασμα του χρόνου.

Στάδια κλινικών σημείων της νόσου Parkinson :

- **Στάδιο 1** : Υπάρχει μονόπλευρη προσβολή, ανέκφραστο προσωπείο και το προσβεβλημένο άκρο είναι σε μέτρια κάμψη με συνοδό τρόμο. Ο ασθενής γέρνει προς την μη προσβεβλημένη πλευρά.

- **Στάδιο 2** : Υπάρχει αμφοτερόπλευρη συμμετοχή με πρώιμες αλλαγές στη στάση του σώματος, βραδύ και συρτό βάδισμα με μειωμένο διασκελισμό.
- **Στάδιο 3** : Έντονη διαταραχή στη βάρδιση και μέτρια γενικευμένη αναπηρία, αστάθεια θέσεως με προδιάθεση για πτώση.
- **Στάδιο 4** : Σημαντική αναπηρία με περιορισμένη ικανότητα στη βάρδιση.
- **Στάδιο 5** : Πλήρης αναπηρία, ο ασθενής περιορίζεται στο κρεβάτι ή στην καρέκλα, δεν μπορεί να σταθεί ή να περπατήσει ακόμα και με βοήθεια.

### 1.3.8 Άνοια σε Λοιμώξεις

#### A) AIDS

Η εμφάνιση άνοιας σε ασθενείς με AIDS αποτελεί την πιο συχνή νευρολογική επιπλοκή της νόσου (μέχρι το 60% των ασθενών στα τελικά στάδια). Επιπλέον σε μερικούς ασθενείς μπορεί να είναι η μόνη κλινική εκδήλωση της νόσου (2,8% των ασθενών). Σε μια πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι τους πρώτους δώδεκα μήνες μετά την διάγνωση της νόσου 7% των ασθενών εμφάνισαν άνοια. Το ποσοστό αυξήθηκε στο 15% στους ασθενείς που παρακολούθησαν μέχρι τον θάνατο τους (μέση επιβίωση 6 μήνες. Για το σύνδρομο άνοιας σε συνδυασμό με AIDS χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι όροι. Οι δύο όροι που χρησιμοποιούνται ευρέως είναι σύμπλεγμα AIDS - άνοιας (AIDS dementia complex ή HIV-1-associated Dementia Complex) και AIDS σε συνδυασμό με γνωστικές και κινητικές διαταραχές (HIV-1-associated cognitive/motor complex). Η άνοια στο AIDS έχει τους χαρακτήρες της υποφλοιώδους άνοιας με γνωστικές, συμπεριφορικές και κινητικές διαταραχές. Τα κύρια γνωρίσματα της είναι η ψυχοκινητική επιβράδυνση, η έκπτωση της μνήμης και η απάθεια. Η έναρξη της άνοιας είναι ύπουλη, μέσα σε εβδομάδες ή μήνες τα πρώτα συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν ελαφρές συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολία συγκέντρωσης, λήθη, διαταραχή προσανατολισμού, κακοδιαθεσία, ανηδονία, απώλεια ενδιαφέροντος και κινητικές διαταραχές (αδεξιότητα, δυσκολία στις λεπτές κινήσεις, τρόμος κτλ). Με την εξέλιξη της νόσου παρατηρείται επιδείνωση των νοητικών και κινητικών διαταραχών με την εμφάνιση ψυχοκινητικής επιβράδυνσης και ποικίλων γνωστικών διαταραχών (έκπτωση της προσοχής, της συγκέντρωσης, της λεκτικής και οπτικής μνήμης, της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών, της ευελιξίας σκέψης και οπτικοχωρικές διαταραχές).

Υπάρχουν πέντε στάδια βαρύτητας του συμπλέγματος AIDS-άνοιας:

- ❖ Στάδιο 0.5: Υποκλινικό
- ❖ Στάδιο 1: Ελαφρύ
- ❖ Στάδιο 2: Μέτριας βαρύτητας. Ο ασθενής δεν μπορεί να εργαστεί αλλά μπορεί να αυτοεξυπηρετείται.
- ❖ Στάδιο 3: Σοβαρό με μεγάλη νοητική και κινητική έκπτωση.
- ❖ Στάδιο 4: Τελικό. Σχεδόν φυτική κατάσταση.

Για την διάγνωση του συμπλέγματος AIDS - άνοιας ο απεικονιστικός έλεγχος παρουσιάζει ατροφία στον εγκέφαλο σχεδόν σε όλους τους ασθενείς, διεύρυνση του κοιλιακού συστήματος (ατροφία βασικών γαγγλίων) και αλλοιώσεις αυξημένου

σήματος στο MRI (T2) κυρίως στην υποφλοιώδη λευκή ουσία και στα βασικά γάγγλια. Στο αρχικό στάδιο PET δείχνει ένα σχετικό υπερμεταβολισμό του θαλάμου και των βασικών γαγγλίων, με την επιδείνωση όμως της άνοιας οι κροταφικοί λοβοί εμφανίζουν υπομεταβολισμό. Στο ENY η αυξημένη συγκέντρωση β2- μικροσφαιρίνης και νεοπτερίνης είναι σχεδόν παθολογική.

Παράγοντες κινδύνου για ταχύτερη εξέλιξη της άνοιας είναι η χαμηλή αιμοσφαιρίνη και ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος 1 με 6 μήνες πριν από το AIDS και η μεγαλύτερη ηλικία στην έναρξη της νόσου. Επιπλέον υψηλές τιμές στο πλάσμα του HIV RNI και χαμηλές των CD4 προδιαθέτουν στην εμφάνιση άνοιας.

### B) Προϊούσα πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια

Πρόκειται για μια σπάνια υποξεία απομυελινοτική νόσο που προκαλείται ευκαιριακά από τον ιό ραρονα. Η νόσος εμφανίζεται σε άτομα με διαταραγμένη κυτταρική ανοσία (λευχαιμίες, λεμφώματα, σαρκοείδωση, άλλα νεοπλάσματα). Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου είναι απότοκες των πολλαπλών και διάσπαρτων περιοχών απομυελίνωσης (κυρίως στην υποφλοιώδη λευκή ουσία). Η έναρξη είναι υποξεία ή χρόνια με εστιακά ή πολυεστιακά ευρήματα. Καθώς αυξάνει ο αριθμός των αλλοιώσεων παρατηρείται αρχικά νοητική έκπτωση και στην συνέχεια άνοια. Η διάγνωση τίθεται μόνο με βιοψία εγκεφάλου, που εκτός από την απομυελίνωση, δείχνει εωσινοφιλικά ενδοπυρηνικά έγκλειστα στα ολιγοδενδρογλοιακά κύτταρα. Το 80% των ασθενών πεθαίνει σε 9 μήνες, σπάνια η νόσος μπορεί να διαρκέσει χρόνια (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002)

## **1.3.9 Ανοϊκά Σύνδρομα με Προοδευτική Εστιακή (Λοβώδη) Φλοιϊκή Εκφύλιση**

### A) Η πρωτοπαθής προϊούσα (μη ευφραδής) αφασία

Είναι γνωστό ότι η αφασικές διαταραχές μπορεί να συνοδεύουν εκφυλιστικά νοσήματα του εγκεφάλου. Από το 1982 όμως, ο Mesulam διαχώρισε μια ξεχωριστή νοσολογική οντότητα συχνά οικογενή με κύριο χαρακτηριστικό την μείωση της ευφράδειας του λόγου, που έχει σαν τελική κατάληξη την πλήρη αδυναμία ομιλίας. Η γραφή και η ανάγνωση διαταράσσονται, ενώ η κατανόηση του λόγου είναι καλή. Η μνήμη, η οπτικοχωρική ικανότητα, η επίδοση στην αριθμητική διατηρούνται σε ικανοποιητικό επίπεδο μέχρι τα προχωρημένα στάδια της νόσου και γι' αυτό ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι δεν πρόκειται για άνοια με την επίσημη έννοια του όρου.

Σε αρκετούς όμως ασθενείς μετά από χρόνια μπορούν να προστεθούν συμπεριφορικές και άλλες γνωστικές διαταραχές, οπότε πλέον η διάγνωση της άνοιας καθίσταται αναμφισβήτητη.

Η Πρωτοπαθής Προϊούσα Αφασία είναι πολύ σπάνια πάθηση και η φύση της παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστη. Συχνά, βρίσκονται αλλοιώσεις μετωποκροταφικής άνοιας (τύπος Pick) αλλά με εστιακή εντόπιση στο επικρατητικό ημισφαίριο και μάλιστα στα πρόσθια κέντρα του λόγου. Σπάνια αναφέρεται συνύπαρξη ιστολογικών αλλοιώσεων τύπου Alzheimer. Από τους περισσότερους όμως ερευνητές θεωρούν ότι η Πρωτοπαθής Προϊούσα Άνοια βρίσκεται παθογενετικά πιο κοντά στις μετωποκραταφικές άνοιες παρά στη νόσο του Alzheimer.

## B) Η σημασιολογική άνοια

Είναι σπάνια, συχνά οικογενής, πάθηση της προγεροντικής ηλικίας, η οποία χαρακτηρίζεται όπως και η Πρωτοπαθής προϊούσα αφασία από προοδευτική διαταραχή του λόγου αλλά με την διαφορά ότι στην σημασιολογική άνοια, ο λόγος είναι ευφραδής με καλή διατήρηση των φωνολογικών και συντακτικών χαρακτηριστικών, αλλά με αδυναμία κατανόησης της έννοιας των λέξεων. Συνήθως η κατάσταση αυτή αρχικά θεωρείται σαν αμνησική διαταραχή, αλλά η «αμνησία» αφορά μόνο την σημασία των λέξεων, ενώ η επεισοδιακή μνήμη διατηρείται. Η σημασιολογική άνοια συνοδεύεται από συμπεριφορικές διαταραχές όπως και η Μετωποκροταφική άνοια, αλλά αυτές είναι απώτερες και εμφανίζονται στα προχωρημένα στάδια. Η παθογένεια της Σημασιολογικής άνοιας, επίσης δεν έχει διευκρινιστεί. Παθολογοανατομικά παρατηρούνται ομοιότητες με την Μετωποκροταφική άνοια και την Πρωτοπαθή Προϊούσα

Στη αφασία όμως οι βλάβες εντοπίζονται στον κροταφικό λοβό, ιδιαίτερα στην μέση και κάτω κροταφική έλικα ενώ ελαφρότερα προσβάλλονται η κογχική μοίρα του μετωπιαίου λοβού και η περιοχή στα όρια μεταξύ βρεγματικού-κροταφικού και ινιακού φλοιού.

Όπως και για την Πρωτοπαθή Προϊούσα άνοια έτσι και για την Σημασιολογική άνοια παραμένει ανοιχτό το ερώτημα, αν πρόκειται για ξεχωριστή νοσολογική οντότητα ή αν είναι μια ακόμη μορφή μετωποκροταφικής άνοιας αλλά με διαφορετική τοπογραφική εντόπιση των βλαβών.

## Κεφάλαιο 2: Μνήμη και Γήρας

### 2.1 Τι είναι μνήμη;

Η μνήμη αποτελεί ένα θεμελιώδες συστατικό της ανθρώπινης βιολογικής και υποκειμενικής πραγματικότητας. Η φύση και οι ιδιότητες της μνήμης απασχόλησαν φιλόσοφους και διανοητές εκατοντάδες χρόνια τώρα. Τις τελευταίες δεκαετίες στο πλαίσιο της έκρηξης των νευροεπιστημών και με τη βοήθεια νέων προηγμένων τεχνικών απεικόνισης του εγκεφάλου δημιουργήθηκε ειδικός κλάδος μελέτης των χαρακτηριστικών και των διαταραχών μνήμης.

Η μνήμη είναι ο πυρήνας της προσωπικής μας ιστορίας, αναφέρεται στο παρελθόν, μας προετοιμάζει για το μέλλον και μας βοηθά στο να βιώσουμε το παρόν. Είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με τη μάθηση που είναι η διαδικασία απόκτησης νέων πληροφοριών από το ανθρώπινο νευρικό σύστημα μέσω της συνδυασμένης λειτουργίας των αισθητήριων οργάνων και τη λήψη. Λήθη είναι η απώλεια των αποθηκευμένων πληροφοριών με το πέρασμα του χρόνου.

Σε ποιο σημείο του εγκεφάλου επιτελείται η λειτουργία της μνήμης; Η μνήμη λοιπόν είναι διεργασία στην οποία εμπλέκεται το σύνολο σχεδόν του ανθρώπινου εγκεφάλου. Σχηματικά τα μνημονικά ίχνη αποκρυσταλλώνονται στον έσω κροταφικό λοβό, αποθηκεύονται στον οπίσθιο βρεγματικό φλοιό απόπου ανακαλούνται με τη μεσολάβηση του μετωπιαίου φλοιού.

### 2.2 Τύποι μνήμης

Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι μνήμης. Ένας τύπος αφορά στο τι κάναμε το προηγούμενο βράδυ ή στο πως αισθανθήκαμε με το θάνατο ενός συγγενικού μας προσώπου και ένα άλλο είδος μνήμης βοηθά να δέσουμε τα κορδόνια των παπουτσιών μας και να οδηγούμε το αυτοκίνητο μας. Οι γνώσεις του σχολείου, οι αριθμοί του προσωπικού μας τηλεφωνικού καταλόγου καθώς και η σημασία των λέξεων μαθαίνονται με τη βοήθεια διαφορετικών τύπων μνήμης. Πιο συγκεκριμένα η μνήμη διακρίνεται :

- ⇒ Από ψυχολογικής πλευράς σε ακούσια (μνήμη δεξιοτήτων) και εκούσια (μνήμη γεγονότων, ιστορικών και προσωπικών)
- ⇒ Ανάλογα με το ερέθισμα –είδος της πληροφορίας σε ακουστική, οπτική, λεκτική, απτική
- ⇒ Ως προς τη διάρκεια σε αισθητηριακή ή βραχυπρόθεσμη(πρόσφατη) και μακροπρόθεσμη.

Η αισθητηριακή μνήμη έχει διάρκεια ισχύος κάτω του δευτερολέπτου, οι δυνατότητες της όμως είναι ανεξάντλητες σε ότι αφορά τον αριθμό και την ποικιλία ερεθισμάτων. Επίσης μας δίνει πολλές φορές την αίσθηση του υποκείμενου παρόντος. Από την άλλη η βραχυπρόθεσμη μνήμη συγκρατεί πληροφορίες για χρονικό διάστημα από λίγα δευτερόλεπτα έως και μερικά λεπτά. Έχει μεγάλη χωρητικότητα και αποτελεί τον προθάλαμο της μακροπρόθεσμης μνήμης εκεί όπου οι πληροφορίες υφίστανται περαιτέρω επεξεργασία ώστε να διαγραφούν ή να αποθηκευτούν σταθερά στη μακροπρόθεσμη μνήμη. Απαραίτητη προϋπόθεση για την καλή λειτουργία της βραχυπρόθεσμης μνήμης είναι η ικανοποιητική συγκέντρωση και προσοχή του ατόμου. Η μακροπρόθεσμη μνήμη είναι το σύστημα που

επιτρέπει τη μόνιμη αποθήκευση των εμπεδωμένων πληροφοριών ώστε να είναι εφικτή ή κατά περίπτωση η ανάκλησή τους. (Squire and Butter,1984)

## 2.3 ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΓΗΡΑΣ(ορισμός γήρατος)

Ο γεροντικός μαρασμός ή αλλιώς η διαδικασία της γήρανσης χαρακτηρίζεται από σταδιακή έκπτωση στη λειτουργικότητα των οργανικών συστημάτων όπως καρδιαγγειακό, αναπνευστικό, ενδοκρινικό και ανοσολογικό μεταξύ άλλων.

Αναλυτικότερα οι βιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με τη γήρανση είναι:

- ◆ **Κυτταρικό επίπεδο:** αλλαγές στη δομή του κυτταρικού DNA και RNA,νευρονική εκφύλιση στο κεντρικό νευρικό σύστημα κυρίως στην άνω κροταφική προκεντρική και της κάτω κροταφικές έλικες: καμία απώλεια των πυρήνων του εγκεφαλικού στελέχους,τροποποίηση των θέσεων και της ευαισθησίας των υποδοχέων. Τέλος ελαττωμένος μεταβολισμός και καταβολισμός των κυτταρικών διαβιβαστικών ουσιών.
- ◆ **Ανοσολογικό σύστημα:** ελλειμματική αντίδραση των T-κυττάρων στα αντιγόνα,αυξημένη ευαισθησία σε λοιμώξεις και νεοπλάσματα,ελάττωση των T-λεμφοκυττάρων και αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ερυθρών.
- ◆ **Μυοσκελετικό σύστημα:** ελάττωση του ύψους λόγω βράχυνσης της σπονδυλικής στήλης ,περιορισμός του όγκου της μυϊκής μάζας και της μυϊκής δύναμης,αύξηση του σωματικού λίπους,απώλεια θεμέλιας οστικής ουσίας που οδηγεί σε οστεοπόρωση καθώς και εκφύλιση των επιφανειών των αρθρώσεων που μπορεί να προκαλέσει οστεοαρθρίτιδα,κίνδυνος κατάγματος ισχίου στο 10 με 25% μέχρι την ηλικία των 90.
- ◆ **Το δέρμα και τα εξαρτήματά του:** Γκριζάρισμα των μαλλιών λόγω της ελαττωμένης παραγωγής της μελανίνης στα θυλάκια των τριχών,γενική ρυτίδωση του δέρματος,λιγότερο ενεργοί ιδρωτοποιοί αδένες,ελάττωση της μελανίνης,απώλεια του υποδόριου λίπους και τέλος επιβράδυνση της επιμήκυνσης των νυχιών.
- ◆ **Ουρογεννητικό και αναπαραγωγικό σύστημα:** ελάττωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης και της νεφρικής αιματικής ροής, ελαττωμένη σκληρότητα της στύσης καθώς και ελάττωση της έντασης της εκσπερμάτωσης, ελάττωση της λίπανσης του κόλπου, διόγκωση προστάτη και τέλος ακράτεια.
- ◆ **Νευροψυχιατρικές αλλαγές:** χρειάζεται περισσότερος χρόνος για την εκμάθηση καινούργιου υλικού,αλλά παρατηρείται πλήρης μάθηση. Το IQ παραμένει σταθερό έως και την ηλικία των 80 και η λεκτική ικανότητα διατηρείται με την ηλικία.
- ◆ **Μνήμη:** Οι εργασίες που απαιτούν μετατόπιση της προσοχής εκτελούνται με δυσκολία,η αναγνώριση σωστής απάντησης σε δοκιμασίες πολλαπλής επιλογής παραμένει ακέραια, η απλή ανάκληση εκπίπτει.
- ◆ **Εγκέφαλος:** ελάττωση του αδρού βάρους του εγκεφάλου περίπου κατά 17% μέχρι την ηλικία των 80 και στα δύο φύλα, υπάρχει μεγέθυνση των κοιλιών και ελαττωμένη αιματική ροή και οξυγόνωση του εγκεφάλου.
- ◆ **Καρδιαγγειακές αλλαγές:** αύξηση του μεγέθους και του βάρους της καρδιάς,ελαττωμένη ελαστικότητα των καρδιακών βαλβίδων,αύξηση του κολλαγόνου στα αιμοφόρα αγγεία και τέλος αύξηση των αρρυθμιών.
- ◆ **Γαστρεντερικό σύστημα:** υπάρχει ελαττωμένη αιματική ροή στο έντερο και στο ήπαρ,ελαττωμένη σιελόρροια,τροποποίηση της απορρόφησης από το γαστρεντερικό σύστημα και δυσκοιλιότητα.
- ◆ **Ενδοκρινολογικές αλλαγές:** υπάρχει μείωση των οιστρογόνων και της τεστοστερόνης στις γυναίκες και στους άνδρες αντίστοιχα,επίσης υπάρχει αύξηση της θυλακιοτρόπου ορμόνης(FSH) και της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH) στις γυναίκες μετά την



εμμηνόπαυση. Τέλος υπάρχει ελαττωμένη T3 ορμόνη(τριδοθυρονίνη) και ελαττωμένη δοκιμασία ανοχής της γλυκόζης.

- ◆ **Αναπνευστικές αλλαγές:** ελάττωση της ζωτικής χωρητικότητας,ελαττωμένος αντανακλαστικός βήχας,ελάττωση της δράσης του κροσσωτού επιθηλίου των βρόγχων.(Benjamin and Virginia Sadock,2007)

Ως βιολογικό φαινόμενο,η μνήμη υφίσταται την επίπτωση του γήρατος. Ο ανθρώπινος εγκέφαλος παίρνει την ενήλική του μορφή κατά την ενήλικη ζωή και έκτοτε μικραίνει προοδευτικά. Αυτή η προοδευτική ελάττωση του μεγέθους πιθανώς αντανακλά την απώλεια νευρωνικών κυκλωμάτων του μυαλού μας που γερνά και εξηγεί την έκπτωση της μνημονικής λειτουργίας στους ηλικιωμένους

Στο γήρας υπάρχει κυρίως καθυστέρηση στην επεξεργασία των πληροφοριών καθώς συνυπάρχει δυσχέρεια ανάκλησης κύριων ονομάτων. Επίσης οι ταχύτητες επεξεργασίας στις γηραιότερες ηλικίες είναι μικρότερες,οι διασυνδέσεις περιορισμένες,η κινητοποίηση της μνήμης αργή και δύσκολη. Στις περιπτώσεις όμως όπου η έκπτωση της μνήμης είναι μεγαλύτερη από την αναμενόμενη για την ηλικία και δημιουργεί προβλήματα στη καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου,τότε είναι πιθανόν να πρόκειται για νόσο που πρέπει να αντιμετωπιστεί.

Οι ειδικοί μπορούν να αξιολογήσουν τις υποκειμενικές εστιάσεις των ανθρώπων που ξεχνούν και να εκτιμήσουν αντικειμενικά τη μνήμη τους με ειδικές δοκιμασίες (tests). Επίσης είναι ειδικοί στο να διακρίνουν μία αρχόμενη άνοια (π.χ. Alzheimer ) ή παθολογικές καταστάσεις που δευτερογενώς επηρεάζουν και τη μνήμη όπως σοβαρά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα.

Οι ειδικές δοκιμασίες ή αλλιώς τα διαγνωστικά tests που υποβάλλουν οι ειδικοί στα άτομα που πιθανόν έχουν άνοια είναι :

- Η κλίμακα MMSE (Mini Mental State examination = σύντομη εξέταση της νοητικής κατάστασης)
- Η κλίμακα AMTS (Abbreviated Mental Test Score=δοκιμασία νοητικής επίδοσης)
- Η δοκιμασία ρολογιού (clock test)
- Η κλίμακα IADL (Instrumental Activities of Daily Living = κλίμακα καθημερινών δραστηριοτήτων)

Αναλυτικότερα,τα τεστ περιλαμβάνουν τις εξής δοκιμασίες:

### A) Mini Mental State Examinations

Patient \_\_\_\_\_ Examiner \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Maximum      Score

#### Orientation

- 5            ( )            What is the (year) (season) (date) (day) (month) ?  
5            ( )            Where are we (state) (country) (town) (hospital) (floor)?

#### Registration

- 3 ( ) Name 3 objects: 1 second to say each. Then ask to the patient All 3 after you have said them. Give 1 point for each correct Answer. Then repeat them until he/she learns all 3. Count trials And record. Trials \_\_\_\_\_

**Attention and Calculation**

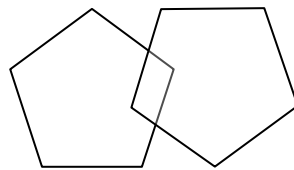
- 5 ( ) Serial 7's. 1 point for each correct answer. Stop after 5 answers. Alternatively spell "world" backward.

**Recall**

- 3 ( ) Ask for the 3 objects repeated above. Give 1 point for each correct answer.

**Language**

- 2 ( ) Name a pencil and watch.  
 1 ( ) Repeat the following "No ifs , ands, or buts"  
 3 ( ) Follow a 3-stage command:  
 "Take a paper in your hand, fold it in half and put it on the Floor."  
 1 ( ) Read and obey the following: CLOSE YOUR EYES  
 1 ( ) Write a sentence.  
 1 ( ) Copy the design shown.



Total score \_\_\_\_\_

ASSESS level of consciousness along a continuum \_\_\_\_\_

Alert Drowsy Stupor Coma  
 (Folstein and McHugh,1975)

B) Abbreviated Mental Test Score (AMTS)

Instructions:

1. Please ask the patient all of the following questions.
2. Scoring: A score of 1 is obtained for every correct answer given by the patient. When assessment is complete, total the score.

Score

1. How old are you?
2. What time is it (to nearest hour) ?
3. Give the patient the following address for recall at the end of test:  
 42 West Street   
 This should be repeated by the patient to ensure it has been heard correctly.
4. What year is it?

5. What is your address?
6. What jobs do these people do? (Show the patient two pictures : a postman and A cook) or who are these two people? (Show pictures of Pope and Queen.)
7. What is your date of birth?
8. What year did the First World War start?
9. What is the name present monarch?
10. Count backwards from 20-1.

DON'T FORGET THE ADDRESS FOR RECALL!

Total Score

0-3 Severe impairment  
 4-6 Moderate impairment  
 >6 Normal  
 (Hodgkinson,1972)

### I) Clock Drawing Test

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

#### Instructions for the Clock Drawing Test:

- Step 1: Give patient a sheet of paper with a large (relative to the size of handwritten numbers) predrawn circle on it. Indicate the top of the page.*
- Step 2: Instruct patient to draw numbers in the circle to make the circle look like the face of a clock and then draw the hands of the clock to read "10 after 11."*

#### Scoring:

Score the clock based on the following six-point scoring system:

	<b>Error(s)</b>	<b>Examples</b>
1	"Perfect"	No errors in the task
2	Minor visuospatial errors	a) Mildly impaired spacing of times b) Draws times outside circle c) Turns page while writing so that some numbers appear upside down d) Draws in lines (spokes) to orient spacing
3	Inaccurate representation of 10 after 11 when visuospatial organization is perfect or shows only minor deviations	a) Minute hand points to 10 b) Writes "10 after 11" c) Unable to make any denotation of time
4	Moderate visuospatial disorganization of times such that accurate denotation of 10 after 11 is impossible	a) Moderately poor spacing b) Omits numbers c) Perseveration: repeats circle or continues on past 12 to 13, 14, 15, etc. d) Right-left reversal: numbers drawn

		counterclockwise e) Dysgraphia: unable to write numbers accurately
5	Severe level of disorganization as described in scoring of 4	See examples for scoring of 4
6	No reasonable representation of a clock	a) No attempt at all b) No semblance of a clock at all c) Writes a word or name

Higher scores reflect a greater number of errors and more impairment. A score of  $\geq 3$  represents a cognitive deficit, while a score of 1 or 2 is considered normal. (Kirby M. et.al, 2001)

#### *Δ) The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale ( I.A.D.L.)*

*The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) is an appropriate instrument to assess independent living skills . These skills are considered more complex than the basic activities of daily living as measured . The instrument is most useful for identifying how a person is functioning at the present time and for identifying improvement or deterioration over time. There are 8 domains of function measured with the Lawton IADL scale. Historically, women were scored on all 8 areas of function; men were not scored in the domains of food preparation, housekeeping, laundering. However, current recommendations are to assess all domains for both genders.*

*Persons are scored according to their highest level of functioning in that category. A summary score ranges from 0 (low function, dependent) to 8 (high function, independent).*

<p><b>A. Ability to Use Telephone</b></p> <p>1. Operates telephone on own initiative; looks up and dials numbers ..... 1</p> <p>2. Dials a few well-known numbers..... 1</p> <p>3. Answers telephone, but does not dial ..... 1</p> <p>4. Does not use telephone at all ..... 0</p>	<p><b>E. Laundry</b></p> <p>1. Does personal laundry completely.....1</p> <p>2. Launders small items, rinses socks, stockings, etc.....1</p> <p>3. All laundry must be done by others.....0</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p><b>B. Shopping</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Takes care of all shopping needs independently.....1</li> <li>2. Shops independently for small purchases.....3.</li> <li>3. Needs to be accompanied on any shopping trip...0</li> <li>4. Completely unable to shop.....0</li> </ol>	<p><b>F. Mode of Transportation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Travels independently on public transportation or drives own car.....1</li> <li>2. Arranges own travel via taxi, but does not otherwise use public transportation.....1</li> <li>3. Travels on public transportation when assisted or accompanied by another.....1</li> <li>4. Travel limited to taxi or automobile with assistance of another.....0</li> <li>5. Does not travel at all.....0</li> </ol>
<p><b>C. Food Preparation</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plans, prepares, and serves adequate meals independently..... 1</li> <li>2. Prepares adequate meals if supplied with ingredients ..... 0</li> <li>3. Heats and serves prepared meals or prepares meals but does not maintain adequate diet..... 0</li> <li>4. Needs to have meals prepared and served ..... 0</li> </ol>	<p><b>G. Responsibility for Own Medications</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Is responsible for taking medication in correct dosages at correct time.....1</li> <li>2. Takes responsibility if medication is prepared in advance in separate dosages.....0</li> <li>3. Is not capable of dispensing own medication.....0</li> </ol>
<p><b>D. HOUSEKEEPING</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maintains house alone with occasion assistance(heavy work).....1</li> <li>2. Performs light daily tasks such as dishwashing,bed making.....1</li> <li>3. Performs light daily tasks,but cannot maintain acceptable level of cleanliness.....1</li> <li>4. Needs help with all home maintance tasks.....1</li> <li>5. Does not participate in any housekeeping tasks</li> </ol>	<p><b>H. Ability to handle finances</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. manages financial matters independently(budgets,writes checks,pays rent and bills,goes to bank), collect and keeps track of income.....1</li> <li>2. Manages day to day purchases,but needs help with banking,major purchases,etc .....1</li> <li>3. Incapable of handing money.....0</li> </ol>

Scoring: For each category, circle the item description that most closely resembles the client's highest functional level (either 0 or 1).( Lawton, & Brody,1969)

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:** **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ**

Η άνοια χαρακτηρίζει κατ' εξοχήν τα άτομα της τρίτης ηλικίας και συνεπάγεται την πρόκληση ποικίλων ιατροκοινωνικών προβλημάτων, οι επιπτώσεις των οποίων επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους τούς πάσχοντες και το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και ευρύτερα το κοινωνικό σύνολο.

Από το σύνολο των ανοιών το ήμισυ και πλέον των περιπτώσεων οφείλεται στην άνοια τύπου Alzheimer. Μεταξύ άλλων παθολογικών καταστάσεων οι οποίες συνδέονται με την άνοια, συγκαταλέγονται η αρτηριοσκλήρωση, η νόσος του Parkinson και οι κακώσεις του εγκεφάλου. Είναι όμως δυνατό να εκδηλωθούν άνοιες οι οποίες είναι θεραπεύσιμες.

Η άνοια εμφανίζεται κυρίως στα άτομα της τρίτης ηλικίας και ευθύνεται, περισσότερο από οποιοδήποτε άλλο ψυχιατρικό πρόβλημα, για το μεγαλύτερο αριθμό εισαγομένων ηλικιωμένων ασθενών στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με επιδημιολογικά δεδομένα στο 10% των περιπτώσεων η νόσος αρχίζει πριν το 65ο έτος της ηλικία τους. Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου κυμαίνεται περίπου από 5 – 25%, αριθμοί οι οποίοι θα υπερτριπλασιαστούν μέχρι το 2050 λόγω της συνεχούς αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης (Πλατή, 2008).

Συχνά, τα άτομα που προσβάλλονται από άνοια επιβιώνουν και συνεχίζουν να ζουν πολλά χρόνια, πάσχοντας από άνοια. Δεν είναι σπάνιο φαινόμενο για κάποιον που έχει διαγνωστεί με άνοια να ζει με την νόσο για επτά με δέκα χρόνια και τελικά να καταλήξει εξαιτίας άλλων παραγόντων. Το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών που πάσχουν από άνοια θα εμφανίσουν επιδείνωση της κατάστασής τους με την πρόοδο του χρόνου και πολλοί από αυτούς τελικά θα χρειαστούν καθημερινή φροντίδα, διότι δεν θα μπορούν πλέον να ζουν με ασφάλεια μόνοι τους. (Graham & Warner, 2009).

### **3.1 Επιδημιολογικά στοιχεία**

Ο πληθυσμός των ανοϊκών ασθενών ανά τον κόσμο αυξάνεται με δραματικούς ρυθμούς. Σ' όλο τον κόσμο σήμερα υπάρχουν 37 εκ. ασθενείς από τα οποία τα 18 εκατ. Πάσχουν από τη νόσο Alzheimer και προβλέπεται ότι το 2025 θα νοσούν 34 εκατ. άτομα με νόσο Alzheimer και πιο συγκεκριμένα ο 1 στους 10 θα είναι ηλικίας πάνω από 60 και το 50% πάνω από 85 ετών. Στις Η.Π.Α. η ομάδα ηλικίας άνω των 65 ετών παρουσιάζει 5% σοβαρής μορφής άνοια και 10% έως 15% μέτρια ως ήπια διανοητική υποβάθμιση. Ακόμα 580.000 άτομα που πάσχουν από άνοια ζουν σε γηριατρικά ιδρύματα, ενώ άλλα 2,5 εκ. αντιμετωπίζονται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον τους στην κοινότητα (Πλατή, 2008).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο υπάρχει ένας αριθμός 750.000 ατόμων πασχόντων από άνοια και υπολογίζεται ότι σήμερα υπάρχουν περισσότεροι συνταξιούχοι από μαθητές σχολείων. Ακόμα, στο Βέλγιο τα ποσοστά εμφάνισης άνοιας κυμαίνονται από 5,1% για ηλικίες 70 - 74, 7,6% για ηλικίες 75 - 79, 16,2% για ηλικίες 80 - 84 και 33,6% για ηλικίες από 85 και άνω.

Σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, τα ηλικιωμένα άτομα σήμερα αντιπροσωπεύουν στην Ευρώπη το 16% του γενικού πληθυσμού, ενώ το 2025 το ποσοστό αυτό αναμένεται να αγγίξει το 24%, δηλαδή 1 στα 4 άτομα θα έχουν ηλικία 65 και άνω έτη. Στην Ελλάδα μέχρι και το 2050 τα άτομα ηλικίας 65 και άνω θα αποτελούν το 30% του γενικού πληθυσμού. Ο επιπολασμός της άνοιας στην Ευρώπη το 2006 (eurocode) ανήλθε στα 10.000.000 ενώ στην Ελλάδα ο αντίστοιχος αριθμός ανέρχεται στις 160.000.) Κυρίως μετά την αύξηση των κρουσμάτων του AIDS αναμένεται να αυξηθεί η συχνότητα των πασχόντων από άνοια, διότι περίπου στο 50% των πασχόντων από HIV αναπτύσσεται άνοια στο τελευταίο στάδιο της νόσου (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002).

Ο πιο κοινός τύπος άνοιας στους ηλικιωμένους είναι η νόσος του Alzheimer (NA), που είναι η πλέον υπεύθυνη για το 50% όλων των άλλων ανοιών. Η συχνότητα της νόσου κυμαίνεται μεταξύ 35% και 55%. Προσβάλλει περίπου το 10% των ατόμων άνω των 65 ετών, το 20% των ατόμων άνω των 80 ετών και το 25 – 35% των ατόμων άνω των 85 ετών. Ακόμα από τα 420 εκ. ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω που υπάρχουν σε όλο τον κόσμο, τα 25 εκ. είναι ανοϊκοί (Πλατή, 2008).

Σύμφωνα με τις καλύτερες εκτιμήσεις που διαθέτουμε 7.3 εκατομμύρια Ευρωπαίοι ηλικίας μεταξύ 30 και 99 ετών έπασχαν το 2006 από διάφορα είδη άνοιας και συγκεκριμένα 12.5 στους 1000 κατοίκους. Από την ομάδα αυτή οι περισσότεροι ασθενείς ήταν γυναίκες με ποσοστό 4.9 εκατομ. έναντι 2.4 εκατομ. ανδρών. με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής ιδίως στις ανεπτυγμένες χώρες η επίπτωση της άνοιας αυξήθηκε σημαντικά και με βάση κάποιες σημερινές προβλέψεις ο αριθμός των ασθενών θα διπλασιάζεται κάθε 20 χρόνια. Στις Η.Π.Α. μέχρι το 2030 τα θύματα της νόσου θα ανέλθουν σε 4,8 εκ., ενώ ένας στους τρεις νέους που θα έχει γονείς άνω των 65 ετών θα ασχολείται με τη φροντίδα τους εξαιτίας της νόσου.

Η άνοια αγγειακής αιτιολογίας κατέχει τη δεύτερη κατά σειρά συχνότητας θέση μετά την άνοια τύπου Alzheimer (ATA) και υπολογίζεται ότι στις δυτικές χώρες ευθύνεται για ποσοστό 5-10% των ανοϊκών ασθενών, οι οποίοι έχουν παραπεμφθεί στα νοσοκομεία. Τα ποσοστά εμφάνισης της στην Ευρώπη φτάνουν μέχρι το 25%. Αναφέρεται, όμως, ότι στην Ιαπωνία και τουλάχιστον σε πληθυσμούς ενδονοσοκομειακών ασθενών, η άνοια αγγειακής αιτιολογίας είναι συχνότερη από την άνοια τύπου Alzheimer. Επιπλέον, παθολογοανατομικά ευρήματα εγκεφάλων ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer πιστοποιούν, ότι σε ποσοστό 15% παρουσιάζουν εγκεφαλικά έμφρακτα, τα οποία συνέβαλαν στην έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, προσδιορίζοντας μία μορφή άνοιας μικτού τύπου (Τσολάκη, Κάζης 2005)

### 3.2 Επιπολασμός και επίπτωση της άνοιας

Επιδημιολογικά στοιχεία με ενδιαφέρον στην άνοια αφορούν τον επιπολασμό αλλά και την επίπτωση. Όπως προαναφέρθηκε, η συχνότητα εκδήλωσης της άνοιας και ιδιαίτερα της Νόσου Alzheimer συναρτάται κυρίως από την ηλικία. Οι ειδικότερες διαπιστώσεις επιδημιολογικών ερευνών για την επικράτηση της νόσου κατά ομάδες ηλικιών αφορά στα εξής:

1. Δεν υπάρχουν αξιόπιστες και ευρέως αποδεκτές εκτιμήσεις για άτομα ηλικίας

μικρότερης των 60 ετών.

2. Η συχνότητα σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών κυμαίνεται σε ποσοστό 8 – 10% και εξαρτάται από τον πληθυσμό και την εφαρμοζόμενη μέθοδο εκτίμησης.
3. Η συχνότητα σε ηλικίες άνω των 75 ετών αυξάνει περαιτέρω και κυμαίνεται σε ποσοστό 18-20 %, σε ηλικίες άνω των 85 ετών αγγίζει το 40%, ενώ πρόσφατες μελέτες αναφέρουν ότι σε άτομα ηλικίας άνω των 90 ετών η συχνότητα δεν υπερβαίνει το 40%, υποδηλώνοντας την ύπαρξη ηλικιακού ορίου επικινδυνότητας και την πιθανότητα να υπάρχουν άτομα μη ευάλωτα στη νόσο.

Η επίπτωση της άνοιας τύπου Alzheimer συναρτάται, όπως και ο επιπολασμός, από την ηλικιακή παράμετρο. Ειδικότερα, έχει διαπιστωθεί, ότι σε άτομα ηλικίας κυμαινόμενης από 65 – 75 έτη η επίπτωση ανέρχεται στο 2,5% ή 0,25% διπλασιαζόμενη ανά δεκαετία, ώστε στην ηλικία των 85ετών να αγγίζει το 10%. Στη μελέτη Framingham, η οποία πραγματοποιήθηκε στις Η.Π.Α., διαπιστώθηκε, ότι η επίπτωση της άνοιας αυξήθηκε από το επίπεδο του 0,7% στις ηλικίες 65 – 69 στο επίπεδο του 11,8% στις ηλικίες 85 – 89 ετών, ενώ η επίπτωση της άνοιας τύπου Alzheimer αυξήθηκε από το 0,35% στο 7,28% στις αντίστοιχες ομάδες ηλικιών (Τσολάκη, Κάζης 2005b).

Σε γενικές γραμμές, πρέπει να επισημανθεί, ότι οι επιδημιολογικές έρευνες οι οποίες έχουν εκπονηθεί μέχρι σήμερα για την καταγραφή του επιπολασμού και της επίπτωσης της άνοιας, αν και παρουσιάζονται διαφορές στη μεθοδολογία και αδυναμίες στην αξιολόγηση κάποιων βασικών παραμέτρων, συνηγορούν ότι η συχνότητα εκδήλωσης άνοιας αυξάνει σημαντικά με την πρόοδο της ηλικίας και ότι έχουν επισημανθεί συγκεκριμένοι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου. (Τσολάκη, 1999)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΙΤΙΑ - ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

### 4.1 Αιτιολογικοί παράγοντες

Με την πρόοδο της ηλικίας ελαττώνεται το βάρος και ο όγκος του εγκεφάλου, όμως στην άνοια μπορούν τελικά να οδηγήσουν και άλλες βλάβες του εγκεφάλου όπως λοιμώδεις, νεοπλασματικές, τραυματικές, αγγειακές, τοξικές. (Τσολάκη, Κάζης 2005c). Παρά τις εντατικές και επίμονες επιστημονικές έρευνες η αιτιολογία της νόσου προς το παρόν είναι άγνωστη. Οι ερευνητές μελετούν μεγάλη ποικιλία ύποπτων παραγόντων όπως γενετικούς, μεταβολικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες καθώς επίσης βιοχημικές και ανοσιακές διαταραχές.

Παρά την αδυναμία των ερευνητών να βρουν το αίτιο της νόσου, σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί στο επίπεδο της καταρρίψευσης των μύθων και της βαθύτερης κατανόησης της νόσου. Έτσι σήμερα γνωρίζουμε ότι :

- Η νόσος δεν αποτελεί απαραίτητο επακόλουθο της γήρανσης.
- Δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηριών, ούτε από υποξία του εγκεφάλου.
- Δεν είναι μεταδοτική.
- Είναι νόσος του εγκεφάλου και
- Δε θεωρείται ψυχική νόσος ή μορφή τρέλας (Πλατή 2008).

### 4.2 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Σύμφωνα με αναφορές της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρίας παράγοντες που προδιαθέτουν στην εκδήλωση της νόσου του Alzheimer είναι :

*Πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες*

- Παρουσία απολιποπρωτεΐνης E-e4 (APOE) στο χρωμόσωμα 19, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου από 2 – 10 φορές. Η δράση της Apo-E στον εγκέφαλο είναι σημαντική επειδή θεωρείται ότι συμμετέχει σε διάφορες διεργασίες νευροπροφύλαξης και ανάπλασης  
Η κύρια λειτουργία της Apo-E συνίσταται στη συμμετοχή της στο μεταβολισμό των λιπιδίων

- Η μη χρησιμοποίηση από το άτομο ορισμένων ουσιών, όπως είναι τα οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση στη γυναίκα, τα οποία αναφέρονται ότι έχουν προστατευτική δράση, καθώς και τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα.
- Η μείωση στον οργανισμό αντιοξειδωτικών ουσιών, όπως βιταμίνες Α, C, Ε, κορτικοειδή, μεταλλικό σελήνιο, γενικά συστατικά που περιέχονται στα φρούτα και τα λαχανικά. Το κάπνισμα και πολλά λιπαρά μειώνουν αυτούς τους παράγοντες,
- Εμφάνιση υψηλών επιπέδων αλουμινίου στον εγκέφαλο.
- Μειωμένα επίπεδα του νευροδιαβιβαστή ακετυλοχολίνη.
- Συσσώρευση πρωτεϊνών στον εγκέφαλο.

#### *Αμφισβητούμενοι προδιαθεσικοί παράγοντες*

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

Οι παραπάνω παράγοντες είναι σε ερευνητική φάση διότι δεν έχει εξακριβωθεί από τους επιστήμονες η κύρια αιτία της νόσου (Πλατή, 2008).

### **4.3 Επιδημιολογική ανάλυση των παραγόντων κινδύνου**

Σύμφωνα με την ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προτείνονται οι παρακάτω παράγοντες κινδύνου για την άνοια :

- Ηλικία
- Δημογραφικοί παράγοντες
- Γενετικοί παράγοντες
- Ασθενείς με σύνδρομο DOWN
- Αγγειακές παθήσεις εγκεφάλου
- Θυρεοειδική νόσο
- Τραύματα κεφαλής
- Υπέρταση- Υπόταση
- Σακχαρώδης διαβήτης
- Τοξικοί παράγοντες(Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002).

Παρακάτω θα γίνει μια συνοπτική αναφορά στους παραπάνω παράγοντες.

### 1) Ηλικία

Αν και δεν υπάρχουν σημαντικές αποδείξεις ότι η ηλικία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει άνοια, υπάρχουν όμως ισχυρές ενδείξεις ότι μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα κινδύνου. Οι αλλαγές οι οποίες ακολουθούν το γήρας έχουν μελετηθεί από πολλούς ερευνητές αλλά δεν έχουν βρεθεί ειδικά χαρακτηριστικά που να προκαλούν άνοια. Ορισμένες θεωρίες του γήρατος υποστηρίζουν ότι αυτό προκαλείται από συσσώρευση βλαβών. Συνήθως αναφέρεται ότι τυχαία γεγονότα πυροδοτούν την έναρξη της νόσου. Οι απόψεις αυτές στηρίζουν συνήθως την έννοια του πολυπαραγοντικού προτύπου της ΝΑ όπου ένας αριθμός βλαπτικών παραγόντων παίζει καθοριστικό ρόλο. Η απώλεια των νευρώνων σε σχέση με την ηλικία αποτελεί σημείο διαφωνιών διότι δεν είναι σαφές εάν οι νευρώνες καταστρέφονται ή εάν εμφανίζουν μειωμένο μέγεθος σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου. Επίσης αναφέρεται ότι κάποια αντισταθμιστική συναπτική πλαστικότητα σχετίζεται με την απώλεια των νευρώνων κατά το γήρας και συμβάλει αποφασιστικά στη ΝΑ.

### 2) Γενετικοί παράγοντες

Οι γενετικοί παράγοντες είναι ένας από τους παράγοντες που ένα άτομο δεν μπορεί να ελέγξει. Οι ερευνητές έχουν βρει γενετικές συσχετίσεις και με τους δύο τύπους της νόσου. Η νόσος Alzheimer συχνά διακρίνεται σε πρόωμης και όψιμης έναρξης με το όριο να είναι τα 60 έως τα 65 έτη. Τρία γονίδια έχουν βρεθεί ότι προκαλούν τις γενετικές μορφές της νόσου Alzheimer πρόωμης έναρξης και είναι με σειρά συχνότητας

α) το γονίδιο πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP), στο χρωμόσωμα 21

β) το γονίδιο προσενιλίνης 1 (PS1), στο χρωμόσωμα 14 και

γ) το γονίδιο προσενιλίνης 2 (PS2), στο χρωμόσωμα 1 η ανίχνευση των οποίων γίνεται με εξειδικευμένες εξετάσεις.

Είναι σαφώς κληρονομικές μορφές και κληρονομούνται με τον αυτόσωμο επικρατή χαρακτήρα που σημαίνει ότι εάν ένας γονέας έχει το παθολογικό γονίδιο η πιθανότητα να εμφανίσει τη νόσο το παιδί είναι 50-50. Έχουν σχέση με την λανθασμένη επεξεργασία και παραγωγή του β-αμυλοειδούς που είναι το βασικό συστατικό που αθροίζεται στις βλάβες της νόσου Alzheimer. Πάντως όλες οι μεταλλάξεις και στα 3 αυτά γονίδια αντιπροσωπεύουν λιγότερο από το 2% των περιπτώσεων με νόσο Alzheimer. Η νόσος Alzheimer όψιμης έναρξης είναι ο συχνότερος τύπος άνοιας δηλαδή το υπόλοιπο 98%. Θεωρείται ότι αρκετοί γενετικοί παράγοντες έχουν ρόλο στον τύπο αυτό, όμως ο μόνος παράγοντας που έχει αναγνωριστεί και επιβεβαιωθεί από μεγάλο αριθμό μελετών είναι η παρουσία της απολιποπρωτεΐνης (ApoE) στο χρωμόσωμα 19. Το ApoE4 του γονιδίου αυτού είναι προδιαθεσικός και όχι καθοριστικός προδιαθεσικός παράγοντας για τη νόσο Alzheimer όψιμης έναρξης και συσχετίζεται με την πρωιμότερη έναρξη της νόσου.

(Brain Fitness Net, <<Παράγοντες κινδύνου για άνοια και πρόληψη>>, 2010)

### 3) Ασθενείς με Σύνδρομο down

Υπάρχουν αρκετές συνδέσεις μεταξύ του Alzheimer και του συνδρόμου Down. Πρώτον τα νευροπαθολογικά χαρακτηριστικά είναι τα ίδια. Το ίδιο ισχύει και για τις νευροχημικές αλλαγές. Επιπλέον, ένα γονίδιο υπεύθυνο για μια παρόμοια μορφή του Alzheimer βρίσκεται

στο γονίδιο 21, το ίδιο δηλαδή χρωμόσωμα που είναι υπεύθυνο για το σύνδρομο Down. Η επίδραση της έξτρα αυτής «δόσης γονιδίου» που προκαλείται από το τρίτο χρωμόσωμα έχει μια αιτιολογική σχέση με το Alzheimer και την πρόωμη γήρανση του εγκεφάλου ατόμων με σύνδρομο Down.

Εάν το Alzheimer συμβαίνει στο σύνδρομο Down τόσο συχνά φαίνεται σκόπιμο να θεωρήσουμε το σύνδρομο σαν ένα είδος «μοντέλου της ασθένειας» για να μελετήσουμε το Alzheimer. Καθώς εξελίσσεται η έρευνα είναι περισσότερο εμφανές πως το Alzheimer είναι μια πολυγενετική ασθένεια με ποικίλες αιτίες και μορφές. Η μελέτη του Alzheimer στο σύνδρομο Down μπορεί τουλάχιστον να βοηθήσει στο να ξεκαθαρίσει το σκοτάδι σε αυτήν την πολύ συγκεκριμένη μορφή. (Down, << Alzheimer και Σύνδρομο Down >> 1994)

#### 4) Δημογραφικοί παράγοντες

Το μορφωτικό επίπεδο, ως δημογραφικό χαρακτηριστικό με την εκπαίδευση και το επάγγελμα, αποτελεί ένα πρόσθετο πεδίο ερευνών συσχέτισης με την πρόκληση της νόσου, το οποίο όμως δεν έχει οδηγήσει ακόμα σε σαφή συμπεράσματα. Είναι ενδεικτικό ότι τα αποτελέσματα της έρευνας Eurodem αναδεικνύουν τον ρόλο της εκπαίδευσης στην ανάπτυξη άνοιας τύπου Alzheimer. Είναι βέβαιο, ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνεπάγεται ποικίλες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις, οι οποίες επιβαρύνουν την ψυχοσωματική υγεία του ατόμου και συνδυαστικά αποτελούν ένα εύλογο υπόστρωμα για την εκδήλωση άνοιας.

#### 5) Εκπαίδευση

Επειδή η χαμηλή εκπαίδευση συνδέεται με χαμηλές επιδόσεις στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες που οδηγούν στην διάγνωση άνοιας, η συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης και άνοιας μπορεί να θεωρείται πιο έγκυρη όταν προκύπτει από μελέτες. Μία μελέτη στην Ινδία, μία στην Νιγηρία, μία στην Αγγλία και τρεις στις ΗΠΑ δεν ανίχνευσαν καμία συσχέτιση μεταξύ εκπαίδευσης και επίπτωσης της άνοιας. Εντούτοις, η χαμηλότερη επίπτωση της άνοιας σε συμμετέχοντες με υψηλή εκπαίδευση έχει αναφερθεί από τουλάχιστον 8 μελέτες στη Γαλλία, στη Σουηδία, στη Φιλανδία, στην Κίνα και στις Ηνωμένες Πολιτείες. Υπάρχουν επίσης δημοσιεύσεις στις οποίες διαπιστώνεται ο σημαντικός προστατευτικός ρόλος της εκπαίδευσης ως προς τον ρυθμό έκπτωσης των νοητικών ικανοτήτων με την πάροδο της ηλικίας συμμετέχοντες με υψηλότερη εκπαίδευση έχουν βραδύτερους ρυθμούς νοητικής και λειτουργικής επιδείνωσης με αποτέλεσμα να καθυστερούν την έναρξη της άνοιας.

#### 5) Νοημοσύνη

Τόσο η εκπαίδευση όσο και η νοημοσύνη εκφράζουν όχι μόνο γενετικά καθορισμένα αλλά και περιβαλλοντικά γνωρίσματα. Επιπλέον, ο δείκτης νοημοσύνης μπορεί να είναι ένας καλύτερος δείκτης της δια βίου εκπαιδευτικής εμπειρίας για συμμετέχοντες που (για κοινωνικούς – ιστορικούς – οικονομικούς λόγους) δεν είχαν τις ευκαιρίες να λάβουν σχολική εκπαίδευση ή να καταλάβουν την επαγγελματική θέση που αντιστοιχεί στις δυνατότητές τους. Η χαμηλότερη δυνατότητα χρήσης του λόγου (όπως εκφράζεται από την πυκνότητα ιδεών και τη γραμματική πολυπλοκότητα) κατά τη διάρκεια της νεότητας έχει συσχετιστεί με υψηλότερα ποσοστά κλινικής άνοιας αλλά και βαρύτερο παθολογοανατομικό φορτίο ΑΤΑ κατά τη νεκροτομική εξέταση. Άλλοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι διανοητικές ικανότητες

στην ηλικία των 11 ετών, είναι ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες χαμηλών νοητικών λειτουργιών και άνοιας κατά την τρίτη ηλικία. Σε μια άλλη μελέτη η χαμηλότερη επίδοση δοκιμασιών νοημοσύνης συνδέθηκε με υψηλότερο κίνδυνο για επίπτωση άνοιας.

#### 6) Επάγγελμα

Η ανάπτυξη και η πλαστικότητα του ΚΝΣ δεν υφίσταται μόνο στα αρχικά έτη της ζωής αλλά επηρεάζονται από τις επαγγελματικές εμπειρίες που καταλαμβάνουν ένα μεγάλο ποσοστό του χρόνου και της ενέργειάς μας κατά τη διάρκεια της ενηλικίωσης. Σε μία μελέτη παραγόντων κινδύνου οι αγροτικές απασχολήσεις και τα επαγγέλματα σε κατώτερες διοικητικές θέσεις ήταν συχνότερα μεταξύ αυτών με νοητικά προβλήματα ή άνοιες. Σε μία μελέτη case control αναδείχθηκε ότι τα ανώτερα διοικητικά επαγγέλματα και επαγγέλματα όπως γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί ήταν λιγότερο συχνά μεταξύ ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer ή αγγειακή άνοια. Επίσης, σε μία άλλη μελέτη case control μη χειρωνακτικά επαγγέλματα ήταν λιγότερο συχνά στους ασθενείς με άνοια. Αντίθετα, η επαγγελματική έκθεση στις κόλλες, τα φυτοφάρμακα και τα λιπάσματα ήταν συχνότερες μεταξύ των ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Οι συσχετίσεις μεταξύ επαγγέλματος και άνοιας είναι διαφορούμενες (Τσολάκη, Κάζης 2005).

#### 7) Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Έχει αναφερθεί ότι οι τραυματικές κακώσεις της κεφαλής αποτελούν παράγοντα κινδύνου, ιδίως αυτές που συνοδεύονται με κώμα. Στην καλούμενη «άνοια των πυγμάχων» (dementia pugilistica) θεωρείται ότι επαναλαμβανόμενες μικροκακώσεις οδηγούν σε αλλοιώσεις τύπου Alzheimer. Επίσης, βαρύτερες κακώσεις μπορούν να επιταχύνουν την εμφάνιση νόσου Alzheimer κατά 5 – 7 χρόνια, ενώ υπάρχουν ενδείξεις ότι οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις αποτελούν παράγοντα κινδύνου μόνο για τους φέροντες της ApoE4, γεγονός που τονίζει τη σχέση γενετικών και περιβαλλοντολογικών παραγόντων (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002).

#### 8) Τοξικοί παράγοντες

Διάφορες επιδημιολογικές μελέτες δεν έχουν εντοπίσει τοξίνες του περιβάλλοντος οι οποίες θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της νόσου Alzheimer, εκτός από το αλουμίνιο το οποίο και αυτό αναφέρεται με αντιφατικά στοιχεία. Σε ιονική μορφή  $Al(OH)_3$ , ενεργοποιείται και σε μικρές συγκεντρώσεις αναστέλλει τη δράση διαφόρων ενζύμων. Το αλουμίνιο είναι τοξικό στα ζώα και σε μεγαλύτερες συγκεντρώσεις γίνεται τοξικό και σε πόσιμο νερό. Η τοξικότητα του στον άνθρωπο προέρχεται κυρίως από αύξηση των φυσιολογικών επιπέδων αυτού στον οργανισμό, όταν λόγω της παθολογικής διεργασίας της νόσου Alzheimer, δεν είναι δυνατή η αποβολή του. Στις περιπτώσεις αυτές έχει εντοπισθεί στις νευρο-ινιδιακές αλλοιώσεις (NFT), αλλά και σε νευρώνες ελεύθερους από NFT.

#### 9) Αρτηριακή υπέρταση

Η υπέρταση είναι ο βασικότερος παράγοντας 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. 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 νόσου Alzheimer. Οι ερευνητές αυτοί

κάνοντας μια ειδική στατιστική εκτίμηση (logistical regression), βρήκαν ότι ο κίνδυνος να εμφανιστεί άνοια μεταξύ 79 και 85 ετών αυξάνει ανάλογα με το βαθμό της αύξησης στην πίεση. Οι ανοϊκοί όμως είχαν προοδευτική μείωση της πίεσης η οποία άρχιζε πριν ακόμη εμφανιστεί η νόσος. Αυτό σημαίνει ότι η αυξημένη πίεση πριν την εμφάνιση της νόσου Alzheimer ήταν ένας παράγοντας κινδύνου, αλλά στη συνέχεια και πριν ακόμη εμφανιστεί η νόσος Alzheimer η πίεση είχε τάση να μειωθεί. Οι σχέσεις μεταξύ αρτηριακής υπέρτασης και άνοιας βρέθηκαν ανεξάρτητες από τις αιτίες των ανοιών, εκφυλιστικές ή αγγειακές και από την ενδεχόμενη θεραπεία της πίεσης (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002).

#### 10) Σακχαρώδης διαβήτης

Σύμφωνα με τις περισσότερες μελέτες, η πιο συχνή άνοια στους διαβητικούς είναι η αγγειακή άνοια και αποδίδεται στα μικρά αγγειακά εγκεφαλικά που συμβαίνουν αθόρυβα στη λευκή ουσία του εγκεφάλου ασυμπτωματικά για συχνά μεγάλο διάστημα. Είναι δυνατόν στους διαβητικούς να συνυπάρχουν νόσος Alzheimer και αγγειακή άνοια. Η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη οποιουδήποτε τύπου (τύπου 1 ή τύπου 2) διπλασιάζει τις πιθανότητες σε όλες δυστυχώς τις ηλικίες εμφάνισης άνοιας.

Η εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 σε ηλικίες νεότερες από τα 65 έτη αυξάνει πολύ τις πιθανότητες για όψιμη, δηλαδή σε μεγαλύτερες ηλικίες εμφάνιση τόσο αγγειακής άνοιας, όσο και νόσου Alzheimer. Επίσης, τα υψηλά σάκχαρα για αρκετό καιρό, δηλαδή ο αρρυθμιστος διαβήτης, αλλά και οι υπογλυκαιμίες σε ευπαθείς ηλικίες (βρέφη, παιδιά, έφηβοι τύπου 1, ηλικιωμένοι), αυξάνουν πολύ τον κίνδυνο άνοιας. (Εnet Ελευθεροτυπία<<Διαβήτης και Άνοια>>2011).

#### 11) Αγγειακές παθήσεις εγκεφάλου

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 αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι σε σχέση με τη νόσο Alzheimer. 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 νόσου Alzheimer, ευνοούν την εμφάνιση της νόσου μετά από ένα ΑΕΕ.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:**

### **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ**

#### **5.1 Διάγνωση**

Η διάγνωση της νόσου είναι πολύ σημαντική, καθώς αποτελεί το πρώτο βήμα προς τη λήψη βοήθειας και υποστήριξης. Βασίζεται στην ύπουλη εισβολή της νόσου, στην προοδευτική επιδείνωση και στον αποκλεισμό όλων των άλλων αιτιών που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Ύστερα από προοδευτική εκτίμηση οι κλινικοί μπορούν να φτάσουν στη διάγνωση, αρκεί να αξιολογήσουν σωστά την κλινική, τη νευρολογική, την ψυχιατρική, τη νευροφυσιολογική κατάσταση και το ιστορικό του ασθενή. Χρειάζεται προσοχή διότι η λανθασμένη διάγνωση μιας κατάστασης μπορεί να έχει καταστρεπτικές συνέπειες με τη μη επισήμανση των αντιστρέψιμων αιτιών της άνοιας.

Η πρώιμη και ακριβής διάγνωση είναι πολύ σημαντική για τους εξής λόγους:

- ♦ Παρέχει ερμηνεία των συμπτωμάτων και της παράξενης συμπεριφοράς και βοηθά τα άτομα με άνοια, όπως και αυτούς που προσφέρουν φροντίδα, να αντιμετωπίσουν τη νόσο και να γνωρίζουν τι θα ακολουθήσει με το πέρασ του χρόνου.
- ♦ Επιτρέπει στα άτομα να κατανοήσουν τι τους συμβαίνει και να έχουν τη δυνατότητα να ασκήσουν κάποιον έλεγχο στη ζωή τους. Για παράδειγμα μπορούν να αποφασίσουν τι είδους θεραπεία επιθυμούν, να συντάξουν διαθήκη, να ορίσουν πληρεξούσιο.
- ♦ Ορίζονται κατάλληλες υπηρεσίες υποστήριξης και οικονομικής βοήθειας, γεγονός που βοηθάει το άτομο να σχεδιάσει το μέλλον του.
- ♦ Μπορεί να διασφαλίσει ότι άλλα προβλήματα, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε απώλεια μνήμης, όπως η κατάθλιψη, θα αντιμετωπιστούν κατάλληλα (Graham & Warner 2009).

#### **5.2 Κλινική εκτίμηση**

Η σωστή αξιολόγηση των συμπτωμάτων για την κλινική διάγνωση εμποδίζεται συνήθως από την ελλιπή γνώση, την υποτίμηση ή τη μεγαλοποίηση τους. Το σύμπτωμα πρέπει να ερευνάζεται με προσοχή διότι μπορεί να έχει πολλές ερμηνείες και αν παραμελείται η αναζήτηση του μηχανισμού του, είναι δυνατό να υποτιμηθεί η σημασία του. Ο τρόπος με τον οποίο αντιδρά ο ηλικιωμένος απέναντι στη νόσο, προκαλεί συχνά μια πρόσθετη συμπτωματολογία η οποία πρέπει να ελέγχεται ώστε να μην καθυστερούν ή παίρνουν λανθασμένο δρόμο ορισμένες κλινικές, ανατομικές, βιολογικές ή θεραπευτικές έρευνες.

Τα σχετιζόμενα ευρήματα από την κλινική εξέταση στην άνοια εξαρτώνται από τη φύση, την εντόπιση και το στάδιο εξέλιξης της υποκείμενης παθολογικής αιτίας. Ο γενικός ιατρός θα πρέπει να είναι προσεκτικός στα πρώιμα συμπτώματα της νόσου και στη συστηματική τους διερεύνηση, διότι συχνά οι ασθενείς τον επισκέπτονται για άλλα

ενοχλήματα παρά για αμνησιακές διαταραχές (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη κ.α.).

Κάθε σύμπτωμα που θα μπορούσε να σημαίνει έκπτωση των νοητικών λειτουργιών, θα πρέπει να οδηγεί στην εκτίμηση αυτών και των καθημερινών δραστηριοτήτων, ενώ ακολούθως να παραπέμπεται ο ασθενής στον ειδικό ιατρό που θα επιβεβαιώσει ή θα αμφισβητήσει τη νόσο (Μεντενόπουλος, Μπούρας 20021).

Οι εξετάσεις που θα πρέπει να γίνουν αρχικά είναι η σωματική εξέταση για να επιβεβαιωθεί ότι τα ζωτικά όργανα, όπως η καρδιά και οι πνεύμονες, λειτουργούν φυσιολογικά, να εξεταστούν πιθανότητες παρουσίας νευρολογικών παθήσεων, όπως η νόσος Parkinson ή εγκεφαλικό επεισόδιο και να υπολογιστεί ο κίνδυνος πτώσεων. Η ψυχολογική εξέταση θα πρέπει να περιλαμβάνει έλεγχο για την παρουσία συμπτωμάτων κατάθλιψης, άγχους, και ψύχωσης (π.χ. παρουσία ψευδαισθήσεων) (Graham & Warner 2009i).

Η διαγνωστική προσέγγιση ξεκινά από το ερωτηματολόγιο προς τον ασθενή και το περιβάλλον του. Πολύ σημαντικό είναι να επιβεβαιώνονται τα λεγόμενα του ασθενή από τους συγγενείς. Τα παράπονα για τη μνήμη είναι τα συχνότερα. Θα πρέπει όμως, να εκτιμηθεί κάθε αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενή, στην προσωπικότητά του και στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Ακόμη, ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στο οικογενειακό ιστορικό, ιδίως αν σχετίζεται με άνοιες, καθώς και σε θεραπείες που έλαβε ο ασθενής αυτός στο παρελθόν, ιδίως ψυχοτρόπα φάρμακα.

Μετά από το ερωτηματολόγιο, θα πρέπει να ακολουθεί η συστηματική κλινική και νευροψυχολογική διερεύνηση. Το Mini Mental State Examination (MMSE), είναι η πρώτη εξέταση που συνιστάται για μια ταχεία και απλή ποσοτική εκτίμηση των νοητικών ικανοτήτων. Η σημασία της δοκιμασίας αυτής είναι ότι εκτός από την απλότητά της, βασίζεται στο γεγονός ότι είναι αξιόπιστη σε ελαφρά ανοϊκά στάδια (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002m). Η εξέταση αυτή διαρκεί περίπου 10 λεπτά. Στη διάρκεια αυτή το άτομο πρέπει να απαντήσει σε διάφορες ερωτήσεις, όπως την ημερομηνία ή το που βρίσκεται, ενώ συγχρόνως ελέγχονται η κατανόηση και η συγκέντρωση (Graham & Warner 2009j).

Ένα μη ανησυχητικό αποτέλεσμα δε θα πρέπει να αποκλείει τη διάγνωση άνοιας. Ηλικιωμένοι ασθενείς είναι δυνατό να έχουν μειωμένες επιδόσεις στο MMSE χωρίς έκπτωση του νοητικού τους επιπέδου, ιδίως όταν είναι χαμηλού μορφωτικού επιπέδου. Το MMSE δεν είναι ένα μεμονωμένο test ανίχνευσης, ο ρόλος του είναι να προσανατολίσει προς τη νοητική διαταραχή του ασθενούς, τονίζοντας τη σοβαρότητά της. Στην κλινική πρακτική οι ποσοτικές μέθοδοι εκτίμησης είναι χρήσιμες σαν σημεία αναφοράς που θα οδηγήσουν σε παραπέρα λεπτομερέστερες αναλύσεις (Μεντενόπουλος, Μπούρας 2002).

### **5.3 Εργαστηριακά ευρήματα**

Εκτός από την κλινική εκτίμηση είναι απαραίτητο να γίνουν και μια σειρά από εξειδικευμένες εξετάσεις για να επιβεβαιωθεί η διάγνωση. Δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα εργαστηριακές εξετάσεις, οι οποίες να θέτουν με βεβαιότητα τη διάγνωση της άνοιας. Υπάρχουν ωστόσο εξετάσεις οι οποίες είναι βοηθητικές, όπως οι παρακλινικές εξετάσεις και οι απεικονιστικές μέθοδοι.

#### 5.3.1 Παρακλινικές εξετάσεις

Οι εξετάσεις αυτές περιλαμβάνουν τις συνήθεις εξετάσεις αίματος, οι οποίες γίνονται για να αποκλειστούν θεραπεύσιμες αιτίες. Οι δοκιμές αυτές περιλαμβάνουν τη βιταμίνη B12, φολικό οξύ, θυροειδής ορμόνη (TSH), ένζυμα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, πλήρης αριθμηση αίματος, ηλεκτρολύτες, ασβέστιο, λειτουργία νεφρών και ήπατος. Οι ανωμαλίες μπορεί να



υποδηλώνουν έλλειψη βιταμίνης, λοίμωξη ή άλλα προβλήματα που προκαλούν συχνά σύγχυση ή αποπροσανατολισμό στους ηλικιωμένους.

### 5.3.2 Απεικονιστικές μέθοδοι

Οι έλεγχοι αυτοί μπορεί να περιλαμβάνουν:

- Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT)
- Μαγνητική τομογραφία (MRI)
- Τομογραφία μέσω εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan)
- Τομογραφία εκπομπής απλού φωτονίου (SPECT)
- Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

Αυτές οι απεικονιστικές μέθοδοι παρέχουν λεπτομερείς εικόνες του εγκεφάλου και μπορούν να αναδείξουν τις περιοχές που έχουν υποστεί ατροφία ή βλάβες. Πιο αναλυτικά:

#### A) Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT)

Ο αξονικός τομογράφος για να ανακατασκευάσει εικόνες του εγκεφάλου, χρησιμοποιεί μικρές ποσότητες ακτίνων X. Αν και οι εικόνες δεν είναι τόσο λεπτομερείς, όσο αυτές του μαγνητικού τομογράφου, είναι αρκετά χρήσιμες.

#### B) Μαγνητική τομογραφία (MRI)

Ο μαγνητικός τομογράφος χρησιμοποιεί ισχυρό μαγνητικό πεδίο ώστε να ανακατασκευάσει εικόνα της δομής του εγκεφάλου και ως τεχνική είναι ικανή να παράγει πολύ λεπτομερείς εικόνες. Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να διαρκέσει περίπου μισή ώρα και είναι σημαντικό το άτομο να παραμείνει σταθερό.

#### Γ) Τομογραφία μέσω εκπομπής ποζιτρονίων (PET scan)

Η απεικόνιση του εγκεφάλου μέσω εκπομπής ποζιτρονίων περιλαμβάνει ενέσιμη έγχυση ελάχιστων ποσοτήτων ραδιενεργού ουσίας γεγονός, το οποίο επιτρέπει την ανακατασκευή εικόνας σχετικά με το πόσο καλά λειτουργεί ο εγκέφαλος. Το PET scan είναι λιγότερο συνηθισμένο και χρησιμοποιείται όταν η διάγνωση δεν είναι ξεκάθαρη.

#### Δ) Τομογραφία εκπομπής απλού φωτονίου (SPECT)

Το SPECT επιτυγχάνεται με τη χρήση μιας κεφαλής ανίχνευσης, μιας συμβατικής γ-camera, που προσαρμόζεται σε ένα περιστρεφόμενο ατσάλινο σκελετό, έτσι ώστε ο ανιχνευτής να είναι ικανός να διαγράψει τροχιά γύρω από τον ακίνητο ασθενή που κείται σε ένα ειδικό κρεβάτι. Έχει τη δυνατότητα τρισδιάστατης απεικόνισης, αναπαραγωγής περιστρεφόμενης εικόνας και δυνατότητα λεπτομερέστερου ανατομικού εντοπισμού της βλάβης.

### E) Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα

Στο ηλεκτροκαρδιογράφημα εφαρμόζονται μικρά ηλεκτρόδια στο κρανίο του ασθενούς με σκοπό την παρακολούθηση της εγκεφαλικής δραστηριότητας. Τα ίχνη που προκύπτουν από αυτή την εξέταση μπορούν σε ορισμένες περιπτώσεις, να αναδείξουν ύπαρξη διαφορετικών τύπων άνοιας.

## **5.4 Διαχωρισμός του τύπου της άνοιας**

Εφόσον διαγνωστεί η άνοια πρέπει να διαχωριστεί ο τύπος από τον οποίο πάσχει το άτομο. Τεχνικές απεικόνισης του εγκεφάλου και ειδικές εξετάσεις της λειτουργίας του εγκεφάλου (γνωστικές δοκιμασίες) μπορούν να βοηθήσουν έτσι ώστε να αξιολογηθεί το είδος της άνοιας από το οποίο πάσχει το άτομο. Ωστόσο, ο μοναδικός αξιόπιστος τρόπος αξιολόγησης του είδους άνοιας που παρουσιάζεται κάθε φορά, είναι μέσω βιοψίας εγκεφάλου (λήψη δείγματος μικρού τμήματος του εγκεφαλικού ιστού και μελέτη του σε ηλεκτρονικό μικροσκόπιο). Αυτή η τεχνική δεν είναι συνηθισμένη (Graham & Warner 2009).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Πριν από είκοσι χρόνια, οι δυνατότητες για την αντιμετώπιση της άνοιας ήταν πραγματικά περιορισμένες. Ακόμη και τώρα, στις αρχές του 2011, δεν υπάρχει κάποια αγωγή που να προλαμβάνει ή να σταματά πλήρως την εξέλιξη της νόσου, με αποτέλεσμα να μην έχουμε ακόμα και σήμερα θεραπεία ή προληπτική αγωγή κατά της άνοιας. Βέβαια τα τελευταία χρόνια, κάποια φάρμακα πέρασαν τη δοκιμασία της συμπτωματικής αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας της άνοιας τύπου Alzheimer και έτσι έχουμε την δυνατότητα να βελτιώσουμε ως ένα σημείο τα συμπτώματα της νόσου και να καθυστερήσουμε την επιδείνωση της.

#### **6.1 Φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας**

Τα φάρμακα και η χρονιά που εγκρίθηκαν στην χώρα μας είναι:

1. Τακρίνη (Cognex). Εγκρίθηκε το 1996.
2. Δονεπεζίλη (Aricept). Εγκρίθηκε το 1998.
3. Ριβαστιγμίνη (Exelon). Εγκρίθηκε το 1999.
4. Γκαλανταμίνη (Reminyl). Εγκρίθηκε το 2001.
5. Μεμαντίνη (Ebixa). Εγκρίθηκε το 2003.

Η δονεπεζίλη, η ριβαστιγμίνη και η γκαλανταμίνη είναι μια ομάδα σκευασμάτων, γνωστά ως αναστολείς της χολινεστεράσης. Αυτό που κάνουν και τα τρία είναι να αυξάνουν την συγκέντρωση ενός χημικού διαβιβαστή στον εγκέφαλο, που ονομάζεται ακετυλοχολίνη (ACh). Η θεωρία υποστηρίζει ότι ενισχύοντας αυτή τη χημική ουσία, τα νευρικά κύτταρα που σχετίζονται με τη μνήμη θα πρέπει να επικοινωνούν καλύτερα μεταξύ τους.

Όλοι οι οργανισμοί που έχουν ασχοληθεί με την αντιμετώπιση της άνοιας τύπου Alzheimer υποστηρίζουν τη χρησιμότητα των ανωτέρων φαρμάκων για την αντιμετώπιση της νόσου.

### 6.1.1. Αποτελέσματα των φαρμάκων.

Για να διαπιστώσουμε καλύτερα τα αποτελέσματα των φαρμάκων, θα πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν ότι στην άνοια, ανεξάρτητα του τύπου της, διακρίνουμε 3 κυρίως τομείς συμπτωμάτων οι οποίοι διατάσσονται σε:

- Νοητική Λειτουργία
- Λειτουργική Ικανότητα
- Συμπεριφορά

### 6.1.2 Αποτελέσματα στις νοητικές διαταραχές

#### *1. Δονεπεζίλη*

Η δονεπεζίλη έδειξε ότι είναι αποτελεσματική στην ανωτέρω νοητική κλίμακα σε μια σειρά από μελέτες και αναφέρει ότι η θεραπεία διάρκειας μέχρι και ενός έτους με δονεπεζίλη μπορεί να μειώσει την έκπτωση της νοητικής λειτουργίας. Τους πρώτους μήνες, μάλιστα, η βελτίωση αφορά αποτελεσματικότητα τέτοια, έτσι ώστε ο ασθενής, ο περιθάλπων και ο γιατρός να πιστεύουν ότι τα συμπτώματα είναι καλύτερα σε σχέση την κλινική εικόνα του ασθενούς πριν την έναρξη της χορήγησης του φαρμάκου. Προκειμένου να έχουμε περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με την μακροχρόνια κλινική χρήση της δονεπεζίλης, ασθενείς από τρεις ελεγχόμενες μελέτες, συνέχισαν την λήψη του σκευάσματος για διάστημα 3 ετών. Όπως και στις προηγούμενες μελέτες, έτσι και σε αυτήν, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα ADAS-Cog (Alzheimer Disease Assessment Scale - cognitive subscale) και παρατηρήθηκε πως οι βαθμολογίες των ασθενών που έλαβαν δονεπεζίλη μειώθηκαν στην διάρκεια των 3 ετών, αλλά τονίστηκε πως η μείωση αυτή ήταν μικρότερη από την αναμενόμενη σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έλαβαν καμία θεραπεία.

#### *2. Ριβαστιγμίνη*

Η ριβαστιγμίνη συγκρίθηκε με εικονικό φάρμακο, διαπιστώθηκε πως οι ασθενείς που έλαβαν ριβαστιγμίνη βελτιώθηκαν ως προς την αρχική τους κατάσταση, ενώ αντίθετα οι ασθενείς που έλαβαν το εικονικό φάρμακο επιδεινώθηκαν κατά τέσσερις βαθμούς στην κλίμακα ADAS-Cog. Επίσης παρατηρήθηκε πως η ριβαστιγμίνη σε μακροχρόνια χορήγηση καταφέρνει να καθυστερήσει την επιδείνωση των συμπτωμάτων της άνοιας και αυτό προκύπτει ύστερα από μια ετήσια μελέτη με ριβαστιγμίνη, όπου οι ασθενείς βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση απ' αυτή που θα βρισκότουσαν αν δεν λάμβαναν καμία θεραπεία. Μιλώντας για μελέτες, θα πρέπει να αναφέρουμε πως και στην Ελλάδα έχουν γίνει σημαντικές έρευνες με βάση της θεραπευτικές ιδιότητες της ριβαστιγμίνης. Τα αποτελέσματα στην χώρα μας είναι ιδιαίτερα θετικά καθώς το 97% των ασθενών που έλαβαν ριβαστιγμίνη παρουσίασαν βελτίωση ή σταθερότητα στην κάθε κατάσταση τους, ενώ όσον αφορά τη μνήμη και τη νοητική τους ικανότητα, οι ασθενείς παρουσίασαν 29% βελτίωση της βαθμολογίας στην κλίμακα ADAS-Cog.

### 3. Γκαλανταμίνη

Χάρη στο διπλό μηχανισμό της γκαλανταμίνης παρατηρείται πως σε όλες τις τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες, διάρκειας 6 μηνών οι ασθενείς έδειξαν σταθερά σημαντική βελτίωση στην κλίμακα ADAS-Cog. Η βελτίωση αυτή μπορεί να καταγραφεί ακόμα και από τους πρώτους 3 μήνες της χορήγησης του φαρμάκου και αφορά σχεδόν δυο βαθμούς της κλίμακας ADAS-Cog. Επίσης, αξιοπρόσεκτο είναι το γεγονός πως τα οφέλη από την χορήγηση γκαλανταμίνης είναι ακόμα πιο σημαντικά στην νοητική λειτουργικότητα του ασθενή, κυρίως, όταν αλλάζει την θεραπεία του, από δονεπεζίλη ή ριβαστιγμίνη, σε γκαλανταμίνη.

#### 6.1.3 Αποτελέσματα στις διαταραχές λειτουργικότητας.

##### 1. Δονεπεζίλη

Έχει γίνει μόνο μία μελέτη πάνω στην επίδραση που έχει η δονεπεζίλη στις διαταραχές της λειτουργικότητας και αυτή ήταν μία ελεγχόμενη μελέτη, διάρκειας ενός έτους στην οποία οι ασθενείς έλαβαν δονεπεζίλη και κατάφεραν να διατηρήσουν με αυτό τον τρόπο την λειτουργικότητα τους στο 72%. Οι ασθενείς αυτοί όφειλαν να επισκέπτονται την κλινική ανά τακτά χρονικά διαστήματα για να παρατηρούνται από τους επαγγελματίες υγείας και αν διαπιστωνόταν κάποια έκπτωση της λειτουργικής τους ικανότητας, αποσύρονταν από την μελέτη. Σκοπός της μελέτης αυτής δεν ήταν μόνο να αποδειχτεί ωφέλιμη η χορήγηση της δονεπεζίλης, αλλά και να καταφέρουν οι ασθενείς να παραμείνουν για όλο το χρόνο στο πλαίσιο της μελέτης, αφήνοντας τους ασθενείς που λάμβαναν εικονικό φάρμακο εκτός του προγράμματος αυτού.

##### 2. Ριβαστιγμίνη

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

##### 3. Γκαλανταμίνη

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

λειτουργικότητα των ασθενών που έλαβαν γκαλανταμίνη διατηρήθηκε στο αρχικό επίπεδο για τουλάχιστον ένα χρόνο, σε αντίθεση με τους ασθενείς που λάμβαναν το εικονικό φάρμακο και που στο τέλος παρουσίασαν σημαντική επιδείνωση.

#### 6.1.4 Αποτελέσματα στις διαταραχές της συμπεριφοράς

##### 1. Δονεπεζίλη

Σε μια ελεγχόμενη μελέτη που έγινε, της οποίας η διάρκεια ήταν 24 εβδομάδες, παρατηρήθηκε ότι σε ασθενείς με μέτρια ως σοβαρή άνοια, υπάρχει σημαντική βελτίωση στην κλίμακα NPI (Neuropsychiatric Inventory) 4,6 βαθμών, σε αντίθεση με τους ασθενείς που έλαβαν ένα εικονικό φάρμακο. Για πρώτη φορά στην ιστορία παρατηρήθηκε ότι ένας αναστολέας μπορεί να βελτιώσει τις διαταραχές συμπεριφοράς ακόμη και σε περιστατικά σοβαρής άνοιας και έτσι βλέπουμε να βελτιώνονται σε σημαντικό βαθμό το άγχος, η κατάθλιψη, η δυσφορία και η απάθεια του ασθενούς με αποτέλεσμα τη μείωση του ψυχολογικού βάρους που νιώθει ο περιθάλπων.

##### 2. Ριβαστιγμίνη

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν γίνει, έχει αποδειχτεί ότι η ριβαστιγμίνη μπορεί να βελτιώσει τις διαταραχές της συμπεριφοράς των ασθενών με άνοια με αποτέλεσμα οι ασθενείς που έλαβαν ριβαστιγμίνη να παρουσιάσουν βελτιωμένη διάθεση, μείωση της ανησυχίας και περιορισμό των νυχτερινών περιπλανήσεων. Παράλληλα, μια μελέτη με NPI έδειξε στατιστικά σημαντική βελτίωση στο άγχος, στην ευερεθιστότητα, στις ψευδαισθήσεις, στις παραλυτικές ιδέες, στην έλλειψη αναστολών, στην παθολογική κινητικότητα, στην παθολογική νυχτερινή συμπεριφορά, αλλά ακόμη και στην όρεξη. Ακόμα, η θεραπεία με βάση τη ριβαστιγμίνη προστάζει μείωση των νευροληπτικών ή άλλων σκευασμάτων που χορηγούνται για την αντιμετώπιση των διαταραχών της συμπεριφοράς.

##### 3. Γκαλανταμίνη

Σε μια μελέτη διάρκειας 5 μηνών, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, αποδείχτηκε ότι οι ασθενείς που έλαβαν γκαλανταμίνη παρουσίασαν βελτίωση των διαταραχών συμπεριφοράς, με βάση την κλίμακα αξιολόγησης NPI-12. Πιο συγκεκριμένα παρατηρήθηκε πως στους συγκεκριμένους ασθενείς οι ψευδαισθήσεις, το άγχος, η παθολογική ευφορία, η επιθετικότητα, η ευερεθιστότητα, η κατάθλιψη, η απάθεια και η έλλειψη ύπνου, μειώθηκαν στατιστικά σε σημαντικό επίπεδο. Άξιο αναφοράς είναι πως η χορήγηση γκαλανταμίνης, σε ασθενείς που δεν παρουσίαζαν κάποιες διαταραχές συμπεριφοράς, μείωσε την πιθανότητα να τις εμφανίσουν στο μέλλον μετά από θεραπεία με το συγκεκριμένο σκεύασμα. Παράλληλα, η θετική επίδραση της γκαλανταμίνης στην μείωση των διαταραχών συμπεριφοράς σημειώνεται εξίσου και σε ασθενείς με αγγειακή και μικτού τύπου άνοια, ενώ τα θετικά αποτελέσματα φαίνεται να μεγιστοποιούνται στους ασθενείς που βρίσκονται στο μέτριο στάδιο της νόσου.

## 6.2 Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην άνοια.

Η αντιμετώπιση της νόσου επιβάλλει καταρχήν την φαρμακευτική θεραπεία, αλλά λόγω της ποικιλομορφίας των συμπτωμάτων σημαντικό ρόλο κατέχουν και συνεχώς αποκτούν οι μη φαρμακευτικές θεραπείες. Υπάρχουν πολλοί τρόποι που μπορούν να συμβάλουν στην αντιμετώπιση της νόσου και κανένας από αυτούς να μην περιλαμβάνει φαρμακευτική χορήγηση. Η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία, η θεραπεία μέσω της τέχνης και των αναμνήσεων, μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει σε πολύ καλύτερο βαθμό την άνοια.

### 6.2.1 Ατομική Ψυχοθεραπεία

Πριν ξεκινήσουμε να πούμε οτιδήποτε για τη μη φαρμακευτική θεραπεία θα πρέπει να καταστήσουμε σαφές τον ορισμό της. Έτσι, μπορούμε να πούμε ότι η ψυχοθεραπεία είναι μια σχεδιασμένη εφαρμογή, όπου μέσα από εξειδικευμένες ψυχολογικές τεχνικές μπορούμε να βοηθήσουμε τον ασθενή να μειώσει την ψυχολογική του ανεπάρκεια, τις διαταραχές της συμπεριφοράς και της προσωπικότητάς του και να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου.

Είναι γνωστό ότι η εμπλοκή ενός ατόμου σε μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία απαιτεί και προϋποθέτει ένα καλό νοητικό επίπεδο, καθώς και ικανότητες επικοινωνίας και επεξεργασίας των πληροφοριών. Με αυτή την έννοια θα έλεγε κάποιος ότι είναι δύσκολο, αν όχι αδύνατο, άτομα με κάποιο βαθμό νοητικής έκπτωσης να μπορούν να παρακολουθήσουν ως συμμετέχοντες μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία.

Ο στόχος της θεραπείας είναι να προσαρμόσει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος στη γνωστική ικανότητα του ασθενούς και να τα επεξεργαστεί μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων που παρέχει το περιβάλλον αυτό. Η θεραπεία πρέπει να στοχεύει στην αντιμετώπιση της γνωστικής διαταραχής και του άγχους, το οποίο μπορεί να σχετίζεται είτε με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου είτε με τη δυσκολία του ως προς το χειρισμό προβλημάτων. Η εξατομίκευση της θεραπείας είναι απαραίτητη προϋπόθεση στα πλαίσια μιας ολιστικής προσέγγισης. Κατά συνέπεια η ψυχοθεραπεία στην άνοια δεν μπορεί, εκ των πραγμάτων, να βασιστεί στις κλασικές μεθόδους ψυχοθεραπείας, όπως στην ψυχαναλυτική, τη συμπεριφορά ή τη γνωστική κ.α., χωρίς τις απαραίτητες τροποποιήσεις και προσαρμογές. Η ψυχοθεραπεία ως μορφή παρέμβασης στην άνοια θα πρέπει:

- Να ακολουθεί το νοητικό και λειτουργικό επίπεδο και τις δυνατότητες του ασθενούς.
- Να συνυπολογίζει τη σχέση ασθενούς και περιβάλλοντα.
- Να βασίζεται περισσότερο στους χειρισμούς του θεραπευτή και λιγότερο στις πρωτοβουλίες του ασθενούς.
- Να θέτει στόχους επιτεύξιμους, όπως η καλύτερη συναισθηματική κατάσταση ή η λειτουργικότητα του ασθενούς και του περιβάλλοντα του.
- Να εξασφαλίζει την αποδοχή του ασθενούς ως ατόμου με προσωπικότητα και να βλέπει το άτομο ολιστικά, τόσο δηλαδή μέσα από το πλέγμα των σχέσεων του όσο και στην βάση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει λόγω της ασθένειάς του, αλλά και γενικότερα ως προς τις συνήθειες του, την προσωπικότητα του, τα ενδιαφέροντα του κ.α.

Είναι σημαντικό να αναδειχθεί η ψυχοθεραπεία ως ένα κύριο μέσο θεραπευτικής επικοινωνίας. Ο στόχος του θεραπευτή είναι, πρώτα απ' όλα, η κατανόηση, η

εφαρμογή των ψυχολογικών τεχνικών και η μετάδοση της θεραπευτικής πληροφορίας στον ανοϊκό ασθενή η οποία εμφανίζει σημαντικές δυσκολίες, γιατί τα κανάλια επικοινωνίας του είναι διαταραγμένα και η εγκεφαλική λειτουργία του ανεπαρκής. Οι θεραπευτικοί στόχοι για τον ανοϊκό ασθενή είναι, κατά συνέπεια, περιορισμένοι. Το στοιχείο αυτό θα πρέπει να ληφθεί υπόψη, έτσι ώστε η θεραπεία να βελτιώσει την ζωή και τη λειτουργικότητα του ασθενούς. Είναι επίσης απαραίτητο η θεραπεία να συνεχίζεται μέχρι τέλους. Η κλινική βελτίωση που παρατηρείται κατά τη διάρκεια της θεραπείας, δεν θα πρέπει να οδηγεί στο συμπέρασμα, ότι αφού ο ασθενής έχει βελτιωθεί, μπορεί να διακοπεί η θεραπεία. Άλλωστε η επιτυχία τα ψυχοθεραπείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με το γεγονός ότι όσο συνεχίζεται η θεραπεία, τόσο ελέγχεται ο ρυθμός επιδείνωσης της νόσου.

### 6.2.2 Ομαδική Ψυχοθεραπεία

Η χρησιμότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς με ανοϊκές διαταραχές στα αρχικά και μέτρια στάδια της νόσου έχει υποστηριχτεί από ορισμένους ερευνητές, παρότι αρκετοί θεωρούν ότι τα άτομα αυτά δεν μπορούν να επωφεληθούν σημαντικά από την ψυχοθεραπεία. Επίσης, λόγω του γεγονότος ότι οι ασθενείς αυτοί δεν προσέρχονται συστηματικά στα εξωτερικά ιατρεία, οι ειδικοί είναι συχνά διστακτικοί ως προς το να συστήσουν ψυχοθεραπεία αυτού του τύπου.

Στην ομαδική θεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως μια βαθμιαία προσέγγιση, όπου στο πρώτο επίπεδο επιχειρείται «επανακινητοποίηση» (remotivation), που έχει ως στόχο την

«επανακοινωνικοποίηση» (resocialisation) του ασθενούς και αφορά μόνο σε ασθενείς με ήπιο βαθμό άνοιας. Στις ομάδες αυτές, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συζητούν διάφορα θέματα της σύγχρονης πραγματικότητας, να σκεφτούν γύρω από αυτά, να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους και να εκδηλώσουν συναισθηματικές αντιδράσεις. Σε αυτό το επίπεδο συζητούνται θέματα ηθικών και κοινωνικών αξιών, θέματα διαπροσωπικών σχέσεων ή επαγγελματικών ενδιαφερόντων, τα οποία βοηθούν τον ασθενή να ανανεώσει το ενδιαφέρον του για το κοινωνικό περιβάλλον.

Σε ένα δεύτερο επίπεδο εφαρμόζεται ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα. Αφορά ασθενείς που βρίσκονται σε μέτριο στάδιο της νόσου και έχουν διαταραχές προσανατολισμού ή να είναι σε σύγχυση, αλλά παραμένουν ικανοί να εμπλακούν σε κάποια δραστηριότητα. Η συγκεκριμένη άσκηση περιλαμβάνει τη χρήση περιβαλλοντικών και διαπροσωπικών ενδείξεων, προκειμένου να ενημερωθεί το άτομο για το περιβάλλον του. Η μέθοδος αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της συμπεριφοράς των ασθενών και σε κάποιο βαθμό η βελτίωση αυτή φαίνεται να επεκτείνεται και σε άλλες μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς, αλλά για την επίτευξη αυτών των στόχων το προσωπικό θα πρέπει να είναι ειδικά εκπαιδευμένο, προκειμένου να χρησιμοποιήσει την τεχνική αυτή. Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι αυτής της τεχνικής είναι η αύξηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της αυτό-φροντίδας και του εύρους της προσοχής.

Στα βαθύτερα στάδια της νόσου εφαρμόζεται η αισθητηριακή εξάσκηση, πρόκειται για μια τεχνική που έχει ως στόχο να κινητοποιεί όλες τις αισθήσεις. Οι ασθενείς καλούνται να δουν, να ακούσουν, να μυρίσουν, να αγγίξουν και να γευτούν διάφορα καθημερινά αντικείμενα. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο αυτό ασκούνται στην αισθητηριακή εξάσκηση και όσο βελτιώνονται προσχωρούν σιγά-σιγά σε επόμενο στάδιο.

Καθώς η νόσος εξελίσσεται, οι λεκτικές παρεμβάσεις γίνονται ολοένα και δυσκολότερο να εφαρμοστούν λόγω της δυσκολίας των ασθενών με άνοια να εκφράσουν σκέψεις και συναισθήματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, προτείνονται η



μουσικοθεραπεία, η θεραπεία μέσω αναμνήσεων και τέχνης και η άσκηση ως μηχανισμοί που επιτρέπουν την εκδήλωση κάποιων συναισθημάτων και συμπεριφορών που είναι συνέπειες της νόσου. Υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς βρίσκουν τέτοιες δραστηριότητες ιδιαίτερα ευχάριστες και βοηθούν στη διατήρηση του ασθενούς σε ήρεμη κατάσταση. (Graham & Warner,2009)

### 6.2.3 Οι ασκήσεις Νοητικής Ενδυνάμωσης

Οι ασκήσεις Νοητικής Ενδυνάμωσης κάνουν αυτό ακριβώς που λέει η ονομασία τους, ενισχύουν, δηλαδή, συγκεκριμένες λειτουργίες του εγκεφάλου. Για τον λόγο αυτό διακρίνονται σε ασκήσεις που ενισχύουν τη μνημονική ικανότητα (και ειδικά στη βραχυπρόθεσμη μνήμη, η οποία επηρεάζεται εντονότερα) την ικανότητα λόγου, την οπτικοχωρική και κατασκευαστική ικανότητα, τη σκέψη, την προσοχή και τη συγκέντρωση, τη φαντασία και γενικά όλες τις εγκεφαλικές λειτουργίες, οι οποίες διατηρούνται ακόμα.

Αυτό σημαίνει πως οι ασκήσεις νοητικής ενδυνάμωσης μπορούν να εφαρμοστούν σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου, απλά προσαρμόζοντας τη φύση των ασκήσεων στο επίπεδο των νοητικών λειτουργιών του κάθε ασθενούς. Για παράδειγμα, μια απλή άσκηση απλής μνημονικής ανάκλησης παροιμιών, μπορεί να προσαρμοστεί ανάλογα με το στάδιο εξέλιξης της νόσου, είτε ζητώντας το συμβολικό νόημα και κάνοντας σημασιολογική ανάλυση της κάθε παροιμίας, είτε δίνοντας το πρώτο μισό της παροιμίας, ώστε να βοηθηθεί συνειρμικά η μνημονική ανάκληση σε πιο αποδιοργανωμένους ασθενείς. Με τον ίδιο τρόπο και με πιο απαιτητικές ασκήσεις είναι δυνατή η ενίσχυση οποιασδήποτε εγκεφαλικής λειτουργίας επιλέξουμε να ενισχύσουμε.(Η Σημερινή,<<Οι λύσεις πέρα από τα φάρμακα>>,2013)

### 6.2.4 Σωματική άσκηση

Ένα συστηματικό πρόγραμμα άσκησης βοηθά στην πρόληψη της άνοιας και μειώνει την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων. Πρέπει να περιλαμβάνει τέσσερις τύπους άσκησης που βοηθούν στην βελτίωση της φυσικής κατάστασης του ασκούμενου. Οι ασκήσεις αυτές περιλαμβάνουν αερόβιες ασκήσεις,ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης και ασκήσεις ισορροπίας. Αναλυτικότερα:

1. Οι αερόβιες ασκήσεις έχουν στόχο την βελτίωση της καρδιαναπνευστικής λειτουργίας και θεωρούνται οι καλύτερες (περπάτημα,χαλαρό τρέξιμο, ποδήλατο, κολύμβηση). Πρέπει να εκτελούνται σε ημερήσια σχεδόν βάση για 30 τουλάχιστον λεπτά. Οι ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης σχετίζονται συνήθως με την ανύψωση βαρών. Μπορούν να εκτελεστούν στο σπίτι με τη χρήση καθημερινών αντικειμένων όπως
2. βιβλία,συσκευασμένες τροφές με βάρος το λιγότερο μισού κιλού και άλλα παρόμοια αντικείμενα. Ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης πρέπει να γίνονται δύο με τρεις φορές την εβδομάδα.
3. Οι ασκήσεις ισορροπίας είναι σημαντικές γιατί προστατεύουν από πτώσεις και βελτιώνουν τη στάση του σώματος. Άσκηση ισορροπίας είναι κάθε κίνησης στήριξης του σώματος.
4. Οι ασκήσεις ευλυγισίας διατηρούν την ελαστικότητα των μυών και προστατεύουν από τραυματισμούς.(Εταιρία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Αθηνών, Πρακτικές οδηγίες για επιτυχημένα γηρατεία χωρίς άνοια)

### 6.2.5 Υγιεινή διατροφή

Οι καλές διατροφικές συνήθειες όχι μόνο μπορούν να προστατεύσουν από την εμφάνιση πλήθους ασθενειών αλλά και να καθυστερήσουν την εξέλιξη άλλων ή και να τις αναστρέψουν. Η καλής διατροφή παίζει ρόλο σε όλες τις ηλικίες, ειδικά όμως στους ηλικιωμένους επειδή πολλαπλές έρευνες έχουν καταδείξει ότι η διατροφή παίζει βασικό ρόλο στην πρόληψη από την άνοια και ιδιαίτερα από τη νόσο Alzheimer.

Πρακτικές οδηγίες για υγιεινή διατροφή:

- Κατανάλωση τροφών πλούσιων σε ω-3 λιπαρά μία με δύο φορές την εβδομάδα
- Κατανάλωση φυτικών ελαίων και ειδικότερα ελαιόλαδου
- Αυξημένη κατανάλωση φρέσκων φρούτων και λαχανικών
- Κατανάλωση ξηρών καρπών και όσπριων μία με δύο φορές την εβδομάδα.
- Πρόσληψη μίας τουλάχιστον πηγής υψηλής ποιότητας πρωτεΐνης για κάθε γεύμα
- Αποφυγή ζωικού λίπους
- Κατανάλωση περισσότερων φυτικών ινών και πρόσληψη τουλάχιστον 8 ποτηριών νερού την ημέρα, φυσικού χυμού φρούτων, τσάι γιαούρτι με χαμηλά λιπαρά. (Εταιρία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Αθηνών: Πρακτικές οδηγίες για επιτυχημένα γηρατεία χωρίς άνοια)

### 6.2.6 Μουσικοθεραπεία

Η δύναμη της επιρροής της μουσικής στον ψυχισμό του ανθρώπου δεν είναι κάτι καινούργιο. Από την αρχαιότητα και σε διάφορους πολιτισμούς το θέμα αυτό απασχολούσε τον άνθρωπο, με αποτέλεσμα να μπορούμε σήμερα να ορίσουμε την έννοια της μουσικοθεραπείας. Έτσι μουσικοθεραπεία ορίζεται η χρήση της μουσικής με σκοπό την θεραπεία, τη βελτίωση ή ακόμη και την αποκατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας ενός ατόμου ανεξαρτήτου ηλικίας. Έχοντας γίνει αποδεκτό και παραδεκτό το γεγονός ότι οι ήχοι και η μουσική έχουν θετική επίδραση στον άνθρωπο, επιτρέπεται να ειπωθεί ότι τόσο η μουσική όσο και οι διάφοροι ήχοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν ακόμη και για θεραπευτικούς σκοπούς.

Η μουσικοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί με πολλούς και διάφορους τρόπους προσαρμόζοντας το άτομο στο χώρο, στις συνθήκες εκείνες, όπου θα μπορεί να ενεργεί κατάλληλα. Σήμερα πολλά πετυχημένα προγράμματα εφαρμόζονται σχετικά με την πορεία των ασθενών με άνοια. Η προσφορά της μουσικής στην άνοια μπορεί να δομηθεί με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να αυξήσει τη συμμετοχή, τις κοινωνικές και τις συναισθηματικές δεξιότητες και να μειώσει τα προβλήματα συμπεριφοράς σε άτομα με άνοια, όπως είναι η ευερεθιστότητα και η επιθετικότητα. Παράλληλα, μπορεί να ηρεμήσει τον ασθενή και να βελτιώσει με αυτόν τον τρόπο την αναπνοή αλλά και την αρτηριακή του πίεση. Χρησιμοποιείται ως ερέθισμα για να βοηθήσει στη μνημονική ανάκληση και στις γλωσσικές δεξιότητες των ατόμων με άνοια και βοηθά στη μείωση των επιπέδων φόβου, στρες, αγωνίας και άγχους, ανακουφίζοντας έτσι τον ασθενή από χρόνιους ψυχικούς πόνους. Επίσης, η μουσική πιθανόν να είναι το μέσο που οι ηλικιωμένοι επικοινωνούν και παρέχει είσοδο σε γεγονότα και μνήμες που είναι δύσκολο να ανακληθούν με λεκτικά μέσα. Όσον αφορά τη μνήμη, νευροψυχολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει θετική επίδραση στην αναδρομική ανάκληση και πιθανόν να λειτουργεί ως σήμα για την αναγνώριση λέξεων και προσώπων του παρελθόντος αλλά και στην λειτουργία της άμεσης μνήμης. Συνεπώς, κάτω από την επίδραση της μουσικής έχουν διατηρηθεί αρκετές

γνωστικές δεξιότητες των ατόμων με άνοια.

Θα πρέπει να τονιστεί βέβαια ότι τυπικά δεν έχει σημασία το είδος της μουσικής που θα επιδεχθεί στις έρευνες, γιατί όλα τα είδη της μουσικής μπορούν να προσφέρουν εξίσου το ίδιο ευεργετικό αποτέλεσμα στον ασθενή. Βέβαια, σύμφωνα με κάποιες άλλες έρευνες που έχουν γίνει, το ιστορικό υπόβαθρο και η μουσική κουλτούρα του ασθενή παίζουν σπουδαίο ρολό στην δημιουργία θετικών αποτελεσμάτων στη μουσικοθεραπεία και έτσι επιλέγεται κάθε φορά το κατάλληλο είδος μουσικής που αντιπροσωπεύει τον κάθε ασθενή. Επίσης, οι χώροι στους οποίους η άσκηση της μουσικοθεραπείας είναι εφικτή είναι τα νοσοκομεία, τα γηροκομεία, εξατομικευμένα στο σπίτι του ασθενή, τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας και ορισμένες ψυχιατρικές κλινικές.

Μέσα στα πλαίσια της μουσικοθεραπείας θα πρέπει να επιτευχθούν κάποιοι στόχοι για να αποδειχτεί ότι η τεχνική αυτή προσφέρει θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς, έτσι η μουσικοθεραπεία θα πρέπει:

- Να περιορίσει τα συναισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης που αισθάνονται οι ασθενείς.
- Να τους ενθαρρύνει να εξωτερικεύουν τα συναισθήματα τους.
- Να ενισχύσει την επιθυμία τους να εκφέρουν την γνώμη τους για το μουσικό κομμάτι που θα επιλέξουν.
- Να τους δώσει την πρωτοβουλία να βοηθήσουν και αυτοί με τον τρόπο τους για την παραγωγή ενός κομματιού, έτσι θα νοιώσουν χρήσιμοι, ευπρόσδεκτοι και αισθάνονται ότι ανήκουν σε μια ομάδα, σε μια μουσική οικογένεια.
- Να ενισχύσει το αίσθημα της αυτοεκτίμησης.
- Να διασκεδάσει, να προκαλέσει απόλαυση και γέλιο.
- Να επιτευχθεί η αύξηση της προσοχής και της επαγρύπνησης.
- Να εμπνευσθούν οι φροντιστές και οι ασθενείς διαμέσου των ατομικών και ομαδικών τραγουδιών σε επίπεδο ατομικής-οικογενειακής ή και κοινωνικής επικοινωνίας.

### 6.2.7 Θεραπεία μέσω των αναμνήσεων – Reminiscence

Οι θεραπείες που ασχολούνται με άτομα με άνοια, στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν ασθενή και περιθάλποντά να βγουν, όσο το δυνατόν, από τα επικοινωνιακά τους αδιέξοδα, ανέπτυξαν την μέθοδο Reminiscence. Η βασική ιδέα είναι ότι εφόσον δεν μπορούμε να επικοινωνήσουμε με το άτομο στο δικό μας παρόν, έχουμε την δυνατότητα να το ακολουθήσουμε στο δικό του παρόν. Προσπαθούμε να πάμε πίσω μαζί του στο παρελθόν, να συζητήσουμε μαζί του για αυτά που έχει βιώσει και ακόμη θυμάται πολύ καλά, να μας μιλήσει για τις αναμνήσεις του. Το άτομο με άνοια λαμβάνεται υπ' όψιν ως μια ξεχωριστή προσωπικότητα με ιδιαίτερες ανάγκες και με ιστορία ζωής, ενώ μας διδάσκεται ότι μέσω της μεθόδου αυτής προάγεται το άτομο και όχι η ασθένεια του.

Κάθε συνεδρία οργανώνεται γύρω από ένα θέμα, έτσι ώστε να υπάρχει κάθε φορά μια βάση από την οποία να ξεκινά η συζήτηση. Για παράδειγμα, θέματα που μπορεί να αναπτύσσονται είναι: το μέρος στο οποίο γεννήθηκε, ένας γάμος, ένα πρόσωπο. Η μέθοδος Reminiscence είναι μια δημιουργική μέθοδος και γι' αυτό ακριβώς είμαστε ελεύθεροι να χρησιμοποιήσουμε διάφορους τρόπους, ώστε να κινητοποιήσουμε τα άτομα με άνοια. Ο

ασθενής, δηλαδή, συμμετέχει με όλες του τις αισθήσεις, όραση, ακοή, όσφρηση, γεύση και αφή. Κάποια από τα πολυαισθητηριακά ερεθίσματα που χρησιμοποιούνται στην θεραπεία είναι οι φωτογραφίες, η μουσική, διάφορα βιντεοσκοπημένα γεγονότα και αντικείμενα παρελθόντος. Στους τρόπους έκφρασης μπορούμε να συμπεριλάβουμε την παντομίμα, την ζωγραφική, το παίξιμο ρόλων, την ποίηση και το τραγούδι. Συνήθως οι συνεδρίες είναι ομαδικές και ακολουθούνται από το άτομο με άνοια και από το φροντιστή του. Αυτό διευκολύνει ιδιαίτερα τις περιπτώσεις εκείνες που ο φροντιστής δεν μπορεί να αφήσει μονό του τον ασθενή. Υπάρχουν, βεβαίως, και συνεδρίες που παρακολουθούνται μονό από το άτομο με άνοια ή μονό από τον φροντιστή.

Οι στόχοι του προγράμματος είναι οι εξής:

- Η βελτίωση της επικοινωνίας με το ανοϊκό άτομο.
- Η μείωση της απομόνωσης (τόσο του ασθενούς, αλλά και του φροντιστή).
- Να γίνει ο ασθενής το επίκεντρο της προσοχής.
- Να εκφραστούν οι ανάγκες του.
- Να αντιμετωπιστεί ως ξεχωριστή προσωπικότητα με ιδιαιτερότητες.
- Να επισημανθεί η προσφορά του στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο.
- Οι φροντιστές να αποκτήσουν μια πιο θετική εικόνα για την άνοια και για την κατάσταση στην οποία βρίσκεται το δικό τους άτομο.
- Οι φροντιστές να μάθουν να απασχολούν τον ασθενή δημιουργικά.

Παράλληλα, η μέθοδος του Reminiscence έχει θετικές συνέπειες και στον ίδιο τον θεραπευτή. Πρώτα από όλα, βελτιώνονται οι ικανότητες του στην επικοινωνία, στην εμπάθεια στην αντιμετώπιση των ατόμων με άνοια καθώς και στην εκτίμηση και σχεδίαση δημιουργικών θεραπευτικών συνεδριών. Επιπλέον, καταφέρνουν να εξατομικεύσουν την θεραπευτική παρέμβαση γνωρίζοντας τις ανάγκες και τις προσωπικές ιδιαιτερότητες του ασθενούς με άνοια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να παράγουν καλύτερο και αποτελεσματικότερο έργο.

### 6.2.8 Θεραπεία μέσω της τέχνης (Art therapy)

Η θεραπεία μέσω της τέχνης είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας κατά την οποία χρησιμοποιείται η δημιουργικότητα του ασθενή με σκοπό την αύξηση της συναισθηματικής έκφρασης και ευεξίας του.

Επιθυμία του θεραπευτή μέσα από αυτή την άσκηση είναι να δημιουργήσει μια σχέση με τον ασθενή όπου θα αναπτυχθεί εμπιστοσύνη και οικειότητα, έτσι ώστε ο ασθενής να νοιώσει ασφάλεια και να του δημιουργηθούν συναισθήματα για τα οποία θα μπορεί να εκφραστεί. Καταπιεσμένα συναισθήματα που φαίνονται πολύ δύσκολο να εκφραστούν και να αντιμετωπιστούν, γίνονται προσιτά και συζητήσιμα καθώς ο ασθενής δίνει μορφή στην εικόνα, μέσα στο πλαίσιο του πίνακα που δημιούργησε ο ίδιος.

Συμφώνα με την AATA (American Art Therapy Association) η θεραπεία μαζί με την

τέχνη, στηρίζονται στην πίστη ότι η δημιουργική διαδικασία που ασχολείται με την δημιουργία τέχνης είναι θεραπευτική και βελτιώνει την ανθρώπινη ζωή. Με βάση την δημιουργία ενός έργου και την δυνατότητα που δίνεται στον ασθενή να μιλήσει για το δημιούργημα του με τον θεραπευτή, επιτυγχάνονται οι εξής στόχοι:

- Αύξηση της αυτό-επίγνωσης του ασθενή.
- Δυνατότητα αντιμετώπισης των συμπτωμάτων.
- Καλύτερη αντιμετώπιση και διαχείριση του άγχους.
- Επούλωση των τραυματικών εμπειριών.
- Αύξηση των γνωστικών ικανοτήτων του.
- Απόλαυση της θετικής πλευράς της ζωής του.
- Ικανοποίηση για τις ικανότητες τους πάνω στην δημιουργία.

Στην περίπτωση ατόμων που πάσχουν από κάποια μορφή άνοιας η θεραπεία μέσω της τέχνης (ζωγραφική, κολλάζ, πηλός) μπορεί να βοηθήσει να εκφραστούν οδυνηρά συναισθήματα που βιώνουν κατά την εξέλιξη της νόσου, όπως φόβος, άγχος, θλίψη και θυμό, ενώ παράλληλα τα άτομα αυτά θα αναπτύξουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους και ακόμα περισσότερο να διατηρήσουν σχέσεις με τους σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή τους αλλά και με τον εαυτό τους. Ακόμα και αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση ακόμα να εκφραστεί μέσω της δημιουργίας ενός έργου, μπορεί με μια απλή επίσκεψη του σε ένα μουσείο να αναζωογονήσει το πνεύμα του και να χαλαρώσει. Συγκεκριμένα στο μουσείο Μοντέρνας Τέχνης στη Νέα Υόρκη έχει δημιουργηθεί ένα ειδικό πρόγραμμα για τους ασθενείς που πάσχουν από άνοια και που ως σκοπό έχει, να κάνει τους ασθενείς να εμπλέκονται στην διαδικασία και έτσι να νοιώσουν αυτοεκτίμηση και αξιοσέβαστα άτομα μέσα στην κοινωνία.

Η θεραπεία μέσω της τέχνης, χρησιμοποιείται για την θεραπεία συμπεριφορικών συμπτωμάτων και συχνά προσφέρεται μαζί με κάποια άλλη μορφή ψυχοθεραπείας σε άτομα εξαρτημένα από ουσίες και αλκοόλ, σε ασθενείς που αναρρώνουν από κάποιο σοβαρό τραυματισμό και άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες και φυσικά στους ανοϊκούς ασθενείς. Τέλος, θα λέγαμε πως η χρήση της τέχνης ως μορφή θεραπείας καταφέρνει να εμπλουτίσει και να αναδημιουργήσει τη χαμένη ζωή του ασθενή κάνοντας τον ξανά ενεργό μέλος της κοινωνίας.

### **6.3 Νέες Θεραπείες**

Νέες και ευοίωνες εξελίξεις στον τομέα των δοκιμασιών και βοηθημάτων διάγνωσης βρίσκονται προ των πυλών. Σε φάση δοκιμών βρίσκονται 200 διαφορετικές θεραπείες ενώ παράλληλα δοκιμάζεται η προσέγγιση της χορήγησης νευροτρόπων παραγόντων μέσω της μύτης: αυτό είναι σημαντικό πλεονέκτημα καθώς όταν ο παράγοντας εισάγεται από τη ρινική κοιλότητα, περνάει κατευθείαν στην εγκεφαλική ουσία και βοηθάει τα εγκεφαλικά κύτταρα να συνεχίσουν να ζουν. Ακόμα, οι επιστήμονες μελετούν το κατά πόσον οι εξετάσεις αίματος ή οι εξετάσεις του υγρού του νωτιαίου μυελού μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση της νόσου Alzheimer. Επίσης, αναπτύσσονται νέες απεικονιστικές τεχνικές. Μία από αυτές περιλαμβάνει ενδοφλέβια χορήγηση μιας χημικής ουσίας στον οργανισμό, η οποία προσδένεται στην αμυλοειδή πρωτεΐνη (η χημική ουσία που συγκεντρώνεται στον

εγκέφαλο των ασθενών με νόσο Alzheimer) και καταγράφεται από τον ειδικό τομογράφο που ονομάζεται PET scanner.

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:

### ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Υπάρχουν πολλές ασθένειες, (π.χ. ψυχολογικές ασθένειες όπως η κατάθλιψη ή άλλες νόσοι όπως η νόσος Parkinson), οι οποίες προκαλούν αργή και προοδευτική απώλεια μνήμης και σύγχυση στα συμπτώματα που μοιάζουν με αυτά της άνοιας. Ορισμένες από αυτές είναι θεραπεύσιμες. Και αυτός είναι ένας από τους λόγους γιατί είναι τόσο σημαντικό για τα άτομα που εμφανίζουν συμπτώματα όπως απώλεια μνήμης ή αλλαγή προσωπικότητας, να επισκέπτονται ιατρό για πλήρη έλεγχο.

Ασθένειες που μιμούνται συμπτώματα άνοιας είναι:

- Κατάθλιψη
- Παραλήρημα (οξεία σύγχυση)
- Ψευδοάνοια
- Νόσος Parkinson
- Υποθυρεοειδισμός
- Ορισμένα ελλείμματα βιταμινών (π.χ. βιταμίνης B12)
- Ορισμένες λοιμώξεις (π.χ. σύφιλη)
- Σπανιότερα παρουσία εγκεφαλικού όγκου μπορεί να μιμηθεί συμπτώματα άνοιας (Graham & Warner, 2009).

Πιο αναλυτικά:

#### **7.1 Κατάθλιψη**

Η κατάθλιψη και η άνοια είναι από τις πλέον σύνηθες διαταραχές που πλήττουν την τρίτη ηλικία. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι ο επιπολασμός της κατάθλιψης στην άνοια είναι 30% - 50%. Η σχέση ανάμεσα στην άνοια και την κατάθλιψη είναι πολύπλοκη και η διάγνωση δεν είναι πάντα εφικτή. Η παρουσία κατάθλιψης χωρίς άνοια στην τρίτη ηλικία συνοδεύεται από γνωσιακή δυσλειτουργία και μπορεί, μερικές φορές, να διαγνωστεί εσφαλμένα ως άνοια. Αν και η κατάθλιψη είναι εν δυνάμει αναστρέψιμη κατάσταση, η παρουσία της σε ασθενείς με άνοια είναι ιδιαίτερα επιβαρυντική γι' αυτούς, ενώ παράλληλα συνοδεύεται από μεγάλη επιβάρυνση των συγγενών -περιθαλπόντων και ακολουθείται από μεγάλο αριθμό νοσηλειών σε οικοτροφεία ή οίκους ευγηρίας.

Φαίνεται ότι η κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα συχνή σε ασθενείς με ήπιο και μέτριο βαθμού άνοια, ενώ είναι λιγότερο συνηθισμένη στα τελευταία στάδια της ασθένειας, επειδή οι ασθενείς χάνουν την ανεξαρτησία τους. Αυτό καθιστά την αναγνώριση και τη

διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με άνοια ιδιαίτερα σημαντική, αλλά και δύσκολη ιδίως όταν κάποια συμπτώματα εμφανίζονται και σε ασθενείς με άνοια αλλά και σε ασθενείς με κατάθλιψη. Υπάρχουν παράπονα για νοητικές διαταραχές, απόσυρση από κοινωνικές δραστηριότητες, ελάττωση ενδιαφέροντος, διαταραχές του ύπνου και του φαγητού και ανησυχία (Τσολάκη, 1999). Για να αποφευχθεί λοιπόν η σύγχυση ανάμεσα στην άνοια και την κατάθλιψη αναφέρουμε ότι στην κατάθλιψη τα συμπτώματα είναι κυρίως: νοητική έκπτωση, αδυναμία συγκέντρωσης, προβλήματα στην μνήμη, στην προσοχή και ψυχοκινητική επιβράδυνση. Ακόμα και έτσι όμως είναι δύσκολο να εντοπιστούν αυτά τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την κατάθλιψη στην άνοια.

Αν και δεν είναι σαφής η φυσική πορεία της νόσου, είναι ξεκάθαρες οι επιπτώσεις, τόσο στην ποιότητα ζωής των ασθενών και των περιθαλπόντων όσο και στην επίπτωση των γνωστικών λειτουργιών.

### 7.1.1 Διάγνωση κατάθλιψης

Η κατάθλιψη αποτελεί σημαντικό σύμπτωμα σε όλες τις μορφές της άνοιας. Η διαφορική διάγνωση μεταξύ της παροδικής θλίψης, που είναι αποτέλεσμα απάντησης σε ψυχοπνευματικές συνθήκες από τις παθολογικές αλλαγές της διάθεσης, δεν είναι ιδιαίτερα δύσκολη. Συνήθως, τα συναισθήματα θλίψης είναι παροδικά, ως αποτέλεσμα αντίδρασης σε εξωτερικά ερεθίσματα που προκαλούν πίεση και στρες και θεωρούνται από το οικείο περιβάλλον ως φυσιολογική απάντηση σε στρεσογόνους παράγοντες.

Σε αντίθεση με την φυσιολογική θλίψη, η καταθλιπτική διάθεση που θεωρείται ως παθολογική αλλαγή της διάθεσης χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη χρονική διάρκεια και σοβαρότερου βαθμού θλίψη.

Έτσι λοιπόν, ο ασθενής με άνοια μπορεί λόγω της κατάθλιψης να παρουσιάσει τα παρακάτω χαρακτηριστικά τα οποία είναι πιο σημαντικά σε βαρύτητα από εκείνα της απλής θλίψης και έχουν αντίκτυπο σε διάφορα επίπεδα πάνω του:

- 1ο. *Συναισθηματικά:* Καταθλιπτική διάθεση, άγχος, απελπισία, απώλεια ενδιαφέροντος, αίσθημα κόπωσης και σκέψεις αυτοκτονίας.
- 2ο. *Αυτόνομο νευρικό σύστημα:* Διαταραχή ύπνου, αϋπνία, διαταραχή όρεξης, κόπωση, εξάντληση, απώλεια σωματικού βάρους και ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης.
- 3ο. *Σκέψη:* Αρνητικές σκέψεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία συγκέντρωσης.
- 4ο. *Σωματικά συμπτώματα:* Μυϊκά άλγη, προβλήματα στην όραση, ταχυκαρδία, περικάρδιο άλγος και τάση για λιποθυμία.

### 7.1.2 Προβλήματα στη διάγνωση της κατάθλιψης

Υπάρχουν πολλές δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση άνοιας και κατάθλιψης και αυτές είναι:

1. Κάποια συμπτώματα κατάθλιψης όπως ψυχοκινητική επιβράδυνση, συναισθηματική αδράνεια, γοερά κλάματα, αϋπνία, απώλεια βάρους. Ανικανότητα περιγραφής της



συναισθηματικής κατάστασης και απαισιοδοξία εμφανίζονται τόσο σε καταθλιπτικούς όσο και σε μη καταθλιπτικούς ασθενείς.

2. Πολλοί ηλικιωμένοι με κατάθλιψη αναφέρουν λιγότερα συναισθηματικά συμπτώματα και αυτό χαρακτηρίζει την έννοια της «κατάθλιψης χωρίς θλίψη».

3. Κάποιες φορές η κατάθλιψη συνυπάρχει με απάθεια. Η μελέτη Cache Country ανέφερε ότι:

- Η εμφάνιση της απάθειας μεταξύ των ασθενών με άνοια ήταν 27.3%.
- Περισσότεροι από 40% των ασθενών με άνοια και απάθεια είχαν συγχρόνως και κατάθλιψη.
- Το 56.4% των ασθενών με άνοια και κατάθλιψη είχαν συγχρόνως και απάθεια.

### 7.1.3 Άλλες μορφές κατάθλιψης

#### A. Συναισθηματική αντίδραση

Η αντίδραση αυτή έχει τα χαρακτηριστικά της δυσθυμίας στους ασθενείς με επίγνωση της έκπτωσης των νοητικών λειτουργιών τους και διαφέρει από το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο που έχει βιολογική αιτιολογία.

#### B. Κατάθλιψη στην άνοια σε ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης

Είναι εκείνο το ποσοστό των ασθενών με άνοια που υποφέρει από υποτροπιάζουσα κατάθλιψη, με όψιμη έναρξη κυρίως. Επίσης, ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης, δέκα χρόνια πριν από την εμφάνιση της άνοιας είναι υψηλού κινδύνου να αναπτύξουν άνοια.

#### Γ. Αγγειακή κατάθλιψη

Πρόκειται για ένα καταθλιπτικό σύνδρομο, το οποίο εμφανίζεται κυρίως σε ηλικιωμένους, ως αποτέλεσμα υποφλοιωδών βλαβών αγγειακής αιτιολογίας, οι οποίες με τη σειρά τους προκαλούν κυρίως διαταραχές των εκτελεστικών λειτουργιών.

## **7.2 Παραλήρημα**

Το παραλήρημα είναι μια διαδεδομένη διαταραχή, η οποία εμφανίζεται στους ηλικιωμένους που φροντίζονται για οξύ συμπτώματα άνοιας, σε ποσοστά από 14% έως 80%. Οι παραλυτικοί ασθενείς βιώνουν μεγαλύτερες ενδονοσοκομειακές δυσλειτουργίες σε σχέση με τους μη παραλυτικούς ασθενείς καθώς είναι ανίκανοι να σκεφτούν καθαρά και να φροντίσουν μόνοι τους τον εαυτό τους. Συνήθως εμφανίζουν μια επισφαλή συμπεριφορά η οποία απαιτεί ιδιαίτερη μεταχείριση από τους φροντιστές, καθώς, συνήθως είναι απαραίτητη η χρήση περιορισμού του ασθενή. Έχει αποδειχτεί πως σε ποσοστό 10% έως 65%, οι ασθενείς που πάσχουν από παραλήρημα, νοσηλεύονται κατά πολύ μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από τους ασθενείς εκείνους που δεν είναι παραλυτικοί.

Το παραλήρημα χαρακτηρίζεται από σοβαρή, ξαφνική σύγχυση του ασθενούς με γρήγορες αλλαγές της εγκεφαλικής λειτουργίας που συνήθως συμβαίνει ταυτόχρονα με σωματικές ή ψυχικές παθήσεις. Στις περισσότερες περιπτώσεις είναι παροδικό και αναστρέψιμο. Συνήθως διαρκεί για περίπου μία εβδομάδα. Ωστόσο για να επανέλθουν οι πνευματικές λειτουργίες στην κανονική τους κατάσταση μπορεί να περάσουν μερικές εβδομάδες. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ασθενείς ανακάμπτουν πλήρως.

### 7.2.1 Συμπτώματα των παραληρητικών ασθενών

Τα σημεία και συμπτώματα που συνοδεύουν το παραλήρημα είναι:

1. Στο παραλήρημα υπάρχει διαταραχή της συνείδησης που χαρακτηρίζεται από αλλοίωση της διανοητικής κατάστασης και αδυναμία συγκέντρωσης με δυσκολία του ατόμου να εστιάζει, να διατηρεί ή να μεταφέρει την προσοχή του για κάτι.
2. Επιπρόσθετα, στο παραλήρημα εκδηλώνονται αλλαγές στις γνωσιακές δυνατότητες του ασθενούς που είναι οι βασικές πνευματικές λειτουργίες όπως η μνήμη, ο προσανατολισμός χώρου και χρόνου και διαταραχές της ομιλίας.
3. Είναι δυνατόν επίσης να συνυπάρχουν διαταραχές στην αντίληψη δηλαδή του τι πραγματικά συμβαίνει στο περιβάλλον του ασθενούς. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι παραισθήσεις (ο ασθενής ακούει και βλέπει πράγματα που στην πραγματικότητα δεν είναι στο περιβάλλον του), ανωμαλίες της ομιλίας, ανώμαλες κινήσεις (τρέμουλο, τσιμπήματα των ρούχων), διασπαστική ή επιθετική συμπεριφορά και ξαφνικές αλλαγές της διάθεσης.
4. Ξαφνικές αλλαγές της ετοιμότητας από τη ληθαργία στην ταραχή και αντίστροφα.

Αλλαγές της συναισθηματικής κατάστασης ή της προσωπικότητας με θυμό, άγχος, απάθεια, κατάθλιψη, ευφορία, ευερεθιστικότητα. (Lindeasy, Rockwood, Rolfson, 2002).

1.

## **7.3 Ψευδοάνοια**

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, δεν 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 χαρακτηρίζεται από καταστάσεις στις οποίες μια ψυχική διαταραχή "μιμείται" την πραγματική άνοια. 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:

1ο. 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.).

2ο. Το συναίσθημα μπορεί να είναι επιπεδωμένο, ή καταθλιπτικό, ή απαθές εναλλασσόμενο με ευερεθιστότητα.

3ο. Συχνά υπάρχει ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχές του ύπνου και αιτιάσεις για σωματικά ενοχλήματα.

Οπότε η ψευδοάνοια διαφέρει από την "πραγματική" άνοια καθώς:

1ο. Η κλινική εικόνα είναι ηπιότερη από εκείνη της αληθούς άνοιας.

2ο. Οι γνωστικές εκπτώσεις έχουν ένα χαρακτήρα άτυπο σε σχέση με εκείνο των συγκεκριμένων αληθών ανοιών.

3ο. Πολλές φορές η ανοϊκή εικόνα δεν εξελίσσεται με τη συνέπεια και την τυπικότητα που χαρακτηρίζουν τις αληθείς άνοιες.

4ο. Η πορεία της ανοϊκής εικόνας είναι αναστρέψιμη.

5ο. 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-1068.

## Κεφάλαιο 8: Νοσηλευτική φροντίδα ατόμων με άνοια

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

Είναι σύστημα ανοικτό, εύκαμπτο και κυκλικό. Ενσωματώνει συνεχώς νέες πληροφορίες, αναθεωρεί και προσαρμόζει τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου, ανάλογα με τη μεταβαλλόμενη κατάστασή του. Είναι μέθοδος εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας, που δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε άλλον άρρωστο, παρά μόνο στο συγκεκριμένο άρρωστο για τον οποίο σχεδιάστηκε (Αθανάτου, 2007).

### 8.1 Η οπτική των επαγγελματιών φροντίδας υγείας

Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν άτομα με άνοια σε ένα ευρύ φάσμα περιβαλλόντων μέριμνας. Η φροντίδα ατόμων με άνοια σε οποιοδήποτε περιβάλλον γίνεται και η διασφάλιση πως η φροντίδα αυτή έχει ποιότητα, απαιτεί ένα σύνθετο επίπεδο δεξιοτήτων και γνώσεων και χρειάζεται υποστήριξη του προσωπικού αν θέλουμε να αποφύγουμε τη δυσαρέσκεια και την εξάντλησή του. Σύμφωνα με τον Graham(1999) όπου επιτέλεσε μία έρευνα με 6 νοσηλευτές νοσηλευτικής ψυχικής υγείας με σκοπό να βελτιώσει την ατομο-κεντρική φροντίδα και να ανακουφίσει από συναισθήματα άγχους, ανίας και εξάντλησης κατά τη φροντίδα ηλικιωμένων, κατέληξε στο συμπέρασμα πως η εκπαίδευση των νοσηλευτών πρέπει να τους καθιστά ικανούς να αναπτύξουν μία συναισθηματική επάρκεια στο έργο τους. Οι Berg et al.(1998) αναλύουν πως οι νοσηλευτές περιέγραψαν μία σχέση αμοιβαίας αλληλεξάρτησης μεταξύ εργαζομένων και ηλικιωμένων.

### 8.2 Ο στόχος της φροντίδας

Για τις ανάγκες των ατόμων με άνοια πρέπει να προσδιοριστούν και να έρθουν εις πέρας τέσσερις σημαντικοί στόχοι ώστε να δημιουργήσουμε και να υποστηρίξουμε θετικό περιβάλλον στην φροντίδα των ηλικιωμένων με άνοια. Οι στόχοι αυτοί έχουν ως εξής:

- **Ανάδειξη των αξιών των ατόμων που παρέχουν φροντίδα:** είναι σημαντικό τα άτομα που παρέχουν φροντίδα στους ηλικιωμένους με άνοια να τους αντιμετωπίζουν ως αξιότιμα ανθρώπινα όντα που αξίζουν σεβασμό και όχι ως “αντικείμενα φροντίδας”.
- **Προαγωγή της εξατομικευμένης φροντίδας:** αυτή είναι φροντίδα σχετική με το κάθε άτομο ,το οποίο είναι μέλος ενός μοναδικού συνόλου εμπειριών, προτιμήσεων,αξιών ικανοτήτων και αναγκών. Απαιτεί εξατομικευμένη αξιολόγηση και χρόνο αφιερωμένο στην γνωριμία με τα ανοικά άτομα ως ξεχωριστές προσωπικότητες. Αφορά επίσης και τη στενή συνεργασία με την οικογένεια του ανοικού ασθενή.
- **Η δημιουργία ενός υποστηρικτικού, φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος :** τα άτομα με νοητικές διαταραχές είναι περισσότερο εξαρτημένα από βοηθήματα στο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον τους συγκριτικά με τους υγιείς ανθρώπους και είναι λιγότερο ικανοί από εμάς να κάνουν αβοήθητοι βήματα προσαρμογής και ελέγχου του περιβάλλοντός τους.

- **Δημιουργία αποτελεσματικής επικοινωνίας:** η αποτελεσματική επικοινωνία είναι προαπαιτούμενη για καλές σχέσεις και η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ ατόμων με άνοια και των υπολοίπων γύρω τους έχει σημαντική επίδραση στο πως αντιμετωπίζουν την ασθένειά τους.

### 8.3 Δημιουργία θετικού περιβάλλοντος φροντίδας

Για τη δημιουργία θετικού περιβάλλοντος υπάρχουν κάποιες αρχές οι οποίες πρέπει να τηρηθούν διότι εκεί βασίζεται η ποιότητα φροντίδας υγείας για τα άτομα με άνοια και τις οικογένειές τους. Αυτές είναι:

- Τα άτομα με άνοια έχουν την ίδια ανθρώπινη αξία όπως κάθε άνθρωπος, ανεξάρτητα από το βαθμό ανικανότητας ή εξάρτησής του.
- Έχουν τις ίδιες ποικίλες ανάγκες όπως κάθε άλλος
- Έχουν τα ίδια δικαιώματα όπως κάθε πολίτης
- Κάθε άτομο με άνοια είναι μοναδικό
- Τα άτομα με άνοια έχουν δικαίωμα σε μορφές υποστήριξης που δεν στηρίζονται απαραίτητα στην οικογένεια και τους φίλους.  
Σ' ένα τέτοιο θεραπευτικό περιβάλλον, που η φροντίδα διαπνέεται από τέτοιες αρχές, υπάρχουν ενδείξεις πως τα άτομα με άνοια μπορούν να διατηρήσουν υψηλά επίπεδα ευεξίας. Οι πρακτικές φροντίδας μπορούν να επηρεάσουν θετικά την πορεία και την εμπειρία της άνοιας με δύο βασικούς τρόπους:
  - a. Επιτρέποντας σε κάθε ασθενή να παραμείνει στην καλύτερη δυνατή σωματική υγεία, περιλαμβανομένης της καλύτερης και πλήρους χρήσης των αισθήσεων της όρασης και της ακοής και
  - b. Παρέχοντας ένα φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον το οποίο ανταποκρίνεται στις ανάγκες τους, ενδυναμώνοντας και υποστηρίζοντας τους. (Redfern and Ross 2011)

### 8.4 Νοσηλευτικές προσεγγίσεις στην επικοινωνία με ανοϊκό ασθενή

Για την επικοινωνία μας με έναν άνθρωπο είναι απαραίτητες οι λειτουργίες της όρασης, της ακοής και της ομιλίας. Σε έναν ανοϊκό όμως ασθενή αυτές οι λειτουργίες μπορεί να έχουν προβλήματα, οπότε οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ικανοί να επικοινωνήσουν με έναν τέτοιο ασθενή όσα προβλήματα κι αν έχει. Αναλυτικότερα:

#### A) Διαταραχές της όρασης

Πολλοί ηλικιωμένοι βιώνουν κάποια μείωση της όρασης. Η οπτική διαταραχή επηρεάζει σημαντικά την ικανότητα των ατόμων να συλλέγουν πληροφορίες για το περιβάλλον τους και επομένως μπορεί να έχει ένα σημαντικό αντίκτυπο στην ικανότητα ενός ηλικιωμένου ατόμου να επικοινωνεί. Τα πιο κοινά προβλήματα των ηλικιωμένων στην όραση τους είναι η πρεσβυωπία, ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, η γεροντική εκφύλιση της ωχράς κηλίδας, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Επομένως ένας ανοϊκός ασθενής αν έχει προβλήματα στην όραση, τότε θα έχει και μειωμένο προσανατολισμό στο περιβάλλον, μειωμένη ικανότητα να διακρίνει τα μη λεκτικά μηνύματα, μειωμένη ικανότητα στην αλληλεπίδρασή τους με άλλους ανθρώπους.

Οι παροχές βοήθειας στους ανοϊκούς ασθενείς περιλαμβάνει την εξειδικευμένη επικοινωνία με λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα. Οι παρακάτω προτάσεις είναι χρήσιμες στην νοσηλευτική φροντίδα των ανοϊκών ασθενών:

- Εξασφαλίζουμε ότι τα γυαλιά οράσεως είναι κατάλληλα για τον ασθενή μας και καθαρά.

- Εξασφαλίζουμε κατάλληλο φωτισμό στο χώρο, κατά προτίμηση απαλό φωτισμό και επίσης ότι οι διακόπτες βρίσκονται κοντά στον ασθενή και λειτουργούν.
- Εξασφαλίζουμε κάποιο φωτισμό τη νύχτα για να αποφύγουμε τον αποπροσανατολισμό και τα ατυχήματα.
- Τοποθέτηση σημάτων στο χώρο όπου θα είναι ευδιάκριτες και με μεγάλες ετικέτες.
- Τα κουδούνια κλήσης να είναι κοντά στον ασθενή
- Είναι απαραίτητο να ειδοποιούμε τον ασθενή μας όταν εισερχόμαστε στο δωμάτιό του και να κατονομαζουμε τον εαυτό μας ώστε να μην συγχυστεί και αγχωθεί λόγω της άνοιας.

### B) Διαταραχή της ακοής

Η διαταραχή της ακοής μπορεί να προκύψει από απόφραξη του ακουστικού πόρου από κερί ή στένωση, κλείσιμο του πόρου ή σκλήρυνση λόγω της γήρανσης, λοίμωξη του μέσου ωτός με επακόλουθη ακουστική βλάβη και εμβοή. Ως επακόλουθο των προβλημάτων ενός ηλικιωμένου με την ακοή του σε συνδυασμό με το να είναι ο ασθενής μας ανοϊκός προκύπτουν τα παρακάτω προβλήματα:

- ✧ Αποκλεισμός του ασθενή από την συνομιλία
- ✧ Αποκλεισμός από την καθημερινή επαφή με τους υπόλοιπους ανθρώπους ή ασθενείς
- ✧ Αποκλεισμός από την πληροφόρηση
- ✧ Αποκλεισμός από τις δραστηριότητες του ασθενή στον "ελεύθερο χρόνο" του
- ✧ Αποκλεισμός από τους συγγενείς του είτε τους αναγνωρίζει είτε όχι.

Παρακάτω ακολουθούν προτάσεις νοσηλευτικής φροντίδας σε ανοϊκούς ασθενείς με προβλήματα ακοής:

1. Ο νοσηλευτής προτείνει στους συγγενείς του να του αγοράσουν κάποιο βοήθημα ακοής, όπως τα ακουστικά βαρηκοΐας, εάν ο ασθενής δεν έχει από πριν.
2. Θα πρέπει να ελέγχει αν είναι σωστά τοποθετημένο και με τις σωστές ρυθμίσεις και να παρακολουθεί την αποτελεσματικότητα αυτού του βοηθήματος στην επικοινωνία.
3. Ο νοσηλευτής επίσης θα πρέπει να "εκπαιδεύσει" τον ασθενή στο να διαβάξει τα χείλη του ώστε να χρησιμοποιεί παραπάνω και τις νοητικές τους λειτουργίες.
4. Κατά την διάρκεια συνομιλίας μας με τον ανοϊκό ασθενή ενισχύουμε και τη χρήση μη-λεκτικών μηνυμάτων όπως εκφράσεις προσώπου και χειρονομίες.
5. Αρθρώνουμε τις λέξεις προσεκτικά
6. Κοιτάμε κατά πρόσωπο το άτομο που συνομιλούμε και κάνουμε και χρήση της αφής ώστε να ενισχυθεί η συνομιλία
7. Μιλάμε σε ήρεμο τόνο και όχι πολύ γρήγορα, καθώς επιβεβαιώνουμε πως ο ασθενής μας καταλαβαίνει και αν όχι επαναλαμβάνουμε χρησιμοποιώντας διαφορετικές λέξεις.

### Γ) Διαταραχές της ομιλίας και του λόγου

Διάφοροι τύποι διαταραχών του λόγου συνδέονται με αλλαγές σχετιζόμενες με ανοϊκούς ασθενείς, και μπορούν με κάποιο τρόπο να επηρεάσουν τη λεκτική επικοινωνία. Οι τρεις πιο συχνά εμφανιζόμενες διαταραχές είναι:

1. Διαταραχές της πρόσληψης, που επιδεινώνονται από τις διαταραχές της ακοής, το

- άγχος ή τις αλλαγές στο επίπεδο συνείδησης.
2. Διαταραχές της αντίληψης, που επιδεινώνονται από τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, την άνοια ή το ντελίριο.
  3. Διαταραχές της άρθρωσης που επιδεινώνονται από το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή την επιβαρυσμένη αναπνευστική λειτουργία.

Αυτές οι διαταραχές μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις ομάδες:

1. Ανομία : σημαίνει δυσκολίες στην ανάκτηση ή την εύρεση των λέξεων κατά τη διάρκεια της συνομιλίας.
2. Αφασία: διαταραχή της έκφρασης ή της κατανόησης του προφορικού ή του γραπτού λόγου ή και των δύο.
3. Απραξία: δυσκολίες στην εκτέλεση των εκούσιων κινήσεων που συνδέονται με τον λόγο.
4. Δυσarthρία: δυσκολίες λόγω μυϊκής αδυναμίας ή μη συντονισμένης παραγωγής του λόγου.

## **8.5 Επικοινωνία με ένα ηλικιωμένο άτομο με άνοια**

Καθώς η ασθένεια προχωρά δύσκολα βελτιώνεται η επικοινωνιακή ικανότητα του ηλικιωμένου και ανοϊκού ατόμου. Επομένως, οι προσπάθειες πρέπει να κατευθυνθούν προς την τροποποίηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας όλων εκείνων που έχουν επαφές με το άτομο που πάσχει από άνοια. Αυτό βέβαια είναι δύσκολο και χρονοβόρο, καθώς οι ανάγκες του ατόμου με άνοια μπορούν να ποικίλλουν από μέρα σε μέρα και από άτομο σε άτομο, οπότε οι νοσηλευτές θα πρέπει να χρησιμοποιούν κάποιους στρατηγικούς τρόπους επικοινωνίας με τα άτομα αυτά, οι οποίοι είναι:

1. Διαμόρφωση ενός περιβάλλοντος που συμβάλλει θετικά στην επικοινωνία, όπως να είναι σε χαμηλή ένταση ή κλειστά η τηλεόραση και το ραδιόφωνο.
2. Αφιέρωση αρκετού χρόνου για την επαφή.
3. Να πλησιάζει το ηλικιωμένο άτομο αργά και μέσα στο οπτικό πεδίο του ασθενή.
4. Να ενισχύει την λεκτική επικοινωνία με ένα άγγιγμα εάν αυτό είναι δυνατό
5. Να ακούει προσεκτικά τον ασθενή
6. Να γίνεται χρήση σύντομων προτάσεων.
7. Να δίνει αρκετό χρόνο για τις απαντήσεις και να μην αποφασίζει σύντομα ότι το ηλικιωμένο άτομο δεν κατάλαβε καλά την συνομιλία εάν ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται.
8. Επεξήγηση αυτών που λέει ο νοσηλευτής με φωτογραφίες ή αντικείμενα.
9. Να μην επηρεάζεται από την έκφραση συναισθημάτων του ασθενή κατά τη διάρκεια της επαφής.

## **8.6 Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων με άνοια**

Εκτός από τα προβλήματα επικοινωνίας, υπάρχουν και πιο πρακτικά προβλήματα καθώς και ψυχολογικές διαταραχές στους ανοϊκούς ασθενείς όπου θα πρέπει να αναλύσουμε την νοσηλευτική φροντίδα του καθενός για να είναι λιγότερο περίπλοκη η εξέλιξη της νόσου για τους νοσηλευτές. Πιο αναλυτικά έχουμε:

### 8.6.1 Διαταραχή της μνήμης

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

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

### 8.6.2 Χρόνια σύγχυση

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

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



### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

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

(Τσολάκη, 1999).

### 8.6.3 Ακράτεια

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Ανάγκη ούρησης ή συσπάσεις της ουροδόχου κύστης που προκαλούν απώλεια των ούρων πριν φτάσουν στο κατάλληλο δοχείο.

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

- ♦ παρουσιάσει μείωση στον αριθμό επεισοδίων ακράτειας.
- ♦ συμμορφωθεί με το πρόγραμμα ατομικής σωματικής υγιεινής.
- ♦ ενημερώνει το προσωπικό για την ανάγκη ούρησης.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση των αιτιολογικών παραγόντων της ακράτειας χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες παραμέτρους:
  1. Εκτίμηση της λειτουργίας εντέρου και κύστης.
  2. Προφίλ φαρμακευτικής αγωγής.
  3. Εκτίμηση και τεκμηρίωση των αιτιών της ακράτειας.
  4. Ικανότητα του ασθενούς να ανταποκριθεί σε παροτρύνσεις να ενεργηθεί.
  5. Σωματική εξέταση για να αποκλεισθούν ανωμαλίες της λεκάνης που προκαλούν την ακράτεια.

6. Εξέταση για απόφραξη του εντέρου.
7. Ανάλυση ούρων για να αποκλεισθεί ουρολοίμωξη.
8. Υπολογισμός του όγκου υπολειμματικών κοπράνων μετά την κένωση.
  - ▶ Εκτίμηση των σωματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων για την ακράτεια των ούρων.
  - ▶ Εκτίμηση της ικανότητας κένωσης και η ακολούθηση οδηγιών.
  - ▶ Εκτίμηση του αριθμού επεισοδίων ακράτειας σ' ένα 24ωρο.
  - ▶ Έναρξη προγραμματισμού κενώσεων
  1. Παρακολούθηση – ελέγξτε το κρεβάτι ή την καρέκλα και ζητήστε από τον ασθενή να αναφέρει αν είναι στεγνή ή υγρή.
  2. Παρότρυνση – δώστε λεκτικές ενδείξεις που παροτρύνουν τον ασθενή να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα.
  3. Έπαινος – για τη διατήρηση της εγκράτειας και την προσπάθεια χρήσης της τουαλέτας.
    - ▶ Καθιέρωση μεθόδου ελέγχου για υγρασία αν ο ασθενής είναι ανίκανος εκούσιας κένωσης.
    - ▶ Περιορισμός των υγρών πριν τον ύπνο.
    - ▶ Διατήρηση στεγνής και καθαρής της γεννητικής περιοχής, όταν ο ασθενής βρίσκεται σε μεγαλύτερη σύγχυση και πιο εξαρτημένος. Να χρησιμοποιούνται πάνες και ν' αλλάζουν συχνά.
    - ▶ Εκπαίδευση του προσωπικού της εφαρμογής του προγράμματος κένωσης.
    - ▶ Εκπαίδευση της οικογένειας ή άλλων σημαντικών προσώπων για τις συμπεριφορικές τεχνικές που χρησιμοποιούνται για την πρόληψη της ακράτειας.
    - ▶ Εκτίμηση της πορείας της επανεκπαίδευσης του ασθενούς και των αναγκών αλλαγών στις μεθόδους (Coler & Vincent, 1997).

#### 8.6.4 Παραλυτικές ιδέες και ψευδαισθήσεις

##### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

##### *Νοσηλευτικοί σκοποί παραλυτικών ιδεών*

Ο ασθενής να

- ◆ αναγνωρίζει αλλαγές στην σκέψη και τη συμπεριφορά
- ◆ διακρίνει τις παραλυτικές ιδέες από την πραγματικότητα.
- ◆ δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις.
- ◆ διατηρεί τον προσανατολισμό στην πραγματικότητα.

### *Νοσηλευτικοί σκοποί ψευδαισθήσεων*

Ο ασθενής να:

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

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις παραλυτικών ιδεών*

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

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις ψευδαισθήσεων*

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

### 8.6.5 Διαταραχές ύπνου

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

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

### 8.6.6 Υψηλός κίνδυνος δυσκοιλιότητας

#### *Παράγοντες κινδύνου*

- Ανεπάρκεια αισθητηριακών / γνωστικών λειτουργιών
- Ακινησία
- Ανικανότητα να ανταποκριθεί σε σωματικές ενδείξεις ή αισθήσεις
- Αλλαγή της όρεξης και/ή τρόπου διατροφής

- Παρενέργειες των φαρμάκων
- Μειωμένη λήψη υγρών

#### *Νοσηλευτικός σκοπός*

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση των συνηθειών κένωσης, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου, ποσότητας, ευκολίας κίνησης και χρώματος.
- ▶ Εκτίμηση διατάσης της κοιλιακής χώρας, μειωμένων πεπτικών θορύβων, αυξημένης ταραχής και άγχους.
- ▶ Εκτίμηση της φαρμακευτικής αγωγής.
- ▶ Καθιέρωση σταθερού χρόνου χρησιμοποίησης τουαλέτας.
- ▶ Εκτίμηση της διατροφικής λήψης ινών και υγρών.
- ▶ Να συμπεριλαμβάνονται δαμάσκηνα στην διαίτα και άλλες τροφές με υπόλειμμα. Να αποφεύγεται η χρήση καθαρτικών.
- ▶ Αν ο ασθενής κινείται, να παροτρύνεται να περπατά στο διάδρομο σε κάθε βάρδια.
- ▶ Εκπαίδευση της οικογένειας στις παρεμβάσεις που προλαμβάνουν τη δυσκοιλιότητα, τα συμπτώματα της και τη θεραπεία της (Coler & Vincent, 1997).

### 8.6.7 Απόθεια

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Αποφυγή εξαναγκασμού του ατόμου με άνοια να κάνει κάτι χωρίς τη θέλησή του.
- ▶ Χρησιμοποίηση απαλής μουσικής ή κάποιας άλλης δραστηριότητας ως ερέθισμα για συναισθηματική δόνηση και κινητοποίηση του ενδιαφέροντος.
- ▶ Ενθάρρυνση του ασθενούς να συμμετάσχει σε δραστηριότητες στις οποίες τα καταφέρνει.
- ▶ Διατήρηση του μυαλού και του σώματος σε εγρήγορση.

- ▶ Επιβράβευση για οποιαδήποτε προσπάθεια ένδειξης ενδιαφέροντος.
- ▶ Ενθάρρυνση του ασθενούς να αναπτύξει φιλικές σχέσεις με άλλα άτομα, προκειμένου να αναπτύξει την κοινωνικότητά του

### 8.6.8 Άγχος

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Παρακολούθηση για πρώιμες εκδηλώσεις κόπωσης και εκνευρισμού.
- ▶ Απομάκρυνση του ασθενούς από στρεσογόνους παράγοντες, όπως οι θορυβώδεις δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν μεγάλες ομάδες ατόμων ή καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από πληθώρα ερεθισμάτων.
- ▶ Διαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά.(π.χ. "εδώ είναι τα γυαλιά σας" – παύση- "πάρτε τα γυαλιά σας" – παύση- "βάλτε τα γυαλιά σας" ).
- ▶ Διατήρηση των καθημερινών συνηθειών με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συνέπεια, καθώς με την παροχή μιας αυστηρά δομημένης μέρας δημιουργείται μια αίσθηση οικειότητας με αποτέλεσμα την μείωση του άγχους του.
- ▶ Σχεδιασμός περιόδων ανάπαυσης και ωρών ηρεμίας κατά την διάρκεια της ημέρας.
- ▶ Παροχή ήσυχων δραστηριοτήτων όπως ακρόαση μουσικής ή ένας περίπατος.
- ▶ Χρήση χαλαρωτικών δραστηριοτήτων, όπως ελαφριές μαλάξεις με τα χέρια, που βοηθούν στην ηρεμία του ασθενούς.
- ▶ Εκτίμηση ύπαρξης τυχόν οργανικών αιτιών (μειωμένη οξυγόνωση, λοιμώξεις, κόπωση, δυσκοιλιότητα και διαταραχή της ισορροπίας των ηλεκτρολυτών) σε περίπτωση επιμονής ή κλιμάκωσης του εκνευρισμού και της σύγχυσης. (Τσολάκη, 1999).

### 8.6.9 Υψηλός κίνδυνος διατροφικών αλλαγών

#### *Παράγοντες επικινδυνότητας*

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

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

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

### 8.6.10 Επιληπτικές κρίσεις

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Οι επιληπτικές κρίσεις είναι συνέπεια της άνοιας και προκαλείται από απελευθέρωση ηλεκτρικής δραστηριότητας στα κύτταρα του εγκεφάλου.

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

- ♦ Διατήρηση της ψυχραιμίας μετά το περιστατικό της κρίσης.

- ♦ Αποφυγή επιθετικών τάσεων από τον ασθενή μετά την κρίση.
- ♦ Προσπάθεια επανελέγχου του εαυτού του.

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

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

### 8.6.11 Αποπροσανατολισμός

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς και παροχή υποστήριξης.
- ▶ Επικέντρωση της προσοχής στο σήμερα και ενθάρρυνση της χρησιμοποίησης δεξιοτήτων και αναμνήσεων από το παρελθόν.
- ▶ Εύρεση τροπών που θα βοηθήσουν το άτομο με άνοια να συνειδητοποιήσει το χρόνο (π.χ. χρήση ενός ρολογιού ή μιας κλεψύδρας).
- ▶ Εύρεση τρόπων που θα βοηθήσουν το άτομο με άνοια να προσανατολιστεί στο χώρο (π.χ. εστίαση της προσοχής σε κάτι οικείο, όπως μια πολυθρόνα).



- ▶ Μείωση της ανησυχίας και της ανασφάλειας του ασθενούς λέγοντας του ότι βρίσκεται ανάμεσα σε φίλους και οικογένεια, ώστε να καθησυχάζει.
- ▶ Δημιουργία συνηθειών που θα βοηθήσουν τον ασθενή να κρατήσει επαφή με το χρόνο (π.χ. να ακολουθήσει μια σταθερή ρουτίνα με μερικά γεγονότα να σηματοδοτούν τη μέρα, πράγμα που του προσφέρει σωστή οργάνωση).
- ▶ Προσαρμογή και διατήρηση ενός σταθερού περιβάλλοντος:
  - Διατήρηση των πραγμάτων στην ίδια θέση.
  - Αποφυγή μεγάλων αλλαγών στο σπίτι.
  - Τοποθέτηση μιας εικόνας ή λέξης στις πόρτες που να υποδηλώνουν το χώρο.
  - Τοποθέτηση ταμπελών στα ντουλάπια και στα συρτάρια (Τσολάκη, 1999).

### 8.6.12 Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Σύντομες απαντήσεις στις επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις του ασθενούς με ήρεμη φωνή. Σε περίπτωση ταραχής από την πλευρά του ασθενούς θα πρέπει να καθησυχάζεται με προσοχή και υπομονή.
- ▶ Χρήση σημειώσεων που αναγραφούν την απάντηση στις πιο συχνά επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις και εστίαση της προσοχής του σ' αυτές, βοηθά τον ασθενή να μην χρειάζεται την συνεχή προσοχή των φροντιστών του, κάνοντας τον έτσι πιο ανεξάρτητο.
- ▶ Απόσπαση της προσοχής του ατόμου από μια επαναλαμβανομένη συμπεριφορά σε μια άλλη ασχολία.
- ▶ Επινόηση διαφυγής από κάποιες ερωτήσεις που θα δημιουργήσουν άγχος και σύγχυση στον ασθενή.
- ▶ Αγνόηση της ερώτησης αν καμιά από τις παραπάνω παρεμβάσεις δεν έχει αποτέλεσμα. Σ' αυτή την περίπτωση ο ασθενής δεν αποκλείεται να συνειδητοποιήσει ότι δεν πρόκειται να πάρει απάντηση.
- ▶ Φυγή λίγων λεπτών από το περιβάλλον του ασθενούς, αν αποτύχουν όλες οι παραπάνω παρεμβάσεις .

### 8.6.13 Περιπλάνηση

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Αυτό είναι ένα ανησυχητικό πρόβλημα που πρέπει να αντιμετωπιστεί. Ο ασθενής με άνοια έχει την τάση να δραπετεύει από το χώρο του και νιώθει την ανάγκη να περιπλανιέται άσκοπα στους δρόμους, ενώ κινδυνεύει να χαθεί. Η ασφάλεια είναι σημαντικό ζήτημα για τον ασθενή με άνοια όταν βρίσκεται μόνος του εκτός σπιτιού.

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Δημιουργία μιας ετικέτας όπου θα αναγράφεται η ταυτότητα του ασθενούς, η διεύθυνση και τηλέφωνο επικοινωνίας, την οποία θα φέρει πάντα μαζί του.
- ▶ Δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος στο οποίο ο ασθενής θα νοιώθει καλά και δεν θα νιώθει την ανάγκη για φυγή.
- ▶ Ύπαρξη μιας πρόσφατης φωτογραφίας, σε περίπτωση αναζήτησης ασθενούς που έχει χαθεί.
- ▶ Αποφυγή ένδειξης θυμού όταν ο ασθενής έχει χαθεί και στη συνέχεια βρεθεί και πάλι, παρά μόνο ήρεμη ομιλία με αποδοχή και αγάπη.
- ▶ Συνεχής επίβλεψη του ασθενούς.
- ▶ Προγραμματισμός μιας ώρας μέσα στη μέρα όπου ο ασθενής, με την συνοδεία κάποιου δικού του ατόμου, θα πηγαίνει περίπατο, διατηρώντας έτσι το αίσθημα ελευθερίας του, ώστε να μην αισθάνεται την ανάγκη για περιπλάνηση (Τσολάκη, 1999).

### 8.6.14 Έκπτωση της κοινωνικής συναλλαγής

Σχετίζεται με προβλήματα στην επικοινωνία και αδυναμία στις αισθητηριακές/γνωστικές/αντιληπτικές λειτουργίες.

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

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

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

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

### 8.6.15 Απελπισία

Σχετίζεται με τα αρχικά στάδια της άνοιας όταν ο ασθενής έχει επίγνωση της κατάρρευσης των γνωστικών λειτουργιών του.

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

- Παθητικότητα
- Μειωμένη λεκτική έκφραση
- Μειωμένο συναίσθημα ή καταθλιπτική διάθεση
- Λεκτική ένδειξη, όπως «δεν μπορώ», αναστεναγμοί
- Έλλειψη πρωτοβουλίας
- Απομάκρυνση από το προσωπικό/οικογενειακά μέλη

- Κλείσιμο των ματιών, σήκωμα των ώμων σε κάποιον που τους μιλά
- Έλλειψη συμμετοχής στη φροντίδα/επιτρέποντας να τον φροντίζουν παθητικά

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

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

### 8.6.16 Σεξουαλικά ανάρμοστη συμπεριφορά

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

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

### *Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις*

- ▶ Ευγενική αλλά επίμονη αποθάρρυνση για παρόμοιες συμπεριφορές.
- ▶ Αναζήτηση των αιτιών που οδηγούν σε αυτή την συμπεριφορά.
- ▶ Αποφυγή τιμωρίας του ατόμου για τη σεξουαλικά ανάρμοστη συμπεριφορά καθώς είναι σύμπτωμα της μειωμένης ικανότητας να ξεχωρίζει και να κρίνει το σωστό από το λάθος.
- ▶ Πληροφόρηση του ασθενούς σχετικά με την σεξουαλική συμπεριφορά.
- ▶ Ενημέρωση του ασθενούς ότι οι προτάσεις που χρησιμοποιεί είναι ανάρμοστες.
- ▶ Αναζήτηση διεξόδων για την εκτόνωση της σεξουαλικής ενέργειας του ασθενούς.
- ▶ Απόσπαση προσοχής του ασθενούς σε άλλη δραστηριότητα σε περίπτωση ανυπομονίας σε κλειστό χώρο ή απομάκρυνσή του (χωρίς αυτό να ερμηνευτεί σαν μέτρο περιορισμού) όταν ο ανυπομονισμός γίνεται σε δημόσιο χώρο.
- ▶ Διατήρηση ψυχραιμίας την ώρα του περιστατικού καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια υπερβολική αντίδραση από την πλευρά του ασθενούς (Σακκά,Λυμπεροπούλου, Νικολάου,2002).

### 8.6.17 Θλίψη

Σχετίζεται με προοδευτική, μη-αναστρέψιμη ασθένεια ενός οικογενειακού μέλους/σημαντικού προσώπου.

### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Το σύστημα του ασθενούς να

- ♦ εκφράζει τα συναισθήματα απώλειας που σχετίζονται με την προοδευτική άνοια και απώλεια των λειτουργιών του συγγενικού προσώπου.
- ♦ διατηρεί ποιοτική σχέση με το οικογενειακό μέλος.
- ♦ καταφύγει σε εξωτερικές πηγές στήριξης και κοινωνικής συναλλαγής κατά τη διάρκεια της ασθένειας του συγγενικού προσώπου.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

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

### 8.6.18 Υψηλός κίνδυνος βίας

#### *Παράγοντες επικινδυνότητας*

- Μειωμένος έλεγχος των παρορμήσεων οφειλόμενος σε βλάβη των ανασταλτικών τμημάτων του εγκεφάλου.
- Αυξημένη κινητική δραστηριότητα (βηματισμός με ταραχή).
- Ιστορικό βίας.
- Κατευθυνόμενη και στοχευμένη καταστροφή αντικειμένων του περιβάλλοντος.
- Καχυποψία, παραληρήματα, παραισθήσεις.
- Αυξανόμενα επίπεδα άγχους.
- Ταράζεται εύκολα από αλλαγές στο εξωτερικό περιβάλλον.
- Ανικανότητα λεκτικής έκφρασης των συναισθημάτων και/ή επικοινωνίας με άλλους τρόπους.

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

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

- ▶ Προσέγγιση του ασθενούς κατά πρόσωπο μιλώντας χαμηλόφωνα.
- ▶ Διδασκαλία της οικογένειας και του προσωπικού για το σκεπτικό των συγκεκριμένων προσεγγίσεων ασθενών με ιστορικό επιθετικότητας.
- ▶ Εκτίμηση της συμπεριφοράς και της ανάγκης για ψυχοφαρμακευτική παρέμβαση ή περιορισμό.

### 8.6.19 Ασφάλεια

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Ένδειξη κατανόησης της κατάστασης του ασθενούς.
- ▶ Απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων που βρίσκονται κοντά στον ασθενή, όπως εξοπλισμός κουζίνας, φάρμακα, απορρυπαντικά.
- ▶ Αλλαγή θέσης των επίπλων, έτσι ώστε να είναι εύκολη η μετακίνηση του ατόμου μέσα στο χώρο.
- ▶ Τοποθέτηση σταθερών στηριγμάτων στους χώρους που κινείται ο ασθενής.
- ▶ Εξασφάλιση επαρκούς φωτισμού στα δωμάτια και στους διαδρόμους.
- ▶ Έλεγχος των ηλεκτρικών παροχών και απομάκρυνση των καλωδίων που βρίσκονται εκτεθειμένα στο πάτωμα.
- ▶ Εξασφάλιση ζεστού και άνετου περιβάλλοντος για το άτομο.
- ▶ Παρότρυνση της μετακίνησης του ασθενούς μέσα στο χώρο, έτσι ώστε να αισθάνεται ελεύθερος.
- ▶ Τοποθέτηση κλειδαριών και συστημάτων συναγερμού στις πόρτες και στα παράθυρα (Coler & Vincent, 1997).

### 8.6.20 Απώλεια αντικειμένων και άδικες κατηγορίες

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

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

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Ο ασθενής να:

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

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

### 8.6.21 Προσκόλληση

#### *Χαρακτηριστικά στοιχεία*

Ο ασθενής με άνοια μπορεί να εξαρτηθεί υπερβολικά από τους φροντιστές του και να τους ακολουθεί παντού. Αυτό μπορεί να είναι ενοχλητικό, αντιμετωπίζεται δύσκολα και τους στερεί την ιδιωτική τους ζωή. Ο ασθενής μπορεί να συμπεριφέρεται έτσι λόγω της



ανασφάλειας και του φόβου που τον διακατέχει.

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

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

#### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Καλλιέργεια ενός κλίματος εμπιστοσύνης ώστε ο ασθενής να νιώθει περισσότερη ασφάλεια.
- ▶ Εναλλαγή των φροντιστών ώστε να αποφευχθεί, όσο το δυνατόν, η προσκόλληση σ' έναν από αυτούς.
- ▶ Ενημέρωση του ασθενή σχετικά με την αναχώρηση και την επιστροφή του φροντιστή του.
- ▶ Απασχόληση της προσοχής του με κάποιο αντικείμενο ή ασχολία κατά τη διάρκεια απουσίας του φροντιστή.
- ▶ Διαβεβαίωση από το φροντιστή του ότι θα επιστρέψει σύντομα κοντά του.
- ▶ Αποφυγή παρατεταμένης απουσίας του φροντιστή από τον ασθενή (Σακκά, Λυμπεροπούλου, Νικολάου, 2002).

### 8.6.22 Μεγάλος κίνδυνος κόπωσης για τον φροντιστή

#### *Παράγοντες κινδύνου*

- Σοβαρότητα της ασθένειας.
- Σημαντικές οι ανάγκες της κατ' οίκον φροντίδας.
- Προβλήματα υγείας του φροντιστή (αυτός που φροντίζει τον ασθενή).
- Ο φροντιστής έχει αναλάβει πολλαπλούς ρόλους.
- Ανεπάρκεια ψυχολογικών/γνωστικών λειτουργιών του ασθενούς.
- Οριακή λειτουργία της οικογένειας πριν την ανάληψη του ρόλου του φροντιστή.

#### *Νοσηλευτικοί σκοποί*

Οι φροντιστές του ασθενούς να

- ♦ αναγνωρίσουν το στρες που προκαλείται από τη φροντίδα μελών της οικογένειας.
- ♦ καταφύγουν σε συστήματα υποστήριξης για να χειριστούν το συνεχές στρες της φροντίδας.

Ο ασθενής να

- ♦ παρουσιάσει απουσία σημείων κακοποίησης/παραμέλησης στο σπίτι.

### *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*

- ▶ Εκτίμηση της ικανότητας του φροντιστή να παρέχει την απαραίτητη φροντίδα στον ασθενή, σωματικά, συναισθηματικά και οικονομικά.
- ▶ Εκτίμηση του επιπέδου γνωστικής/λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς.
- ▶ Εξακρίβωση πιθανών διαταραχών στο οικογενειακό σύστημα του ασθενούς πριν την έναρξη της άνοιας, όπως κατάχρηση οινοπνεύματος/ουσιών, βία, ή διαζύγιο.
- ▶ Εκτίμηση των στρατηγικών αντιμετώπισης του φροντιστή.
- ▶ Εξακρίβωση ύπαρξης επιθετικών επεισοδίων.
- ▶ Εκτίμηση της αντίληψης της οικογένειας για την ασθένεια της άνοιας.
- ▶ Ενημέρωση της οικογένειας για την ασθένεια, πορεία και πρόοδο.
- ▶ Ενθάρρυνση της οικογένειας/φροντιστή να καταφύγει σε εξωτερική στήριξη για βοήθεια στη φροντίδα του συγγενούς.
- ▶ Εκτίμηση της κατάστασης της φροντίδας κατά την πορεία της ασθένειας (Coler & Vincent,1997)

## **8.7 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ**

Η ασθενής στην οποία θα αναφερθούμε είναι το συγγενικό πρόσωπο που αναφέραμε στον πρόλογο μας. Η κυρία Αρετή ήταν στην ηλικία των 78 όταν αντιληφθήκαμε ότι η άνοια ήταν στην έναρξή της και αυτό έγινε αντιληπτό από απλές καθημερινές πράξεις τις οποίες ξεχνούσε επανειλημμένα, όπως για παράδειγμα τα νούμερα τηλεφώνων στα οποία έκανε καθημερινή χρήση στο παρελθόν και επίσης αποπροσανατολιζόταν στον χρόνο, τον τόπο και το χώρο όπου βρισκόταν.

Στη συνέχεια, η κατάστασή της γινόταν πιο έντονη και πιο επικίνδυνη, διότι αναζητούσε πρόσωπα από την παιδική της ηλικία, κυρίως έξω από το χώρο του σπιτιού που ζούσαμε αγνοώντας φυσικά τον κίνδυνο να χαθεί ή να τραυματιστεί. Επίσης, στο στάδιο αυτό, τα προβλήματα στη συνοχή του λόγου, στην ατομική της υγιεινή και καθαριότητα ήταν εμφανέστατα και έντονα, ασκώντας λεκτική βία προς εμάς που την φροντίζαμε.

Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο η γιαγιά εξαρτιόταν πλήρως από όλα τα μέλη της οικογένειας καθώς αυτό περιελάμβανε την πλήρη αδυναμία της επικοινωνίας, την μη αναγνώριση των μελών της οικογένειας, την έντονη αστάθεια στη βάρδιση που παρόλο την υποβαστάζαμε πάντα, ήταν η αιτία να καταλήξει μία κλινήρης ασθενής δύο εβδομάδων μέχρι και το θάνατό της. Η διάρκεια της ζωής της που έπασχε από άνοια ήταν 6 χρόνια συνολικά, το πρώτο στάδιο διήρκεσε 2 χρόνια, το δεύτερο στάδιο περίπου δύομιση και το τρίτο στάδιο περίπου 4 μήνες.

Στην συνέχεια θα σας αναλύσουμε τη διεργασία που ακολουθήσαμε στην οικογένεια στο περιστατικό αυτό, σε όλες τις συνέπειες της άνοιας που προέκυψαν στο συγκεκριμένο άτομο.

Πρώιμο στάδιο

<b>Σύμπτωμα</b>	<b>Σκοπός /προγραμματισμός</b>	<b>Εφαρμογή</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
Διαταραχή της μνήμης, ξεχνώντας καθημερινά πράγματα(π.χ. νούμερα τηλεφώνων)	Να θυμηθεί τις βασικές υποχρεώσεις που άρχισε να ξεχνάει	-Της Υπενθυμίζαμε με ακρίβεια τα τηλέφωνα, κολλώντας τα στον τοίχο σε χαρτάκι με μεγάλα γράμματα -Την επισκεπτόμασταν συχνά ή της τηλεφωνούσαμε ώστε να καταλάβει από μόνη της πόσο σημαντική είναι η επικοινωνία της μαζί μας.	Για ένα μικρό χρονικό διάστημα θυμόταν πως έπρεπε να μας τηλεφωνεί συχνά.
Αποπροσανατολισμός σε χώρο και χρόνο	Να προσανατολιστεί σωστά στο χώρο και στο χρόνο	-επισκέψεις σπίτι της πρωί-μεσημέρι-βράδυ, ώστε να διατηρούνται τα σωστά ωράρια όσο πιο πολύ γίνεται -αναλύαμε την ακριβή τοποθεσία και ώρα που βρισκόμασταν εκείνη την στιγμή και την ρωτούσαμε μετά από λίγο αν θυμάται που βρισκόμαστε και γιατί.	Κατανοούσε τα πάντα μέχρι την επόμενη φορά που θα αποπροσανατολιζόταν.
Αποξένωση ακόμα και από πολύ αγαπημένα πρόσωπα	Να μην κλειστεί στον εαυτό της και επεκταθεί η ήδη υπάρχουσα κατάθλιψη	-επιδιώκαμε συχνές συναντήσεις μαζί της με αφορμή ένα γεύμα ή καφέ -της προτείναμε να πηγαίνουμε βόλτες εκτός σπιτιού σε εξωτερικούς χώρους ή σε συγγενείς που ήξεραν την κατάσταση	Άμεση βελτίωση διάθεσης και μνήμης για ένα συγκεκριμένο διάστημα

--	--	--	--

<b>Σύμπτωμα</b>	<b>Σκοπός /προγραμματισμός</b>	<b>Εφαρμογή</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
Διατροφικές αλλαγές	Να τρέφεται σωστά με όλα τα ημερήσια γεύματα και ολοκληρωμένα	-επεξήγηση γιατί έπρεπε να τρώει σωστά και τις συνέπειες της μη σωστής διατροφής για τον οργανισμό της που ήδη είχε επιβαρυνθεί από κυκλοφορικά προβλήματα -επιτηρούσαμε με διακριτικότητα την ώρα του φαγητού αν έτρωγε σωστά και της επισημάναμε με όμορφο τρόπο τι έπρεπε να κάνει. -περισσότερα οικογενειακά γεύματα	Υπήρχε βελτίωση τόσο στην δύναμη της όσο και στα κιλά της.
Διαταραχές ύπνου (άστατο ωράριο ύπνου)	Να επανέλθει στα φυσιολογικά ωράρια του ύπνου	-επισκέψεις σε ώρες μη κοινής ησυχίας ώστε αν κοιμάται να ξυπνήσει και να κατανοήσει το χρόνο -της υπενθυμίζαμε διαρκώς τα σωστά ωράρια του ύπνου που έπρεπε να έχει -της τονίζαμε συχνά την επικείμενη ώρα	Ήταν συνεπής στα ωράρια του ύπνου τις επόμενες 1-2 ημέρες.
Σύγχυση στην χρόνια λήψη φαρμακευτικής αγωγής σε σχέση με το κυκλοφορικό της σύστημα	Να λαμβάνει σωστά την αγωγή της και σε καθημερινή βάση	-αρχικά της δείχναμε ποια ήταν τα φάρμακα που έπρεπε να πάρει και την σωστή ώρα -ελέγγαμε πότε έπαιρνε και αν έπαιρνε σωστά την αγωγή της και την επιβραβεύαμε ή την επιπλήτταμε.	Για αρκετό καιρό έκανε αυτό που έπρεπε, αλλά πάντοτε υπό την δική μας επιτήρηση.

<b>Σύμπτωμα</b>	<b>Σκοπός /προγραμματισμός</b>	<b>Εφαρμογή</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
Επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις ακόμα και σε πολύ σημαντικά γεγονότα	Να συνειδητοποιεί πως επαναλαμβάνεται, ώστε να λειτουργεί παραπάνω τη σκέψη της.	-της εξηγήσαμε με λογικά και απλά επιχειρήματα, ώστε να θυμηθεί ότι είχε ξαναρωτήσει και ποια ήταν η απάντηση.	Τα πολύ σημαντικά γεγονότα συνήθως τα θυμόταν εύκολα, στις λεπτομέρειες επαναλαμβανόταν διαρκώς χωρίς ουσιαστική βελτίωση.

### Μεσαίο στάδιο

Το μεσαίο στάδιο ήταν και το πιο επώδυνο, τόσο για εκείνη όσο και για εμάς, διότι ήταν η εποχή που ξεκίνησε η συγκατοίκηση μας. Τα συμπτώματα στο πρώιμο στάδιο είχαν ενταθεί σε πολύ μεγάλο βαθμό και είχαν προστεθεί και άλλα. Αναλυτικότερα η νοσηλευτική διεργασία στο άτομο αυτό κατά τη διάρκεια του μεσαίου σταδίου ήταν:

<b>Σύμπτωμα</b>	<b>Σκοπός /προγραμματισμός</b>	<b>Εφαρμογή</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
Άσκοπη περιπλάνηση εκτός σπιτιού, ώστε να βρει πρόσωπα της παιδικής της ηλικίας	Να μην κινδυνεύσει να χαθεί ή να τραυματιστεί.	-Υποχρεωτικό κλείδωμα στις πόρτες του σπιτιού, ακόμα και αν ήταν και άλλα μέλη της οικογένειας μαζί της. -Της εξηγήσαμε όσες φορές χρειαζόταν σε ποια περιοχή και σε ποια χρονιά ζούμε και ότι τα πρόσωπα που αναζητούσε δεν υπήρχαν πλέον στη ζωή. -Σε περιπτώσεις που κατάφερε να φύγει(σπάνια) της εξηγήσαμε σε έντονο και αυστηρό ύφος τους λόγους που δεν μπορούσε να πηγαίνει κάπου μόνη της(εκτός της	Τις περισσότερες φορές υπήρχε μεγάλος εκνευρισμός από την πλευρά της με αποτέλεσμα να κλείνεται στον εαυτό της για λίγη ώρα. Άλλες φορές το κατανοούσε και ηρεμούσε.

		άνοιας ήταν και η ελαφριά αστάθεια της βάδισης που είχε.	
Έντονα προβλήματα στη συνοχή του λόγου.	Να τη βοηθήσουμε να βρει τα λόγια της, χωρίς να την αγχώσουμε.	-Την παροτρύναμε να επαναλάβει και να ξανασκεφτεί τι ήθελε να μας πει,έχοντας όσο χρόνο ήθελε.	Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, ακόμα και μετά από ώρα θυμόταν τι ήθελε να μας πει.
Αμέλεια της προσωπικής της υγιεινής(ενδυμασία και πλύσιμο)	Να τη διατηρήσουμε καθαρή και περιποιημένη σε καθημερινή βάση.	-Την παροτρύναμε να κάνει μπάνιο μόνη της, πάντοτε όμως υπό την δική μας επίβλεψη, για πρόληψη τυχόν ατυχήματος και ελέγχουμε αν έκανε σωστή καθαριότητας.	Δεν είχαμε προβλήματα δυσοσμίας και ένιωθε και εκείνη πιο ξεκούραστη και ψυχολογικά και σωματικά.
Έντονη επιθετικότητα και χρήση λεκτικής βίας.	Να είναι ήρεμη ψυχολογικά και σωματικά.	-Στις περιπτώσεις αυτές της επιβάλλαμε να κάθεται στο δωμάτιό της,μέχρι να ηρεμήσει -όταν η κατάσταση έβγαινε εκτός ελέγχου, της χορηγούσαμε 1 tb Lexotanil των 1,5 ή 3 mg σύμφωνα με εντολή του γιατρού της.	Δεν κινδύνευε ούτε εκείνη στην υγεία της,καθώς είχε καρδιολογικά προβλήματα, ούτε και η δική μας ακεραιότητα.
Ψευδαισθήσεις	Να μην υποφέρει από τις εικόνες και τα πρόσωπα που έβλεπε.	-Της εξηγούσαμε όσες φορές χρειαζόταν ότι οι εικόνες που έβλεπε δεν ήταν αληθινές μέχρι να το κατανοήσει ( Δεν χρειάστηκε κάποια φαρμακευτική αγωγή,καθώς ήταν φυσικό επακόλουθο της άνοιας.	Δεν υπέφερε και δεν προέβη σε κάποια επικίνδυνη πράξη.

<b>Σύμπτωμα</b>	<b>Σκοπός /προγραμματισμός</b>	<b>Εφαρμογή</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
Δυσκοιλιότητα	Να έχει φυσιολογική εντερική λειτουργία σε καθημερινή βάση	-Σωστή και ισορροπημένη διατροφή, με όλες τις ομάδες τροφών της πυραμίδας. -Χορήγηση Duphalac όταν αντιλαμβανόμασταν πως δεν είχε ενεργηθεί πάνω από 2 ημέρες, σε καθημερινή βάση.	Είχε φυσιολογική εντερική λειτουργία τις περισσότερες ημέρες.
Απάθεια	Να αποκτήσει κάποια από τα ενδιαφέροντα που είχε διακόψει.	-Πλέξιμο και κέντημα σε καθημερινή βάση με τη δική μας παρότρυνση -Την προωθούσαμε να μας βοηθάει σε καθημερινές δουλειές, πάντοτε υπό την διακριτική μας επιτήρηση. -συμμετείχε σε γεγονότα της οικογένειας ή κοντινών συγγενικών προσώπων (πχ γενέθλια, γάμους κ.α.)	Ήταν πιο ενεργητική, πιο ζεστή και πιο φιλόξενη με όλους, για ένα μεγάλο διάστημα.
Θλίψη λόγω αδυναμίας να “δραπετεύσει”	Να κατανοήσει γιατί δεν μπορούσε να βγει μόνη της έξω	-Έβγαινε με κάποιο μέλος της οικογένειας έξω βόλτα ή επίσκεψη σε άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος. -Προσέχαμε πάντα να είναι κλειδωμένες οι πόρτες.	Μερικές φορές πετυχαίναμε το στόχο μας και έφτιαχνε η διάθεσή της, ειδικά γινόταν επιθετική.

## Όψιμο στάδιο

Το όψιμο στάδιο ήταν και το πιο σύντομο στάδιο, διήρκησε μόλις 4 μήνες, όπου η πορεία της νόσου ήταν καθοριστική για το τι επρόκειτο να συμβεί. Αναλυτικότερα, το όψιμο στάδιο περιείχε τα εξής:

<b>Σύμπτωμα</b>	<b>Σκοπός /προγραμματισμός</b>	<b>Εφαρμογή</b>	<b>Εκτίμηση αποτελέσματος</b>
Μεγάλη αστάθεια στη βάδιση	Να μην τραυματιστεί ή να αποκτήσει κάποιο κάταγμα.	-Της είχαμε δίπλα της μία μαγκούρα ώστε να στηρίζεται σε αυτήν. -Πλέον την επιβλέπαμε σχεδόν 24 ώρες το 24ωρο,διότι τη νύχτα περιφερόταν πολύ συχνά μέσα στο σπίτι χωρίς λόγο. -Διαμόρφωση του σπιτιού ώστε να απομακρυνθούν τυχόν εμπόδια που θα ήταν επικίνδυνα.	Στο μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων προλάβαμε πολλά ατυχήματα,εκτός από ένα όπου ύστερα από αυτό έμεινε κληήρης μέχρι το τέλος της ζωής της.
Ολική ακράτεια ούρων	Να διατηρείται καθαρή και στεγνή 24 ώρες το 24ωρο.	-Τοποθέτηση καθετήρα ουροδόχου κύστης.	Δεν είχε αρνητικές συνέπειες στην πορεία της υγείας της και στην δική μας ακεραιότητα.
Αδυναμία λήψης τροφής και νερού	Να μην υποσιτιστεί και αφυδατωθεί	-Χορήγηση πολτοποιημένης τροφής με σύριγγα Levin,από το στόμα -χορήγηση νερού και της χρόνιας φαρμακευτικής της αγωγής με σύριγγα Levin.	Δεν αφυδατώθηκε και δεν υποσιτίστηκε για όσες μέρες ζούσε.
Ερυθρότητα δέρματος σε οστέινες περιοχές.	Η πρόληψη κατακλίσεων	-Χρήση αεροστρώματος σε 24ωρη βάση -συχνή αλλαγή θέσης, τουλάχιστον κάθε 2 με 3 ώρες. Χρήση αλοιφής Sudocrem σε όλο το σώμα με ιδιαίτερη επιμονή στις οστέινες περιοχές	Δεν απέκτησε καμία κατάκλιση για όσο έζησε και διατηρήθηκε ενυδατωμένο το δέρμα της.



## Κεφάλαιο 9: Φορτίο φροντιστών ασθενών με άνοια

Το ψυχολογικό, πρακτικό και οικονομικό φορτίο των φροντιστών ανοϊκών ασθενών είναι βαρύ και πολύπλευρο. Οι φροντιστές αναλαμβάνουν διάφορους ρόλους απέναντι στον ασθενή : τον προστατεύουν, είναι φίλοι και σύντροφοι και έχουν το βάρος της λήψεως αποφάσεων αλλά και κάποιες φορές γίνονται και «εχθροί» του.

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

Η παροχή φροντίδας είναι μία πηγή έντονου στρες για την οικογένεια του ανοϊκού ασθενούς. Για κάθε ασθενή με νόσο Alzheimer, μπορεί να υπάρχουν μέχρι και 3 στενοί συγγενείς που επηρεάζονται βαθιά από το συναισθηματικό, σωματικό, κοινωνικό και οικονομικό φορτίο. Ο όρος «φορτίο φροντιστών» έχει επικρατήσει διεθνώς και αφορά στα βάρη, σωματικά, συναισθηματικά ή οικονομικά που επωμίζονται οι φροντιστές ενός πάσχοντα από χρόνιο νόσημα που προκαλεί αναπηρία.

Συνήθως, οι σύντροφοι των ασθενών με άνοια κουβαλούν ήδη το φορτίο μιας ενδεχομένως κλονισμένης υγείας και της κούρασης από τη ζωή, επηρεάζοντας την ποιότητα φροντίδας που παρέχουν στους ασθενείς. Ο φροντιστής, σύζυγος ή παιδί μπορεί να αναγκαστεί να μειώσει το ωράριο εργασίας του ή και να διακόψει εντελώς τη δουλειά του, μπορεί να χάσει φιλικές σχέσεις λόγω των υποχρεώσεων απέναντι στον ασθενή. Ειδικά όταν ο ασθενής βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ακόμη μεγαλύτερες απαιτήσεις για τον φροντιστή.

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

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

Ο συναισθηματικά εξουθενωμένος φροντιστής, παρ' όλες τις καλές του προθέσεις, δεν παρέχει καλή φροντίδα για τον συγγενή του. Ο ασθενής με άνοια ακόμη κι όταν έχει προβλήματα στην κατανόηση του λόγου και αδυνατεί να εκφράσει τις ανάγκες του, καταλαβαίνει μια συναισθηματικά φορτισμένη ατμόσφαιρα και αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην διάθεσή του και στην συμπεριφορά του.

Η ποιότητα ζωής των φροντιστών εξαρτάται από τον βαθμό που οι ίδιοι προσέχουν την ψυχική και σωματική τους υγεία. Η αποδοχή βοήθειας από τρίτους, η επαφή με Εταιρείες

Alzheimer και η συμμετοχή σε ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα των Κέντρων Ημέρας, ο τακτικός έλεγχος της υγείας τους, είναι παράγοντες που προάγουν την ποιότητα ζωής τους.

Συχνά, οι σύζυγοι φροντιστές διστάζουν να ζητήσουν βοήθεια από άλλους συγγενείς, αλλά αντίθετα αναλαμβάνουν επιπλέον ευθύνες και για άλλους εκτός από τον ασθενή, όπως είναι τα παιδιά τους ή τα εγγόνια. Σε αυτή την περίπτωση, ο φροντιστής θα ήταν καλό να διεκδικήσει το δικαίωμά του για προσωπικό χρόνο, ζητώντας βοήθεια από τα παιδιά του. Η σκέψη ότι τα παιδιά πιθανότατα έχουν επιβαρυνόμενο πρόγραμμα ή ότι θα ενοχληθούν, θα πρέπει να αντικαθίσταται με τη σκέψη ότι «έχω και εγώ δικαίωμα για προσωπικό χρόνο και ξεκούραση».

## 9.1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΣΤΕΣ

Η φροντίδα ενός ατόμου με άνοια έχει σαν αποτέλεσμα μια συναισθηματική αντίδραση στον ρόλο φροντίδας. Πολλαπλά συναισθήματα μπορεί να ποικίλουν, από λύπη και μοναξιά, μέσα από έναν θυμό, ενοχές και απόγνωση. Κατανοώντας την πραγματικότητα μιας χρόνιας ασθένειας, η συναισθηματική επιβάρυνση δεν είναι μόνο κατανοητή, αλλά εντελώς κατάλληλη.

Δεν υπάρχει κανένας μονόδρομος για να αντιμετωπιστούν αυτά τα συναισθήματα. Πάντως, αναγνωρίζοντας τι αισθάνεται ο φροντιστής και προσπαθώντας να υπάρχει κάποια κατανόηση σχετικά με το γιατί αισθάνεται με αυτόν τον τρόπο, μπορεί να βοηθήσει.

Ο φροντιστής δεν πρέπει να κρίνει τα αισθήματά του ή να τα συγκρίνει με αυτά των υπόλοιπων μελών μέσα στην οικογένεια ή μέσα στην ομάδα υποστήριξης. Το κάθε άτομο βιώνει τις καταστάσεις διαφορετικά, και αντιδρά πάνω σε αυτές διαφορετικά, τα συναισθήματά του κάθε φροντιστή είναι μοναδικά. Συζητώντας τα συναισθήματά του με άλλους φροντιστές, μπορεί να τον βοηθήσουν να αισθανθεί λιγότερο αναστατωμένος. Άτομα που βρίσκονται ήδη, ή που έχουν βρεθεί σε παρόμοια κατάσταση συχνά μπορούν να δώσουν πολύτιμη υποστήριξη στις εμπειρίες και τα συναισθήματά του φροντιστή.

Το συναίσθημα της μοναξιάς είναι πολύ συνηθισμένο στους φροντιστές των ατόμων με άνοια. Πολλοί φροντιστές αισθάνονται απομονωμένοι χωρίς να έχουν καταλάβει πώς αυτό έχει συμβεί. Όσο πιο πολύ διάστημα είναι απομονωμένος από τον γύρω κόσμο, τόσο πιο δύσκολο είναι να γίνει το πρώτο βήμα ξανά στην κοινωνία. Καλό είναι ο φροντιστής να παραμείνει αναμειγμένος με οικογένεια, φίλους, ή άλλους φροντιστές, οι οποίοι θα τον βοηθήσουν να μην αισθάνεται μόνος και θα έχει θετική επίδραση στην ποιότητα φροντίδας που προάγει. Το μοίρασμα των εμπειριών με άλλους φροντιστές μπορεί να βοηθήσει να διαπιστώσει ότι και άλλοι βιώνουν παρόμοια συναισθήματα.

Δεν είναι ασυνήθιστο για τους φροντιστές να αισθάνονται έναν αυξανόμενο άγχος μπροστά σ' αυτήν την κατάσταση. Συχνά αυτό δημιουργείται από αδυναμία ή φόβο ότι δεν είναι ικανοί να συνεργαστούν ή δεν γνωρίζουν τι πρόκειται να συμβεί μετά. Το να είναι ενημερωμένοι γύρω από αυτήν την κατάσταση μιλώντας με άλλους φροντιστές, ή επαγγελματίες ή διαβάζοντας σχετικά για την άνοια και πώς άλλα άτομα έχουν συνεργαστεί, μπορεί να τους βοηθήσει να σκορπίσουν κάποιους από τους φόβους τους.

Είναι πολύ φυσικό να αισθάνονται θυμωμένοι ή απογοητευμένοι. Θυμός σχετικά με αυτό που τους συμβαίνει, θυμός γιατί οι άλλοι δεν θέλουν να βοηθήσουν, θυμός προς αυτόν που πάσχει εξαιτίας των αλλαγών της συμπεριφοράς του, θυμός για την έλλειψη υπηρεσιών. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να αναγνωρίζουν τον θυμό τους και να μοιράζονται τα συναισθήματά τους με άλλους. Είναι επίσης χρήσιμο να αναγνωρίζουν ότι κάποια αύξηση αυτών των συναισθημάτων σημαίνει ότι ίσως χρειάζονται ένα διάλειμμα ή κάποια βοήθεια.

Συχνά οι φροντιστές αισθάνονται ένοχοι χωρίς κανένα ιδιαίτερο λόγο. Αυτό συχνά συνδέεται με το γεγονός ότι οι φροντιστές αισθάνονται, δίκαια ή άδικα, ότι κάτι δεν έχουν κάνει σωστά. Είναι σημαντικό να θυμούνται ή να τους υπενθυμίζετε ότι έχουν κάνει το καλύτερο, και ότι προσφέρουν την καλύτερη φροντίδα που μπορεί να δώσουν. Συχνά αυτοί που φροντίζουν το άτομο με άνοια περισσότερο, αυτοί αισθάνονται και πιο ένοχοι.

Αν υπάρχει κάποια αλλαγή στην κατάσταση της φροντίδας (μπορεί να δέχονται κάποια φροντίδα ημέρας για το πρώτο διάστημα ή ο συγγενής τους μπορεί να πηγαίνει σε κάποιο κέντρο φροντίδας), είναι πολύ φυσικό να αισθάνονται ένοχοι. Καλό είναι να αναγνωρίζουν ότι αυτή η ενοχή τους προέρχεται από μία μη ρεαλιστική ιδέα που έχουν πολλοί φροντιστές ότι πρέπει να είναι ικανοί να συνεργάζονται με όλα.

Τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να είναι πολύ συνηθισμένα στους φροντιστές και συνήθως αυτά επηρεάζονται από τις καταστάσεις της ζωής. Η κατάθλιψη είναι μία θεραπεύσιμη κατάσταση, και γι' αυτό πρέπει πάντα να λένε στον γιατρό τους ότι φροντίζουν ένα άτομο με άνοια.

## **9.2 ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΕΠΙΔΡΑΣΕΩΝ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

### **A. Επίδραση στον φροντιστή**

- **Πρακτικές συνέπειες**

Ένας φροντιστής ο οποίος βιώνει αρνητικά συναισθήματα, τα οποία δημιουργεί πολύ συχνά η φροντίδα, έχουν τον κίνδυνο να είναι ανίκανοι και για μεγάλο χρονικό διάστημα να μην έχουν την δυνατότητα να στηρίξουν τον ρόλο τους ή να μην μπορούν να διατηρήσουν τον συγγενή τους στο σπίτι. Σ' αυτήν την περίπτωση, το επίπεδο υποστήριξης από εξωτερικά κέντρα υποστήριξης ή από άλλα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να αυξηθεί. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις το άτομο με άνοια θα πρέπει να βρει εναλλακτική φροντίδα. Αυτήν την κατάσταση ο φροντιστής θέλει να την αποφύγει όσο γίνεται περισσότερο.

- **Συναισθηματικές συνέπειες**

Τα αρνητικά συναισθήματα τα οποία συχνά βιώνονται από τους φροντιστές μπορεί να είναι τόσο αδύναμα που να εμποδίζουν την φυσιολογική λειτουργία. Αυτοί μπορεί να γίνουν απομονωμένοι και σε μερικές περιπτώσεις υποφέρουν από σοβαρές ψυχολογικές αντιδράσεις, όπως είναι η κατάθλιψη. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, η επίδραση πάνω στην οικογένεια μπορεί να χαρακτηριστεί σαν το "πέταγμα ενός χαλκιού μέσα σε μία λίμνη", οι επιδράσεις αυτές θα εξαπλωθούν. Οι συναισθηματικές επιδράσεις της φροντίδας δεν εξαφανίζονται ύστερα από την μείωση ή την λήξη της υποχρέωσης της φροντίδας, συχνά οι φροντιστές αναφέρουν ότι συνεχίζουν να αισθάνονται τις επιδράσεις αυτών των συναισθημάτων ύστερα από χρόνια, ακόμα και αν ο συγγενής τους έχει φτάσει σε σημείο μακρόχρονης φροντίδας ή ακόμα και αν έχει πεθάνει.

- **Κοινωνικές συνέπειες**

Είναι πολύ δύσκολο για τους φροντιστές που υποφέρουν από συναισθηματική επίδραση της φροντίδας, να διατηρούν μια κοινωνική ζωή έξω από τις υπευθυνότητες τους. Οι

φροντιστές δεν αισθάνονται μόνο σωματικά εξουθενωμένοι, αλλά και συναισθηματικά καταβεβλημένοι για να μπορούν να συναντήσουν άλλα άτομα ή να συνεχίσουν τις δραστηριότητες τους. Αυτοί συχνά αισθάνονται ότι δεν υπάρχει κάποιος που να μπορεί να καταλάβει την κατάσταση τους ή να θέλει να την συζητήσει. Οποιοσδήποτε φροντιστής σ' αυτήν την κατάσταση κινδυνεύει από απομόνωση, και αυτό είναι συνδεδεμένο με μια επιπλέον αύξηση της συναισθηματικής τους απόγνωσης.

## **B. Επίδραση στο άτομο με άνοια**

- **Πρακτικές συνέπειες**

Ο συναισθηματικά εξουθενωμένος φροντιστής, παρ' όλες τις καλές του προθέσεις, δεν θα είναι ικανός να παρέχει μία ήρεμη και δομημένη φροντίδα για τον συγγενή του. Το άτομο με άνοια βρίσκεται σε πολύ μεγάλο κίνδυνο να λάβει φροντίδα “επείγουσας κάλυψης”, η οποία μπορεί να μην έχει σχεδιαστεί και επομένως μπορεί να τον αποδιοργανώσει. Μακροπρόθεσμα, είναι πιθανόν το άτομο να εισαχθεί πιο γρήγορα σε μια μακρόχρονη φροντίδα υγείας.

- **Συναισθηματικές συνέπειες**

Το άτομο με άνοια ίσως δεν καταλαβαίνει πλήρως την ομιλία, αλλά μπορεί να καταλαβαίνει μια συναισθηματικά φορτισμένη ατμόσφαιρα και αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην διάθεσή του και επομένως και στην συμπεριφορά του.

- **Κοινωνικές συνέπειες**

Δεν είναι δυνατόν ο φροντιστής, ο οποίος υποφέρει, για παράδειγμα από κατάθλιψη, να μπορεί να σκεφθεί τις κοινωνικές ανάγκες του ατόμου με άνοια. Το άτομο με άνοια μπορεί επομένως να αισθάνεται ανεπιθύμητο ή ξεχασμένο, και να απομονωθεί. Η έλλειψη δραστηριοτήτων μπορεί να έχει σοβαρές επιδράσεις, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης κάποιων ικανοτήτων.

## **9.3 Ανάγκη εκπαίδευσης φροντιστών ασθενών με άνοια**

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

Διεθνώς, η κύρια προτεραιότητα για δράση είναι η ενημέρωση για τη νόσο Alzheimer στο γενικό πληθυσμό, τους πολίτες, τους επαγγελματίες υγείας και τους σχεδιαστές κοινωνικής πολιτικής. Η ενημέρωση είναι πρωταρχικός στόχος της Διεθνούς Ένωσης για τη Νόσο Alzheimer και όλες τις αντίστοιχες Εθνικές Ενώσεις που υποστηρίζει. Χρειάζεται να γίνει γνωστό ότι η απώλεια μνήμης δεν είναι ένα φυσιολογικό επακόλουθο της διαδικασίας της γήρανσης, αλλά ένα σύμπτωμα της νόσου. Δύο άλλες προτεραιότητες για δράση είναι η έγκαιρη διάγνωση της άνοιας και η εκπαίδευση των υγειονομικών στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά και των φροντιστών. Χρειάζεται άμεση και πλήρης ενημέρωση για τη νόσο, στις οικογένειες με το πάσχον μέλος, μα και συνεχή υποστήριξη

και συμβουλευτική σε μακρόχρονη βάση. Η υποστήριξη μπορεί να δοθεί από τις Εταιρείες Νόσου Alzheimer σε συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

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

(National Collaborating Centre for Mental Health, <<Dementia, the Nice-scie guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care>>, 2007)

## **9.4 Η μακροχρόνια φροντίδα των ασθενών με άνοια**

Οι υπηρεσίες που απευθύνονται σε ασθενείς με άνοια συνήθως ξεκινούν από τον κοινωνικό τους περίγυρο και, για ένα σημαντικό αριθμό ασθενών σταματούν εκεί. Η φροντίδα από εξειδικευμένους φορείς αποτελεί σημαντικό τμήμα της φροντίδας της άνοιας και ορισμένες μορφές της παρατείνουν το χρονικό διάστημα παραμονής του ασθενή στο σπίτι. Τα κέντρα ημέρας και τα νοσοκομεία ημέρας, παρέχοντας υψηλού επιπέδου υπηρεσίες στους ασθενείς και υποστήριξη στα άτομα που τους φροντίζουν, δεν βελτιώνουν μόνο το επίπεδο ζωής των ατόμων αλλά και διασφαλίζουν τη συνύπαρξη μέσα στην κοινότητα. Τα νοσοκομεία μπορούν επίσης να προσφέρουν εναλλασσόμενες περιόδους εσωτερικής περίθαλψης που ανακουφίζουν τα άτομα που έχουν τη φροντίδα των ασθενών, εστιάζοντας ταυτόχρονα στη σωματική υγεία του ασθενή και έχοντας την ευκαιρία να αξιολογήσουν τη μέχρι στιγμής αντιμετώπιση των συμπεριφορικών διαταραχών. Πρόκειται για μια καλή πρακτική που σχεδόν σίγουρα βελτιώνει την ποιότητα ζωής και, λόγω των διαστημάτων της κατ'οίκον φροντίδας μειώνει το συνολικό κόστος που θα προέκυπτε στην περίπτωση της μακροπρόθεσμης ιδρυματικής φροντίδας, αν και δεν έχουν συγκεντρωθεί ακόμα πολλά στοιχεία γύρω από αυτό το ζήτημα.

Εντούτοις παρά τη δεδομένη αξία της φροντίδας από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον σε εναλλαγή με κάποιον φορέα, η παροχή μακροπρόθεσμης φροντίδας από κάποιο φορέα είναι από πολλές απόψεις το σημαντικότερο κεφάλαιο του πακέτου των υπηρεσιών για την αντιμετώπιση της άνοιας. Είναι σίγουρα το σημαντικότερο οικονομικά, γιατί το μεγαλύτερο μέρος των άμεσων δαπανών για την άνοια καταναλώνεται στις μακροχρόνιες υπηρεσίες. Επίσης από οργανωτικής άποψης είναι το σημαντικότερο γιατί στη μακροχρόνια φροντίδα οι επαγγελματικές υπηρεσίες αντικαθιστούν τις άτυπες. Κυρίως, η εισαγωγή σε τέτοιου είδους φροντίδα σημαίνει ότι οι οικογένειες και οι φροντιστές έρχονται αντιμέτωποι με τα τελευταία και οριστικά στάδια της ασθένειας, δηλαδή εισέρχονται σε μια περίοδο που σε πολλούς προκαλεί θλίψη και αναστάτωση. Για τους ίδιους τους ασθενείς η μακροχρόνια φροντίδα είναι συνήθως, αν και όχι πάντα, μια περίοδος απώλειας της αυτονομίας τους και συχνά και της ίδιας τους της ατομικότητας. Η καλής ποιότητας φροντίδα καλύπτει όλο το φάσμα από το σωστό σχεδιασμό μέχρι την καλή παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Παρόλα αυτά η μακροπρόθεσμη φροντίδα υψηλής ποιότητας θα πρέπει να έχει σαν στόχο της τη διατήρηση της αξιοπρέπειας και, όσο είναι δυνατόν, της αυτονομίας του ανοϊκού ασθενή, καθώς και τη συντήρηση του πόλου της οικογένειας και του βασικού φροντιστή.

#### 9.4.1 Εισαγωγή του ασθενή στη μακροχρόνια φροντίδα

Η απόφαση να βάλουμε ένα συγγενή σε μονάδα μακροχρόνιας φροντίδας είναι δύσκολη. Δημιουργεί αφενός αισθήματα ενοχής και θλίψης και αφετέρου ανακούφιση από την αϋπνία και τις συνέπειες των συμπεριφορικών διαταραχών. Το αν και πότε είναι σωστό να γίνει αυτή η τοποθέτηση μπορεί να σχεδιαστεί από κοινού, από το συγγενή και την ομάδα επαγγελματιών που παρακολουθεί τον ασθενή. Σε άλλες περιπτώσεις η τοποθέτηση σε στέγη περίθαλψης συμβαίνει μετά από μια κρίση ή από την κλιμάκωση των προβλημάτων στο σπίτι. Σε μια μικρή μελέτη παρατηρήθηκε ότι πολλοί ασθενείς τοποθετήθηκαν σε τέτοιες μονάδες κοντά στις γιορτές των Χριστουγέννων, περίοδος που, όπως έχει παρατηρηθεί αυξάνει πολύ το στρες. Η αλλαγή του περιβάλλοντος, οι επισκέψεις από μακρινότερους συγγενείς, η γενική ένταση και το άγχος αυτής της περιόδου, αυξάνουν το στρες σε φροντιστές και ασθενείς και οδηγούν σε κρίσεις. Άλλα στοιχεία για το ότι η τοποθέτηση δεν ακολουθεί πάντα τα ίδια κριτήρια, που προέρχονται από μια μελέτη για το βαθμό εξάρτησης των ενοίκων πολλών στεγών περίθαλψης, έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι με μικρό βαθμό εξάρτησης είναι συνηθέστερα αυτοχρηματοδοτούμενοι σε αντίθεση με όσους έχουν υψηλό βαθμό εξάρτησης, τα έξοδα των οποίων τα καλύπτει το κράτος. Έτσι, μπορούμε να υποθέσουμε ότι οι πόροι και το κόστος παίζουν ένα ρόλο στην απόφαση για την τοποθέτηση.

Στα γενικά χαρακτηριστικά της μακροχρόνιας φροντίδας βλέπουμε κάποια που συναντώνται συχνά στον ασθενή και στο φροντιστή. Οι άντρες φροντιστές δρουν διαφορετικά από τις γυναίκες και κάνουν μεγαλύτερη χρήση της γκάμας των προσφερόμενων υπηρεσιών, ενώ οι γυναίκες τείνουν να στρέφονται περισσότερο στον εαυτό τους και στην οικογένεια. Έτσι αν ο φροντιστής είναι η σύζυγος, η εισαγωγή σε στέγη περίθαλψης μπορεί να καθυστερήσει περισσότερο από ότι αν είναι ο σύζυγος. Οι σύζυγοι αποδεικνύονται συνήθως πιο αφοσιωμένοι στη φροντίδα από ότι οι άλλοι συγγενείς και η παρουσία τους μειώνει την πιθανότητα εισαγωγής σε ίδρυμα.

Επίσης παρατηρήθηκε ότι οι παράγοντες που προμηνύουν την μεσοπρόθεσμη εισαγωγή δεν είναι ίδιοι με εκείνους που επιταχύνουν την εισαγωγή στη μακροχρόνια φροντίδα συνήθως είναι συνέπεια έντονων διαταραχών της συμπεριφοράς, και ιδίως επιθετικότητας. Έτσι, οι ασθενείς που ζητούν μακροχρόνια φροντίδα είναι πιθανότερο να έχουν διαταραχές της συμπεριφοράς και συγκεκριμένα αϋπνία ή σωματικά προβλήματα όπως ακινησία και ακράτεια. (Ιάτωρ, <<Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας ασθενών με άνοια>>, 2009)

### **9.5 ΤΑ ΚΕΝΤΡΑ ΗΜΕΡΑΣ ΚΑΙ Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥΣ**

Τα κέντρα ημέρας ανήκουν στην Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών είναι μη κερδοσκοπικός οργανισμός, ο οποίος ιδρύθηκε το 2002 από συγγενείς ανοϊκών ασθενών και επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τη νόσο Αλτσχάιμερ. Το πρώτο κέντρο Ημέρας έγινε στην Αθήνα το 2005, το δεύτερο στο Βόλο το 2006, το τρίτο στα Χανιά τον ίδιο χρόνο, το τέταρτο στη Θεσσαλονίκη το 2007, το πέμπτο στην Αθήνα τον ίδιο χρόνο και ακολούθησαν στο Ηράκλειο, στην Ξάνθη, στη Ρόδο, στην Πάτρα.

Τα κέντρα ημέρας δημιουργήθηκαν για τη φροντίδα των ηλικιωμένων με νοητικές και ήπιες ψυχιατρικές διαταραχές. Είναι ένα βήμα μετά τη δημιουργία των ΚΑΠΗ (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) όπου οι ηλικιωμένοι επικοινωνούν χαίρονται και δημιουργούν. Όραμα των επιστημόνων που ξεκίνησαν αυτές τις δραστηριότητες είναι να εφαρμόζονται προγράμματα που βοηθούν στην επικοινωνία μεταξύ των ασθενών με

εγκεφαλικές διαταραχές και να συμμετέχουν σε διάφορες νοητικές λειτουργίες, έτσι ώστε οι απόμαχοι της ζωής να φεύγουν για την αιωνιότητα ευχαριστημένοι με τη γλυκύτερη γεύση αυτών που συνεχίζουν να μένουν πίσω.

Τα Κέντρα Ημέρας λειτουργούν ως μονάδες ημερήσιας θεραπευτικής φροντίδας ασθενών με νόσο Αλτσχάιμερ και μορφές άνοιας. Σκοπός τους είναι η διατήρηση των νοητικών και λειτουργικών δεξιοτήτων των ασθενών για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και η διατήρηση της κοινωνικότητάς τους. Το πρόγραμμα των Κέντρων Ημέρας περιλαμβάνει:

1. Νευροψυχολογική εκτίμηση
2. Ιατρική αξιολόγηση
3. Οδοντιατρική αξιολόγηση
4. Εκτίμηση κινητικών προβλημάτων
5. Εκτίμηση ψυχολογικών διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς καθώς και η αντιμετώπισή τους.
6. Θεραπευτικές τεχνικές για τις νοητικές λειτουργικές διαταραχές, οι οποίες περιλαμβάνουν:
  - Ασκήσεις προσοχής
  - Ασκήσεις γλωσσικών δεξιοτήτων
  - Μουσικοθεραπεία
  - Εικαστική θεραπεία, ζωγραφική
  - Χορός χοροθέατρο
  - Ποίηση-βιβλιοανάγνωση
  - Πρόκληση ευχάριστων αναμνήσεων(θεραπεία δι' αναμνήσεων)
  - Άσκηση προσανατολισμού σε χρόνο και τόπο
  - Εκπαίδευση στην αυτοαξιολόγηση της ζωής
  - Φυσιοθεραπεία
  - Δημιουργική απασχόληση(κολάζ, ζωγραφική, κηπουρική, μαγειρική κ.α.)

(Πανελλήνιος Σύλλογος οικογενειών για την Ψυχική Υγεία<< Δημιουργία Κέντρων Ημέρας Στην Ελλάδα>>)

## Συμπεράσματα

Στον 21<sup>ο</sup> αιώνα υπάρχουν πολλές ασθένειες που ταλαιπωρούν τους ανθρώπους και μία από αυτές είναι η άνοια. Για την εμφάνιση της νόσου της άνοιας έχουν συντελέσει πολλοί παράγοντες, που παλαιότερα δεν υπήρχαν σε τόσο μεγάλο βαθμό, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και άλλοι πολλοί οι οποίοι είτε συνδέονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής και την αύξηση των αναγκών των ανθρώπων είτε με οργανικούς παράγοντες.

Το είδος της άνοιας με τους περισσότερους ασθενείς είναι η νόσος Alzheimer και ακολουθεί η νόσος Parkinson. Η αντιμετώπιση της άνοιας περιλαμβάνει τόσο τη φαρμακευτική θεραπεία η οποία εξελίχθηκε τα τελευταία χρόνια, σε φάρμακα που δίνονται αφού νοσήσει κάποιος από την άνοια και στην μη φαρμακευτική θεραπεία, η οποία βοηθά πολύ τους ανοϊκούς ασθενείς να αντιμετωπίσει την ασθένεια και να βελτιώσει τόσο την υγεία του, όσο και την εξέλιξη της νόσου.

Ωστόσο ασθένειες όπως η κατάθλιψη, το παραλήρημα και άλλες ψυχιατρικές και οργανικές νόσοι οδηγούν σε αργή και προοδευτική απώλεια της μνήμης και στην σύγχυση των συμπτωμάτων μεταξύ αυτών και της άνοιας.

Τέλος, ο ρόλος του φροντιστή που μπορεί να είναι είτε συγγενικό πρόσωπο, είτε νοσηλευτής θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των ασθενών αυτών και να επιλύουν τα προβλήματά τους. Οι οικογενειακοί φροντιστές μπορούν να στηριχτούν σε επιστημονικούς συνεργάτες για τις συνέπειες που εμφανίζονται στην διάρκεια της φροντίδας τους σε ανοϊκό ασθενή. (Graham and Warner 2009)



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Benjamin and Virginia Sadock (2007), Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής. Νέα έκδοση, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσαζ, Αθήνα.
2. Coler S.M. and Vincent (1997), Psychological nursing care. 2<sup>nd</sup> edition, British medical association, London.
3. Folstein M.F, Folstein S.E. and McHugh (1975), Mini mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatr Res.
4. Graham N. and Warner J. (2009), Alzheimer disease and other dementias. 1<sup>st</sup> Edition, Family doctor publications, British.
5. Hodkinson HM (1972), Evaluation of a mental test score for assessment of mental impairment in the elderly. Age and Aging 1, 233-236.
6. Kirby M. et al (2001) The clock drawing test in primary care: sensitivity in dementia detection and specificity against normal and depressed elderly. Int J Geriatr Psychiatry, 16:935-940.
7. Lawton M.P. and Brody E.M. (1969), Assessment of older people : Self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist. 9, 179-186.
8. Lindeasy J., Rockwood K. and Rolston D. (2002), Epidemiology of delirium. 1<sup>st</sup> edition, University press, Oxford.
9. Larry Squire and Nelson Butter (1984), Neuropsychology of memory. 2<sup>nd</sup> Edition, Guilford Press, New York.
10. Sally J. Redford and Ross Fiona (2011), Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων. 2<sup>ο</sup> Βιβλίο, Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα.
11. Αθανάτου Κ. Ε. (2007), Παθολογική και Χειρουργική Κλινική Νοσηλευτική. Η Έκδοση, εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα.
12. Εταιρία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Αθηνών : Πρακτικές οδηγίες για επιτυχημένα γηρατεία χωρίς άνοια. Εγχειρίδιο, Εκδόσεις Novartis.
13. Μεντενόπουλος και Μπούρας (2002), Η νόσος Alzheimer. Γ΄ Έκδοση, Εκδόσεις University studio press, Θεσσαλονίκη.
14. Πλατή Δ.Χ. (2008), Γεροντολογική νοσηλευτική. Η Έκδοση, εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα.
15. Ραγιά Χ.Α. (2007), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας. ΣΤ΄ Έκδοση, εκδόσεις Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε., Αθήνα.
16. Σακκά, Λυμπεροπούλου και Νικολάου (2002), Ζώντας με τον ανοϊκό ασθενή. Εγχειρίδιο φροντιστών. 8, 1-55.
17. Τάσκος Ν. (2010), Νευρολογία: Συνοπτική και εικονογραφημένη. University studio press, Θεσσαλονίκη.
18. Τσολάκη και Κάζης (2005), Άνοια ιατρική και κοινωνική πρόκληση. Β΄ Έκδοση, εκδόσεις University studio press, Αθήνα.
19. Τσολάκη (1999), Ζώντας με νόσο Alzheimer. Εκδόσεις Novartis, Αθήνα.

20. Εταιρία νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών Αθηνών : Πρακτικές οδηγίες για επιτυχημένα γηρατειά χωρίς άνοια.Εγχειρίδιο,Εκδόσεις Novartis.
21. Γαβράς Ευριπίδης (2013), <<Οι λύσεις πέρα από τα φάρμακα>>, η Σημερινή. Διαθέσιμη ιστοσελίδα: <http://www.sigmalive.com/simerini/news/health/548789>
22. Σπανάκης Γεώργιος(2010) Brain fitness net: <<Παράγοτες κινδύνου για άνοια και πρόληψη.>> Διαθέσιμη ιστοσελίδα: [http://www.brainfitness.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=31%3A2010-12-26-23-52-52&catid=10%3A2010-12-26-23-59-25&Itemid=15&lang=el](http://www.brainfitness.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=31%3A2010-12-26-23-52-52&catid=10%3A2010-12-26-23-59-25&Itemid=15&lang=el).
- Λέπουρας Αντώνης (2011) <<Διαβήτης και άνοια>>Enet: περιοδικό υγεία και επιστήμη. Διαθέσιμη ιστοσελίδα: [www.enet.gr/?i=news.el.article&id=289498](http://www.enet.gr/?i=news.el.article&id=289498).
23. Giwtakos, (2009)<< Η μακροχρόνια φροντίδα των ασθενων με άνοια>> Διαθέσιμη ιστοσελίδα: [www.iator.gr/2009/12/10/frontida-giotakos/](http://www.iator.gr/2009/12/10/frontida-giotakos/) .
24. Media center,<<Eight questions consumer should ask on the threat of mad cow disease>>, (2003) Διαθέσιμη ιστοσελίδα: [www.who.int/mediacenter/news/releases/2003/pr5/en/](http://www.who.int/mediacenter/news/releases/2003/pr5/en/)
25. National collaborating centre for medical health dementia,(2007) << The nice-scie guideling on supporting people with dementia and their carers in health and social care>> Published by The British psychological society and Gaskell. Διαθέσιμη ιστοσελίδα: [www.scie.org.uk/publications/misc/dementia/dementia-fullguideline.pdf](http://www.scie.org.uk/publications/misc/dementia/dementia-fullguideline.pdf)
26. Visser F. et al.(1994), << Alzheimer και σύνδρομο down>>, European Down's Syndrome assosiation newsletter, Τεύχος 5. Διαθέσιμη Ιστοσελίδα: [http://down.gr/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=145%3Aalzheimer-down&catid=40%3A2009-05-21-10-53-31&Itemid=89&lang=el](http://down.gr/site/index.php?option=com_content&view=article&id=145%3Aalzheimer-down&catid=40%3A2009-05-21-10-53-31&Itemid=89&lang=el)
27. Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία,(2011) <<Δημιουργία κέντρων ημέρας στην Ελλάδα>>, Διαθέσιμη ιστοσελίδα: [www.iatronet.gr/sopsi/page.asp?pid=64](http://www.iatronet.gr/sopsi/page.asp?pid=64) .