



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η νόσος Alzheimer και νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Πτυχιακή εργασία
της σπουδάστριας

Τζαφάνη Φραντσέσκα
8793

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΚΟΝΔΡΑ ΜΑΡΙΑ

Σεπτέμβριος 2019

«Αυτό που έχει σημασία στη ζωή δεν είναι τι σου συμβαίνει, αλλά τι θυμάσαι και πώς το θυμάσαι.»

Γκαμπριέλ Γκαρσία Μαρκές, 1927-2014, Κολομβιανός συγγραφέας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα «Η νόσος Alzheimer και νοσηλευτικές παρεμβάσεις» πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας του τμήματος Νοσηλευτικής του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Πάτρας το έτος 2019. Αξίζει λοιπόν, να αφιερώσω την παρούσα σελίδα για να ευχαριστήσω ειλικρινά τα άτομα αυτά για τη βοήθεια που μου προσέφεραν. Αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας την κυρία Σκόνδρα Μαρία για τη συνεχή καθοδήγηση και την υποστήριξη της. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου που με στήριξε όλα αυτά τα χρόνια.

Τζαφάνη Φραντσέσκα

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ALZHEIMER.....	11
Α ΜΕΡΟΣ.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	14
ΤΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΗΡΑΣ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	20
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	22
3.1 ΑΝΟΙΑ	22
3.2 ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	26
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	30
5.1 ΝΕΥΡΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER	30
5.2 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	32
5.2.1 Νόηση.....	32
5.2.2 Παραγωγή λόγου.....	34
5.2.3 Κατανόηση λόγου.....	35
5.3 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	36
5.4 ΠΡΟΛΗΨΗ.....	40
5.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	40
5.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	42
5.7 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	44
6.1 ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER	44
6.2 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ALZHEIMER	46
6.2.1 Αξονική τομογραφία (CT).....	46
6.2.2 Δομική Μαγνητική Τομογραφία (structural MRI - sMRI).....	47
6.2.3 Απεικόνιση διάχυσης	47
6.2.4 Φασματοσκοπία μαγνητικού συντονισμού	49
6.2.5 Τομογραφία εκπομπής φωτονίων, SPECT	50
6.2.6 Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET).....	50

6.2.7 Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων συνδυαστικά με την αξονική τομογραφία (PET/CT)	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	53
ΤΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ALZHEIMER	53
Β ΜΕΡΟΣ	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	57
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	64
ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	67
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	67
Γ ΜΕΡΟΣ	71
ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ	72
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	81
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	83
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	86

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παρούσα εργασία είναι μια προσπάθεια ολιστικής προσέγγισης της νόσου έχοντας ως κεντρικό άξονα την ανάλυση της έννοιας Alzheimer και τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετηθεί και ν' αναπτυχθεί η νόσος Alzheimer τόσο σε επιστημονικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Ταυτόχρονος στόχος είναι να μελετηθεί και ο ρόλος του νοσηλευτή στην πορεία της νόσου.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων και ερευνών των τελευταίων χρόνων με σκοπό να παρουσιαστεί η νευροπαθολογία της νόσου, το προφίλ των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο, οι κοινωνικές διαστάσεις και η παρέμβαση της ιατρικής κοινότητας και ιδίως των νοσηλευτών σε περιστατικά ατόμων με άνοια τύπου Alzheimer.

Αποτελέσματα: Το Alzheimer αποτελεί μία νόσο που ταλανίζει τον σύγχρονο άνθρωπο χωρίς να υπάρχει ίαση. Η εξέλιξη της νόσου επηρεάζει έντονα και το οικογενειακό περιβάλλον των ασθενών. Έρευνες έχουν δείξει ότι ένα υψηλότερο μορφωτικό και βιοτικό επίπεδο μειώνει τις δυνατότητες εμφάνισης της νόσου.

Συμπεράσματα : Εφόσον η νόσος είναι νευροεκφυλιστική, η αντιμετώπιση της σχετίζεται με την αξιοπρεπή διαβίωση και την παράταση του χρόνου ζωής του ασθενούς. Στο πλαίσιο αυτό , γίνεται αντιληπτό πόσο σημαντική είναι η συνεισφορά στην αντιμετώπιση της νόσου μιας διεπιστημονικής ομάδας, στην οποία σημαντικό ρόλο παίζει ο νοσηλευτής.

Λέξεις Κλειδιά: Alzheimer, άνοια, ήπια γνωστική έκπτωση, εκφυλισμός εγκεφάλου, φροντιστές, παρηγορητική φροντίδα, νοσηλευτική διεργασία

ABSTRACT

Introduction: The present work is an attempt at a holistic approach to the disease, focusing on analyzing the Alzheimer's concept and nursing interventions.

Purpose: The purpose of the present study is to study and develop Alzheimer's disease both scientifically and socially. The simultaneous aim is to study the role of the nurse in the course of the disease.

Methodology: A literature review of recent articles and research was carried out to present the neuropathology of the disease, the profile of patients suffering from the disease, the social dimensions and intervention of the medical community, and especially nurses in cases of Alzheimer's disease .

Results: Alzheimer's is a disease that ill modern humans without any cure. The development of the disease has a profound effect on the patients' family environment. Studies have shown that a higher educational and living standard reduces the chance of developing the disease.

Conclusions: Since the disease is neurodegenerative, its treatment is related to the dignified living and prolongation of the patient's life. In this context, it is realized how important is the contribution to the treatment of the disease of an interdisciplinary team, in which the nurse plays an important role.

Keywords: Alzheimer's, dementia, mild cognitive decline, brain degeneration, carers, palliative care, nursing process

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μία από τις ασθένειες που ταλανίζουν τον σύγχρονο άνθρωπο είναι η νόσος Alzheimer. Το Alzheimer είναι μια εκφυλιστική νόσος που αργά και προοδευτικά καταστρέφει τα εγκεφαλικά κύτταρα. Δεν είναι λοιμώδης και μεταδοτική , αλλά είναι η πιο κοινή μορφή άνοιας.

Η παρούσα εργασία είναι μια βιβλιογραφική έρευνα, η οποία στο πρώτο μέρος της, ξεκινάει αναλύοντας την ανατομία του εγκεφάλου και το φυσιολογικό γήρας. Στην συνέχεια αναλύεται ο όρος «άνοια» , «η ήπια γνωστική έκπτωση», με σκοπό την αποφυγή σύγχυσης των δύο όρων και τέλος γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή για τη νόσο. Το κεφάλαιο συνεχίζει αναλύοντας την νευροπαθολογία της νόσου και εστιάζει στις επιδράσεις της, τα στάδια εξέλιξής της, την πρόληψη και την αντιμετώπιση της. Έπειτα εξετάζονται οι παράγοντες κινδύνου, καθώς και οι νευροψυχολογικές εξετάσεις και οι τεχνικές απεικόνισης για τη διάγνωση της νόσου. Το πρώτο μέρος της βιβλιογραφίας ολοκληρώνεται προσεγγίζοντας το κοινωνικό στίγμα και τον ρόλο των φροντιστών -ένας πολύ σημαντικός, υπεύθυνος και δύσκολος ρόλος που αναλαμβάνουν κάποια άτομα για την φροντίδα των ασθενών.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, η νόσος προσεγγίζεται από μια εντελώς διαφορετική οπτική γωνία, αυτή του νοσηλευτή. Εδώ, τονίζεται η σημαντικότητα της βοήθειας ενός ανθρώπου εξειδικευμένου πάνω σε θέματα που αφορούν την διάγνωση της νόσου, την διαχείριση του ασθενούς και της ασθένειας του. Σημαντικό ρόλο παίζει και η παρηγορητική φροντίδα που μπορούν αυτά τα άτομα

να παρέχουν στους ασθενείς. Το μέρος αυτό, ολοκληρώνεται με την λεπτομερή εξέταση της νοσηλευτικής διεργασίας.

Η εργασία ολοκληρώνεται στο τρίτο μέρος, στο οποίο γίνεται εφαρμογή της νοσηλευτικής διεργασίας σε περιστατικά ασθενών.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Παγκόσμια η συχνότητα της νόσου Alzheimer αυξάνεται ραγδαία, όταν το άτομο περάσει στο στάδιο της γήρανσης. Ωστόσο, στην Ελλάδα η συχνότητα αυτής της τόσο σημαντικής και διαδεδομένης νόσου είναι άγνωστη λόγω απουσίας σχετικών μελετών. Ανάχθηκαν στον ελληνικό πληθυσμό δεδομένα άλλων χωρών, σήμερα στην Ελλάδα εικάζεται πως υπάρχουν 150.000-200.000 ασθενείς που υποφέρουν από το Alzheimer. Υπάρχει βέβαια η πρόβλεψη ότι το 2050 θα έχουν ξεπεράσει τους 500.000.

Σε αντίθεση με τα περισσότερα αναπτυγμένα κράτη, στη χώρα μας υπάρχει σχεδόν πλήρης απουσία όχι μόνο δεδομένων, αλλά και κάθε είδους σχεδιασμού σχετικά με τη σύγχρονη αυτή επιδημία. Για το λόγο αυτό έχει ξεκινήσει μια μεγάλη επιδημιολογική μελέτη με σκοπό να συγκεντρωθούν δεδομένα και να καταγραφούν για πρώτη φορά στην Ελλάδα η συχνότητα της Νόσου Αλτσχάιμερ, των λοιπών ανοιών, της Ήπιας Νοητικής Έκπτωσης και άλλων σχετιζόμενων νευρολογικών ασθενειών (Αγγειακά Εγκεφαλικά, Τρόμος, νόσος Πάρκινσον κλπ). Στο πλαίσιο της μελέτης εξετάζεται εξονυχιστικά από Νευρολόγους, Νευροψυχολόγους και άλλους επαγγελματίες υγείας ένα τυχαίο δείγμα κατοίκων

της περιοχής του Αμαρουσίου, 65 ετών και άνω. Η μελέτη αυτή διεξάγεται από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών – Αιγινήτειο Νοσοκομείο σε συνεργασία με την Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών Αθηνών.

Α ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΗΡΑΣ

Με τη γήρανσή του, κάθε άτομο, έχει να αντιμετωπίσει μια προοδευτική έκπτωση των μηχανισμών προσαρμογής και ομοιοστασίας του οργανικού τους συστήματος. Η έκπτωση αυτή ξεκινάει από τη τρίτη δεκαετία της ζωής του και είναι βαθμιαία και προοδευτική, αν και ο ρυθμός της διαφέρει από άτομο σε άτομο και καθορίζεται κατά κύριο λόγο από την ιδιοσυγκρασία του ατόμου και στη συνέχεια από τους περιβαλλοντικούς παράγοντες. Πιο αναλυτικά παρατηρούνται οι εξής μεταβολές στους παρακάτω τομείς:

Νοημοσύνη: Έχουν γίνει προσπάθειες να αξιολογηθεί η νοημοσύνη των γηραιότερων μέσω σύγκρισης σε τεστ νοημοσύνης με τους νεότερους. Αυτό δεν ήταν αξιόπιστο διότι έχουν ζήσει σε διαφορετικό περιβάλλον με διαφορετικά ερεθίσματα. Επίσης, οι ηλικιωμένοι χαρακτηρίζονται από βραδύτερο χρόνο αντίδρασης που οδηγεί σε χαμηλότερη επίδοση στα τεστ νοημοσύνης. Στη συνέχεια, θα αναφερθούν κάποια γενικά χαρακτηριστικά:

1. Κάποιες γνωστικές ικανότητες αρχίζουν να μειώνονται από τα 25 έτη ενώ άλλες παραμένουν σταθερές σε ολόκληρη τη διάρκεια της ζωής.
2. Μερικές γνωστικές εκπτώσεις ξεκινούν από τα 67 έτη του ατόμου. Χωρίς αυτό να σημαίνει πως είναι σοβαρό. Η σοβαρή μείωση γνωστικών ικανοτήτων όχι όμως ραγδαία ξεκινά μετά τα 81 έτη.

3. Παρατηρούμε και ατομικές αποκλίσεις στις γνωστικές εκπτώσεις.
4. Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την νοημοσύνη είναι το κοινωνικοπολιτικό περιβάλλον, η μόρφωση και οι πιθανές παθήσεις.

Είναι αναγκαίο να δίνονται κίνητρα στους ηλικιωμένους προκειμένου να διατηρούν τις νοητικές τους ικανότητες μέσω καθημερινών δραστηριοτήτων. Τέλος, σημαντικά οφέλη παρατηρούνται όταν οι ηλικιωμένοι εκτίθενται σε γνωστικές ασκήσεις. (Feldman, 2011)

Εκτελεστικές λειτουργίες: Οι εκτελεστικές λειτουργίες είναι οι ανώτερες γνωστικές λειτουργίες, που μας επιτρέπουν να οργανώνουμε, να σχεδιάζουμε, να ελέγχουμε, να είμαστε ευέλικτοι, να σκεφτόμαστε αφηρημένα, να αναστέλλουμε τις αυτόματες αντιδράσεις, όταν δεν είναι πλέον χρήσιμες, και να λύνουμε προβλήματα. Οι ικανότητες αυτές φαίνεται πως είναι ευαίσθητες στις επιδράσεις του φυσιολογικού γήρατος, ειδικά μετά τα 70. Ειδικότερα, η δυσκολία γίνεται μεγαλύτερη όσο πιο καινούρια και διαφορετική είναι η κατάσταση, που καλείται κάποιος να αντιμετωπίσει.

Μνήμη: Έχει παρατηρηθεί πως η εκτίμηση που χαίρουν οι ηλικιωμένοι στο κοινωνικό πλαίσιο σχετίζεται άμεσα με την έκπτωση στη μνήμη τους. Παρόλο που η έκπτωση των μνημονικών ικανοτήτων είναι συνδεδεμένη με την τρίτη ηλικία, αυτό δεν είναι πάντα αλήθεια. Αρχικά, με τη γήρανση του ατόμου παρατηρούνται ελλείμματα στην μνήμη των επεισοδίων(τη μνήμη που σχετίζεται με συγκεκριμένες εμπειρίες), ενώ μένουν ανεπηρέαστες η σημασιολογική μνήμη (γενικές γνώσεις) και η άδηλη μνήμη (αποκρυσταλλωμένη μνήμη π. χ ικανότητα να κάνεις ποδήλατο). Όσον αφορά τη βραχύχρονη μνήμη παρατηρείται σταδιακή εξασθένηση μέχρι τα 70 έτη και κατόπιν παρατηρείται μεγαλύτερη φθορά. Ιδιαίτερη δυσκολία

απομνημόνευσης παρουσιάζεται στις πληροφορίες που παρατίθενται λεκτικά με γρήγορο ρυθμό και σε ζητήματα που είναι τελείως άγνωστα και πρωτόγνωρα (π.χ. ιατρικές οδηγίες). Όσον αφορά την αυτοβιογραφική μνήμη ισχύουν οι ίδιες αρχές που ισχύουν και στους ενήλικες. Σύμφωνα με την αρχή της Πολυάννας, είναι πιο εύκολη η ανάκληση ευχάριστων γεγονότων καθώς και η προσαρμογή των όσων είχαν ζήσει στο παροντικό τους προφίλ. Παρατηρείται καλύτερη ανάκληση παλιών περιόδων της ζωής απ' ό, τι των πρόσφατων δεκαετιών (π. χ ένας 70χρονος ανακαλεί γεγονότα από την ηλικία των 20-30), όχι όμως τόση πλήρης όσο η ανάκληση πρόσφατων γεγονότων. Τέλος, στις διεργασίες κωδικοποίησης και ανάσυρσης, ώστε να αποκρυσταλλωθούν οι πληροφορίες στην μακροπρόθεσμη μνήμη παίζει ρόλο το γνωστικό υπόβαθρο του ατόμου πάνω στο θέμα. Προκειμένου να ανασυρθούν πληροφορίες υπάρχουν τεχνικές και στρατηγικές (π. χ μέσω ερωτήσεων), ώστε να ενισχυθεί αυτό το κομμάτι της μνήμης. Κλείνοντας το κομμάτι της μνήμης αξίζει ν' αναφερθεί πως οι καθημερινές ευθύνες κρατούν σε εγρήγορση τον ηλικιωμένο. Έχουν παρατηρηθεί αυξημένες εκπτώσεις στη μνήμη των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε οίκους ευγηρίας, καθώς δεν χρειάζεται να μεριμνούν οι ίδιοι για τις καθημερινές τους ανάγκες. (Feldman, 2011)

Προσοχή: Με τον όρο «προσοχή» αναφερόμαστε στη λειτουργία εκείνη, που μας επιτρέπει να εστιάζουμε και να συγκεντρωνόμαστε σε ένα ή περισσότερα ερεθίσματα. Τα πιο απλά έργα είναι αυτά, που απαιτούν την εστίαση της προσοχής σ' ένα ερέθισμα και τη διατήρησή της σε αυτό (π.χ. παρακολούθηση εκπομπής στην τηλεόραση). Σε αυτά τα έργα η επίδραση της ηλικίας είναι μικρή. Αντιθέτως, σε πιο πολύπλοκα έργα η επίδραση της ηλικίας είναι αισθητή. Στα πολύπλοκα έργα προσοχής περιλαμβάνονται αυτά, στα οποία το άτομο πρέπει να εστιάσει σε ένα

ερέθισμα και να αγνοήσει άλλα που μπορεί να τον αποσπούν (π.χ. διάβασμα βιβλίου, ενώ τα παιδιά κάνουν φασαρία), να εκτελεί δύο οι περισσότερες ενέργειες ταυτόχρονα (π.χ. οδήγηση και τηλέφωνο), ή να εναλλάσσει την προσοχή του από ένα έργο σε άλλο (π.χ. η γραμματέας που πρέπει εναλλάξ να στέλνει μηνύματα, να απαντάει τηλέφωνα, να ανοίγει σε πελάτες).

Ταχύτητα επεξεργασίας: Η ταχύτητα επεξεργασίας, δηλαδή η ταχύτητα με την οποία εκτελούνται οι γνωστικές δραστηριότητες, αλλά και οι κινητικές αντιδράσεις, επηρεάζεται σημαντικά ως αποτέλεσμα των αλλαγών που συμβαίνουν κατά το φυσιολογικό γήρας. Η έκπτωση στην ταχύτητα επεξεργασίας ξεκινάει ήδη από την 3η δεκαετία της ζωής και μπορεί να επηρεάζει ποικίλους άλλους γνωστικούς τομείς. Εν ολίγοις, η ταχύτητα της γνωστικής επεξεργασίας είναι ο χρόνος που μεσολαβεί από την στιγμή που θα λάβουμε πληροφορίες μέχρι να τις καταλάβουμε και να αρχίσουμε να ανταποκρινόμαστε. Στην επεξεργασία πληροφοριών παρατηρούνται αρκετές αλλαγές. Μια βασική φυσιολογική αλλαγή που παρατηρείται στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων είναι η μείωση της ταχύτητας των πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο, πράγμα που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που απαιτείται για να εκτελέσουν κάτι, να σκεφτούν ή να πάρουν μια απόφαση. Η προοδευτική αύξηση του χρόνου αντίδρασης (δηλαδή του χρόνου που απαιτείται από τη στιγμή που παρουσιάζεται ένα ερέθισμα μέχρι την εκδήλωση της αντίδρασης σε αυτό), είναι κάτι που αρχίζει από την ενήλικη ζωή αλλά γίνεται ιδιαίτερα εμφανές στους ηλικιωμένους. Αυτό σημαίνει τι με την αύξηση της ηλικίας υπάρχει επιβράδυνση των νοητικών λειτουργιών και της εκτέλεσης των αντιδράσεων σε ερεθίσματα και αυτή η επιβράδυνση αφορά κάθε είδους γνωστική επεξεργασία. Η γενικευμένη μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας των πληροφοριών

επιτείνει τις συνέπειες της αισθητηριακής μείωσης, καθυστερώντας το χρόνο αντίδρασης στα ακουστικά και οπτικά σήματα, πράγμα που έχει επιπτώσεις στην επικοινωνία, στην οδήγηση κ. α. Μέρος της επιβράδυνσης της επεξεργασίας των πληροφοριών στους ηλικιωμένους μπορεί να οφείλεται στη μικρότερη αποτελεσματικότητα των διεργασιών της προσοχής. Αυτό φαίνεται στη μεγαλύτερη δυσκολία που έχουν οι ηλικιωμένοι σε σχέση με τους νέους να συντονίσουν και να ολοκληρώσουν σε ένα ενιαίο σύνολο πολλαπλές πληροφορίες που παρουσιάζονται ταυτόχρονα. Επίσης, στη μικρότερη ικανότητά τους να αγνοούν ή να αναστέλλουν την επεξεργασία άσχετων πληροφοριών, καθώς και στη δυσκολία να μοιράζουν την προσοχή τους ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα σύνθετα έργα ταυτοχρόνως. Έτσι, οι ηλικιωμένοι θέλουν περισσότερο χρόνο προκειμένου να προσέξουν με τη σειρά όλα τα στοιχεία μιας κατάστασης ώστε να κρίνουν ποια είναι κρίσιμα και ποια όχι προκειμένου να καταλήξουν σε μια απόφαση όταν η κατάσταση είναι σύνθετη.

Οπτικοχωρικές και κατασκευαστικές ικανότητες: Αυτές οι λειτουργίες αφορούν στην ικανότητα αντίληψης του χώρου δισδιάστατα ή τρισδιάστατα. Οι οπτικοχωρικές, που περιλαμβάνουν την αντίληψη και αναγνώριση αντικειμένων και προσώπων, την αντίληψη του χώρου και τον υπολογισμό της απόστασης, παραμένουν σταθερές κατά το φυσιολογικό γήρας. Αντίθετα, οι κατασκευαστικές ικανότητες (π.χ. η συναρμολόγηση ενός επίπλου με τη συνένωση των μερών του) φαίνεται να επηρεάζονται αρνητικά από το γήρας.

ΟΜΙΛΙΑ

Αναπνευστικό σύστημα: Τα εσωτερικά όργανα κι συστήματα του σώματος γερνάνε με το δικό του ρυθμό το καθένα. Η καρδιά και οι αρτηρίες γερνούν με ένα ρυθμό, το συκώτι με άλλον και το νευρικό σύστημα με το δικό του. Οι πνεύμονες με

τη σειρά τους χαρακτηρίζονται από ταχεία απώλεια της λειτουργικής τους δύναμης καθώς προχωράει η ηλικία. Έχει υπολογιστεί ότι η ζωτική ικανότητα των πνευμόνων, δηλαδή το μέγιστο ποσοστό του οξυγόνου που μπορούν να κρατήσουν σε μια και μόνο αναπνοή(εισπνοή-εκπνοή), στην ηλικία των εβδομήντα πέντε(75) ετών αντιστοιχεί στο 56% της αντίστοιχης ζωτικής ικανότητας των πνευμόνων του μέσου τριαντάχρονου. Το ποσοστό αυτό πέφτει ακόμα περισσότερο κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης και φτάνει στο 40% αντίστοιχα. Η βραχεία αυτή αναπνοή τείνει να μειώνεται ακόμη περισσότερο, όταν αυτοί καταβάλλουν σωματική προσπάθεια και επανέρχεται στ' αρχικά επίπεδα με βραδύ ρυθμό. Συνεπώς, αντιλαμβανόμαστε πως υπάρχει έλλειψη επαρκούς εισπνεόμενου αέρα προκειμένου να πραγματοποιηθεί η ομιλία. (Αβεντισιάν, 2000)

Γλώσσα- λόγος: Σε γενικές γραμμές η γλώσσα δεν επηρεάζεται από τη φυσιολογική γήρανση. Μάλιστα, το λεξιλόγιο ή οι γνώσεις μας για τον κόσμο διατηρούνται ή/και βελτιώνονται με την πάροδο του χρόνου. Ωστόσο, μετά τα 70 επηρεάζεται μια υπολειτουργία της γλώσσας: η ικανότητα εύρεσης της κατάλληλης λέξης για την κατονομασία ενός αντικειμένου.

Είναι γεγονός ότι η φυσιολογική γήρανση του ανθρώπου δημιουργεί πολλές αλλαγές και στον ανθρώπινο εγκέφαλο. Παρόλα αυτά, όπως έχει διαπιστωθεί μερικές από αυτές προκαλούν την νόσο alzheimer. Παραδείγματος χάρη, σε ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων, μέρη του εγκέφαλου όπως ο μετωπιαίος φλοιός και ο ιππόκαμπος συρρικνώνονται. Σε άλλες περιπτώσεις διαπιστώνεται μειωμένη ροή του αίματος στα αγγεία, ενώ αλλαγές παρατηρούνται στις πλάκες αμυλοειδούς που είναι χαρακτηριστικά της νόσου, αλλά παράλληλα παρατηρούνται και σε άτομα χωρίς προβλήματα υγείας . Όλες οι παραπάνω βλάβες δεν υποβαθμίζουν την

ικανότητα του εγκεφάλου, καθώς μελέτες έχουν αποδείξει ότι ο εγκέφαλος έχει την δυνατότητα να τις αντιμετωπίσει και να τις ξεπεράσει. Είναι αξιοσημείωτοι οι εξωτερικοί παράγοντες που βοηθούν την διαδικασία προσαρμογής του εγκεφάλου όπως η εκπαίδευση, η καλή διατροφή και η οικογενειακή ζωή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

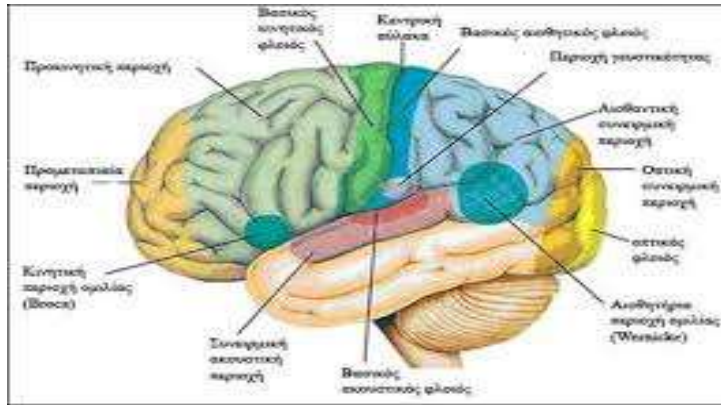
ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ

Προτού αναλυθεί η νόσος Alzheimer, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να περιγραφεί η δομή του ανθρώπινου εγκεφάλου και ο ρόλος κάθε μέρους του. Ο εγκέφαλος είναι ένα από τα πιο περίπλοκα όργανα του ανθρώπινου σώματος και λειτουργεί ολικά. Περίπου το 85% του εγκεφάλου αποτελείται από δύο ημισφαίρια. Κάθε ημισφαίριο έχει 4 λοβούς: τον μετωπιαίο λοβό, την περιοχή δηλαδή που ευθύνεται για την κίνηση και την προσωπικότητα, τον πλευρικό ή βρεγματικό λοβό ο οποίος βρίσκεται πίσω από τον μετωπιαίο λοβό όπου είναι η αίσθηση, η αντίληψη και η επεξεργασία, τον ινιακό λοβό που βρίσκεται στο πίσω μέρος του εγκεφάλου και ευθύνεται για την όραση καθώς εκεί βρίσκεται ο οπτικός φλοιός και τέλος τον κροταφικό λοβό ο οποίος βρίσκεται στο πλαϊνό μέρος του εγκεφάλου κάτω από τον μετωπιαίο και πλευρικό λοβό και ευθύνεται για τις λειτουργίες της μνήμης, της ομιλίας και της ακοής.



Εικόνα 1 Λοβοί εγκεφάλου

Υπόλοιπα μέρη του εγκεφάλου αποτελούν η παρεγκεφαλίδα, η οποία βρίσκεται πάνω από το εγκεφαλικό στέλεχος και κάτω από τον ινιακό λοβό και συντονίζει τη στάση του σώματος και την ισορροπία. Επίσης, το εγκεφαλικό στέλεχος το οποίο συνδέεται με τη σπονδυλική στήλη και καθορίζει τις διαδικασίες της αρτηριακής πίεσης, τον καρδιακό παλμό, την αναπνοή, τον ύπνο και τα όνειρα. Επιπροσθέτως, το λυμβικό σύστημα, το οποίο περιγράφεται και ως διακόπτης της μάθησης και εντοπίζεται εσωτερικά του εγκεφαλικού φλοιού. Το συγκεκριμένο μέρος συμμετέχει σε λειτουργίες όπως η μάθηση, η μνήμη, η αντίληψη, η γεύση και το άλγος. Επίσης, πρέπει να αναφερθεί και η αμυγδαλή, η οποία καθορίζει ισχυρά συναισθήματα όπως ο φόβος και η οποία βρίσκεται στον κροταφικό λοβό όπου εκεί βρίσκεται επίσης και ο ιππόκαμπος ο οποίος ελέγχει την μάθηση και την πρόσφατη μνήμη. Επιπροσθέτως, ο θάλαμος ο οποίος βρίσκεται πάνω ακριβώς από το εγκεφαλικό στέλεχος, είναι υπεύθυνος για την επεξεργασία των πληροφοριών που λαμβάνονται από τις αισθήσεις. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ο υποθάλαμος που είναι υπεύθυνος για την θερμοκρασία του σώματος και την ποσότητα τροφής που καταναλώνει το άτομο, λειτουργία που του χαρίζει το τίτλο του «εσωτερικού ρολογιού του οργανισμού».



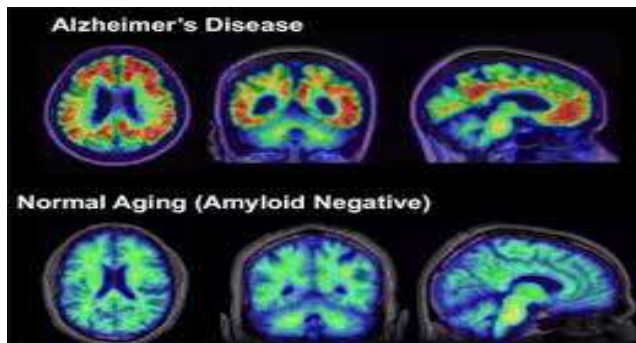
Εικόνα 2 Ανατομικές περιοχές εγκεφάλου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΑΝΟΙΑ

Οι γρήγορες αλλαγές των τελευταίων χρόνων έχουν επιφέρει μια αύξηση της μέσης ηλικίας στον παγκόσμιο πληθυσμό και μια εικοσαετή περίπου αύξηση της μέση διάρκεια ζωής. Μεταξύ του 2000 και του 2030 ο πληθυσμός των ενηλίκων από 65 ετών και άνω προβλέπεται να αυξηθεί από 6,9% σε 12% παγκοσμίως. Αυτή η συνεχώς αυξανόμενη παγκόσμια γήρανση έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας και της εξάπλωσης που σχετίζονται με την ηλικία καθώς και των νευρολογικών ασθενειών που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Ως άνοια χαρακτηρίζεται η επίκτητη και επίμονη διαταραχή σε πολλούς γνωστικούς τομείς, η οποία είναι αρκετά σοβαρή ώστε να περιορίζει την ικανότητα για δραστηριότητες της καθημερινής ζωής για εργασία και κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι γνωστικοί τομείς που επηρεάζονται περιλαμβάνουν την μνήμη, το λόγο, την προσοχή, την

εκτελεστική λειτουργία και τις οπτικοχωρικές ικανότητες. Η άνοια μπορεί να είναι αναστρέψιμη, όταν προκαλείται από κατάθλιψη, υδροκέφαλο κανονικής πίεσης, έλλειψη βιταμινών ή θυρεοειδή, ενώ μη αναστρέψιμη μπορεί να είναι όταν προκαλείται από σταδιακές νευροεκφυλιστικές παθήσεις(π.χ. η νόσος Alzheimer, η νόσος Πάρκινσον). Η νόσος Alzheimer είναι η πιο κοινή αιτία μη αναστρέψιμης άνοιας σε ενήλικες άνω των 65 ετών, υπεύθυνοι για το κατά προσέγγιση 70% των περιπτώσεων που πάσχουν από άνοια. Η πλειονότητα των ασθενειών με Alzheimer έχει σποραδικό ή όψιμο Alzheimer που διαγιγνώσκεται σε ηλικίες από 65 ετών και άνω. Κατά προσέγγιση το 5% ή λιγότερο των ασθενών έχουν οικογενές Alzheimer με αυτοσωματική επικρατητική κληρονομικότητα που χαρακτηρίζεται από πρόωμη έναρξη των συμπτωμάτων, στην ηλικία περίπου των 40 ετών . Το Alzheimer έχει συνδεθεί με τρεις γενετικές παραλλαγές που περιλαμβάνουν ειδικά το γονίδιο της πρόδρομης πρωτεΐνης του β-αμυλοειδούς στο χρωμόσωμα 21 και τα γονίδια πρεσενιλίνης στα χρωμοσώματα 1 και 14. Το όψιμο Alzheimer έχει συνδεθεί με έναν συγκεκριμένο παράγοντα γενετικού κινδύνου ο οποίος σχετίζεται με μια πρωτεΐνη πλάσματος, την Απολιποπρωτεΐνη Ε (ApoE) που συμμετέχει στην μεταφορά χοληστερόλης και στην νευρωνική αποκατάσταση. Αυτό το γονίδιο ApoE στο χρωμόσωμα 19 έχει τρία κοινά αλληλόμορφα: τα E2, E3 και E4. Το αλληλόμορφο E2 είναι λιγότερο συχνό και το αλληλόμορφο E3 είναι το πιο συχνό στο γενικό πληθυσμό. Τα περισσότερα άτομα που αναπτύσσουν όψιμο Alzheimer έχουν το αλληλόμορφο E4 και ανεξαρτήτως της εθνοτικής τους ομάδας, ο γενότυπος E4/E4 συνδέεται συγκεκριμένα με κατά προσέγγιση 15 φορές τον κίνδυνο για Alzheimer, σε σύγκριση με άτομα που δεν αντίγραφα αυτού του αλληλόμορφου.



Εικόνα 3 Φυσιολογική γήρανση εγκεφάλου έναντι αυτού με Alzheimer

3.2 ΗΠΙΑ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ

Η "ήπια γνωστική διαταραχή" (Σ-II-Δ) αποτελεί μία νέα έννοια, η οποία αποτελεί ένα ενδιάμεσο στάδιο μεταξύ της άνοιας και του φυσιολογικού γήρατος. Διαταραχή της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών πέραν της έκπτωσης που παρατηρείται στο φυσιολογικό γήρας είναι σημαντικά χαρακτηριστικά αυτής της παθολογίας. Ωστόσο υπάρχει έντονος προβληματισμός εάν η ήπια γνωστική έκπτωση αποτελεί μια αληθή νοσολογική οντότητα. Οι ασθενείς οι οποίοι έχουν διαγνωστεί με αυτού του είδους την διαταραχή, εμπίπτουν σε δύο κατηγορίες: α) ασθενείς με μη εξελικτική νοητική δυσλειτουργία που παραμένουν στάσιμοι ή μπορούν και να βελτιωθούν, όπως π.χ. ασθενείς με κατάθλιψη, οριακή νοητική λειτουργία, συστηματικά νοσήματα, ενδοκρινολογικές διαταραχές και άλλους τοξικούς ή μεταβολικούς παράγοντες και β) ασθενείς οι οποίοι τελικά θα εμφανίσουν συμπτώματα μιας ανοϊκής διαταραχής νευροεκφυλιστικού τύπου όπως η νόσος Alzheimer.

Σύμφωνα με υπάρχοντα κριτήρια, οι ασθενείς με ήπια γνωστική διαταραχή χαρακτηρίζονται από: διαταραχή μνήμης, φυσιολογικές ή ελαφρά διαταραγμένες γνωστικές λειτουργίες, φυσιολογική ικανότητα για επιτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων και απουσία άνοιας. Αντιστοιχεί στο στάδιο 3 της κλίμακας σφαιρικής επιδείνωσης GDS (Global Deterioration Scale) ή στο 0,5 της κλινικής ταξινόμησης για την άνοια CDR (Clinical Dementia Rating). Η διαταραχή της μνήμης, ιδιαίτερα της λεκτικής επεισοδιακής μνήμης είναι ένα χαρακτηριστικό-κλειδί της ΗΓΔ. Οι ψυχομετρικές όμως δοκιμασίες παρουσιάζουν σημαντική αλληλεπικάλυψη μεταξύ φυσιολογικής γνωστικής λειτουργίας και ήπιας άνοιας στους ηλικιωμένους.

Η ομάδα της ήπιας γνωστικής έκπτωσης, αποτελεί έναν ετερογενή πληθυσμό, στον οποίο όμως υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να ανεπτυχθεί άνοια και κυρίως νόσο Alzheimer εντός αρκετά σύντομου χρονικού διαστήματος. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες ασθενείς με ΗΓΔ μπορούν να εμφανίσουν την νόσο Alzheimer με ρυθμό που κυμαίνεται από 10-15% το χρόνο. Η αντίστοιχη ετήσια μετάπτωση σε "φυσιολογικούς" ηλικιωμένους υπολογίζεται σε 1-2%.

Παθολογοανατομικές μελέτες δείχνουν ότι τα περισσότερα άτομα με ΗΓΔ έχουν ένα εύρος ιστοπαθολογικών ευρημάτων, από εκείνα του φυσιολογικού γήρατος μέχρι εκείνων που χαρακτηρίζουν την νόσο Alzheimer. Ανατομική και λειτουργική απεικόνιση με μαγνητικό συντονισμό έχει δείξει μικρότερο όγκο μέσου κροταφικού λοβού καθώς και ατροφία του ιπποκάμπου. Γενετικοί δείκτες όπως οι πολυμορφισμοί του γονιδίου της απολιποπρωτεΐνης Ε έχουν δείξει ενδιάμεση συχνότητα μεταξύ φυσιολογικών ηλικιωμένων και ασθενών με νόσο Alzheimer. Αντίθετα βιολογικοί δείκτες όπως αυξημένα επίπεδα tau πρωτεΐνης και ελαττωμένα

επίπεδα Αβ42 στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό που έχουν προταθεί ως διαγνωστικός δείκτης για τη ΝΑ, δύνανται να προβλέψουν την μετεξέλιξη σε ορισμένες περιπτώσεις. Επί του παρόντος όμως η διαγνωστική ισχύς των ανωτέρων δεικτών στην ΗΓΔ δεν έχει προσδιοριστεί.

Μελέτες για την ΗΓΔ θεωρούνται σήμερα καίριας σημασίας για την κατανόηση των αρχικών σταδίων της νόσου Alzheimer, την ανάπτυξη διαγνωστικών δεικτών για την πρόωμη διάγνωση αλλά και την αξιολόγηση θεραπειών που δύνανται να επιβραδύνουν την εξέλιξη σε άνοια.



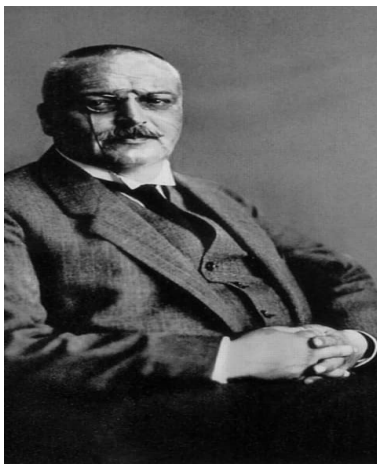
Εικόνα 4 Υγιής εγκέφαλος- με ήπια γνωστική έκπτωση- με Alzheimer

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το Alzheimer αποτελεί την πιο συχνή συνηθισμένη μορφή άνοιας και συγκεκριμένα μια προοδευτική νευροεκφυλιστική μορφή . Ανακαλύφθηκε από τον Γερμανό νευρολόγο Alois Alzheimer το 1907.

Ο Α. Alzheimer παρατήρησε αλλοιώσεις στον εγκέφαλο μιας ασθενούς που πέθανε από την νόσο αυτή. Η περιγραφή του αυτή βασιζόταν σε μια γυναίκα 51 ετών, η οποία έπασχε από μια κατηγορία άνοιας. Νοσηλεύτηκε επί τέσσερα χρόνια από τον Alzheimer και πέθανε το 1906. Το 1907 ο Alois Alzheimer δημοσίευσε μια σύντομη περιγραφή των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης γυναίκας. Συγκεκριμένα αναφέρθηκε στην έντονη ζήλια που εκδήλωσε η Augusta D. απέναντι στο σύζυγο της. Στη συνέχεια ακολούθησε απώλεια της βραχύχρονης μνήμης. Έχανε τον προσανατολισμό της ακόμα και στο ίδιο της το σπίτι. Επίσης παρουσίαζε παραληρητικές ιδέες, ακουστικές ψευδαισθήσεις και παροδικά βρισκόταν σε παραλήρημα.



Εικόνα 5 Alois Alzheimer

Στην νεκροψία ανακάλυψαν ότι είχε γενικά ατροφικό εγκέφαλο χωρίς μικροσκοπικές βλάβες. Επίσης παρατηρήθηκαν κάποιες περίεργες βλάβες στα νευροϊνίδια, τα οποία συνέρχονταν σε παχιές δέσμες στις επιφάνειες των κυττάρων. Εκτός από όλα αυτά, υπήρχαν και πολλαπλές μικρές εστίες στον φλοιό που εμφάνιζαν μια ιδιάζουσα ουσία που ξεχώριζε χωρίς να χρειάζεται να τη χρωματίσουμε. Άρα μπορούμε να πούμε, ότι ο Alois είχε από το 1906 περιγράψει

όχι μόνο τα νευροϊνιδιακά τολύπια, αλλά και τις πλάκες αμυλοειδούς. Ο Emil Kraepelin, καθηγητής του Alzheimer, στηρίχτηκε στην περιγραφή της πρώτης περίπτωσης καθώς και σε τρεις ακόμα περιπτώσεις των συνεργατών του Alzheimer και έβγαλε το συμπέρασμα ότι η νέα αυτή πάθηση πρόκειται για προγεροντική άνοια. Ο Alois Alzheimer δεν συμφωνούσε πλήρως με την άποψη του καθηγηκατή του και έτσι το 1911 δημοσίευσε τη περίπτωση ενός πενήντα-εξάχρονου άντρα, ο οποίος νοσηλεύτηκε επί τρία χρόνια στην ίδια κλινική του Kraepelin και πέθανε το 1910. Σε αυτή τη περίπτωση δεν υπήρχαν νευροϊνιδιακά τολύπια, αλλά «μόνο πλάκες». Είχε επίσης οικογενή χαρακτήρα της πάθησης. Αυτά τα αποτελέσματα οδήγησαν στην άποψη ότι πρόκειται για προγεροντική άνοια. Τα χαρακτηριστικά των συγκεκριμένων παθήσεων ήταν η έκπτωση της μνήμης, η ύπουλη έναρξη και η προσβολή ατόμων σε ηλικία περίπου 50 ετών. Οι παθήσεις αυτές θεωρούνται από τους γιατρούς πολύ σπάνιες, και η πιο σπάνια από αυτές ήταν η νόσος του Alzheimer. Υπήρχαν βέβαια και άλλες τέτοιες παθήσεις με ανάλογη κλινική συμπτωματολογία. Μέχρι πριν είκοσι περίπου χρόνια, οι ειδικοί αναφέρονταν πολύ πιο συχνά στις “γεροντικές άνοιες” που εμφανίζονταν σε άτομα σαφώς πιο ηλικιωμένα (από 75 έως 85ετών) και λίγο πολύ θεωρούνται αποδεκτή μορφή γήρατος – αλλιώς γνωστή και ως μαλάκυνση. Όλα αυτά όμως άρχισαν να αλλάζουν μετά τη δεκαετία του 1960, όταν Αγγλοσάξονες επιστήμονες παρατήρησαν κάποιες κοινές ιστολογικές αλλοιώσεις στους διάφορους τύπους άνοιας. Έτσι, τις συγκέντρωσαν λοιπόν και με βάση αυτές δημιούργησαν μια ξεχωριστή ενότητα, την άνοια του τύπου Alzheimer. Σήμερα ο όρος “νόσος του Alzheimer” χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει τη μη ομαλή εγκεφαλική γήρανση, ή “μαλάκυνση”, ή για να δηλώσει περιπτώσεις της “αληθινής” νόσου του Alzheimer.

Υπάρχουν όμως και κάποιοι συγγραφείς, οι οποίοι φθάνουν στο σημείο να υποστηρίξουν ότι οι νόσος του Alzheimer θα μπορούσε να είναι μια φυσιολογική μορφή γήρανσης του εγκεφάλου. Με αυτή τη λογική κάθε άνθρωπος θα διέτρεχε τον κίνδυνο να προσβληθεί από τη συγκεκριμένη ασθένεια, εφόσον θα ζούσε αρκετά χρόνια ώστε να υπάρξει και ο χρόνος για να αναπτυχθούν αλλοιώσεις στους εγκεφαλικούς ιστούς. Ο συγκεκριμένος ισχυρισμός δεν είναι ορθός, καθώς αν με το πέρασμα του χρόνου είναι “φυσιολογικό” να προσβάλλεται κανείς από τη νόσο του Alzheimer, τότε οι ανοϊκοί θα ήταν πιο “φυσιολογικοί” από τους άλλους.



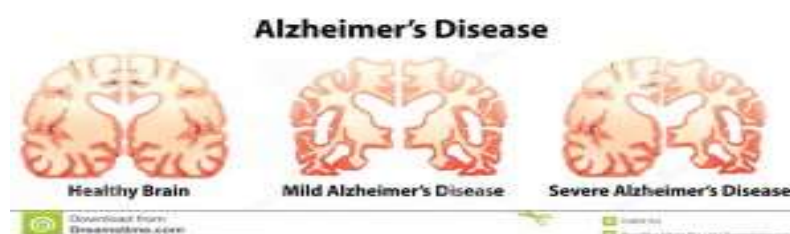
Εικόνα 6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΝΕΥΡΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η νευροπαθολογία στο Alzheimer χαρακτηρίζεται από απώλεια νευρώνων και συνάψεων στον εγκεφαλικό φλοιό και σε επιλεγμένες υποφλοιώδεις περιοχές. Αυτή η νευρωνική απώλεια σταδιακά επιφέρει μεγάλη ατροφία στις περιοχές που πλήττονται και είναι ιδιαίτερως έντονη στον υπόκαμπο, στον έσω κροταφικό λοβό, στον βρεγματικό λοβό και σε μέρη του μετωπιαίου φλοιού και τη έλικας του προσαγωγίου, Τελικά αυτή η νευρωνική ατροφία εξαπλώνεται στο φλοιό και περικλείει τους συνειρμικούς φλοιούς του κροταφικού, βρεγματικού και μετωπιαίου λοβού. Η πρώτη νευροπαθολογική αλλαγή της νόσου Alzheimer εντοπίζεται στις πλάκες β- αμυλοειδούς και νευροινιδιακών τολυπίων, που είναι εμφανή στη μικροσκοπική εξέταση του εγκεφαλικού ιστού του πάσχοντος από τη νόσο. Οι πλάκες είναι πυκνά, αδιάλυτα αποθέματα της πρωτεΐνης β- αμυλοειδούς, η οποία είναι ένα φράγμα μιας μεγαλύτερης πρωτεΐνης που ονομάζεται πρόδρομη πρωτεΐνη του αμυλοειδούς (APP). Στη νόσο Alzheimer για αδιευκρίνιστους λόγους η APP αρχίζει να διασπάται σε φράγματα β- αμυλοειδούς που συσσωρεύονται εκτός των νευρώνων. Τα νευροινιδιακά τολύπια είναι αποτέλεσμα ανώμαλης λειτουργίας μιας άλλης πρωτεΐνης, της Ταυ, που συνήθως συνδέεται με μικροσωληνίσκους μέσα σε νευρωνικά κύτταρα. Οι μικροσωληνίσκοι είναι σημαντικά στοιχεία του κυτταροσκελετού ενός νευρώνα και στη νόσο Alzheimer η πρωτεΐνη Ταυ υφίσταται

χημικές αλλαγές που οδηγούν στον κατακερματισμό αυτών των μικροσωληνίσκων για να σχηματίσουν τολύπια που διασπούν σημαντικά συστήματα νευρωνικής μεταφοράς. Οι πλάκες και τα τολύπια πρωτοεμφανίζονται στο σύμπλεγμα ιπποκάμπου, ειδικά στον ενδορινικό φλοιό, στο υπόθεμα του ιπποκάμπου και στις πρωτεύουσες προσαγωγούς και απαγωγούς οδούς του ιπποκάμπου. Αυτές οι παθολογικές αλλαγές συνοδεύονται από μία εκδηλη μείωση στην παραγωγή ακετυλοχολίνης, σημαντικού νευροδιαβιβαστή για τη μάθηση.



Εικόνα 7 Υγιής εγκέφαλος- με ήπια γνωστική έκπτωση - με Alzheimer

Η γλουταμάτη επίσης είναι ένας νευροδιαβιβαστής που παίζει ρόλο στην επεξεργασία, αποθήκευση και ανάκληση πληροφοριών. Στη νόσο Alzheimer η υπερβολική απόθεση αμυλοειδούς έχει ως αποτέλεσμα την ευρεία νευρωνική βλάβη και τον κυτταρικό θάνατο. Τέτοιου είδους νευρωνική εκφύλιση πυροδοτεί την υπερβολική έκλυση γλουτάματης, η οποία προκαλεί την υπερδιέγερση του υπότυπου N-μεθυλο-D-ασπαρτάτη (NMDA) των υποδοχέων γλουταμάτης. Αυτή η υπερενεργοποίηση των υποδοχέων NMDA αναφέρεται ως διεγερσιμοτοξικότητα, επειδή πυροδοτεί μία μετασυναπτική εισροή ιόντων ασβεστίου στα νευρικά κύτταρα επιδεινώνοντας περαιτέρω την νευρωνική εκφύλιση. Ο σημαντικός ρόλος που παίζουν οι νευροδιαβιβαστές ακετυλοχολίνη και γλουταμάτη στην παθοφυσιολογία της νόσου έχει επιδράσει σημαντικά τις φαρμακολογικές στρατηγικές θεραπείας και την ανάπτυξη φαρμάκων για το Alzheimer.

Κυκλοφορούν δυο κατηγορίες φαρμκευτικών αγωγών για την αντιμετώπιση της νόσου. Η πρώτη τάξη φαρμάκων λειτουργεί με την αναστολή του ενζύμου ακετυλοχολινεστεράση (ACE), η οποία διαλύει την ακετυλοχολίνη. Τρεις αναστολείς ACE που συχνά συνταγογραφούνται για άτομα με Alzheimer περιλαμβάνουν την δονεπεζίλη, την ριβαστιγμίνη και τη γαλανταμίνη. Ένω η δονεπεζίλη έχει εγκριθεί για τη θεραπεία όλων των σταδίων Alzheimer, η ριβαστιγμίνη και γαλανταμίνη έχουν εγκριθεί μόνο για την θεραπείας της ήπιας προς μέτριας νόσου Alzheim

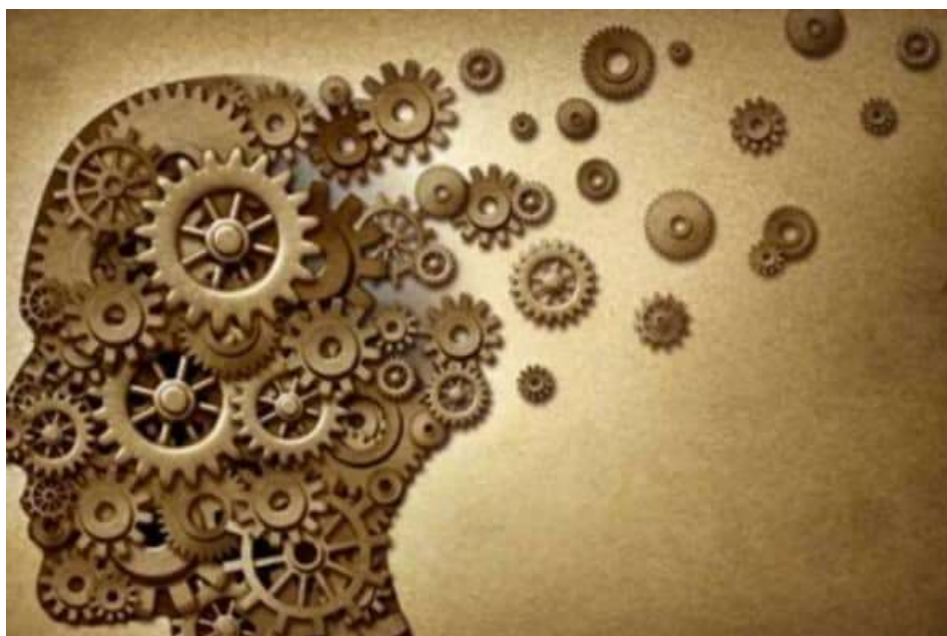
5.2 ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

5.2.1 Νόηση

Η ανθρώπινη μνήμη απαρτίζεται από πολλές οντότητες που εξαρτώνται από διαφορετικά αλλά αλληλοεξαρτώμενα εγκεφαλικά συστήματα. Η μακροπρόθεσμη μνήμη έχει δύο θεμελιώδης συστήματα αποθηκευμένης γνώσης : την δηλωτική μνήμη και την άδηλη μνήμη. Η δηλωτική μνήμη αναφέρεται στην αποθηκευμένη γνώση επεισοδίων και εννοιολογικών δεδομένων που μπορούν να ανακληθούν και να δηλωθούν συνειδητά. Αποτελείται από τρία υποσυστήματα που αποθηκεύουν πραγματολογική γνώση για έννοιες(σημασιολογική μνήμη), γεγονότα (επεισοδιακή μνήμη) και λέξεις(λεξική μνήμη), καθώς και κανόνες για την χρήση τους. Η άδηλη μνήμη αντίθετα σχετίζεται με συνήθειες σχετικά με πράγματα που κάνουμε χωρίς να έχουμε συνείδηση. Το μοτίβο της νευροπαθολογίας στη νόσο Alzheimer έχει ως αποτέλεσμα αισθητά και πρώιμα ελλείμματα στη προσοχή, στην μνήμη εργασίας, την επεισοδιακή μνήμη ενώ αφήνει σχετικά ανέπαφες τις λειτουργίες μη δηλωτικής

μνήμης έως και τα αρκετά μετέπειτα στάδια της νόσου. Τα ελλείμματα επιλεκτικής και διασπασμένης προσοχής είναι χαρακτηριστικά στην νόσο Alzheimer και προέρχονται από ένα συνδυασμό βλάβης στους μετωπιαίους και βρεγματικούς συνειρμικούς φλοιούς, από συσχέτιση του πρόσθιου και οπίσθιου δικτύου προσοχής καθώς και μειωμένης χολινεργικής λειτουργίας.

Η επεισοδιακή μνήμη είναι ένα συστατικό στοιχείο του δηλωτικού συστήματος μακροπρόθεσμης μνήμης και αναφέρεται στην ικανότητα συνειδητής ανάμνησης γεγονότων και επεισοδίων με συγκεκριμένες πληροφορίες για τους χρονικούς και χωρικούς περιορισμούς μέσα στους οποίους συνέβησαν αυτά τα γεγονότα. Η δηλωτική μνήμη βασίζεται στο σύστημα του έσω κροταφικού λοβού που επηρεάζεται σημαντικά στη νόσο Alzheimer. Συνεπώς, η διαταραχή της επεισοδιακής μνήμης είναι το πρώτο σοβαρό σύμπτωμα της νόσου Alzheimer.



Εικόνα 8

Αναφορικά με τη μη δηλωτική μνήμη στη νόσο Alzheimer τα τρέχοντα διαθέσιμα στοιχεία υποστηρίζουν ότι παραμένει σχετικά άθικτη μέχρι τα τελευταία στάδια της νόσου. Αυτό είναι πιθανό επειδή τα συστήματα μη δηλωτικής μνήμης εξαρτώνται από την ακεραιότητα του φλοιοραβδωτού συστήματος (π.χ αμοιβαίες συνδέσεις μεταξύ του νεοφλοιού και των βασικών γαγγλίων), την αμυγδαλή, την παρεγκεφαλίδα και τις αντανακλαστικές οδούς- δομές που δεν εμπλέκονται σημαντικά στην νευροπαθολογία της νόσου Alzheimer.

Συνοψίζοντας τα άτομα με νόσο Alzheimer επιδεικνύουν πρώιμες και σοβαρές διαταραχές στη μνήμη εργασίας και την επεισοδιακή μνήμη, οι οποίες επιδεινώνονται με την πάροδο της νόσου. Η νόσος ξεκινά με ενέπαφη αλλά σταδιακά εξασθενούμενη σημασιολογική μνήμη. Παράλληλα παρατηρείται σταθερά διατηρημένη μη δηλωτική μνήμη μέχρι τα τελευταία στάδια της νόσου. Οι παραπάνω διαταραχές μνήμης είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με προβλήματα που παρουσιάζονται στο λόγο και την επικοινωνία του νοσούντος.

5.2.2 Παραγωγή λόγου

Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι άτομα με Alzheimer αντιμετωπίζουν δυσκολίες σε δοκιμασίες που απαιτούν τη δημιουργική, καινοτόμο επεξεργασία του λόγου για επικοινωνιακούς σκοπούς. Η ανομία είναι ένα σύνηθες σύμπτωμα ακ'μα και στα πρώιμα στάδια της νόσου και έχει ως αποτέλεσμα περιφράσεις, λεκτικές εμμονές και παραφασίες που είναι προφανείς σε δοκιμασίες στο επίπεδο μιας λέξης και συνομιλίας. Σε διαφορετικούς τύπους τύπους συνομιλίας (διάλογος ή

περιγραφή), οι νοσούντες παράγουν λιγότερο περιεχόμενο και ο λόγος τους είναι όλο και περισσότερο άσχετος με το προς συζήτηση αντικείμενο. Παρ' όλα αυτά τα ελλείμματα, τα άτομα με νόσο Alzheimer κατόπιν κατάλληλης υποστήριξης μπορούν να σταθούν ικανοποιητικά σε ένα διάλογο, μπορούν να εκφράζουν απόψεις εντός θέματος με τη μορφή απάντησης σε ερωτήσεις και ενδέχεται να μπορούν να περιγράψουν τα αντικείμενα που δεν μπορούν να κατονομάσουν. Όλα τα παραπάνω είναι πιο εφικτά στα πρώιμα στάδια. Τα άτομα με μετρίως σοβαρό Alzheimer παρουσιάζουν περισσότερη μεταβλητότητα στις επικοινωνιακές ικανότητες. Ωστόσο, συχνά οι ασθενείς παραμένουν ικανοί να αλληλεπιδρούν σ' ένα πλαίσιο συζήτησης, να διορθώνουν λανθασμένες πληροφορίες, να εκτελούν απλές εντολές και να ανταποκρίνονται σε χαιρετισμούς ή φιλοφρονήσεις. Τα άτομα με Alzheimer ακόμα και σε επόμενα στάδια μπορούν να συνεχίσουν να επιδεικνύουν θέληση για επικοινωνία με άλλους.

Ο γραπτός λόγος είναι επίσης διαταραγμένος ομοίως με την προφορική έκφραση τα άτομα με νόσο Alzheimer επιδεικνύουν μειωμένη πολυπλοκότητα στο γραπτό λόγο και μολονότι το συντακτικό διατηρείται σε σχετικά καλά επίπεδα, τα λάθη στην ορθογραφία γίνονται όλο και πιο συχνά όσο η νόσος προοδεύει.

5.2.3 Κατανόηση λόγου

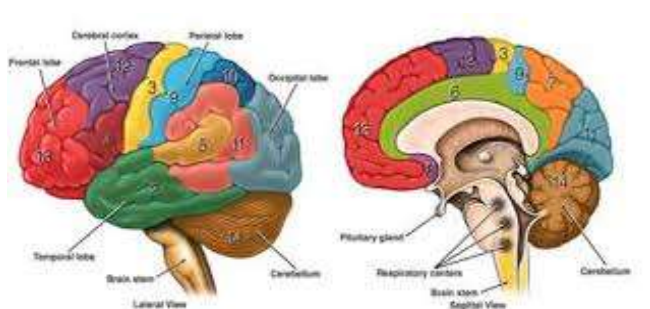
Τα ελλείμματα στη μνήμη εργασίας έχουν μια σημαντική αρνητική επίδραση στην ακουστική κατανόηση του λόγου στο επίπεδο της συνομιλίας. Ωστόσο τα άτομα αυτά μπορούν συχνά να κατανοούν απλές οδηγίες (εντολές δύο ή τριών

βημάτων) και να απαντούν κατάλληλα σε απλές, συγκεκριμένες ερωτήσεις μέχρι τα μεσαία στάδια της νόσου.

Η αναγνώριση επηρεάζεται παρομοίως αρνητικά. Η ικανότητες εξαγωγής συμπεράσματος από το γραπτό υλικό και η απάντηση σε ερωτήσεις με βάση το περιεχόμενο είναι διαταραγμένες. Ωστόσο η ανάγνωση απλών λέξεων που αφορούν τον ασθενή και του είναι οικείες, καθώς και των μικρών παραγράφων ενδέχεται να παραμείνει ανέπαφη. Τέλος, όσον αφορά την ανάγνωση μεμονομένων λέξεων μπορεί να λαμβάνει χώρα ακόμα και στο σοβαρό στάδιο της γνωστικής κατάπτωσης.

5.3 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

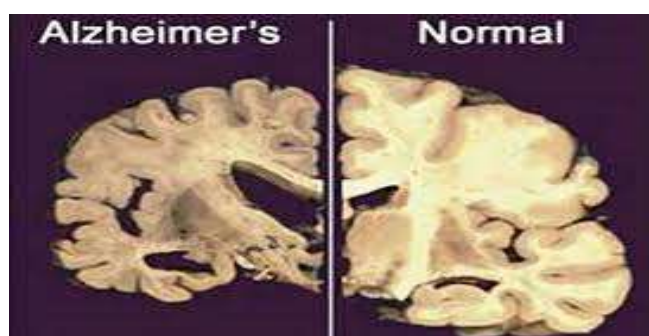
Στην ήπια μορφή της νόσου, το πρώιμο στάδιο, ο ασθενής παρουσιάζει γλωσσικά προβλήματα και απώλεια πρόσφατης μνήμης. Σταδιακά παρατηρούνται μεταβολές της διάθεσης, το άτομο αναπτύσσει προβλήματα στις καθημερινές ασχολίες και συνήθειές του (ξέχνα που βάζει τα πράγματα του, χάνει τον προσανατολισμό του, κ.τ.λ.), δεν ασχολείται με τις αγαπημένες του ασχολίες και δεν έχει την ίδια διάθεση παλιά.



Εικόνα 9 Φυσιολογικός εγκέφαλος- με νόσο Alzheimer

Έπειτα, στη μέτρια μορφή της νόσου, τα μεταγενέστερα στάδια, ο ασθενής έχει δυσκολίες στην αναγνώριση προσώπων, ακόμα και συγγενών και αντικειμένων. Χρήζει απαραίτητης καθημερινής βοήθειας ακόμα και για τις πιο απλές λειτουργίες, όπως το ντύσιμό του και την ικανότητά του να χρησιμοποιήσει μόνος του την τουαλέτα και τη διαδικασία παρασκευής – κατανάλωσης φαγητού, αποπροσανατολίζεται και δεν είναι σε θέση να κυκλοφορήσει μόνος. Στο στάδιο αυτό μάλιστα, ο ασθενής κινδυνεύει από αυτοτραυματισμό ή πτώση.

Τέλος, στη σοβαρή μορφή, δηλαδή τα τελικά στάδια της νόσου ο ασθενής δεν μπορεί να αναγνωρίσει τον εαυτό του, ούτε τα πρόσωπα του οικογενειακού φιλικού περιβάλλοντος. Έχει πλήρη απώλεια μνήμης, πρόσφατης και απώτερης. Το λεξιλόγιο του είναι φτωχό, ο λόγος του δεν έχει ειρμό και δεν γίνεται κατανοητός. Δεν μπορεί να περπατήσει, να φάει, έχει ακράτεια ουρών και κοπράνων, και κινδυνεύει από υποσιτισμό. Το ανοσοποιητικό του σύστημα, επίσης είναι χαμηλό, με αποτέλεσμα να κινδυνεύει από πνευμονία και λοιμώξεις. Ο ασθενής σταδιακά καταλήγει σε κώμα και τέλος σε θάνατο.



Εικόνα 10

<p>Πρώιμο στάδιο</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Έχει σταδιακά αυξανόμενη σύγχυση σχετικά με το πού βρίσκεται, ενώ παρουσιάζει επίσης την τάση να χάνεται εύκολα. • Χάνει την ικανότητα να ξεκινάει δραστηριότητες με δική του πρωτοβουλία και χωρίς καθοδήγηση. • Αποφεύγει να αντιμετωπίσει νέες, μη οικείες καταστάσεις, όπως να κάνει ένα ταξίδι. • Παρουσιάζει καθυστερημένες αντιδράσεις και μειωμένη ικανότητα εκμάθησης. • Αρχίζει να μιλά με πολύ αργότερο ρυθμό σε σχέση με το παρελθόν. • Δυσκολεύεται να διαχειριστεί τα οικονομικά του και να τακτοποιήσει τους λογαριασμούς του. • Παρουσιάζει «φτωχή» κριτική ικανότητα και λαμβάνει λανθασμένες αποφάσεις. • Μπορεί να είναι κυκλοθυμικό και να έχει ενδείξεις κατάθλιψης, ενόχλησης και νευρικότητας.
<p>Μεσαίο στάδιο</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Δυσκολεύεται να αναγνωρίσει στενούς φίλους, ακόμη και μέλη της οικογένειάς του. • Είναι ανήσυχος και περιπλανιέται • Έχει πρόβλημα σε απλές δραστηριότητες όπως την ανάγνωση, τη γραφή και την αριθμητική.

	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετωπίζει πρόβλημα με την οργάνωση των σκέψεών του σε λογική σειρά. • Δυσκολεύεται να ντυθεί. • Νευριάζει εύκολα, ενώ μπορεί να γίνει εχθρικό και μη διαθέσιμο για συνεργασία. • Πιστεύει παράλογα πράγματα (παρακρούσεις), είναι καχύποπτο προς τους άλλους και ευερέθιστο. • Χρειάζεται συνεχή επίβλεψη. • Χάνει την αίσθηση του χρόνου.
Τελικό στάδιο	<ul style="list-style-type: none"> • Δεν μπορεί πλέον να κάνει μόνο του μπάνιο, να φάει, να ντυθεί ή να πάει τουαλέτα. • Ενδέχεται να καθηλωθεί στο κρεβάτι ή σε αναπηρικό καροτσάκι. • Χάνει την ικανότητα μάσησης της τροφής. • Χάνει εύκολα την ισορροπία του και μπορεί να πέφτει συχνά. • Παρουσιάζει ιδιαίτερα μεγάλη σύγχυση κατά τις βραδινές ώρες και έχει αϋπνίες. • Δεν μπορεί να επικοινωνήσει λεκτικά. • Έχει ακράτεια ούρων.

5.4 ΠΡΟΛΗΨΗ

Προς το παρόν, δεν είναι ακόμα γνωστός ο τρόπος πρόληψης και ίασης της νόσου. Ωστόσο πολλές έρευνες αποδεικνύουν το πως κάποιοι παράγοντες μπορούν να περιορίσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου όπως για παράδειγμα είναι η διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης με ήπια και συστηματική άσκηση, το βάδισμα, το κολύμπι, ο περιορισμός της χοληστερίνης, της παχυσαρκίας και αρτηριακής πίεσης. Επιπλέον, η μεσογειακή διατροφή είναι ένας από τους παράγοντες που περιορίζουν την εκδήλωση της νόσου, αφού τα άτομα τα οποία τρέφονται σύμφωνα με αυτή την πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και ελαιόλαδο διατροφή, έχουν 68% λιγότερες πιθανότητες εμφάνισής της. Πέρα από τη σωματική άσκηση και ευεξία, σημαντικό ρόλο παίζει και η νοητική άσκηση καθώς και η συστηματική εξάσκηση του νου. Τέλος, ύστερα από έρευνες, διαπιστώθηκε ότι οι στατίνες -φάρμακα κατά της χοληστερίνης- ίσως προστατεύουν τον άνθρωπο από το Alzheimer, όπως και το ίδιο συμβαίνει και με τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

5.5 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Ακόμα δεν έχει βρεθεί τρόπος που να θεραπεύει την νόσο. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές φαρμακευτικές αλλά μη θεραπευτικές μέθοδοι για την αντιμετώπισή της. Επομένως είναι καίριας σημασίας, η έγκαιρη διάγνωση της νόσου ακόμα και αν η νόσος βρίσκεται στο αρχικό στάδιο. Στους ασθενείς που

βρίσκονται στο αρχικό και μέσο στάδιο, τα τελευταία χρόνια εφαρμόζονται μη φαρμακευτικές μέθοδοι, όπως η οροθεραπεία, η ψυχοθεραπεία, η σωματική άσκηση, η τροποποίηση της συμπεριφοράς, η γνωστική παρέμβαση, η εργοθεραπεία και η μουσικοθεραπεία. Σαφώς μαζί με αυτές τις μεθόδους χρησιμοποιούνται και φαρμακευτικές αγωγές. Όλα τα παραπάνω γίνονται με στόχο τη βελτίωση της καθημερινότητας του ασθενή. Οι φαρμακευτικές αγωγές που χρησιμοποιούνται είναι οι χολινεστεράσες, τα οποία είναι ένζυμα, που διασπούν την νευροδιαβιβαστική ουσία ακετυλοχολίνη που συμμετέχει στη λειτουργία της μνήμης και της μάθησης. Αυτή η θεραπεία βοηθά τους ασθενείς στη βελτίωση των συμπτωμάτων και τη σταθεροποίηση της νόσου. Μία από τις πιο γνωστές χολινεστεράσες, αλλά και από τους πρώτους αναστολείς που χρησιμοποιήθηκαν είναι η τακρίνη (Cognex). Το συγκεκριμένο φάρμακο χρησιμοποιείται πλέον σπάνια, γιατί προκαλεί σοβαρή βλάβη στο ήπαρ. Στην ίδια κατηγορία συναντάται η ριβαστιγμίνη (Exelon), η οποία βοηθά στην βελτίωση της νοητικής λειτουργίας και στη μη επιδείνωση των συμπτωμάτων της άνοιας. Ταυτόχρονα βελτιώνει την λειτουργία του οργανισμού του ασθενούς, την καθημερινότητα του, τις καθημερινές δραστηριότητές του, καθώς και τις διαταραχές στην συμπεριφορά του, τις παραισθήσεις, τις ψευδαισθήσεις και την απάθεια. Το συγκεκριμένο φάρμακο μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς που παίρνουν και άλλα φάρμακα και δεν έχει πολλές και βλαβερές παρενέργειες. Σε ασθενείς που βρίσκονται σε αυτά τα στάδια, χορηγείται πολύ συχνά και η δονεπεζίλη (Aricept), η οποία βοηθά στη βελτίωση της καθημερινής ζωής, τη νοητική λειτουργία, αλλά και τις διαταραχές της συμπεριφοράς, την κατάθλιψη, την απάθεια και το άγχος. Επιπροσθέτως, χορηγείται η γκαλανταμίνη (Reminyl), η οποία λειτουργεί αυξάνοντας τη

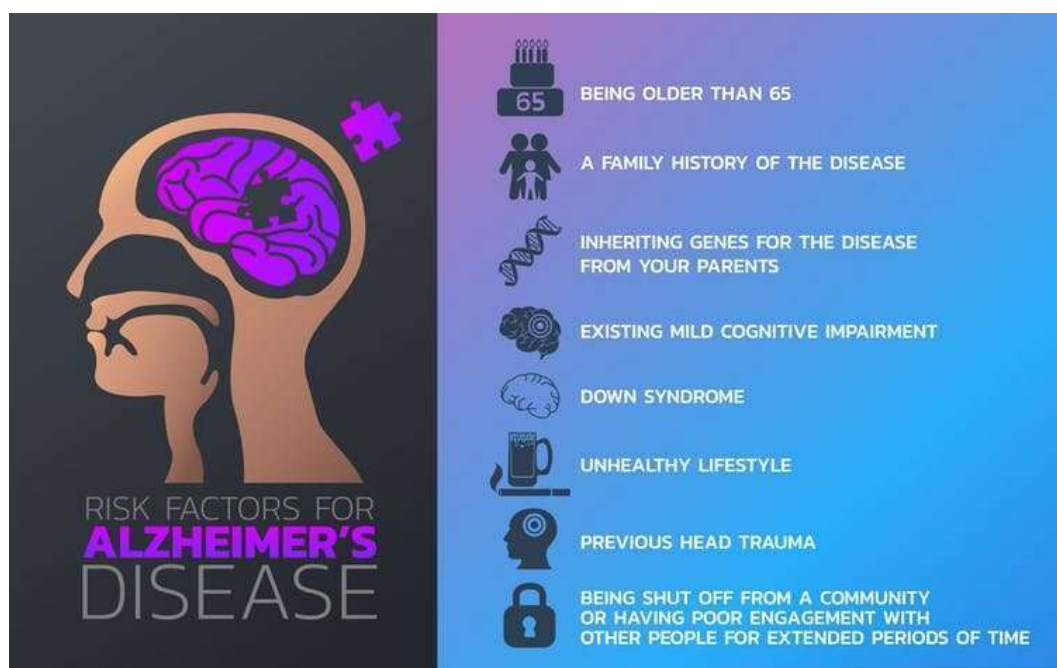
συγκέντρωση της ακετυλοχολίνης που βελτιώνει τη νοητική λειτουργία, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και γενικότερα καθυστερεί τα συμπτώματα για τουλάχιστον 12 μήνες. Είναι, μάλιστα, ένα από τα πιο φημισμένα και αποτελεσματικά φάρμακα για τη νόσο Alzheimer. Τα τελευταία χρόνια, όμως, χορηγείται και ένα καινούργιο φάρμακο, η μεμαντίνη (Ebixa), η οποία είναι διαφορετική από τους αναστολείς των χολινεστερασών. Η μεμαντίνη, η οποία είναι ανταγωνιστής των NMDA, χρησιμοποιείται στα ενδιάμεσα στάδια της νόσου και προστατεύει τον εγκέφαλο από τα αυξημένα επίπεδα γλουταμικού οξέως. Ακόμα, τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται και αλλεργιογόνα, μη στεροειδή φάρμακα, καθώς επικεντρώνονται σε ουσίες που εμποδίζουν τη συσσώρευση του βαμυλοειδούς .

5.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ένας από τους κυρίαρχους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης της νόσου είναι η προχωρημένη ηλικία, καθώς τα άτομα που πάσχουν από την νόσο είναι άνω των 65 ετών. Ο αριθμός των ασθενών διπλασιάζεται προοδευτικά για κάθε πέντε έτη μετά τα 65, ενώ στα άτομα άνω των 85 ετών το ποσοστό παθόντων από τη νόσο αγγίζει το 50%. Συμπερασματικά, λοιπόν, με την αύξηση της ηλικίας παρατηρείται και γεωμετρική αύξηση του κινδύνου.

Δεύτερος και εξίσου σημαντικός παράγοντας είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, αφενός γιατί προκαλεί βλάβες στα αγγεία του εγκεφάλου, και αφετέρου γιατί υπάρχει μια άγνωστη σύνθεση της νόσου με τα ελαττωμένα επίπεδα ινσουλίνης.

Σαφώς υπάρχουν και ενδείξεις ότι η νόσος Alzheimer αποτελεί ένα είδος διαβήτη (διαβήτη τύπου 3).



Εικόνα 11 Παράγοντες αύξησης κινδύνου της νόσου

Επιπροσθέτως, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ποιότητα της εκπαίδευσης, αφού όσο χαμηλότερο είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος. Για την ακρίβεια, όσοι δεν είναι απόφοιτοι των τάξεων του δημοτικού σχολείου έχουν μέχρι και τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου.

Άλλοι αξιοπρόσεκτοι παράγοντες είναι η υπέρταση, η παχυσαρκία, το κάπνισμα, η αυξημένη χοληστερίνη και ο τραυματισμός της κεφαλής.

5.7 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΣΤΙΓΜΑ

Οι βασικές αρχές που ορίζουν και σημασιοδοτούν την έννοια της ανθρώπινης οντότητας απορρέουν από το χάρισμα της λογικής που διαθέτει ο άνθρωπος. Η οποιαδήποτε διαταραχή συνοδεύει τη λογική μπορεί να κλονίσει ισχυρά τις ανθρώπινες σχέσεις, την επικοινωνία και τη συναναστροφή, στοιχεία που χαρακτηρίζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η μελέτη της άνοιας τύπου Alzheimer κρίνεται επιτακτική τόσο σε επίπεδο φυσιολογίας όσο και σε επίπεδο κοινωνικό, λόγω της συνεχιζόμενης αύξησης των περιστατικών αλλά και του σημαντικού επιπολασμού που εμφανίζει η νόσος στη χώρα μας. Καθώς μάλιστα οι διαταραχές του νου και το ανεξήγητο που τις συνοδεύει, τείνουν να ερμηνεύονται από τα αρχαία χρόνια με μεταφυσικές εξηγήσεις, η περιθωριοποίηση και ο στιγματισμός αποτελούν μια διαρκή απειλή. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων στην ερώτηση για το αν θα έπρεπε άλλοι άνθρωποι να έρχονται σε επαφή με ασθενείς που έχουν τη νόσο Alzheimer απαντούν θετικά. Αυτή η στάση είναι σε μεγάλο βαθμό αναμενόμενη γιατί μπροστά σε μια ανίατη ασθένεια οι άνθρωποι διάκινται φιλικά απέναντι στους ασθενείς, θεωρώντας ότι τέτοιου είδους άτομα χρειάζονται την φροντίδα, την υποστήριξη και την αγάπη των συνανθρώπων τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Εδώ η διάγνωση της νόσου Alzheimer δεν στηρίζεται σε κάποιο συγκεκριμένο τεστ. Αντιθέτως, η τελική ετυμηγορία είναι στην κρίση του γιατρού,

απόφαση που θα λάβει ύστερα από μελέτη του προσωπικού και οικογενειακού ιστορικού, καθώς και των αποτελεσμάτων των διαφόρων τεστ. Οι γιατροί είναι σε θέση να διακρίνουν αν τα συμπτώματα οφείλονται σε άνοια, και κατά πόσο η άνοια που παρουσιάζεται στον ασθενή οφείλεται στη νόσο Alzheimer. Η νόσος μπορεί να διαγνωστεί σε ποσοστό 100% μόνο μετά θάνατο και, εφόσον έχει πραγματοποιηθεί μικροσκοπική εξέταση του εγκεφάλου που θα αποκαλύψει τις χαρακτηριστικές πλάκες και μπερδέματα. Η διάκριση της νόσου του Alzheimer από την άνοια ή από άλλες αιτίες της απώλειας μνήμης επιτυγχάνεται στο μεγαλύτερο δυνατό ποσοστό από τις παρακάτω ενέργειες:

- Λήψη ιστορικού

Η σωστή λήψη ατομικού και οικογενειακού ιστορικού, είναι απαραίτητη για την σωστή διάγνωση. Κατά τη λήψη του προσωπικού ιστορικού, ο ασθενής θα αναφέρει τυχόν παρόμοια περιστατικά που παρατηρήθηκαν στο παρελθόν. Επίσης, η αναφορά σε άμεσα συγγενικά πρόσωπα (γονείς ή αδέρφια) που παρουσίασαν παρόμοια συμπτώματα θα βοηθήσουν στην καλύτερη διάγνωση της νόσου.

- Εργαστηριακές εξετάσεις

Οι αιματολογικές και οι ουρολογικές εξετάσεις γίνονται με σκοπό, ιατρός να αποκλείσει πιθανές αιτίες απώλειας μνήμης και σύγχυσης να οφείλονται σε θυρεοειδή ή ανεπάρκειες βιταμινών. Η μέτρηση του επιπέδου της βιταμίνη B12 καθώς και η δοκιμή της λειτουργίας του θυρεοειδή, η σύφιλης υπερουριχαιμία, η υπογλυκαιμία είναι κάποιες από αυτές.

- Εξέταση νοητικής κατάστασης

Ο ασθενής δοκιμάζεται σε σύντομες ψυχικές καταστάσεις ώστε να διαπιστωθεί η σωστή λειτουργία ή η επιρροή της μνήμη του από την άνοια. Οι δοκιμές αυτές κρατούν περίπου 10 λεπτά και ο ασθενής εκτός από την μνήμη του εξετάζεται και σε άλλες δεξιότητες σκέψης όπως η ικανότητα ανάγνωσης και γραφής. Χαρακτηριστικό παράδειγμα γρήγορης εξέτασης των γνωστικών ικανοτήτων του ατόμου είναι το Mini Mental State Examination και το Montreal Cognitive Assessment (MoCA). {επισυνάπτονται στο παράρτημα}

- Ψυχολογικές εξετάσεις

Οι ψυχολογικές δοκιμασίες βοηθούν σε μια πιο αναλυτική αξιολόγηση της σκέψης και της μνήμης ορισμένης διάρκειας, ενός συνόλου ατόμων παρόμοιας ηλικίας και επιπέδου εκπαίδευσης. Έτσι είναι δυνατό να διαγνωστεί εάν ο ασθενής βρίσκεται σε πολύ πρώιμο στάδιο της νόσου του Alzheimer ή άλλη άνοια.

6.2 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ALZHEIMER

Οι διάφορες μέθοδοι απεικόνισης του εγκεφάλου έχουν βοηθήσει στο να γίνεται μία εκτίμηση του εκφυλισμού που έχουν υποστεί περιοχές του εγκεφάλου όπως ο ιππόκαμπος και μπορούν να χρησιμοποιηθούν σαν μέθοδοι πρόβλεψης της εξέλιξης της νόσου Alzheimer.

6.2.1 Αξονική τομογραφία (CT)

Η αξονική τομογραφία είναι ακτίνες Χ που διαπερνούν το σώμα από πολλαπλές οπτικές γωνίες ώστε να απεικονιστούν διατομές του εγκεφάλου κυρίως για να διαπιστωθεί η ύπαρξη όγκου, εγκεφαλικών επεισοδίων και τραυματισμούς στο κεφάλι. Στην αξονική τομογραφία (CT) της νόσου Alzheimer περιγράφεται μία διάχυτη εγκεφαλική ατροφία, με συρρίκνωση του φλοιού του εγκεφάλου και αύξηση του μεγέθους των κοιλιών. Μετά από έρευνα παρατηρήθηκε ότι η ατροφία εμφανίζεται περισσότερο σε ασθενείς με Alzheimer παρά σε ηλικιωμένους χωρίς την νόσο. Παρατηρείται αλλαγή στο μέγεθος του μήκους του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνο για την εξέλιξη της γνωστικής απώλειας, όπως επίσης μεγέθυνση στην τρίτη και πλάγια κοιλία στην ομάδα των ασθενών που εξετάστηκε με νόσο Alzheimer. Η διαστολή των πλευρικών κοιλιών, η ασύμμετρη ατροφία του έσω κροταφικού λοβού και ιδιαίτερα του μεγέθους των σχηματισμών ιππόκαμπου (λιγότερο από 50%) είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με τα παραπάνω μπορούμε να εξηγήσουμε τα πρώιμα στάδια της νόσου.

6.2.2 Δομική Μαγνητική Τομογραφία (structural MRI - sMRI)

Η μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου είναι μία μέθοδος η οποία μετράει την εγκεφαλική μορφομετρία. Συνεπώς, μπορεί να καταγράψει την ατροφία στην φαιά ουσία που σχετίζεται με την απώλεια των νευρώνων και των συνάψεων που προκύπτουν σε μικροσκοπικό επίπεδο στην νόσο Alzheimer.

6.2.3 Απεικόνιση διάχυσης

Οι εφαρμογές της απεικόνισης μοριακής διάχυσης αποτελούν σημαντική εξέλιξη στην απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού καθώς είναι δυνατή η απεικόνιση και η ποσοτική περιγραφή της μικροδομής και της διάταξης των ιστών και των νευρώνων έτσι ώστε να είναι δυνατή η καλύτερη περιγραφή της πορείας της νόσου. Η διάχυση του νερού στους βιολογικούς ιστούς δεν είναι τυχαία ή ελεύθερη αλλά εξαρτάται από την δομή και την κατάσταση τους. Ανιχνεύεται με την βοήθεια της τεχνικής απεικόνισης διάχυσης ενώ περιγράφεται ποσοτικά από την τιμή του συντελεστή ADC (Apparent Diffusion Coefficient) ο οποίος διαφέρει ανάλογα με τον μελετώμενο ιστό και εκφράζει την ευκολία με την οποία το νερό ταξιδεύει μέσα και γύρω από τα κύτταρα και κατ' επέκταση τους ιστούς. Στους φυσιολογικούς ιστούς σε όλους τους ανθρώπους οι τιμές αυτές είναι σταθερές και εξαρτώνται από την μελετώμενη περιοχή. Σε ασθενείς με νόσο Alzheimer οι εκφυλισμένοι ιστοί παρουσιάζουν καταστροφή της δομής τους, πιο ελεύθερη και ταχεία κίνηση του νερού και κατά συνέπεια αύξηση πάνω από τις φυσιολογικές τιμές των τιμών ADC. Το νερό εμφανίζει διαφορετικές ταχύτητες διάχυσης εντός των ιστών σε σχέση με την διεύθυνση της διάχυσης. Το φαινόμενο αυτό καλείται ανισοτροπία διάχυσης. Προκειμένου να ανιχνευθεί αυτή η ανισοτροπία είναι απαραίτητη η κωδικοποίηση τουλάχιστον έξι διευθύνσεων στο χώρο της διάχυσης ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα για την σχετική κινητικότητα των μορίων του νερού στο περιβάλλον 26 των ιστών. Στην συμβατική απεικόνιση μοριακής διάχυσης δεν εφαρμόζεται αυτή η κωδικοποίηση. Με την βοήθεια της απεικόνισης τανυστή διάχυσης (Diffusion Tensor Imaging – DTI) είναι δυνατή η περιγραφή των μικροδομών των ιστών μέσω της παρατήρησης της ταχύτητας διάχυσης του νερού προς τις δεδομένες κατευθύνσεις. Με αυτές τις τεχνικές αναπαριστάται η διάταξη των

νευρώνων στον χώρο χάρη στην ανίχνευση της διεύθυνσης κατά την οποία παρατηρείται η ταχύτερη διάχυση των μορίων του νερού. Η τεχνική αυτή βασίζεται σε ειδικούς αλγόριθμους για την εύρεση της διεύθυνσης αυτής. Η ανακατασκευή βασίζεται στην επεξεργασία των ίδιων δεδομένων του DTI και αφορά όλα τα τμήματα της εικόνας. Με αυτό τον τρόπο είναι δυνατή η καταγραφή των συνδέσεων των δομών του εγκεφάλου και του νευρικού δικτύου. Οι εικόνες που προκύπτουν χαρακτηρίζονται από την παρατήρηση έγχρωμων νηματοειδών δομών στον τρισδιάστατο χώρο οι οποίες αναπαριστούν την μορφή και την διάταξη των νευρώνων. Έτσι είναι δυνατή η παρατήρηση της ομαλής λειτουργίας και διάταξης των νευρώνων και των συνάψεων. Στην περίπτωση της νόσου Alzheimer παρατηρείται μείωση της πυκνότητας των νευρώνων, διασκορπισμός των νευρώνων σε τυχαίες διευθύνσεις ή ακόμα και πλήρης απουσία των δομών αυτών.

6.2.4 Φασματοσκοπία μαγνητικού συντονισμού

Οι βιοδείκτες της νόσου του Alzheimer είναι πολύ σημαντικοί τόσο για την έγκαιρη διάγνωσή της όσο και για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της θεραπείας. Έρευνες τριών δεκαετιών έχουν αποδείξει ότι η φασματοσκοπία μαγνητικού συντονισμού (MRS-magnetic resonance spectroscopy) είναι ένας 28 ενδεχόμενος τρόπος μέτρησης της συγκέντρωσης βιοχημικών δεικτών με χαμηλό μοριακό βάρος, με όριο ανίχνευσης περίπου 1 mmol/L (mM). Η φασματοσκοπία μαγνητικού συντονισμού επιτρέπει τη χωρική μέτρηση μεταβολιτών που περιέχουν μυο-ινοσιτόλη (mi), χολίνη (cho), N-ακετυλομάδες ασπαραγινικό (NAA) και κρεατίνη (Cr). Η κρεατίνη συνήθως χρησιμοποιείται ως εσωτερικός δείκτης για τον έλεγχο της

μεταβλητότητας των μετρήσεων λόγω του ότι η ίδια παραμένει αμετάβλητη στην νόσο του Alzheimer. Ωστόσο υπάρχουν και άλλοι μεταβολιτές οι οποίοι μπορούν να μετρηθούν μέσω της συγκεκριμένης τεχνικής απεικόνισης αλλά με πιο προχωρημένες μεθόδους που απαιτούν συστατικά που πιθανόν να μην είναι διαθέσιμα σε συμβατικούς σαρωτές διαφόρων κλινικών. Η φασματοσκοπία μαγνητικού συντονισμού μπορεί να χρησιμεύσει στην αναγνώριση των ασθενών με Alzheimer πριν γίνουν εμφανή τα συμπτώματα της νόσου καθώς επίσης και στο διαχωρισμό της νόσου από άλλες νευροεκφυλιστικές ασθένειες.

6.2.5 Τομογραφία εκπομπής φωτονίων, SPECT

Η SPECT τομογραφία είναι μία διαδικασία που χρησιμοποιεί ισότοπα φωτονίου, τα οποία έχουν μέσο όρο ζωής 6-12 ώρες, με ενδοφλέβια ένεση, εισπνοή ή κατάποση. Χορηγείται στον ασθενή ραδιοφάρμακο που συγκεντρώνεται σε ιστούς ή όργανα σε παθολογικές περιοχές βοηθώντας στην μελέτη τους. Η εξέταση αυτή χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον για την μέτρηση της ροής αίματος. Σε ασθενείς με την νόσο του Alzheimer παρατηρείται στην περιοχή του κροταφικού και βρεγματικού φλοιού μείωση της ροής του αίματος και της χρήσης το οξυγόνου. Η SPECT τομογραφία δεν χρησιμοποιείται συχνά για την αξιολόγηση της νόσου του Alzheimer.

6.2.6 Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET)

Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίου είναι μία μέθοδος απεικόνισης παθολογικών αιτιών. Στον ασθενή δίδεται ραδιοφάρμακο, το οποίο διασπάται και εκπέμπονται τα ποζιτρόνια. Ο ασθενής κατά την διάρκεια της εξέτασης με ποζιτρόνια θα πρέπει να ενίεται σε φλέβα με χαμηλού επιπέδου ραδιενεργού ιχνηθέτη. Τοποθετείται σε ένα τραπέζι και ταυτόχρονα παρακολουθείται η ροή του ιχνηθέτη μέσω του εγκεφάλου του. Ο ιχνηθέτης, για παράδειγμα η γλυκόζη, δείχνει την συνολική δραστηριότητα σε διαφορές περιοχές του εγκεφάλου. Με αυτόν τον τρόπο διαπιστώνεται η δυσλειτουργία τμημάτων του εγκεφάλου. Με την PET τομογραφία μπορεί να ανιχνευτεί το επίπεδο από πλάκες, χαρακτηριστική ανωμαλία της νόσου Alzheimer.

6.2.7 Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων συνδυαστικά με την αξονική τομογραφία (PET/CT)

Πρόκειται για συνδυασμό δύο μεθόδων, της Τομογραφίας Εκπομπής Ποζιτρονίων (PET) που αποτελεί τεχνολογία αιχμής της Πυρηνικής Ιατρικής και της Αξονικής Τομογραφίας (CT) σε ένα μηχάνημα. Ο συνδυασμός αυτός επιτυγχάνει σε μια συνεδρία, χωρίς την μετακίνηση του ασθενούς, τη λήψη εικόνων CT που καταδεικνύουν την ανατομία των οργάνων και εικόνων PET, που αναδεικνύουν την λειτουργία αυτών. Η χρήση του Τομογράφου PET/CT έγκειται στην καλύτερη διερεύνηση ογκολογικών και νευρολογικών παθήσεων, αλλά και στη διάγνωση βιωσιμότητας του ισχαιμικού μυοκαρδίου. Στις ογκολογικές παθήσεις, ο Τομογράφος PET/CT καθορίζει τη σταδιοποίηση του κακοήθους όγκου (δηλ. στο

πόσο εκτεταμένη είναι η νόσος και αν επιδέχεται ή όχι χειρουργική θεραπεία) και αξιολογεί την ανταπόκριση στην θεραπεία (ακτινο-ή και χημειοθεραπεία). Επιπλέον, η Τομογραφία PET/CT συμβάλλει ουσιαστικά στη διάγνωση διαφόρων τύπων ανοιών και επιληπτικών εστιών, προκειμένου να επιλέγεται η κατάλληλη αγωγή, αλλά και η πρωϊμότερη έναρξη θεραπείας. Επιπλέον, επιτυγχάνεται πρωϊμότερη και ακριβέστερη διάγνωση της νόσου, με προφανείς τις συνέπειες στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αντιμετώπισης και δεύτερον, επιτυγχάνεται σημαντική οικονομία στη διαχείριση των ασθενών, γεγονός που ενδιαφέρει ιδιαίτερα τα Εθνικά Συστήματα Υγείας αλλά και τους Ασφαλιστικούς Φορείς. Αυτό που πρέπει να σημειωθεί ιδιαίτερα είναι ότι η εφαρμογή της Τομογραφίας PET/CT είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή του χειρισμού του ογκολογικού ασθενούς σε ποσοστό 30-35%. Δηλαδή στο 1/3 των ασθενών με καρκίνο, η στρατηγική αντιμετώπισης που είχε σχεδιαστεί πριν γίνει η Τομογραφία PET/CT, άλλαξε μετά τα αποτελέσματα της απεικόνισης με τη μέθοδο αυτή. Το ποσοστό αυτό είναι σημαντικό όπως και τα οικονομικά οφέλη για ένα σύστημα Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΤΟ ΦΟΡΤΙΟ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ALZHEIMER



Εικόνα 12

Η νόσος Alzheimer δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή αλλά είναι ένα πολυδιάστατο πρόβλημα που έχει αντίκτυπο στον οικείο-φροντιστή του ανοιακού ατόμου. Το βάρος που έχει να αντιμετωπίσει ο υπεύθυνος για την φροντίδα είναι σωματικό, ψυχοσυναισθηματικό και οικονομικό. Οι φροντιστές των ανοιακών ασθενών ταλαιπωρούνται σωματικά διότι η καθημερινότητα είναι επιβαρυνμένη για αυτούς καθότι πρέπει να φροντίζουν τον ασθενή ακόμα και σε απλά καθημερινά ζητήματα. Όσο αναφορά το ψυχικό φορτίο τα άτομα που φροντίζουν τους ασθενείς αυτούς καλούνται να διαχειριστούν πρόωρα και να συμφιλιωθούν με την ιδέα των γηρατειών. Έρχονται αντιμέτωποι με μια μη φυσιολογική εικόνα γηρατειών, γεγονός που τους προκαλεί άγχος. Ταυτόχρονα τα παιδιά των ατόμων με ΑAlzheimer πρέπει να αναλάβουν το ρόλο του γονέα της οικογένειας, να κρατήσουν ισορροπίες και να διαχειρίζονται τα προβλήματα στις νέες αυτές συνθήκες. Ενώ καλούνται να διαχειριστούν αυτές τις καταστάσεις, ο φόβος της

κληρονομικότητας της νόσου τους δημιουργεί άγχος για την δική τους πορεία στην ζωή . Τέλος η επιβάρυνση σε οικονομικό επίπεδο είναι ιδιαίτερα σημαντική και δεν μπορεί να μην αναφερθεί. Το οικονομικό φορτίο των φροντιστών είναι άμεσο και έμμεσο. Η άμεση οικονομική επιβάρυνση σχετίζεται με δαπάνες σε φάρμακα, διαγνωστικές διαδικασίες, τακτική εξωνοσοκομειακή παρακολούθηση, φροντίδα στο σπίτι, ιδρυματική και νοσοκομειακή φροντίδα. Η έμμεση επιβάρυνση σχετίζεται με τον χρόνο που δαπανούν οι συνοδοί των ασθενών για την επίβλεψη και την φροντίδα τους. Αυτό έχει σαν συνέπεια να μειώνονται οι εργατοώρες τους, άρα και το εισόδημα τους.

Η νόσος Alzheimer επηρεάζει ακόμα και την υγεία των συνοδών των ασθενών. Έχει παρατηρηθεί ότι έχουν τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσήσουν από κατάθλιψη σε σχέση με οποιονδήποτε άλλον. Η υγεία τους είναι ιδιαίτερα κλονισμένη καθώς κάνουν 46% περισσότερες επισκέψεις στους γιατρούς και 71% μεγαλύτερη χρήση φαρμάκων.

Οι φροντιστές των νοσούντων από Alzheimer έχουν διαφορετικό ρόλο ανάλογα με το στάδιο το οποίο βρίσκεται η νόσος. Στα αρχικά στάδια της νόσου καλούνται να συνδράμουν τους ασθενείς στην διαχείριση πολύπλοκων ζητημάτων (γραφειοκρατικά, οικονομικά, νομικά), καθώς και να τους επιβλέπουν. Ο ρόλος των φροντιστών γίνεται καθοριστικός στα προχωρημένα στάδια της νόσου. Πρέπει να συμμετέχουν στις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς (προσωπική περιποίηση, διατροφή κ.α.) και να τον βοηθούν στην μετακίνηση. Ταυτόχρονα είναι επιφορτισμένοι με το δύσκολο έργο της διαχείρισης των προβλημάτων συμπεριφοράς που έχουν οι ασθενείς.



Εικόνα 13

Το οικείο πρόσωπο ενός ασθενούς με Alzheimer που αναλαμβάνει εν τέλει και τον ρόλο του φροντιστή διέρχεται από κάποια στάδια ψυχολογικών διακυμάνσεων. Στην αρχή της διάγνωσης αγωνιά και ανησυχεί για την υγεία του συγγενούς του. Στην συνέχεια αρνείται να δεχτεί την πραγματικότητα και διακατέχεται συχνά από το αίσθημα της ντροπής. Η άρνηση και η ντροπή σταδιακά μετατρέπεται σε θλίψη και παραίτηση, συναισθήματα τα οποία με την πάροδο του χρόνου εξαλείφονται. Τελικά ο συγγενής συμφιλιώνεται με την ιδέα και αναλαμβάνει τον ρόλο του.

B ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Αξίζει να γίνει αναφορά στη φροντίδα και υποστήριξη με νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιδράσεων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Για την υγεία των ασθενών, σημαντικό είναι να γίνει νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση για την κατάσταση και τις ανάγκες του ασθενή, ώστε τα νοσηλευτικά αποτελέσματα της φροντίδας να είναι όσο το δυνατόν καλύτερα. Σε ασθενείς με νόσο Alzheimer οι κύριες νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι η χρόνια σύγχυση, η διαταραχή ύπνου και το έλλειμμα αυτοφροντίδας. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, όπως η διαχείριση της άνοιας, η μείωση του άγχους, η προαγωγή του ύπνου, ευνοούν κατά πολύ τη νοσηλευτική φροντίδα. Είναι ολοφάνερο πως οι ασθενείς με νόσο Alzheimer συχνά χρειάζονται εντατική υποστήριξη με νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιδράσεων της νόσου. Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στη μακροχρόνια υποστήριξη των ασθενών αυτών, παρέχοντας τους την κατάλληλη εκπαίδευση και παραπέμποντας τους στους αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες για συνέχιση της φροντίδας τους στα πλαίσια της κοινότητας. Συγκεκριμένα, κατά τα πρώιμα στάδια της νόσου, η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται στο να βοηθήσει τον ασθενή να κάνει μικρές και χρήσιμες προσαρμογές στο περιβάλλον του. Εν συνεχεία, καθώς ο ασθενής γίνεται ολοένα και περισσότερο ανίκανος να αυτοεξυπηρετηθεί, απαιτούνται περισσότερες

τροποποιήσεις, για να μπορέσει να βοηθηθεί. Είναι πολύ σημαντική η παροχή υποστήριξης, τόσο σωματικής όσο και ψυχοκοινωνικής, στο άτομο που φροντίζει τον ασθενή, καθώς ο ασθενής καθίσταται όλο και περισσότερο εξαρτημένος από αυτόν . Η προαγωγή της υγείας σε ασθενείς με νόσο του Alzheimer εστιάζεται στη διατήρηση της λειτουργικότητας και την προαγωγή της ασφάλειας. Εάν ο ασθενής πρόκειται να νοσηλευτεί στο σπίτι, φροντίζουμε για την ασφάλεια του και εξετάζουμε κατά πόσο το άτομο που θα φροντίζει τον ασθενή είναι ικανό να αντιμετωπίσει τις βασικές του ανάγκες, όπως είναι η διατήρηση της υγιεινής και η υποβοήθηση στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Προσαρμόζουμε τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τη διδασκαλία ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος του ασθενούς. Επιπλέον, η διαταραχή της μνήμης είναι μια νοσηλευτική διάγνωση που αφορά το πρώτο 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.



Εικόνα 14

Συγκεκριμένα :

- Υποδεικνύουμε συμπληρωματικές θεραπείες, όπως είναι ο διαλογισμός, οι μαλάξεις ή η γυμναστική. Οι δραστηριότητες αυτές βοηθούν στην μείωση του στρες, το οποίο μπορεί να επιδεινώσει την απώλεια μνήμης.
- Συστήνουμε στον ασθενή να χρησιμοποιεί ημερολόγιο, να συντάσσει καταλόγους με το τι έχει να κάνει ή να ζητήσει από κάποιον τρίτο να του υπενθυμίζει τα ραντεβού ή τις άλλες υποχρεώσεις του. Οι γραπτές ή προφορικές υπενθυμίσεις μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά τον ασθενή με διαταραγμένη μνήμη. Ακόμα, μπορούμε να συστήσουμε τη χρήση ενός κουτιού για τα φάρμακα με σημειωμένες τις ημέρες και ώρες λήψης τους. Αυτό αποτελεί ένα καλό τρόπο για να θυμάται κανείς να παίρνει τα φάρμακα του. (Οι ασθενείς με νόσο του Alzheimer 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 θα επιδεινώνεται.)
- Τοποθετούμε ετικέτες στα δωμάτια, τα συρτάρια και σε άλλα αντικείμενα, ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς. Οι οπτικές υπενθυμίσεις βοηθούν στην ανεξαρτησία του ασθενούς.
- Απομακρύνουμε τα δυνητικά επικίνδυνα αντικείμενα (όπως μαχαίρια , επικίνδυνα υγρά ή χημικά) από το περιβάλλον του ασθενούς. Η προαγωγή της ασφάλειας αποτελεί σημαντικό τμήμα της παρεχόμενης φροντίδας.

- Διατηρούμε τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα στο ελάχιστο. Δηλαδή μειώνουμε την ένταση των θορύβων, μιλάμε ήρεμα και σιγανά χωρίς να δίνουμε την εντύπωση ότι βιαζόμαστε. Έτσι, ελαχιστοποιώντας τα αισθητικά ερεθίσματα και διατηρώντας μια ήρεμη συμπεριφορά μπορεί να μειώσουμε το άγχος του ασθενούς.
- Αρχίζουμε κάθε παρέμβαση μας με το να αυτοσυστηνόμαστε και να απευθυνόμαστε στον ασθενή με το όνομα του. Οι τεχνικές αυτές, παρέχουν πληροφόρηση στον ασθενή με απώλεια μνήμης.
- Περιορίζουμε τις ερωτήσεις μας σε εκείνες που απαντώνται απλώς με ένα ναι ή ένα όχι. Οι ερωτήσεις μας θα πρέπει να είναι συμβατές με τις ικανότητες του ασθενούς, καθώς οι λεκτικές του δεξιότητες και η ικανότητα λήψης αποφάσεων διαρκώς εκπίπτουν.
- Προσπαθούμε να προσανατολίσουμε τον ασθενή με το περιβάλλον, τα πρόσωπα και το χρόνο όσο το δυνατόν πιο πολύ. Για παράδειγμα, μπορούμε να τοποθετήσουμε μεγάλα ημερολόγια και ρολόγια στο οπτικό πεδίο του ασθενούς. Έτσι όποτε συζητάμε με τον ασθενή, του θυμίζουμε την ημέρα της εβδομάδας ή την εποχή του χρόνου. Προσανατολίζουμε τον ασθενή σύμφωνα με το επίπεδο των δυνατοτήτων του, αν και ο ακριβής προσανατολισμός στο χρόνο, μπορεί να μην είναι δυνατός στα τελευταία στάδια της νόσου του Alzheimer. Ακόμα, οριοθετούμε τους χώρους, τοποθετώντας κόκκινες ή κίτρινες ταινίες στο πάτωμα. Τα όρια αυτά βοηθούν τον ασθενή να παραμένει μέσα σε ασφαλείς χώρους. Η αντιμετώπιση των συμπεριφορών του ασθενούς με νόσο Alzheimer που σχετίζονται με άγχος, νευρική και σύγχυση αποτελεί μεγάλη πρόκληση

για τους νοσηλευτές και τα άλλα άτομα που τον φροντίζουν. Συχνά οι ασθενείς είναι σχετικώς ήρεμοι κατά τις πρωινές ώρες, εκδηλώνοντας αργότερα αυξανόμενες περιόδους εκνευρισμού κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες. Ο ασθενής με νόσο του Alzheimer μπορεί ακόμη να ξυπνήσει τη νύχτα με κρίση σύγχυσης, φόβου ή και πανικού. Εύλογο θα ήταν να παρακολουθούμε τις πρώιμες εκδηλώσεις κόπωσης και εκνευρισμού. Η πρώιμη διάγνωση των προβλημάτων αυτών βοηθά στην ταχεία παρέμβαση για την προαγωγή της ανάπαυσης ή την απομάκρυνση του ασθενούς από την κατάσταση που του προκαλεί άγχος. Πολύ σημαντικό επίσης, είναι να διατηρούμε τις καθημερινές συνήθειες με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συνέπεια. Έτσι, παρέχοντας στον ασθενή μια αυστηρά δομημένη ημέρα, δημιουργείτε μια αίσθηση οικειότητας και μειώνετε το άγχος του. Τέλος, όταν ο ασθενής και η οικογένειά του διαπιστώσουν τον αντίκτυπο που έχει η νόσος του Alzheimer στη ζωή τους, μπορεί να αισθανθούν απογοήτευση και αδυναμία. Μπορεί να μην έχουν το κουράγιο να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τη διάγνωση και τα προβλήματα που αυτή συνεπάγεται. Η προϊούσα εκφυλιστική πορεία της νόσου και η μη αναστρέψιμη φύση της διαταραχής συνήθως «ψαλιδίζουν» τις ελπίδες που τρέφουν οι ασθενείς και οι οικογένειες τους. Σε αυτό το σημείο ο νοσηλευτής θα πρέπει να ενθαρρύνει την έκφραση των συναισθημάτων ασθενούς και οικείων προσώπων ασθενούς, η κατανόηση της άποψης του ασθενούς και της οικογένειάς του, θα του επιτρέψει να διαλύσει τους μύθους που τυχόν υπάρχουν γύρω από τη νόσο. Σημαντική κρίνεται η παροχή ρεαλιστικής ενημέρωσης για τη νόσο από τον νοσηλευτή, καθώς και οι πληροφορίες που

δίνει να ταιριάζουν με το επίπεδο που μπορεί να καταλάβει ο ασθενής ή η οικογένεια. Για αυτό πολλές φορές, είναι πιθανό να χρειαστεί ο ασθενής και η οικογένεια να ενημερωθούν χωριστά, σε διαφορετικές συνεδρίες. Η ρεαλιστική ενημέρωση παρέχει μια βάση ώστε να ληφθούν οι απαραίτητες αποφάσεις. Στατιστικά η πλειονότητα των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με νόσο του Alzheimer είναι σύζυγοι ή άλλα μέλη της οικογένειας. Επειδή όμως η νόσος του Alzheimer είναι μια χρόνια νόσος, που τελικά προκαλεί αναπηρία, οι φροντιστές αυτοί μπορεί να αισθάνονται ανίκανοι να ανταποκριθούν στις ευθύνες τους. Για παράδειγμα, ο σύζυγος που φροντίζει το σύντροφο του αντιμετωπίζει όχι μόνο την ευθύνη για τις πολλαπλές σωματικές ανάγκες του ασθενούς-συζύγου του, αλλά ακόμη και οικονομικές και ψυχοκοινωνικές πιέσεις. Ο φόβος για το μέλλον, η απώλεια εισοδήματος, η ουσιαστική απώλεια ενός συντρόφου, σε συνδυασμό με την κούραση, επιβαρύνουν σημαντικά το επιφορτισμένο με τη φροντίδα του ασθενούς άτομο. Τα άτομα αυτά μπορεί να εξαντληθούν και μαζί τους να εξαντληθούν και οι ελπίδες τους. Μόνο η ικανότητα ψυχολογικής προσαρμογής στα ποικίλα προβλήματα μπορεί να επαναφέρει την ελπίδα.

- Διδάσκουμε στους φροντιστές τεχνικές αυτοφροντίδας, όπως να εξασφαλίζουν περιόδους ανάπαυσης και να αποφεύγουν την κόπωση. Η κόπωση επιβαρύνει τα στρες και είναι πιθανόν να οδηγήσει σε δυσκολία λήψης σωστών αποφάσεων.
- Τους συμβουλεύουμε να λαμβάνουν τακτικά μέρος σε φυσικές δραστηριότητες που απολαμβάνουν, όπως το βάδισμα ή η κολύμβηση. Η τακτική φυσική άσκηση μειώνει το στρες.

- Τους παραπέμπουμε σε τοπικές ομάδες υποστήριξης ασθενών με νόσο του Alzheimer ή συστήνουμε βιβλία σχετικά με το θέμα. Η σαφής υπόδειξη συστημάτων υποστήριξης και η παροχή συγκεκριμένων πληροφοριών προάγουν την ικανότητα αντιμετώπισης του προβλήματος
- Συστήνουμε σε αυτούς που παρέχουν φροντίδα, τη χρήση εταιρείας παράδοσης γευμάτων στο σπίτι, υπηρεσίας οικιακής βοήθειας, υπηρεσίας προσωρινής αντικατάστασης τους, καθώς και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών. Οι κοινωνικές υπηρεσίες μπορεί να ανακουφίσουν από κάποια καθημερινά βάρη, παρέχοντας έτσι χρόνο γι' άλλες δραστηριότητες. Τα προγράμματα που υποστηρίζουν τους επιφορτισμένους με τη φροντίδα του ασθενούς , φαίνεται ότι καθυστερούν τον εγκλεισμό του ασθενούς σε κάποιο ίδρυμα. Τέλος, βεβαιωνόμαστε ότι η οικογένεια γνωρίζει ότι υπάρχουν και προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας για τα τελικά στάδια της νόσου του Alzheimer. Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να υποστηρίξουν την οικογένεια κατά τη δύσκολη εκείνη περίοδο.(Παννουδάκη, 2000)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ



Εικόνα 15

Η παρηγορητική φροντίδα δεν έχει στόχο να θεραπεύσει την ασθένεια αλλά να βοηθήσει ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο να αντιμετωπίσουν φυσικές, πρακτικές, πνευματικές και συναισθηματικές ανάγκες που προκύπτουν από την ασθένεια τους, αλλά και να βελτιώσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους. Η παρηγορητική φροντίδα περιλαμβάνει μια σειρά από υπηρεσίες που παρέχουν γιατροί και νοσηλευτές, επαγγελματίες υγείας, καθώς σημαντικός είναι και ο ρόλος της οικογένειας στο κομμάτι αυτό. Κατά κύριο λόγο η παρηγορητική φροντίδα εκτελείται από νοσηλευτές με στόχο την εκπαίδευση των ασθενών για την ασθένεια τους καθώς και την προετοιμασία τους για τους ύστερο ταξίδι. Όσο αναφορά τους ασθενείς με νόσο Alzheimer, συχνά χρειάζονται εντατική υποστήριξη με νοσηλευτικές παρεμβάσεις που θα βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές επιδράσεις της νόσου. Ο νοσηλευτής παίζει

σημαντικό ρόλο στην μακροχρόνια υποστήριξη των ασθενών αυτών παρέχοντάς τους στους αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες για την συνέχιση της φροντίδα τους στο πλαίσιο της κοινότητας.



Εικόνα 16

Στόχοι Παρηγορητικής Φροντίδας

✓ **Βελτίωση της ποιότητας ζωής**

Οι νοσηλευτές έχουν την υποχρέωση να βοηθούν τον ασθενή, ώστε να ζει με αξιοπρέπεια. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται και η φροντίδα για την υγιεινή του, τη σίτισή καθώς και την ψυχολογική του στήριξη.

✓ **Προαγωγή της αυτονομίας**

Ο νοσηλευτής οφείλει να βρει εναλλακτικούς τρόπους, οι οποίοι μπορούν να προσδώσουν μια σχετική αυτονομία στον ασθενή και να τους υποδείξει σ' εκείνον.

✓ **Βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενούς**

Ακόμα και αν η νόσος δεν είναι ιάσιμη, ο νοσηλευτής μπορεί να συμβάλει έτσι ώστε ο ασθενής να αυτοεξυπηρετείται και να νιώθει ο ίδιος λειτουργικός. Έτσι νιώθει πως δεν αποτελεί βάρος για το οικογενειακό του περιβάλλον.

- ✓ Συχνή καταγραφή και αξιολόγηση θέτοντας ρεαλιστικούς, εξατομικευμένους κάθε φορά στόχους, διαφυλάττοντας και ενισχύοντας το αίσθημα αξιοπρέπειας

Ο νοσηλευτής πρέπει να καταγράφει ενδεχόμενη βελτίωση ή επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς, ώστε να γνωρίζει τι μπορεί να θέσει ως εφικτό στόχο για να επιτευχθεί από τον ασθενή. Για παράδειγμα, ο νοσηλευτής δεν πρέπει να έχει την αξίωση από έναν ασθενή που πάσχει από Alzheimer να λαμβάνει μόνος του τη φαρμακευτική αγωγή, χωρίς επιτήρηση. Αντιθέτως, σ' ένα αρχικό στάδιο της νόσου μπορεί ο ασθενής να κρατά ημερολόγιο με τις καθημερινές του υποχρεώσεις.

- ✓ Μείωση των συμπτωμάτων της χρόνιας κόπωσης

Με τις κατάλληλες τεχνικές και την απαραίτητη φροντίδα οι νοσηλευτές μπορούν ν' απαλύνουν και να μειώσουν την κόπωση του ασθενούς.

- ✓ Βελτίωση της διάθεσης του ασθενούς

Εύλογα αντιλαμβανόμαστε ότι όταν βελτιώνεται η ποιότητα ζωής ενός ατόμου, αυτόματα βελτιώνεται και η ψυχολογική του κατάσταση. Ακόμα και αν ο θάνατος είναι η κατάληξη μιας νόσου, το διάστημα διαβίωσης είναι σημαντικό να χαρακτηρίζεται από την αξιοπρεπή διαβίωση του ασθενούς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Νοσηλευτική διεργασία είναι τρόπος σκέψης και δράσης που βασίζεται στην επιστημονική μεθοδολογία, η οποία χρησιμοποιείται από νοσηλευτές για την επίλυση προβλημάτων. Θεωρείται ότι είναι ένα εργαλείο για τον προσδιορισμό των προβλημάτων των ασθενών και μια οργανωμένη μέθοδο για την ικανοποίηση των αναγκών τους. Χρησιμοποιείται από τους νοσηλευτές για την διασφάλιση της καλύτερης ποιότητας φροντίδας των ασθενών. Η προσέγγιση μπορεί να χωριστεί σε πέντε στάδια.

Το αρχικό στάδιο είναι η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς, δηλαδή η συστηματική συλλογή υποκειμενικών και αντικειμενικών δεδομένων για την εκτίμηση της κατάστασής του και η αναγνώριση των παραγόντων κινδύνου για την υγεία του. Τα δεδομένα λαμβάνονται από τον ασθενή, την οικογένεια, τις διαγνωστικές εξετάσεις και από άλλους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με αυτόν. Συλλέγονται δύο τύποι στοιχείων, τα αντικειμενικά και τα υποκειμενικά στοιχεία. Τα αντικειμενικά στοιχεία είναι οι πληροφορίες που γίνονται αντιληπτές με τις αισθήσεις και την παρατήρηση, ώστε να μπορούν να επαληθευτούν από ένα άλλο πρόσωπο π.χ. ζωτικά σημεία, αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων, αποτελέσματα φυσικής εξέτασης. Λέγονται και σημεία. Τα υποκειμενικά στοιχεία είναι οι πληροφορίες που γίνονται αντιληπτές μόνο από τον ασθενή. Περιλαμβάνουν τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις. Συμπληρωματική πηγή των

στοιχείων μπορεί να είναι η οικογένεια, τα αρχεία των ασθενών, άλλοι επαγγελματίες υγείας, η βιβλιογραφία, κλπ. Συχνά ονομάζονται και συμπτώματα

Το στάδιο που ακολουθεί είναι η διάγνωση, δηλαδή η ανάλυση των ευρημάτων. Πρόκειται για τη διατύπωση υπαρκτού ή επικείμενου προβλήματος υγείας με την αιτιολογία και τα υποστηρικτικά δεδομένα για την ύπαρξή του. Βασίζεται σε υποκειμενικά και αντικειμενικά δεδομένα. Αφορά καταστάσεις για τις οποίες οι νοσηλευτές είναι νομικά κατοχυρωμένοι. Σ' αυτό το σημείο θα ήταν σκόπιμο ν' αναφερθούμε στις διαφορές μεταξύ της νοσηλευτικής και ιατρικής διάγνωσης. Η νοσηλευτική περιγράφει τις αντιδράσεις προς την ασθένεια ενώ η ιατρική την ίδια την ασθένεια. Επιπλέον η νοσηλευτική επικεντρώνεται στη λειτουργικότητα σε αντίθεση με την ιατρική που επίκεντρό της είναι η παθολογία. Η νοσηλευτική κατευθύνει τις ανεξάρτητες νοσηλευτικές ενέργειες, ενώ η ιατρική την θεραπεία. Ορισμένα παραδείγματα νοσηλευτικών διαγνώσεων είναι η αντίληψη και η φροντίδα προσωπικής υγείας (διαταραχή φροντίδας υγείας, διαταραχή αυτοπροστασίας, κίνδυνος για σωματική βλάβη) , η διατροφή και ο μεταβολισμός (διαταραχή λήψης τροφής, κίνδυνος για εισρόφηση, ελαττωματική κατάποση, μη αποτελεσματική θερμορύθμιση), η λειτουργία αποβολής άχρηστων ουσιών (δυσκοιλιότητα, διάρροια, ακράτεια), ο ύπνος – ανάπαυση, η αντίληψη του εαυτού(φόβος, άγχος).

Το στάδιο που έπεται είναι ο προγραμματισμός της νοσηλείας, ο οποίος ουσιαστικά είναι ο σχεδιασμός φροντίδας του θεραπευόμενου. Σ' αυτό το σημείο γίνεται η ιεράρχηση των προβλημάτων (υψηλής, μέσης και χαμηλής προτεραιότητας), η διατύπωση των νοσηλευτικών στόχων, ο προσδιορισμός των

νοσηλευτικών παρεμβάσεων, ο καθορισμός των κριτηρίων αξιολόγησης, σε συνεργασία με τον ασθενή και την οικογένειά του. Ο προγραμματισμός πρέπει να είναι γραπτός, ώστε να υπάρχει το πλαίσιο αναφοράς, καλύτερη συνεργασία και νομική κάλυψη.

Ακολουθεί η εφαρμογή της νοσηλείας (εκτέλεση φροντίδας). Στόχος του νοσηλευτή σ' αυτό το στάδιο είναι η εκτέλεση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων, η ενθάρρυνση συμμετοχής του αρρώστου, με διδασκαλία και θεραπευτικό διάλογο. Ο προγραμματισμός προσαρμόζεται στην προσωπικότητα του αρρώστου με σεβασμό και αξιοπρέπεια. Οι νοσηλευτικές πράξεις που απορρέουν από ιατρική οδηγία πρέπει να διεκπεραιώνονται με ακρίβεια εκτός της περίπτωσης που θεωρηθεί μη νόμιμη και ανασφαλής για τον άρρωστο. Τότε πρέπει να συζητούνται με τον προϊστάμενο νοσηλευτή ή τον γιατρό.



Εικόνα 17

Τελευταίο στάδιο είναι η εκτίμηση των αποτελεσμάτων. Σ' αυτό προσδιορίζεται η επίτευξη των επιθυμητών στόχων. Πιο αναλυτικά, ελέγχεται εάν και σε ποιο βαθμό έχουν επιτευχθεί οι στόχοι που είχαν τεθεί καθώς και η αντίδραση του ατόμου στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Επανεξετάζεται ολόκληρο το πρόγραμμα της νοσηλευτικής φροντίδας και γίνονται οι απαραίτητες αλλαγές. Τα προαναφερθέντα στάδια της νοσηλευτικής διεργασίας βρίσκονται σε μια δυναμική αλληλεξάρτηση καθώς το ένα επηρεάζεται άμεσα από τα αποτελέσματα του άλλου.

Γ ΜΕΡΟΣ

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

ΠΡΩΤΟ

Ο Κ. 77χρονών είχε διαγνωσθεί με Alzheimer πριν 5 χρόνια. Η νόσος βρίσκεται στο τρίτο και τελικό της στάδιο. Πριν 2 εβδομάδες εισήχθη στην κλινική μας με λοίμωξη του αναπνευστικού. Έχει ανεβάσει υψηλό πυρετό (38,8 C) και έχει έντονο βήχα. Ο ασθενής μέχρι πριν την εισαγωγή του στην κλινική περπατούσε περιορισμένα με την υποστήριξη συνοδού. Πλέον είναι κλινήρης και παρουσιάζει συμπτώματα δυσφαγίας. Οι τροφές που καταναλώνει είναι ρευστής μορφής, αλλά παρόλα αυτά παρουσιάζει συμπτώματα πνιγμού. Η ομιλία του και η επικοινωνία με το εξωτερικό περιβάλλον έχει περιοριστεί στο ελάχιστο. Ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει και να εκφράσει τις ανάγκες του στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ούτε στα πρόσωπα του οικογενειακού του περιβάλλοντος.

Νοσηλευτική Διεργασία

<u>Αξιολόγηση</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός</u>	<u>Εφαρμογή</u>	<u>Εκτίμηση</u>
Υψηλός πυρετός (38.8)	Κίνδυνος λήθαργου	<ul style="list-style-type: none">• Συχνή θερμομέτρηση• Τοποθέτηση ψυχρών	<ul style="list-style-type: none">• Έγινε λήψη θερμοκρασίας ανά 3 ώρες• Τοποθετήθηκαν	Μειώθηκε ο κίνδυνος λήθαργου

		<p>επιθεμάτων για τη μείωση της θερμοκρασίας του ασθενούς</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό για χορήγηση αντιπυρετικού • Διατήρηση δροσερού περιβάλλοντος για τον ασθενή • Ελαφρύ διαιτολόγιο 	<p>ν τα επιθέματα</p> <ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε αντιπυρετικό κατόπιν ιατρικών οδηγιών • Διατηρήθηκε σταθερά δροσερή η θερμοκρασία του περιβάλλοντος • Παροχή κατάλληλου διαιτολογίου 	
Έντονος βήχας	Κίνδυνος δύσπνοιας – εισρόφησης	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση σε πλάγια θέση(ασφαλείας) • Συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό για χορήγηση αντιβηχικού 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση • Χορηγήθηκε αντιβηχικό κατόπιν ιατρικών οδηγιών 	Μειώθηκε ο κίνδυνος εισρόφησης και δύσπνοιας
Πνιγμός-δυσφαγία	Κίνδυνος εισρόφησης	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση σε πλάγια θέση(ασφαλείας) • Συνεννόηση με τον λογοθεραπευτή για τη σωστή σίτιση του ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση • Δόθηκαν οδηγίες από το λογοθεραπευτή στο νοσηλευτικό προσωπικό για το διαιτητικό πρόγραμμα του ασθενούς 	Μειώθηκαν τα επεισόδια πνιγμού, άρα και ο κίνδυνος εισρόφησης
Αδυναμία να επικοινωνήσει τις ανάγκες του		<ul style="list-style-type: none"> • Προσπάθεια εφαρμογής, σε συνεργασία με τον λογοθεραπευτή ενός εναλλακτικού 	<ul style="list-style-type: none"> • Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τον εναλλακτικό κώδικα επικοινωνίας, 	Επίπεδο επικοινωνίας και

		<p>κώδικα επικοινωνίας (π.χ νοήματα).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Συνεχής παρατήρηση του ασθενούς μήπως μεταβληθεί κάτι στην κλινική του εικόνα εφόσον δεν μπορεί να μας ενημερώνει ο ίδιος. 	<p>τον οποίο υποδεικνύει και στον φροντιστή του νοσούντος.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ο ασθενής βρίσκεται σε συνεχή επιτήρηση μη τυχόν και αλλάξει κάτι στην εικόνα του. 	<p>αντίληψης των αναγκών του ασθενούς-ικανοποιητικό.</p>
--	--	--	---	--

Ανάλυση περιστατικού με άξονα το ρόλο του νοσηλευτή

Ο συγκεκριμένος ασθενής εισήχθη στην κλινική εξ αιτίας της λοίμωξης του αναπνευστικού. Ο νοσηλευτής είναι επιφορτισμένος με την ευθύνη της εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας σχετικά με τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής, όπως αυτή παρουσιάζεται σχηματικά στον παραπάνω πίνακα. Πιο αναλυτικά, κατά το στάδιο της αξιολόγησης ο νοσηλευτής παρατηρεί πως ο ασθενής παρουσιάζει υψηλό πυρετό, έντονο βήχα και επεισόδια πνιγμού. Συμπτώματα τα οποία κατά την φάση της διάγνωσης θα τον οδηγήσουν στα συμπεράσματά του σχετικά με την επικινδυνότητα, που ενέχεται για την υγεία του ασθενούς. Εντοπίζεται ο κίνδυνος για ενδεχόμενο λήθαργο εξ αιτίας του πυρετού, ο κίνδυνος δύσπνοιας λόγω του βήχα και τέλος ο κίνδυνος εισρόφησης εξ αιτίας του βήχα και του πνιγμού. Στη συνέχεια ακολουθεί ο προγραμματισμός των ενεργειών του νοσηλευτή προκειμένου να εξαλειφθούν ή να μειωθούν οι προαναφερθέντες κίνδυνοι. Αρχικά, πραγματοποιείται συχνή θερμομέτρηση του ασθενούς και όταν ο πυρετός είναι υψηλός ο νοσηλευτής τοποθετεί επιθέματα για τη μείωση της

θερμοκρασίας του ασθενούς και του χορηγεί αντιπυρετικό κατόπιν ιατρικών οδηγιών. Εκτός αυτών προσπαθεί να διατηρεί δροσερή τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος και φροντίζει το διαιτολόγιό του να είναι ελαφρύ. Επιπλέον, ο ασθενής τοποθετείται σε πλάγια θέση, γνωστή ως θέση ασφαλείας για να αποφευχθεί η εισρόφηση. Όσον αφορά το βήχα, είναι πιθανό να χορηγηθεί αντιβηχικό φάρμακο, εάν το κρίνει απαραίτητο ο θεράπων. Τέλος, προκειμένου να μειωθούν τα συμβάντα δυσφαγίας, ο λογοθεραπευτής ενημερώνει τον νοσηλευτή για το σωστό τρόπο σίτισης του ασθενούς. Έπειτα εφαρμόζονται όσα αποφασίστηκαν κατά τη φάση του προγραμματισμού. Στο τέλος εκτιμάται εάν η διεργασία επέφερε τα επιθυμητά αποτελέσματα, αν δηλαδή μειώθηκε ο κίνδυνος για λήθαργο, δύσπνοια και εισρόφηση. Αν ναι, συνεχίζεται το πρόγραμμα ως έχει, ειδάλλως γίνεται εκ νέου επαναξιολόγηση και ξεκινά νέα νοσηλευτική διεργασία.

Σ' αυτό το σημείο αξίζει να γίνει μνεία για το ρόλο που πρέπει να διαδραματίσει ο νοσηλευτής όσον αφορά τη συμβολή του στη νόσο Alzheimer. Αρχικά είναι επιφορτισμένος να χορηγεί στον ασθενή τη φαρμακευτική αγωγή του. Ταυτόχρονα, οφείλει να φροντίζει για την υγιεινή και την αξιοπρεπή διαβίωση του ασθενούς. Πρέπει να συνυπολογίσει πως ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει τις ανάγκες του και να προνοήσει για ορισμένες από αυτές. Ένα μέρος των ευθυνών του είναι η καλή συνεννόηση με τον φροντιστή και τους οικείους του πάσχοντος, ώστε να τους ενημερώνει, όσο είναι στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του, να τους καθυστεράει και να προσφέρει βοήθεια ένα προκύψει κάποιο ζήτημα. Τέλος, στην προκειμένη περίπτωση ο νοσηλευτής πρέπει να είναι συνεπής και στην χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής για την λοίμωξη του αναπνευστικού.

ΔΕΥΤΕΡΟ

Ο Χ. 69 χρονών και προσφάτως διαγνωσθείς με τη νόσο Alzheimer εισήχθη στην κλινική μας με εγκεφαλικό επεισόδιο. Οι απεικονιστικές μέθοδοι διάγνωσης έδειξαν βλάβη δεξιού ημισφαιρίου. Ο ασθενής παρουσιάζει αριστερή ημιπληγία με έντονη σπαστικότητα στους καμπτήρες του άνω άκρου και στους εκτεινόντας μύες του κάτω άκρου. Έχει ανεβάσει υψηλό πυρετό (39,2 C) και κάνει συχνά εμετούς. Παρουσιάζει έντονη ανησυχία κυρίως κατά τις βραδινές ώρες και ταλαιπωρείται από αϋπνία. Παρουσιάζει αδυναμία κατανόησης του λόγου και της ομιλίας και αριστερή αμέλεια.

Νοσηλευτική Διεργασία

<u>Αξιολόγηση</u>	<u>Αντικειμενικός σκοπός</u>	<u>Προγραμματισμός</u>	<u>Εφαρμογή</u>	<u>Εκτίμηση</u>
Υψηλός πυρετός (39.2)	Κίνδυνος λήθαργου	<ul style="list-style-type: none">• Συχνή θερμομέτρηση• Τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων για τη μείωση της θερμοκρασίας του ασθενούς.• Συνεννόηση με τον θεράποντα ιατρό για χορήγηση αντιπυρετικού.• Διατήρηση δροσερού περιβάλλοντος για	<ul style="list-style-type: none">• Έγινε λήψη θερμοκρασίας ανά 3 ώρες• Τοποθετήθηκαν τα επιθέματα• Χορηγήθηκε αντιπυρετικό κατόπιν ιατρικών οδηγιών• Διατηρήθηκε σταθερά δροσερή θερμοκρασία	Μειώθηκε ο κίνδυνος λήθαργου

		<p>τον ασθενή</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ελαφρύ διαιτολόγιο 	<p>του περιβάλλοντος</p> <ul style="list-style-type: none"> • Παροχή κατάλληλου διαιτολογίου 	
Εμετός	Κίνδυνος αφυδάτωσης	<ul style="list-style-type: none"> • Παροχή υγρών • Συνεννόηση με τον θεράποντα για ενδοφλέβια χορήγηση φυσιολογικού ορού 	<ul style="list-style-type: none"> • Έναρξη ενδοφλέβιας γραμμής κατόπιν ιατρικής οδηγίας 	Το επίπεδο ενυδάτωσης επανέρχεται στο φυσιολογικό
Εμετός	Κίνδυνος εισρόφησης	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση σε πλάγια θέση(ασφαλείας) 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκε σε πλάγια θέση. 	Μειώθηκαν τα επεισόδια πνιγμού, άρα και ο κίνδυνος εισρόφησης
Ανησυχία/ Αϋπνία		<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση χαμομηλιού • Προσαρμογή διαιτολογίου (τροφές που δεν προκαλούν υπερένταση) • Συνεννόηση με θεράποντα ιατρό αν χρειαστεί να χορηγηθεί κάποιο ηρεμιστικό 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορηγήθηκε χαμομήλι • Προσαρμόστηκε το διαιτολόγιο 	Ελαττώνονται τα επεισόδια αϋπνίας
Αδυναμία κατανόησης λόγου	Παρακώλυση συνεργασίας	<ul style="list-style-type: none"> • Απλοποίηση εκφερόμενου λόγου. • Να δίνονται απλές οδηγίες ώστε να είναι κατανοητές. • Οργάνωση του απευθυνόμενου 	<ul style="list-style-type: none"> • Οργανώθηκε ένα σύνολο απλοποιημένων εντολών που θα δίνονται στον ασθενή τόσο από το 	Διατήρηση συνεργασίας σε ικανοποιητικά επίπεδα.

		στον ασθενή λόγο με τη συνεργασία λογοθεραπευτή.	φροντιστή όσο και από το νοσηλευτή.	
Αμέλεια	Αδυναμία αντίληψης τι συμβαίνει στ' αριστερά του.	<ul style="list-style-type: none"> Αποφεύγουμε να απευθυνόμαστε στον ασθενή από την αριστερή μεριά του. 		Διατήρηση συνεργασίας
Σπαστικότητα καμπτήρων		<ul style="list-style-type: none"> Εφαρμογή προγράμματος θεραπείας που έχει προταθεί από τον φυσικοθεραπευτή. 	<ul style="list-style-type: none"> Ακολουθήθηκαν οι οδηγίες του φυσικοθεραπευτή. 	Συντήρηση του ασθενούς.

Ανάλυση περιστατικού με άξονα το ρόλο του νοσηλευτή

Ο συγκεκριμένος ασθενής εισήχθη στην κλινική λόγω του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου που του προκάλεσε ημιπληγία και αδυναμία κατανόησης του λόγου. Αρχικά, από τον νοσηλευτή αξιολογήθηκε ο υψηλός πυρετός, ο οποίος ενέχει τον κίνδυνο για ενδεχόμενο λήθαργο. Στη συνέχεια ακολουθεί ο προγραμματισμός των ενεργειών του νοσηλευτή προκειμένου να εξαλειφθεί ή να μειωθεί ο κίνδυνος. Αρχικά, πραγματοποιείται συχνή θερμομέτρηση του ασθενούς και όταν ο πυρετός είναι υψηλός ο νοσηλευτής τοποθετεί επιθέματα για τη μείωση της θερμοκρασίας του ασθενούς και του χορηγεί αντιπυρετικό κατόπιν ιατρικών οδηγιών. Ακόμη φροντίζει το διαιτολόγιο να είναι ελαφρύ και το δωμάτιο του ασθενούς δροσερό. Εφόσον πέφτει ο πυρετός εκτιμάται πως μειώνεται ο κίνδυνος. Το επόμενο σύμπτωμα που αξιολογείται είναι ο εμετός. Ο εμετός ενδέχεται να επιφέρει σύμφωνα με την νοσηλευτική διάγνωση τόσο τον κίνδυνο της αφυδάτωσης όσο και της εισρόφησης. Στην συνέχεια σε συνεννόηση με τον θεράποντα χορηγείται

ενδοφλέβια φυσιολογικός ορός. Η ενδοφλέβια χορηγείται κατόπιν ιατρικής εντολής. Ακολουθώντας τα παραπάνω εκτιμάται ότι το επίπεδο ενυδάτωσης επανέρχεται στο φυσιολογικό. Όσο αναφορά το κίνδυνο εισρόφησης λόγω του εμετού ο ασθενής τοποθετείται πλαγίως (θέση ασφάλειας) και έτσι εκτιμάται ότι μειώνονται τα επεισόδια πνιγμού, άρα και ο κίνδυνος εισρόφησης.

Τέλος, ο νοσηλευτής οφείλει να συμβάλει ώστε να μειωθούν οι αϋπνίες. Θα χορηγήσει στον ασθενή χαμομήλι, ώστε να προκαλέσει χαλάρωση με φυσικά μέσα. Ταυτόχρονα θα δώσει ιδιαίτερη σημασία ώστε να μην περιλαμβάνει το διαιτολόγιο τροφές που δημιουργούν υπερένταση. Αν τα προηγούμενα αποτύχουν, κατόπιν συνεννόησης με το θεράποντα ιατρό θα χορηγηθεί κάποιο ηρεμιστικό.

Ο νοσηλευτής θα διαδραματίσει τον ανάλογο ρόλο στην φροντίδα του ασθενούς που παρουσιάζει συνοσηρότητα αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και της νόσου Alzheimer. Ο νοσηλευτής είναι επιφορτισμένος να φροντίσει για την υγιεινή του ασθενούς, καθώς και για την σίτιση και την λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής. Πρέπει να συνυπολογίσει πως ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει τις ανάγκες του και να προνοήσει για ορισμένες από αυτές. Ένα μέρος των ευθυνών του είναι η καλή συνεννόηση με τον φροντιστή και τους οικείους, ώστε να τους ενημερώνει, όσο είναι στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του, να τους καθησυχάζει και να προσφέρει βοήθεια ένα προκύψει κάποιο ζήτημα. Ο νοσηλευτής έχει ηθικό και επιστημονικό καθήκον απέναντι στον ασθενή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το Alzheimer είναι μια θανατηφόρα, μη θεραπεύσιμη νόσος αποτελώντας την αιτία του 70% περίπου των περιπτώσεων άνοιας. Στον 21ο αιώνα, η νόσος Alzheimer αποτελεί μια πραγματικότητα που επηρεάζει ολοένα και περισσότερο ηλικιωμένους ανθρώπους και σπανιότερα νεότερους. Η μνήμη αποτελεί σημαντικό στοιχείο εξέλιξης στον άνθρωπο. Όταν λοιπόν η νόσος κάνει την εμφάνιση της, η ποιότητα ζωής αλλάζει εξαιτίας της απουσίας μνήμης, η οποία αρχίζει με αργούς ρυθμούς και προοδευτικά αυξάνεται όλο και πιο πολύ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δυσκολεύει η ζωή του ασθενούς από προσωπικό μέχρι κοινωνικό επίπεδο, κάνοντας επίπονες και ψυχοφθόρες προσπάθειες για να τα καταφέρει. Η οικογένεια είναι η μόνη που μπορεί να σταθεί μέχρι τέλους στον ασθενή, παίζοντας τον σημαντικότερο ρόλο στην υποστήριξη και περίθαλψη του. Το να παρέχει κάποιος από το οικείο περιβάλλον του ασθενούς τέτοιου είδους φροντίδα, έχει επιπτώσεις σε διάφορους τομείς, όπως οικονομικούς, κοινωνικούς, συναισθηματικούς και ψυχολογικούς.

Με την πάροδο των χρόνων, τα περιστατικά με άνοια τύπου Alzheimer αυξάνονται συνεχώς. Είναι μια επίπονη νόσος και απαιτεί μια οργανωμένη προσπάθεια αντιμετώπισης τόσο από την ιατρική επιστήμη, όσο και από την κοινωνία και οικογένεια. Πρέπει να συμβάλουμε όλοι και να ευαισθητοποιηθούμε απέναντι σε αυτή τη κατάσταση. Απαιτείται αγάπη και σεβασμός προς την ανθρωπινή ζωή. Οι ζωές όλων αξίζουν το ίδιο, για αυτό είναι σημαντικό όλοι να είμαστε άνθρωποι και να δίνουμε το καλύτερο μας εαυτό για τον συνάνθρωπο.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Carol Taylor , Carol Lillis, Priscilla LeMone . *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής : η Επιστήμη & η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας* Στο: Εισαγωγή στην Νοσηλευτική Διεργασία (τόμος Ι), Π.Χ Πασχαλίδης , Αθήνα, 2010
- Feldman R., *Εξελικτική Ψυχολογία: Δια βίου ανάπτυξη*, επιμ. Μπεζεβέγκης Η., 2011
- Groher M.- Crary M., *Δυσφαγία: Κλινική αντιμετώπιση σε ενήλικες και παιδιά*, επιμ. Παπαθανασίου Η- Παπανικολάου Θ., 2013
- Nies, M. & McEwen, *Community/ Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. Τόμος Β. Μτφρ: Λαγός Δημήτριος. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις,2011
- Plante E., Beesom P., *Η ανθρώπινη επικοινωνία και οι διαταραχές της*, επιμ. Παπαθανασίου Η.-Μανωλόπουλος Λ, 2012
- Αβεντισιάν Παπαρηγοπούλου Α. *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*, 2000
- Αθανάτου, Κ. Ε. *Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική*. Αθήνα, Παπανικολάου Α.Β.Ε.Ε. , 2007
- Αλεξανδρόπουλος, Κ..*Προσέγγιση και αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς*. Νοσοκομειακά Χρονικά, 2009
- Βαρσαμίδης, Κ., . *Φυσιολογία του Ανθρώπου*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press,2001
- Βασαμπούλου, Μ, *Άνοια: οδηγός για τους φροντιστές*, Αθήνα, — Εκδόσεις Βαγιονάκης,2005
- Βασιλόπουλος, Δ., *Νευρολογία Επιτομή Θεωρίας και Πράξης*. Αθήνα. Ιατρικές Εκδόσεις: Π.Χ Πάσχαλιδη , 2008
- Καπρίνης Σ. *Άνοια Ιατρική και κοινωνική πρόκληση, Η κατάθλιψη στην Άνοια τύπου Alzheimer*. University Studio Press, 2005
- Λογοθέτη Ι, *Νευρολογία Λογοθέτη*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press,2004

- Λυκέτσος, Κ.,, *Νόσος του Alzheimer*. Στην Γ. Χριστοδούλου & Β. Κονταξάκης.2000. Η Τρίτη ηλικία. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ Medical Arts
- Μαδιάνος, Μ., *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα, Καστανιώτη, 2000
- Μεντενόπουλος, Γ. & Μπούρας, Κ., *Η νόσος του Alzheimer*. Θεσσαλονίκη:University Studio Press, 2002
- Μούγιας, Α., *Οδηγός για τη νόσο του Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας*.Αθήνα: MENDOR, 2003
- Πανανουδάκη , Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών, 2000
- Παρασκευάς Γεώργιος , *Ανατομία του Ανθρώπου*, University Studio Press, Θεσσαλονίκη, 2008
- Πλέσσας Σταύρος. *Φυσιολογία του Ανθρώπου, Φάρμακον* , Αθήνα, 2010.

Ξενόγλωσση

- J.R. Petrella, R.Edward Coleman, P. Murali, Doraiswamy, *Neuroimaging and early diagnosis of A.D : A Look of the future*, 2003
- P. Jezzard, P. Matthews, S. Smith, *Functional MRI: An introduction to methods*”, Oxford University Press, Oxford New York, 2001
- S.A. Small, G.M. Perera, R. DeLaPaz, R. Mayeux, Y. Stern, *Differential Regional Dysfunction of the Hippocampal Formation among Elderly with Memory Decline and Alzheimer’s Disease*, Ann Neurol, 1999
- Tsolaki M., Fountoulakis K., Chantzi E., Kazis A. *Risk factors for clinically diagnosed Alzheimer’s Disease: A casecontrol study of o Greek population*. International Psychogeriatrics, 1997
- Whitehead E, Carlisle C, Watkins C, Mason T. *Stigma and the social Exclusion in Health care*, London: Routledge, 2001

Ιστότοποι:

<http://www.iatronet.gr> -www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html –

http://en.wikipedia.org/wiki/Alzheimer's_disease -

http://www.eurocharity.org/file_library/Alzheimer.pdf -Alzheimer's Disease

International-Statistics,

<http://www.alz.co.uk>. -Alzheimer's Association, <http://www.alz.org>

<https://www.psyxiatros.gr>

<https://www.alzheimer-hellas.gr>

<https://www.hygeia.gr> › ta-nea-epistimonika-dedomena-gia-ti-noso-alzhei...

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

NAME :
 Education : Date of birth :
 Sex : DATE :

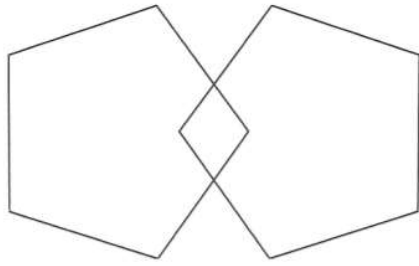
VISUOSPATIAL / EXECUTIVE							POINTS						
		Copy cube	Draw CLOCK (Ten past eleven) (3 points)										
[]	[]		[]	[]	[]	___/5							
NAMING													
						___/3							
[]	[]	[]											
MEMORY	Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials. Do a recall after 5 minutes.	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	No points						
		1st trial											
		2nd trial											
ATTENTION	Read list of digits (1 digit/ sec.). Subject has to repeat them in the forward order	[] 2 1 8 5 4					___/2						
	Subject has to repeat them in the backward order	[] 7 4 2											
	Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if ≥ 2 errors	[] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					___/1						
	Serial 7 subtraction starting at 100	[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3						
		4 or 5 correct subtractions: 3 pts, 2 or 3 correct: 2 pts, 1 correct: 1 pt, 0 correct: 0 pt											
LANGUAGE	Repeat : I only know that John is the one to help today. [] The cat always hid under the couch when dogs were in the room. []						___/2						
	Fluency / Name maximum number of words in one minute that begin with the letter F	[] _____ (N ≥ 11 words)					___/1						
ABSTRACTION	Similarity between e.g. banana - orange = fruit	[]	train - bicycle	[]	watch - ruler	___/2							
DELAYED RECALL	Has to recall words WITH NO CUE	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	Points for UNCUED recall only						
		[]	[]	[]	[]	[]							
Optional	Category cue												
	Multiple choice cue												
ORIENTATION	[] Date	[]	[] Month	[]	[] Year	[]	[] Day	[]	[] Place	[]	[] City	[]	___/6
© Z.Nasreddine MD Version November 7, 2004		Normal ≥ 26 / 30					TOTAL	___/30					
www.mocatest.org							Add 1 point if ≤ 12 yr edu						

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : / /

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION
Σύντομη Εξέταση της Νοητικής Κατάστασης

01. Προσανατολισμός					
Ποιά είναι η ημερομηνία; Τσεκάρτε τις σωστές απαντήσεις	Ημέρα	Ημερ/νία ημέρας	Μήνας	Έτος	Εποχή
Που βρισκόμαστε; Τσεκάρτε τις σωστές απαντήσεις	Όνομα ή διεύθυνση	Όροφος	Πόλη	Νομός	Χώρα
02. Εγχείραξη					
Θα ανομάσω τρία αντικείμενα. Όταν τελειώσω, θα σας ζητήσω να τα επαναλάβετε. Να θυμάστε ποια είναι γιατί θα σας ξαναρωτήσω σε λίγο. Τσεκάρτε τα αντικείμενα που είναι σωστά με την ΠΡΩΤΗ προσπάθεια, εάν γίνει κάποιο λάθος στην πρώτη προσπάθεια, επαναλάβετε όλα τα ονόματα έως ότου ο ασθενής τα μάθει και τα τρία.	Αριθ. Επαναλήψεων	Μπάλα	Σημείο	Δέντρο	
03. Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών					
Αφαίρεση Τώρα θα ήθελα να αφαιρέσετε το 7 από το 100. Από αυτόν τον αριθμό αφαιρέστε άλλα 7. Συνεχίστε τις αφαιρέσεις κατά 7, μέχρι να σας πω να σταματήσετε. Καταχωρήστε ως σωστή μία απάντηση κάθε φορά που η διαφορά είναι 7, ακόμη κι αν η προηγούμενη απάντηση είναι λάθος.	Καταγραφή απάντησης		Σωστό		
	93				
	86				
	79				
	72				
65					
Απόδοση λέξης	Συλλαβίστε τη λέξη "πέτρα" ανάποδα ("ΑΡΤΕΠ") Καταχωρίστε ως σωστό μόνον εάν τα γράμματα είναι με την σωστή σειρά Και οι δύο δοκιμές πρέπει να ολοκληρωθούν. Η τελική βαθμολόγηση (σωστές απαντήσεις) για αυτήν την ενότητα είναι η ΥΨΗΛΟΤΕΡΗ εκ των δύο (Αφαίρεση ή Απόδοση λέξης)				
04. Ανάκληση					
Ποιά είναι τα τρία αντικείμενα που σας ζήτησα να θυμάστε;		Μπάλα	Σημείο	Δέντρο	
05. Γλώσσα					
Ονομασία	Δείξτε δύο αντικείμενα (ρολόι, μολύβι) και ρωτήστε "Πως ονομάζεται αυτό το αντικείμενο;"			Ρολόι	
				Μολύβι	
Επανάληψη	Πρόκειται να πω κάτι και θα ήθελα να το επαναλάβετε μετά από εμένα: "Όχι αν, και ή αλλά" (Επιτρέπεται μία επανάληψη)				
Εντολές	Δώστε καθαρές οδηγίες με την πρώτη. "Θα σας δώσω ένα κομμάτι χαρτιού. Πάρτε το χαρτί με το δεξιό σας χέρι, διπλώστε το στη μέση και ακουμπήστε το στο πάτωμα". Αφού δώσετε στον ασθενή το χαρτί, επαναλάβετε την εντολή. Βαθμολογήστε ως σωστό, εάν οι εργασίες έγιναν με την σωστή σειρά.			Δεξί χέρι	
				Δίπλωμα	
				Στο πάτωμα	
Ανάγνωση	Δείξτε την κάρτα που γράφει "Κλείστε τα μάτια σας" και ζητήστε από τον ασθενή να ακολουθήσει την οδηγία.				
Γραφή	Υποδείξτε στον ασθενή το τέλος της σελίδας σχεδίου (επόμενη σελίδα) και ζητήστε του να γράψει μία οποιαδήποτε ολοκληρωμένη πρόταση. Κατόπιν ζητήστε από τον ασθενή να σας πει τι έγραψε. Η ορθογραφία και η γραμματική δεν είναι σημαντικά. Η πρόταση θα πρέπει να έχει ένα υποκείμενο (ή αυτό να υπονοείται) και ένα ρήμα.				
Αντιγραφή	Υποδείξτε στον ασθενή την επόμενη σελίδα και πείτε "Αντιγράψτε αυτό το σχέδιο". Κάθε πεντάγωνο, θα πρέπει να έχει 5 πλευρές και 5 καθαρές γωνίες και η τομή τους να σχηματίζει ένα ρόμβο.				



Συνολική βαθμολόγηση :
(Ένας βαθμός για κάθε σωστή απάντηση)

web-psychiatry.gr