



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΑΝΟΙΑ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΓΟΥΣΓΟΥΛΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΣΚΟΝΔΡΑ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2020

**‘ELDERLY DEMENTIA
AND
NURSE’S ROLE’**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το αδιαμφισβήτητο επίτευγμα της επιστήμης, δηλαδή η αύξηση του μέσου όρου ζωής, αλλάζει τη δομή του πληθυσμού και δημιουργεί νέα κοινωνικοοικονομικά δεδομένα. Η γήρανση είναι ετερογενής διαδικασία και χαρακτηρίζεται από έκπτωση των φυσιολογικών λειτουργιών. Σύμφωνα με τις έρευνες του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (2000), το ποσοστό του πληθυσμού των ηλικιωμένων άνω των 60 αναμένεται να αυξηθεί από 21% το 2002 σε 36% το 2050. Επομένως, είναι ιδιαίτερης σημασίας αρχικά η μελέτη της ανθρώπινης γήρανσης καθώς και των χαρακτηριστικών της για την καλύτερη αντιμετώπιση των ηλικιωμένων τόσο από την πλευρά της κοινωνίας όσο και της οικονομίας.

Ένα εξίσου σημαντικό γεγονός που επιφέρει η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης είναι η ραγδαία αύξηση των χρόνιων νόσων που πλήττει κυρίως την Τρίτη ηλικία. Σύμφωνα με την Eurodem, υπολογίζεται ότι παγκοσμίως υπάρχουν στη χώρας μας 140.000 ασθενείς με άνοια. Η σημαντικότερη ίσως νόσος που σχετίζεται με την Τρίτη ηλικία είναι η άνοια, με τη συχνότερη μορφή της να είναι η νόσος Alzheimer. Η άνοια χαρακτηρίζεται σαν μια επίκτητη και εμμένουσα έκπτωση διανοητικών ικανοτήτων που επηρεάζει γνωστικές λειτουργίες.

Η άνοια είναι αρκετά σοβαρή ώστε να επηρεάζει τόσο την καθημερινότητα του ίδιου του ατόμου όσο και του οικείου περιβάλλοντος και των φροντιστών του. Επομένως, σημαντικό ρόλο τόσο στην πρόληψη της ασθένειας όσο στην διάγνωση και τη θεραπεία του ανοϊκού ασθενή διαδραματίζει ο νοσηλευτής. Ο ίδιος με την συνδρομή του έχει ρόλο παρηγορητικό και υπερασπιστικό, καθώς απασχολεί τον ασθενή και τον φροντίζει σε όλα τα στάδια της αντιμετώπισης του μέσα στο νοσοκομείο. Επίσης, συνδράμει και στη εκτός νοσοκομείου θεραπεία του καθώς παρέχει διδασκαλία στους συγγενείς και στους φροντιστές του για το πως θα πρέπει να τον απασχολούν και τι 'κανόνες' θα πρέπει να τηρούν για την ομαλή καθημερινότητα τους και συμβίωση τους.

Λέξεις-κλειδιά: προσδόκιμο επιβίωσης, γήρανση, χρόνιες νόσοι, άνοια, ρόλος νοσηλευτή

ABSTRACT

The indisputable achievement of science, the increase of the average life expectancy, changes the structure of the population and creates new socio-economic data. Aging is a heterogeneous process and is characterized by a decrease in normal functions.

According to United Nations (2000) surveys, the proportion of the population over the age of 60 is expected to increase from 21% in 2002 to 36% in 2050. Therefore, the study of human aging and its characteristics is of importance for the better treatment of the elderly both from the point of view of society and the economy.

An equally important event brought about by the increase in life expectancy is the rapid increase in chronic diseases that mainly affect the elderly. According to Eurodem, it is estimated that there are 140,000 patients with dementia in our country worldwide. Perhaps the most important disease associated with old age is dementia, with Alzheimer's disease being the most common form. Dementia is characterized as an acquired and persistent impairment of mental abilities that affects cognitive functions.

Dementia is severe enough to affect the daily life of the individual as well as the familiar environment and caregivers. Therefore, the nurse plays an important role both in the prevention of the disease and in the diagnosis and treatment of the demented patient. He himself with his assistance has a palliative and defensive role, as he occupies the patient and takes care of him in all stages of his treatment in the hospital. He also assists in his out-of-hospital treatment as he teaches his relatives and caregivers how to take care of him and what 'rules' they should follow for their normal daily life and cohabitation.

Key- words: life expectancy, aging, chronic diseases, dementia, nurse's role

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	11
1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	17
1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ.....	18
1.4 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΑΝΟΙΑ	
2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	25
2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	26
2.3 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ.....	27
2.4 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΟΙΑΣ.....	29
2.5 ΑΙΤΙΑ ΑΝΟΙΑΣ-ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	30
2.5.1 ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER.....	31
2.5.2 ΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΑΝΟΙΕΣ	34
2.5.3 ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY.....	35
2.5.4 ΜΕΤΩΠΟΚΡ.ΤΑΦΙΚΗ ΑΝΟΙΑ.....	36
2.5.5 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PARKINSON.....	38

2.5.6	ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ HUNTINGTON.....	38
2.5.7	ΑΝΟΙΑ ΑΠΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟ.....	39
2.5.8	ΑΝΟΙΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ.....	39
2.5.9	ΑΝΟΙΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ.....	40
2.6	ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΑΝΟΙΑΣ.....	40
2.7	ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΑΝΟΙΑΣ.....	43
2.8	ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΙΑΣ.....	46
2.8.1	ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	46
2.8.2	ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ		
3.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	53
3.2	ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	54
3.3	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	55
3.4	ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	67
3.5	ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	70
3.5.1	ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ.....	70
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		
1.1	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ:ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ....	74
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	77
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	78

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

2.1.1 Αλλαγές στα συστήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας.....	21
2.5.1 Διαφορική διάγνωση της άνοιας.....	30
2.5.2 Κριτήρια άνοιας τύπου Alzheimer DSM-IV	33
2.5.3 Κριτήρια Αγγειακής Άνοιας κατά DSM-IV.....	35
2.5.4 Κριτήρια Άνοιας με σωμάτια Lewy κατά DSM-IV.....	36
2.5.5 Κριτήρια Μετωποκροταφικής Άνοιας	37
2.6.1 Διαγνωστικά κριτήρια ανοϊκής διαταραχής κατά DSM-IV.....	41

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

1.4.1 Διάγραμμα: Ηλικιακή Πυραμίδα Ελλάδας 2001.....	24
2.5.1 Επιπολασμός άνοιας ανά ηλικιακή ομάδα.....	33

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η αύξηση αυτή του μέσου όρου ζωής, έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας παθήσεων της τρίτης ηλικίας, όπως για παράδειγμα την άνοια. Παγκοσμίως ,υπάρχουν 25 εκατομμύρια νοσούντες από άνοια που αναμένονται να αυξηθούν σε 104 εκατομμύρια σε 50 χρόνια. Στην Ελλάδα υπολογίζονται περίπου 140.000 ασθενείς με άνοια. Αντικείμενο λοιπόν της συγκεκριμένης εργασίας είναι η μελέτη της ανθρώπινης γήρανσης καθώς και η ενημέρωση για το ζήτημα των προβλημάτων που έρχονται στην επιφάνεια λόγω τις ηλικίας. Τέλος, αναδεικνύεται η σημαντικότητα της παρέμβασης του νοσηλευτή.

Σκοπός: η ευαισθητοποίηση, όσο και η ενημέρωση και πληροφόρηση των ατόμων που έχουν κάποιο άτομο στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον τους που πάσχει από άνοια, αλλά και όλων των συνανθρώπων μας, που ενδιαφέρονται για αυτό το θέμα. Επίσης, η εργασία στοχεύει στην επίδειξη της σημαντικότητας του έργου των νοσηλευτών στις υπηρεσίες υγείας.

1^ο κεφάλαιο : Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή για την Τρίτη ηλικία, το πώς ορίζεται, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά της αλλά και τα γενικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

2^ο κεφάλαιο : Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται γενικά στοιχεία για την άνοια, ο ορισμός της , η επιδημιολογία και τα χαρακτηριστικά της. Ειδικότερα, στις επικείμενες ενότητες παρατίθενται όλα τα είδη της άνοιας, δίνονται στοιχεία που αφορούν τι αιτίες που τις προκαλούν, αναφέρονται η διαδικασία της πρόληψης, τη διάγνωσης και εν τέλει της θεραπείας της. Η θεραπεία μπορεί να είναι φαρμακευτική και μη, με τη δεύτερη να περιέχει πολλούς τρόπους αντιμετώπισης της.

3^ο κεφάλαιο: Το τρίτο κεφάλαιο, πραγματεύεται τη συνδρομή του νοσηλευτή στις υπηρεσίες υγείας τόσο στη πρόληψη όσο στην διάγνωση και τη θεραπεία της άνοιας. Αναλύονται κάποια από τα καθήκοντα και νοσηλευτικές παρεμβάσεις του νοσηλευτή σε διάφορες νοσηλευτικές διαγνώσεις.

4^ο κεφάλαιο: Στο κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνεται ένα παράδειγμα κλινικής περίπτωσης ασθενούς με άνοια και παρατίθεται η νοσηλευτική διεργασία.

Υλικό και μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις Pubmed, Google Scholar και ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα ξενόγλωσσα και ελληνικά, και συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας.

Αποτελέσματα: Η άνοια είναι μια πολύ σοβαρή νόσος με ραγδαία επέκταση σε όλες τις χώρες του κόσμου. Σ' αυτήν την ασθένεια ο νοσηλευτής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη, ενημέρωση και αντιμετώπιση της. Η άμεση, πλήρη ενημέρωση τόσο του ασθενή όσο και του φροντιστή και των οικείων προσώπων συμβάλλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής και των δύο.

1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.ΟΡΙΣΜΟΣ

Το γήρας είναι ένα σύγχρονο φαινόμενο, σταθερό στη πορεία του. Το λεξικό Shorter Oxford Dictionary ορίζει την τρίτη ηλικία ως «μια φυσιολογικά διακριτή περίοδο ή στάδιο της ζωής», ενώ ένας άλλος ορισμός αναφέρει ότι η τρίτη ηλικία είναι η διαδικασία ανάπτυξης ή ωρίμανσης.

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για τη καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ ορισμένοι προτιμούν τον διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλίκων σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας. Σήμερα, έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως γηριατρικός.¹

Αναγνωρίζοντας ότι οι διάφορες, κοινωνικές, ψυχοσωματικές και οικονομικές διαφοροποιήσεις που χαρακτηρίζουν την τρίτη ηλικία αποτελούν μια συνεχή διαδικασία, ο όρος γήρανση μπορεί να θεωρηθεί ως απόλυτα επιτυχής. Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης σύμφωνα με τον Hayflick είναι οι εξής:

- Η κληρονομικότητα
- Η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου και η συμπεριφορά του\
- Η ψυχοσύνθεση του
- Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον του.
- Η υγιεινή διαβίωση

Παρόλα αυτά ,σύμφωνα με επιστήμονες, που ασχολούνται με την φυσιολογία και την βιολογία του γήρατος, δεν υπάρχει ένας ορισμός για την τρίτη ηλικία αλλά διάφορες θεωρίες που μπορούν να προσεγγίσουν αυτή την έννοια. (Rubinstein,1990)

Οι θεωρίες είναι οι βιολογικές, οι δομικές και λειτουργικές , η θεωρία της δραστηριότητας, της αποσύνθεσης (αποδέσμευσης), της ηλικιακής διαστρωμάτωσης και η θεωρία των συγκρούσεων. Επίσης, υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις, όπως ο διαχωρισμός της χρονολογικής ηλικίας σε στάδια του κύκλου ζωής και η πολιτικοοικονομική προσέγγιση που προσπαθούν να αγγίξουν τον ορισμό της τρίτης ηλικίας.¹

ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Η διατύπωση των βιολογικών ορισμών της τρίτης ηλικίας επηρεάζεται, καθώς δεν υπάρχει συμφωνία για τον ορισμό της διαδικασίας της γήρανσης του ανθρώπου και δεν υπάρχουν ακριβείς δείκτες που προσδιορίζουν τη γήρανση. Για το λόγο αυτό οι ορισμοί εκφράζουν μια γενική έννοια. Φυσιολογικά, η γήρανση χαρακτηρίζεται από προοδευτικές και αμετάκλητες ,με την πάροδο του χρόνου, αλλαγές στη δομή και στη λειτουργικότητα. (Kirkwood, 1999). Οι αλλαγές αυτές δεν είναι ίδιες σε όλους τους πληθυσμούς και δεν οφείλονται σε κάποια νόσο. Η πιθανότητα θανάτου αυξάνεται με την αύξηση της ηλικίας και επομένως το ποσοστό των επιζώντων μειώνεται με το χρόνο. Αυτή η μορφή ανάλυσης , γνωστή και ως ανάλυση επιβίωσης, προσδιορίζει τις δύο βασικές έννοιες της μελέτης της γήρανσης: το προσδόκιμο ζωής (το σύνολο των ετών που το άτομο αναμένεται να ζήσει) και τη μέγιστη διάρκεια ζωής (η μεγαλύτερη ηλικία που μπορεί να φτάσει ένα άτομο). Σύμφωνα με τον Kirkwood είναι αναμφίβολο το εάν υπάρχει ένα μέγιστο προσδόκιμο ζωής για τους ανθρώπους και ποιο είναι αυτό.¹

ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Στη σύγχρονη κοινωνία, χρησιμοποιείται η χρονολογική ηλικία δηλαδή η χρονική διάρκεια που ο άνθρωπος έχει ζήσει και αποτελεί έναν σημαντικό κοινωνικό δείκτη. Η μέτρηση της είναι ανεξάρτητη από φυσιολογικούς, ψυχολογικούς και

κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες. Ωστόσο, δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των χωρών αναφορικά με την τρίτη ηλικία και τον καθορισμό των πράξεων που τα άτομα επιτρέπεται ή όχι να διαπράττουν. Επιπρόσθετα, ο χρονολογικός προσδιορισμός της ηλικίας μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν υπάρχει ένα αξιόπιστο σύστημα καταγραφής και πιστοποίησης της ηλικίας, συνήθως μέσω του πιστοποιητικού γέννησης. Ο προσδιορισμός της τρίτης ηλικίας βασίζεται σε πολιτισμικές αξίες και πρότυπα κάθε κοινωνίας. Με δεδομένη την ανομοιογένεια του πληθυσμού όσον αφορά στη φυλή, στην τάξη και στο φύλο, ο τρόπος γήρανσης δεν είναι ίδιος και επομένως μπορεί να μην παρατηρούνται οι ίδιες βιολογικές διεργασίες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όταν χρησιμοποιείται η χρονολογική ηλικία ως κριτήριο για την ταξινόμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών, καταλήγει σε έναν αδρό δείκτη για τη βιολογική γήρανση. ¹

Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΖΩΗΣ

Ο Bytheway (1995) παρατήρησε ότι κατά το Μεσαίωνα, ήταν πολύ συχνό να διαιρείται η περίοδος της ζωής σε διαδοχικά στάδια και τα άτομα να κατατάσσονται σε αυτά, ανάλογα με την ηλικία τους. Στην ανάλυση του κύκλου ζωής, η χρονολογική ηλικία δεν συνδέεται στενά με κάθε στάδιο και επομένως μπορεί να γίνει ταξινόμηση των σταδίων ζωής και ταυτόχρονα ο πληθυσμός να καταταχθεί σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες. Ωστόσο, είναι δύσκολο να οριστεί η τρίτη ηλικία. Ο Σαίξπηρ χώρισε τη ζωή κάθε άνδρα ανώτερης κοινωνίας σε επτά στάδια, ο Erikson πρότεινε οκτώ στάδια (Erikson 1980) ενώ ο Thomas (1977) πρότεινε ένα πιο συντηρητικό μοντέλο τεσσάρων σταδίων (βρέφος, εφηβεία, ωριμότητα, θάνατος) το οποίο επίσης δημιουργεί προβλήματα καθώς δεν υπάρχουν ομοιογενή χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν τις πληθυσμιακές ομάδες. Ωστόσο, ο Laslett (1996) μίλησε για την τρίτη και τέταρτη ηλικία. Η τρίτη ηλικία χαρακτηρίζεται ως η περίοδος της ‘ευκαιρίας’ και της ‘ενεργούς δραστηριότητας’. Τα άτομα περιγράφονται ως ώριμοι ενήλικες, απαλλαγμένα από τη φροντίδα των παιδιών και την ευθύνη της εργασίας και οικονομικά ανεξάρτητοι. Αντιθέτως, η τέταρτη ηλικία χαρακτηρίζεται από την οικονομική εξάρτηση, το έσχατο γήρας και τον θάνατο. Γίνεται σαφές ότι η *εμπειρία του σταδίου της γήρανσης είναι πιο πολύπλοκη από τον απλό διαχωρισμό σε τρίτη και τέταρτη ηλικία.*⁵

Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΠΤΙΚΗ ΤΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

Αυτή η οπτική έχει σχέση με τη συμμετοχή στην αγορά εργασίας (Phillipson 1986). Ο ορισμός της τρίτης ηλικίας συμπίπτει με την απομάκρυνση από την αγορά εργασίας και ορίζεται από τη σχέση του ατόμου με την παραγωγική διαδικασία. Συνεπώς σχετίζεται με το θεσμό της συνταξιοδότησης και με τις οικονομικές δυνατότητες των ασφαλιστικών ταμείων. Ο θεσμός της συνταξιοδότησης σχετίζεται με την ανάγκη στην αγορά εργασίας: σε περιόδους έλλειψης εργατικών χεριών, η συνταξιοδότηση δεν είναι επιθυμητή, ενώ στη αντίθετη περίπτωση, ο ηλικιωμένοι εργαζόμενοι ενθαρρύνονται να παραχωρήσουν τη θέση τους στους νεότερους.⁸ Επίσης, σχετίζεται με την χρηματοδότηση των συντάξεων, οι οποίες είναι μικρότερες των μισθών και εξαρτώνται από την οικονομική πολιτική του κράτους και από την οικονομική ευμάρεια των φορέων που τις παρέχουν. Η νομοθεσία ορίζει το όριο και επομένως την ηλικία συνταξιοδότησης και προσδιορίζει την έναρξη της τρίτης ηλικίας.

ΔΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ

Κύριος προσδιοριστής της συγκεκριμένης θεωρίας είναι η κοινωνία. Θεωρείται ότι οι ενέργειες του κάθε παράγοντα έχουν αντίκτυπο σε όλο το κοινωνικό σύνολο. Δύο βασικές θεωρίες (η θεωρία της δραστηριότητας και η θεωρία της αποδέσμευσης) έχουν εφαρμοστεί. Δίνεται έμφαση στη διατήρηση της κοινωνικής ισορροπίας και συνοχής, σε αντίθεση με τις έννοιες κοινωνική αλλαγή και κοινωνική σύγκρουση. Τα άτομα αντιμετωπίζονται ως παθητικοί συντελεστές της κοινωνίας.⁹

Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Η θεωρία της δραστηριότητας υποστηρίζει ότι η προσαρμογή είναι κύρια λειτουργία του ανθρώπου. (Havighurst 1963). Η προσαρμογή είναι πιο εφικτή στα άτομα που δέχονται την γήρανση σαν μια φυσική διαδικασία και έτσι φαίνεται ότι η θεωρία αυτή αντανάκλα τη θετική πλευρά της γήρανσης. Το άτομο για να αντιστρέψει την αρνητική πλευρά της τρίτης ηλικίας θα πρέπει να προσπαθήσει να

μείνει όσο πιο ενεργό γίνεται. Επομένως , η τρίτη ηλικία σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, είναι η περίοδος που τα άτομα διατηρούν τις δραστηριότητες τους, ενώ ο καλύτερος τρόπος γήρανσης επιτυγχάνεται όταν οι ρόλοι παραμένουν ίδιοι , ή προστίθενται νέοι. Το σύνθημα της θεωρίας αυτής είναι ‘χρησιμοποίησε το ή άστο να χαθεί’ .⁹

Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ

Η θεωρία της αποσύνθεσης είναι αντίθετη από τη θεωρία της δραστηριότητας. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, ο πιο αποτελεσματικός τρόπος γήρανσης μπορεί να πραγματοποιηθεί με τη σταδιακή και όχι απότομη απώλεια των κοινωνικών ρόλων και σχέσεων και με την επαφή με άλλα ηλικιωμένα άτομα. Η διαδικασία της επιτυχούς γήρανσης , συνοδεύεται από σταδιακή μείωση των δραστηριοτήτων του παρελθόντος και της ‘παράδοσης’ τους στην επόμενη γενιά.⁵

ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗΣ

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή , η ηλικία αποτελεί βασικό κριτήριο διαχωρισμού του ατόμου από τους κοινωνικούς ρόλους και από τις επακόλουθες κοινωνικές υποχρεώσεις. Τα άτομα κατατάσσονται ανάλογα με την χρονολογική τους ηλικία και συνεπώς η θεωρία αυτή δεν ενσωματώνει τη διαφορετικότητα των ηλικιωμένων αλλά ούτε αναγνωρίζει το ρόλο της κοινωνικής τάξης , του φύλου και της εθνικότητας.⁵

Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ

Η θεωρία των συγκρούσεων περιγράφει τους τρόπους που οι κοινωνικές ομάδες και οι κοινωνικές αλλαγές επηρεάζουν τη διαδικασία της γήρανσης τόσο σε ατομικό όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Υποστηρίζεται ότι οι συγκρούσεις και η απουσία κοινωνικής αστάθειας επηρεάζουν την κοινωνική ζωή και οδηγούν τα άτομα να οργανώνονται σε ομάδες. Για αυτό το λόγο η προσέγγιση αυτή δίνει έμφαση στους παράγοντες που χωρίζουν τις ομάδες παρά σε εκείνους που μοιράζονται. Η θεωρία αυτή επίσης, ισχυρίζεται ότι υπάρχουν συγκρούσεις συμφερόντων ανάμεσα στους

ηλικιωμένους όσο αφορά την κατανομή των δυσεύρετων πόρων για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια.(συγκρούσεις μεταξύ των γενεών, Johnson et al 1989)⁵

2. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Τα χαρακτηριστικά του γήρατος παρουσιάζονται με ποικίλες μορφές και είναι ιδιαίτερα εύκαμπτα. Ένα χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η μεγάλη πλαστικότητα και πολυμορφία που παρουσιάζει. Μπορούμε να το προσεγγίσουμε από βιολογική, κοινωνικοιστορική, οικολογική και ψυχολογική πλευρά.¹¹ Ωστόσο, κάθε ηλικιωμένος θα πρέπει να θεωρηθεί ως μία «βιοψυχοκοινωνική ενότητα». Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις στη βιολογική γήρανση, όλες όμως συμφωνούν στο ότι υπάρχει μια γενετική βάση ως προς το μέγιστο όριο ζωής, που είναι χαρακτηριστικό για το κάθε είδος. Παρόλο τον καθορισμένο και σημαντικό ρόλο που παίζουν τα βιολογικά φαινόμενα στο γήρας υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία και πλαστικότητα μεταξύ ατόμων.¹⁰

Άλλο ένα χαρακτηριστικό της γήρανσης είναι η υποκειμενικότητά του. Οι βιολογικές διαδικασίες βιώνονται διαφορετικά. Ανάλογος μπορεί να είναι και ο τρόπος που βιώνεται η σωματικότητα σε κάθε πολιτισμική ομάδα. Η σωματικότητα συνδέει τη βιολογική ταυτότητα διαχρονικά και εκδηλώνεται ανάλογα με τη δυνατότητα που έχει. Η δυνατότητα αυτή δεν βασίζεται μόνο στις βιολογικές λειτουργίες αλλά εκφράζεται στη βιολογική ταυτότητα του ανθρώπου.¹⁰

Επιπλέον χαρακτηριστικό των γηρατειών είναι η μείωση της ζωτικότητας και της αποδοτικότητας των κυττάρων στα διάφορα συστήματα που γίνεται σταδιακά. Δηλαδή, μπορεί να επηρεαστεί η νοητική λειτουργία αλλά η λειτουργία του σώματος να είναι σε καλό επίπεδο ή και το αντίθετο.

Μερικά από τα χαρακτηριστικά της γήρανσης είναι:

1. Είναι μία πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών, τα οποία κάνουν την εμφάνιση τους στη Τρίτη ηλικία.
2. Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε αλλαγή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη συμβεί.
3. Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.
4. Η εξέλιξη του φαινομένου είναι σταδιακή
5. Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες.
6. Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δε μπορεί να το ελέγξει η ανθρώπινη δύναμη

7. Είναι καθολικό, δηλαδή εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους.
8. Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δε μπορεί αν ανασταλεί η πορεία του.
9. Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
10. Καταλήγει στο θάνατο.

Οι βλαπτικές επιδράσεις του γήρατος αποκαλύπτονται, αρχικά στην μικρότερη αντοχή του ατόμου στην διαχείριση των εξωτερικών πιέσεων και έπειτα, στην αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου.¹² Από την άλλη, παρά τον υποχρεωτικό και καθολικό χαρακτήρα των βιολογικών μεταβολών και τη γενικότερη σχέση τους με την ηλικία, δεν μπορούμε να πούμε ότι αυτές αρχίζουν σε μια συγκεκριμένη ηλικία ή ότι παίρνουν μια συγκεκριμένη μορφή σε όλους τους ανθρώπους. Το πότε θα εμφανισθούν και με ποια μορφή είναι συνάρτηση και περιβαλλοντικών παραγόντων και τρόπου ζωής.⁸

3. ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ

Με την πάροδο του χρόνου, ο άνθρωπος υφίσταται σημαντικές αλλαγές στην εμφάνιση και τη λειτουργία. Οι αλλαγές αυτές, οφείλονται σε έναν συνδυασμό διαφόρων επιδράσεων, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η γενετική, αλλά και σε παράγοντες που δρουν στα πρώτα στάδια της ζωής, καθώς και σε περιβαλλοντικούς κινδύνους όπως και στο τρόπο ζωής κατά τη προχωρημένη ηλικία.¹³ Σημαντικό ρόλο στην κατάσταση της υγείας ενός ατόμου διαδραματίζουν επίσης, η διατροφή, η άσκηση, οι προσωπικές συνήθειες (κάπνισμα), οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες καθώς και η παρουσία ή όχι ασθενειών.

Οι αλλαγές που βιώνουν οι ηλικιωμένοι δεν είναι απαραίτητα επιβλαβείς. Η αποτελεσματικότητα των πέντε αισθητήριων οργάνων – όραση, ακοή, αφή, γεύση, όσφρηση- μειώνεται στην Τρίτη ηλικία, αυτή όμως διαφέρει στον κάθε ηλικιωμένο. Επιπρόσθετα, αυτές οι μεταβολές εκτός από σωματικές μπορεί να είναι και γνωστικές.

Πιο συγκεκριμένα οι αλλαγές που παρατηρούνται στο σώμα του ανθρώπου με το πέρασμα του χρόνου είναι:

- ❖ **Κυτταρικές μεταβολές:** οι μεταβολές στις δομές του κυτταρικού DNA έχει ως επακόλουθο την αλλαγή της εξωτερικής εμφάνισης του και την αλλοίωση των χαρακτηριστικών: άσπρα μαλλιά, οι ρυτίδες, η μείωση του ύψους και η μείωση ή αύξηση του βάρους.

- ❖ **Μυοσκελετικές αλλαγές:** εμφάνιση μυοσκελετικών προβλημάτων όπως μείωση της μυϊκής μάζας, οστεοπόρωση, φθορά αρθρικών χόνδρων. Οι πόνοι και η έλλειψη ευελιξίας στα πόδια μπορούν να επιβραδύνουν το ρυθμό βαδίσματος του ατόμου, να δυσκολεύσουν το ανέβασμα σε σκάλες ή το κάθισμα σε καρέκλα. Τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιο επιρρεπή σε πτώσεις και σε κατάγματα.

- ❖ **Καρδιαγγειακό σύστημα:** Οι συνδεδεμένες με την ηλικία μεταβολές στη λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποσότητας αίματος που φθάνει στα κύτταρα με επακόλουθο να φθάνει λιγότερο οξυγόνο στους μύες. Επίσης, αυτές οι μεταβολές μπορούν να ερμηνεύσουν, μερικώς, την υψηλή πίεση του αίματος.

- ❖ **Αναπνευστικό σύστημα:** πτώση της ποσότητας της ανταλλαγής των αερίων στους πνεύμονες με αποτέλεσμα να φθάνει στο αίμα λιγότερο οξυγόνο από τον αέρα. Επίσης, μειώνεται η ποσότητα του αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται στους πνεύμονες κατά τα μέγιστα έπειτα από προσπάθειες.

- ❖ **Εκκριτικό σύστημα.** Τα νεφρά, δεν μπορούν αν ανταποκριθούν όταν υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις στα επίπεδα των υγρών του σώματος. Η μειωμένη λειτουργία των νεφρών έχει ως συνέπεια το βραδύτερο ρυθμό αποβολής των φαρμάκων από το σώμα. Μια άλλη σημαντική μεταβολή στο εκκριτικό σύστημα έχει ως συνέπεια την ακράτεια ούρων.

- ❖ **Διατροφή και πέψη:** Οι επιπτώσεις της μεγάλης ηλικίας στο πεπτικό σύστημα δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Κάποιες εμφανίζονται στον οισοφάγο και επηρεάζουν τη μεταφορά των τροφών στο στομάχι και άλλες αφορούν την έκκριση των γαστρικών υγρών. Παρουσιάζονται, επίσης, και

κάποιες μεταβολές στα έντερα, που έχουν επιπτώσεις στην απορρόφηση του λίπους και ορισμένων μετάλλων.

❖ Αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) : Τα άτομα άνω των 64 ετών παρουσιάζουν ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες. Σε σχέση με τον ύπνο οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίσουν αϋπνίες. Οι διαταραχές ύπνου στους ηλικιωμένους οφείλονται μεταξύ άλλων στην άπνοια, στη συχνή ανάγκη για ούρηση, αλλά και σε προβλήματα με τα πόδια, την καρδιά κ.ά.

❖ Κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ): παρατηρείται μειωμένη οξυγόνωση και μειωμένη αιματική ροή

❖ Αναπαραγωγικό σύστημα: Στις γυναίκες, η μεταβατική περίοδος μέχρι την εμμηνόπαυση ονομάζεται κλιμακτήριος και συνδέεται με μεταβολές στην περίοδο και μείωση ορμονών. Υπάρχουν και στους άντρες μεταβολές στην σεξουαλική λειτουργία, που έχουν σχέση με τη λειτουργία του προστάτη.⁹

❖ Ειδικές αισθήσεις: Όσον αφορά στην όραση, ένα κύριο πρόβλημα που εμφανίζουν τα άτομα μεγάλης ηλικίας είναι ο καταρράκτης και η μείωση της κόρης του οφθαλμού τόσο σε μέγεθος όσο και στην ανταπόκριση στις αλλαγές φωτός. Με την ηλικία εμφανίζεται και η πρεσβυωπία, ενώ μειώνεται η χρωματική όραση. Όσον αφορά την ακοή, χαρακτηριστικό πρόβλημα είναι η πρεσβυακοή, δηλαδή μία ελαττωμένη ευαισθησία σε ήχους υψηλής συχνότητας. Επίσης, παρατηρείται μειωμένη ικανότητα να διαφοροποιούν τον περιβαλλοντικό θόρυβο από τον κοντινό. Ακόμα, η γεύση, εμφανίζει σημαντική βλάβη στην προχωρημένη ηλικία, ενώ η όσφρηση εμφανίζει βλάβη μετά τα 50 χρόνια. Αναφορικά με την αφή, φαίνεται να υπάρχει σχετική μείωση της απτικής διάκρισης με την ηλικία. Οι διαταραχές στην ισορροπία έχουν επιπτώσεις στην κινητικότητα των ηλικιωμένων.⁹

Εκτός όμως, από τις βιολογικές αλλαγές, εντοπίζονται μεταβολές και στις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου:

- ❖ Επεξεργασία πληροφοριών: τα ηλικιωμένα άτομα αδυνατούν να επεξεργαστούν γρήγορα μεγάλο όγκο πληροφοριών, κάτι το οποίο οδηγεί σε καθυστερημένη λήψη αποφάσεων.
- ❖ Μνήμη. Ένα από τα πιο γνωστά συμπτώματα του γήρατος είναι η απώλεια της μνήμης.
- ❖ Νοημοσύνη. Υπάρχουν διαφορές ως προς την ανάπτυξη της νοημοσύνης αλλά και στο ποιες ικανότητες μειώνονται και ποιες όχι. Γενικά, η νοητική απόδοση του ατόμου είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως η σωματική και ψυχική υγεία, η καλή λειτουργία του εγκεφάλου, η μόρφωση και οι πολιτισμικές συνθήκες στις οποίες έζησε.⁹

Παρακάτω, στο Πίνακα 1.1. παρουσιάζονται επιγραμματικά οι βασικές αλλαγές που παρατηρούνται στα συστήματα του ατόμου της τρίτης ηλικίας:

Πίνακας 2.1.1. Αλλαγές στα συστήματα των ατόμων τρίτης ηλικίας	
ΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	<ul style="list-style-type: none"> • Αλλαγές στις δομές του κυτταρικού DNA • Αύξηση κολλαγόνου μεταξύ των κυττάρων • Αλλαγές στο αριθμό και την ευαισθησία των υποδοχέων
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	<ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση μεγέθους και βάρους της καρδιάς • Μείωση της ελαστικότητας καρδιακών βαλβίδων • Αύξηση κολλαγονικού ιστού • Αυξημένη τάση για αρρυθμίες
ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του αντανακλαστικού του βήχα • Μείωση ζωτικής χωρητικότητας • Μείωση της δραστηριότητας του βρογχικού επιθηλίου
ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	<ul style="list-style-type: none"> • Αύξηση της λειτουργίας των αυτοάνοσων κυττάρων • Αύξηση κινδύνου για λοιμώξεις • Μείωση των T λεμφοκυττάρων • Αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών κυττάρων

<p>ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μειώνεται το ύψος λόγω της βράχυνσης της σπονδυλικής στήλης • Μειώνεται η μυϊκή μάζα • Αυξάνεται το βάθος της θωρακικής κοιλότητας • Αυξάνεται ο λιπώδης ιστός δημιουργώντας προβλήματα οστεοπόρωσης • Φθείρονται οι επιφάνειες των αρθρικών χόνδρων προκαλώντας προβλήματα οστεοαρθρίτιδας
<p>ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση του ρυθμού σπειραματικής διήθησης • Μείωση της νεφρικής και αιματικής λειτουργίας
<p>ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΙΣΘΗΣΕΙΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μειώνεται η όραση και οι φακοί των ματιών κιτρινίζουν • Μειώνεται η προσαρμοστικότητα στις εναλλαγές μεταξύ φωτός και σκοταδιού • Μειώνεται η οξύτητα των αισθήσεων της γεύσης, όσφρησης και αφής • Η προσαρμοστικότητα των μυών εξασθενεί • Μειώνεται η ακοή σε υψηλής συχνότητας ήχους
<p>ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση βάρους κατά 17% • Μείωση οξυγόνωσης • Μείωση αιματικής ροής • Αυξημένος αιματοεγκεφαλικός φραγμός
<p>ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση αιματικής ροής ήπατος • Μεταβολή απορρόφησης από το γαστρεντερικό σύστημα
<p>ΕΝΔΟΚΡΙΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση επιπέδων οιστρογόνων στις γυναίκες • Μείωση επινεφριδικών ανδρογόνων • Μείωση παραγωγής τεστοστερόνης στους άντρες

4. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η δημογραφική δομή του πληθυσμού των χωρών ή των περιοχών δεν είναι στατική, αλλά συνεχώς μεταβάλλεται. Οι πληθυσμοί αυξάνονται ή μειώνονται, καθώς και η ηλικιακή τους σύνθεση και η αναλογία φύλου των ατόμων που τους αποτελούν. Η δημογραφική γήρανση ορίζεται ως η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στον συνολικό πληθυσμό με ταυτόχρονη μείωση του αριθμού των νεαρών ατόμων (0 - 14 ετών) και, ενδεχομένως, της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας (15 - 64 ετών).⁴

Ο παγκόσμιος πληθυσμός δείχνει έναν ετήσιο αριθμό αύξησης της τάσης του 1,7%, την ίδια στιγμή που ο ηλικιωμένος πληθυσμός (>65 ετών) αυξάνεται με ετήσιο ρυθμό 2,7%. Από τα 365 εκατομμύρια άνω των 65 ετών, περισσότεροι από 200 ζουν στον οικονομικά αναπτυσσόμενο κόσμο και αποτελούν το 4,6% του πληθυσμού και 150 εκατομμύρια ζουν στον οικονομικά αναπτυγμένο κόσμο, όπου η αναλογία είναι 12,6%.¹⁵

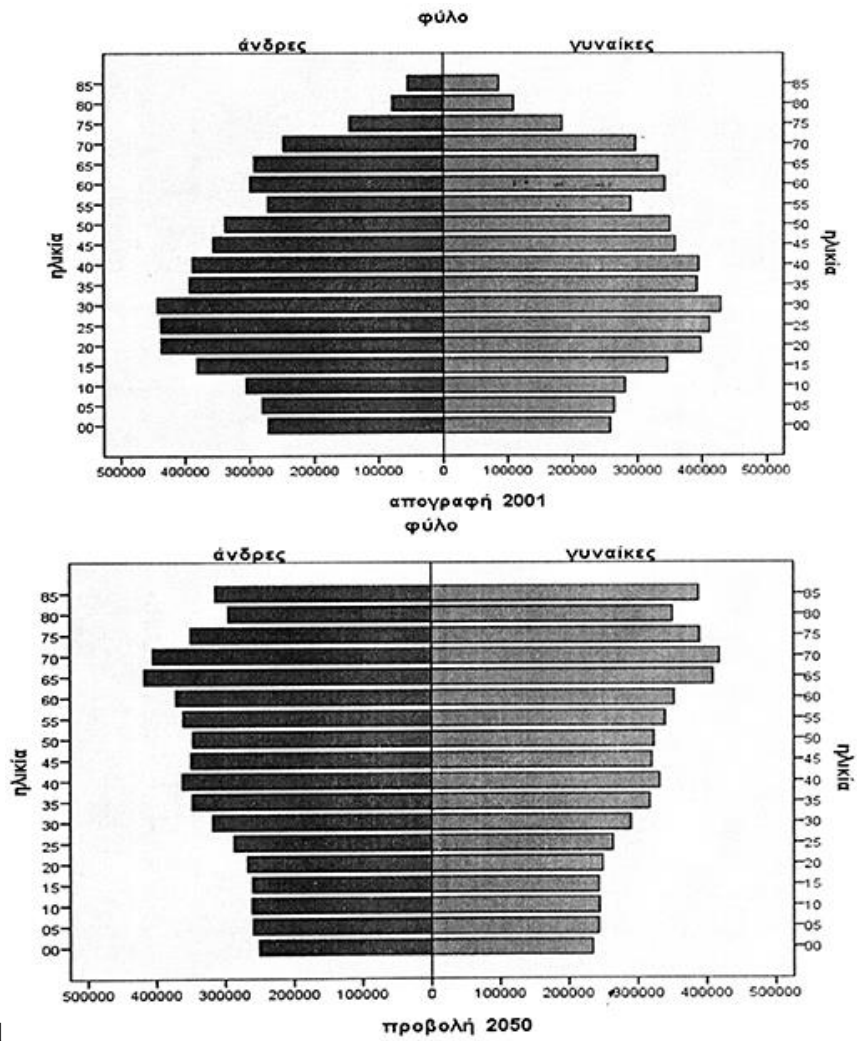
Το προσδόκιμο ζωής για τα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ ήταν τα 77,8 έτη για το 2007 έναντι των 68,5 το 1960, μια αύξηση σχεδόν 10 χρόνων. Η Ελλάδα, βρίσκεται στην 18^η θέση με προσδόκιμο ζωής τα 80,7 έτη για τις γυναίκες και τα 75,4 για τους άντρες. Σύμφωνα με τα δεδομένα του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα, το 2030 αναμένεται να φτάσουμε σε ένα μέσο προσδόκιμο ζωής 82 έτη. Το 1998, σύμφωνα με τα δεδομένα του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, 66 εκατομμύρια άνθρωποι, είχαν μεγαλύτερη ηλικία των 80 ετών. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί κατά 6 φορές μέχρι το έτος 2050 και θα φτάσει τους 370 εκατομμύρια ανθρώπους.

Το 2050, 14 χώρες μέσα σε αυτές και η Ελλάδα, αναμένεται να έχουν αναλογία υπερήλικων πάνω από το 10% του γενικού πληθυσμού. Το 1998, υπήρχαν σε όλο το κόσμο 135.000 άνθρωποι ηλικίας πάνω από 100 ετών, ενώ το 2050, θα είναι 2.200.000. Το ποσοστό των ηλικιωμένων στα 25 κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης από 16% θα αυξηθεί σε 30% το 2050 (Eurostat, 2005). Αντίστοιχα, το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 80 ετών αναμένεται να τριπλασιαστεί

από 4% το 2004 σε 11.4% το 2050. Επίσης , αν υπογεννητικότητα συνεχιστεί, ο πληθυσμός της Ελλάδας θα μειωθεί κατά 2,4 εκατομμύρια και θα φτάσει τα 8.2 εκατομμύρια το 2050. ¹⁵

Το 1900 , η Ευρώπη είχε τρεις φορές το πληθυσμό της Αφρικής ενώ το 2050, η Αφρική αναμένεται να έχει τρεις φορές το πληθυσμό της Ευρώπης. Το 1950, έξι από τις δώδεκα χώρες με το μεγαλύτερο πληθυσμό, ανήκαν στον οικονομικά ανεπτυγμένο κόσμο. Το 2050, οι ΗΠΑ, θα είναι η μοναδική οικονομικά ανεπτυγμένη χώρα, ανάμεσα στις δώδεκα χώρες του κόσμου, με το μεγαλύτερο πληθυσμό.(WHO, 2003)?

Εικόνα 1.1 : Διάγραμμα: Ηλικιακή Πυραμίδα Ελλάδας



2001

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Τον τελευταίο καιρό έχει παρατηρηθεί μεγάλη πρόοδος σχετικά με τις έρευνες για την άνοια, παρόλα αυτά, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Η άνοια ανήκει στις εκφυλιστικές νευρολογικές ασθένειες καθώς αποτελεί ένα επίκτητο κλινικό σύνδρομο, στο οποίο εμφανίζεται εξασθένηση γνωστικών λειτουργιών, ως συνέπεια της δυσλειτουργίας του εγκεφάλου.¹⁰ Συνεπώς, η άνοια χαρακτηρίζεται ως μια επίκτητη και προοδευτική έκπτωση των διανοητικών λειτουργιών, επηρεάζοντας πολλαπλά γνωστικά πεδία καθώς η σοβαρότητά της αγγίζει τη δημιουργία προβλημάτων στην καθημερινή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή του ατόμου.¹⁸ Νοσούν κυρίως οι ηλικιωμένοι, επειδή συνήθως συνδυάζεται με εκφυλιστικές ασθένειες, οι επιπτώσεις των οποίων εκδηλώνονται όσο περισσότερο ανέρχεται η ηλικία.

Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Ασθενειών (ICD-10), η άνοια αποτελεί σύνδρομο που οφείλεται σε εγκεφαλική νόσο (εξελικτική ή χρόνια), όπου διαπιστώνεται διαταραχή ανώτερων λειτουργιών, στις οποίες ανήκουν η μνήμη, η σκέψη, η κατανόηση, ο προσανατολισμός, η ικανότητα για μάθηση και εκτέλεση αριθμητικών πράξεων, ο τομέας της γλώσσας και της κριτικής ικανότητας, χωρίς ωστόσο να επέρχεται θόλωση της συνείδησης. Επίσης, οι διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών συνοδεύονται από τη μείωση του ελέγχου του συναισθήματος, της κοινωνικής συμπεριφοράς ή των κινήτρων.

Παγκοσμίως, υπάρχουν 25 εκατομμύρια νοσούντες από άνοια που αναμένονται να αυξηθούν σε 104 εκατομμύρια σε 50 χρόνια. Στην Ελλάδα υπολογίζονται περίπου 140.000 ασθενείς με άνοια.²⁰

2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ

Παρά την τεράστια πρόοδο που έχει σημειωθεί στον ερευνητικό τομέα της άνοιας τα τελευταία χρόνια, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Ένας ορισμός που θεωρείται συχνά είναι αυτός του WHO:

Άνοια είναι η βλάβη των ανώτερων λειτουργιών του φλοιού, περιλαμβανόμενης της μνήμης, της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων τη καθημερινής ζωής, της απόδοσης σε αντιληπτικές ικανότητες που έχουν διδαχθεί, της ορθής χρήσης κοινωνικών δεξιοτήτων και του ελέγχου των συναισθηματικών αντιδράσεων εν απουσία εμφανούς 'θόλωσης της συνείδησης'. Η κατάσταση είναι συνήθως μη αντιστρεπτή και προοδευτική. (World Health Organization 1986)

Επίσης, ένας παλιός και απλός ορισμός, που φαίνεται να λειτουργεί πολύ καλά, είναι αυτός των McHugh και Wolstein: “το κλινικό σύνδρομο της νοητικής ζωής που χαρακτηρίζεται από σημαντική και ολική έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας, η οποία δε μπορεί να αποδοθεί σε διαταραχές της συνείδησης”.¹⁷ Ένας άλλος ορισμός χαρακτηρίζει την άνοια σαν μια επίκτητη και εμμένουσα έκπτωση των διανοητικών ικανοτήτων, που επηρεάζει πολλαπλά γνωστικά πεδία, και είναι αρκετά σοβαρή ώστε να δημιουργεί πρόβλημα στην καθημερινή, επαγγελματική και κοινωνική ζωή του ατόμου.¹⁸ Οι διαφορετικοί ορισμοί της άνοιας οφείλονται στη διαφορετική κλινική και πορεία των αιτιών που την προκαλούν.¹⁹

2.2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το 1907, ο Γερμανός Alois Alzheimer, ο οποίος ήταν νευροπαθολόγος και καθηγητής της Ψυχιατρικής, δημοσίευσε το περιστατικό μιας γυναίκας 51 ετών, η οποία παρουσίασε ψυχιατρικά προβλήματα ακολουθούμενα από σταδιακή έκπτωση της μνήμης. Στη νεκροψία ανακάλυψαν ότι είχε γενικά ατροφικό εγκέφαλο χωρίς μικροσκοπικές βλάβες. Τα μεγάλα εγκεφαλικά αγγεία παρουσίαζαν αρτηριοσκλήρωση, και παρατηρήθηκαν κάποιες μυστηριώδεις βλάβες στα

νευροϊνίδια, τα οποία συνέρχονταν σε παχιές δέσμες στις επιφάνειες των κυττάρων. Εκτός αυτών υπήρχαν και πολλαπλές μικρές εστίες στο φλοιό που εμφάνιζαν μια ιδιαίτερη ουσία η οποία ξεχώριζε.

Συνεπώς, ο Alois Alzheimer είχε περιγράψει όχι μόνο τα νευροϊνιδιακά τούμπια, αλλά και τις πλάκες αμυλοειδούς. Ο Emil Kraepelin, καθηγητής του Alois Alzheimer, στηρίχτηκε στην περιγραφή της πρώτης περίπτωσης καθώς και σε τρεις ακόμα περιπτώσεις των συνεργατών του Alzheimer και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η νέα αυτή πάθηση πρόκειται για προγεροντική άνοια. Ο Alzheimer όμως φαίνεται να μη συμφωνούσε πλήρως με την άποψη του Kraepelin και το 1911 δημοσίευσε την περίπτωση ενός άντρα, 56 χρονών, ο οποίος νοσηλεύτηκε επί τρία χρόνια στην ίδια κλινική του Kraepelin και πέθανε το 1910. Σε αυτήν την περίπτωση δεν υπήρχαν νευροϊνιδιακά τούμπια, αλλά «μόνο πλάκες». Είχε επίσης οικογενή χαρακτήρα της πάθησης. Από πολύ παλιά είναι γνωστό ότι όταν μία πάθηση εμφανίζει οικογενή χαρακτήρα, υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σε άτομα του στενού οικογενειακού περιβάλλοντος, χωρίς να είναι ξεκάθαρη η κληρονομικότητα, αλλά η προδιάθεση εμφάνισής της διαταραχής, μετά από την επίδραση ορισμένων περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα αποτελέσματα αυτά, καθώς και τα στοιχεία από το ιστορικό της πρώτης ασθενούς με άνοια τύπου Alzheimer δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό «The Lancet» από τον K. Mauer το 1997.

Πριν από περίπου είκοσι χρόνια, οι ειδικοί αναφέρονταν πολύ πιο συχνά στις γεροντικές άνοιες που εμφανίζονταν σε άτομα σαφώς πιο ηλικιωμένα (από 75 έως 85 ετών) και λίγο πολύ θεωρούνταν αποδεκτή μορφή γήρατος, αλλιώς γνωστή και ως μαλάκυνση. Όμως μετά τη δεκαετία του 1960 Βρετανοί επιστήμονες παρατήρησαν κάποιες κοινές ιστολογικές αλλοιώσεις στους διάφορους τύπους άνοιας. Τις συγκέντρωσαν λοιπόν και με βάση αυτές δημιούργησαν μια ξεχωριστή ενότητα, την άνοια του τύπου Alzheimer. Σήμερα ο όρος νόσος του Alzheimer χρησιμοποιείται πλέον χωρίς διακρίσεις ως συνώνυμο της άνοιας τύπου Alzheimer για να προσδιορίσει τη μη ομαλή εγκεφαλική γήρανση ή για να δηλώσει περιπτώσεις της “αληθινής” νόσου του Alzheimer.¹

2.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η άνοια προσβάλλει το 5,4 % του πληθυσμού άνω των 65 ετών και ο επιπολασμός της αυξάνεται με την ηλικία. Σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρία της νόσου Alzheimer (Alzheimer's Disease International) , στην ετήσια εκτίμηση της άνοιας το 2013, εκτιμά ότι αριθμός των ατόμων που πάσχουν από άνοια, ανέρχεται σε 44 εκατομμύρια παγκοσμίως και αναμένεται να αυξηθεί σε 76 εκατομμύρια μέχρι το 2030 και σε 135 εκατομμύρια μέχρι το 2050. Η νόσος Alzheimer καλύπτει το 60% περίπου των ανοιών στο γενικό πληθυσμό, και συγκεκριμένα στην Ελλάδα πάσχουν πάνω από 160.000 άνθρωποι, στην Ευρώπη 10.000.000 και 35.000.000 σε όλο το κόσμο. Ο επιπολασμός της άνοιας αυξάνεται ραγδαία με την ηλικία.¹

Στις ανεπτυγμένες κοινωνίες αυξάνει από 1%-2% στην ηλικία των 65 ετών σε 5%-10% κατά την έβδομη δεκαετία της ζωής και κατά 25% κατά την κατοπινή περίοδο, με το ποσοστό να ανέρχεται σε 30% στην ηλικία των 85 ετών. Η άνοια δε με τη μεγαλύτερη συχνότητα είναι αυτή που συνοδεύει τη νόσο Alzheimer, η οποία παρουσιάζει επιπολασμό περίπου 90% μεταξύ των ατόμων που υποφέρουν από κάποια μορφή άνοιας.

Τα μισά εκ των ανωτέρω έχουν συνυπάρχουσες βλάβες τύπου σωματίων Lewy ή αγγειακές βλάβες. Η μετωποκροταφική και η αγγειακή άνοια ακολουθούν ως προς τη συχνότητα. Η μετωποκροταφική άνοια ανιχνεύεται συχνότερα σε νεότερες ηλικίες, 50-60 ετών, και είναι υπεύθυνη για περίπου 5-10% των ανοιών. Οι αγγειακές βλάβες είναι αρκετά συχνά στους ηλικιωμένους και συναντώνται σε περίπου 1/3 των παθολογοανατομικών εγκεφαλικών δειγμάτων ατόμων με άνοια. Ωστόσο αμιγής αγγειακή άνοια χωρίς συνυπάρχουσες παθολογοανατομικές βλάβες νόσου Alzheimer ή σωματίων Lewy είναι σχετικά σπάνια με εκτιμώμενη συχνότητα 2-10%. Άλλες παθήσεις που δύνανται να είναι υπεύθυνες για άνοια (π.χ. υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, νόσος Jakob-Creutzfeldt, νόσος Huntington, άνοια λόγω HIV, άνοια λόγω λοιμωδών ή μεταβολικών αιτιών κλπ) είναι αρκετά πιο σπάνιες και αθροιστικά ευθύνονται για 5-10% των ανοιών.

Η επιδημιολογική ανάλυση των παραγόντων κινδύνου σύμφωνα με τον ΠΟΥ περιλαμβάνει την ηλικία, το γυναικείο φύλο, την εθνικότητα, την κοινωνική τάξη, το

σύνδρομο Down , τη γενετική προδιάθεση, τους ενδοκρινικούς, ορμονικούς παράγοντες και τους αγγειακούς παράγοντες.¹

2.4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΟΙΑΣ

Τα χαρακτηριστικά της άνοιας ποικίλλουν ανάλογα με το είδος της ασθένειας, τον χαρακτήρα του ατόμου καθώς και το περιβάλλον του. Κάποια χαρακτηριστικά σύμφωνα με τους Bollinger & Hardiman (1989), τα οποία αποτελούν προειδοποιητικές ενδείξεις, είναι τα εξής:

- 1) Διαταραχές μνήμης: Αρχικά άμεσης, πρόσφατης στα αρχικά στάδια και απώτερης μετέπειτα. Τα άτομα ξεχνάνε τη χρονική σειρά των γεγονότων της ζωής τους και εν τέλει τα ίδια τα γεγονότα.
- 2) Μεταβολές στη κριτική ικανότητα και στην επίγνωση της πραγματικότητας: Τα άτομα με άνοια μπορεί να καθίστανται προοδευτικά ανίκανα να οργανώνουν τις ζωές τους ή να αντιλαμβάνονται τις συνέπειες των πράξεων τους.
- 3) Αλλαγές στην ικανότητα επικοινωνίας: Τα άτομα με άνοια έχουν μερικές φορές δυσκολίες στο να βρουν τις κατάλληλες λέξεις σε μια συζήτηση. Ένα αρχικό πρόβλημα επικοινωνίας είναι η ανικανότητα αναγνώρισης αντικειμένων με το σωστό τους όνομα. Αργότερα, τα άτομα με άνοια μπορεί να αναπτύξουν αφασία μη ρέοντος λόγου ,όταν ο λόγος γίνεται λιγότερο αυθόρμητος και περιέχει λιγότερες λέξεις.
- 4) Αλλαγές στην ικανότητα εκτέλεσης σκόπιμων κινήσεων (απραξία και δυσπραξία): Το άτομο με άνοια μπορεί να έρθει αντιμέτωπο με δυσκολίες κατά την πραγματοποίηση εσκεμμένων σκόπιμων κινήσεων ή αλληλουχία κινήσεων , χωρίς όμως να οφείλεται αυτό σε μυϊκή αδυναμία.
- 5) Αλλαγές στη προσωπικότητα: Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιδρά στα γεγονότα μπορεί να αλλάξει .Η αλλαγή στη προσωπικότητα μπορεί να είναι δύο ειδών: α)υπερέκφραση των προηγούμενων χαρακτηριστικών ,β) δραματική αναστροφή των προηγούμενων χαρακτηριστικών .

6)Αλλαγές στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά: απραξία, επιθετικότητα, επαναλαμβανόμενες κινήσεις και δραστηριότητες, διαταραχές σίτισης και ύπνου)

7)Ψυχολογικές διαταραχές: Συμπτώματα κατάθλιψης όπως απώλεια ενδιαφέροντος, μειωμένη διάθεση και ενέργεια. Τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά (ψευδαισθήσεις και ντελίριο) είναι συχνότερα στα μεσαία στάδια της άνοιας.⁵

2.5 ΑΙΤΙΑ ΑΝΟΙΑΣ-ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της άνοιας αποτελούν πολλές ασθένειες, οι οποίες προσομοιάζουν ή προκαλούν την άνοια.(Πίνακας 2.5.1)

Πίνακας 2.5.1: Διαφορική διάγνωση της άνοιας (Feldman και O'Brien 1999, O'Connor 2005, Jorm 2002).

Καταστάσεις που προσομοιάζουν την άνοια: σχετιζόμενη με την ηλικία γνωστική έκπτωση, παραλήρημα, κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, παρενέργειες φαρμάκων

Εκφυλιστικές εγκεφαλικές νόσοι: νόσος του Alzheimer, νόσος με σωματίδια Lewy, μετωποκροταφική άνοια, νόσος του Parkinson, νόσος του Huntington, προοδευτική υπερπυρηνική παράλυση, πλάγια μυατροφική σκλήρυνση, σκλήρυνση κατά πλάκας

Νευρολογικές ασθένειες: εγκεφαλική αγγειακή νόσος, υδροκέφαλος φυσιολογικής πίεσης, τραυματισμός κεφαλής, πρωτοπαθείς και μεταστατικοί όγκοι του εγκεφάλου

Συστηματικές νόσοι με γνωστικό έλλειμμα: τοξικά αίτια (μέταλλα, αλκοόλ κ.λπ.), νόσος του Whipple, νόσος του Addison, νόσος του Cushing, νόσος του Wilson, υπογλυκαιμία, υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός, νόσοι των παραθυρεοειδών αδένων, σοβαρή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ηπατική ανεπάρκεια, ηλεκτρολυτικές διαταραχές

Διατροφικές νόσοι: σύνδρομο Wernicke-Korsakoff, έλλειψη βιταμίνης B12, πελάγρα, νόσος των Marchiafava-Bignami.

Λοιμώξεις: νόσος Creutzfeldt-Jakob, AIDS, Σύφιλη, ιογενής εγκεφαλίτιδα, χρόνια βακτηριακή μηνιγγίτιδα, κρυπτοκοκκιακή μηνιγγίτιδα

Συγγενείς καταστάσεις : σύνδρομο Down

Η νόσος Alzheimer, η αγγειακή άνοια, η άνοια με τα σωματίδια του Lewy , η μετωποκροταφική άνοια είναι υπεύθυνες για περισσότερο από το 80% των περιπτώσεων άνοιας. ¹¹

Η νόσος ΝΑ είναι η συχνότερη αιτία άνοιας και υπεύθυνη για τις περισσότερες αιτίες άνοιας.¹⁹ Η αγγειακή άνοια έρχεται δεύτερη και είναι υπεύθυνη για το 10-20% των περιπτώσεων. Η μετωποκροταφική άνοια είναι υπεύθυνη για το 3-10% των ανοιών. ¹⁹

Σε μια ελληνική μελέτη στο Κέντρο Alzheimer της Ψυχογηριατρικής Εταιρίας «Ο Νέστωρ» στην Αθήνα, σε 331 ασθενείς με άνοια, το 64.4% έπασχε από νόσο Alzheimer, το 18.2% από αγγειακή άνοια, το 7.1% από άνοια με σωματίδια Lewy, το 5.4% από μετωποκροταφική άνοια και το 4.9% από άλλες μορφές άνοιας. ¹⁰

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

2.5.1 ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

Η Ν.Α. είναι μία από τις πιο πολυσύνθετες καταστάσεις που έχει να αντιμετωπίσει η κλινική ιατρική και συνάμα, η πιο κοινή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στους ηλικιωμένους. Το όνομά της, οφείλεται στον Alois Alzheimer που πρωτοπεριέγραψε τα χαρακτηριστικά της νόσου το 1907. Προσβάλλει περίπου το 7% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών και ίσως το 40% των ατόμων άνω των 80 ετών, ενώ η θεραπευτική της αντιμετώπιση εξακολουθεί να παραμένει έως σήμερα ασυμπτωματική.²² Υπολογίζεται ότι περίπου 26,5 εκατομμύρια άτομα νοσούν από άνοια και σύμφωνα με υπολογισμούς ένας στους 85 ανθρώπους θα πάσχει από τη νόσο έως το 2050.

Οι εναποθέσεις του αμυλοειδούς είναι ένα από τα χαρακτηριστικά της Ν.Α. Στις εγκεφαλικές περιοχές που προσβάλλονται από τη Ν.Α. παρατηρούνται επίσης νευριτικές ή γεροντικές πλάκες. Πρόκειται για εξωκυττάρια εναποθέσεις αμυλοειδούς που περιβάλλονται από δυστροφικούς νευράξονες, καθώς επίσης και από προσεκβολές αστροκυττάρων και μικρογλοιακών κυττάρων (κύτταρα φλεγμονής) (Selkoe, 1996). Επίσης, οι νευροινιδώδεις σχηματισμοί (τολύπια) συνιστούν το έτερο κυτταρικό χαρακτηριστικό αποτύπωμα της νόσου.²³

Είναι αναγνωρίσιμο ότι πριν από τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις υπάρχει μια περίοδος χωρίς κλινικά συμπτώματα αλλά με ενεργό τη νόσο. Ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα στην βραχυπρόθεσμη μνήμη και με την πάροδο του χρόνου επηρεάζεται και η μακροπρόθεσμη μνήμη. Η νόσος οδηγεί σε λειτουργική έκπτωση που καταλήγει σε ολοκληρωτική ανικανότητα και κατόπιν κατάληξη σε περίπου επτά με οκτώ χρόνια.

Η ασθένεια είναι σχεδόν πάντα κληρονομική. Αρχικά το άτομο χάνει τα προσωπικά του αντικείμενα, ξεχνά τα ραντεβού του, ρωτάει συνεχώς τα ίδια πράγματα και εν τέλει καταγράφει τα πράγματα που πρέπει να κάνει ή να αγοράσει. Ως προς τις διαταραχές λόγου, διαταράσσεται η σημασιολογική μνήμη, με

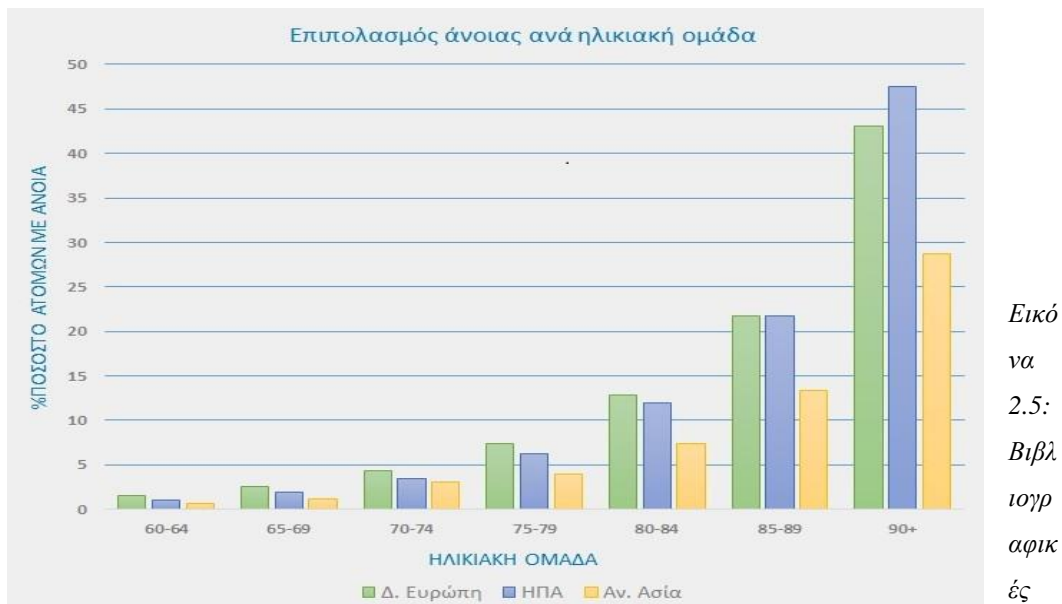
αποτέλεσμα να δυσκολεύεται να βρει λέξεις και η ροή του λόγου μειώνεται σημαντικά.

Σε μεταγενέστερα στάδια της νόσου, ξεχνάει πρόσωπα , ονόματα , περιστάσεις και δε μπορεί να τηρήσει τα ραντεβού του. Σε τελικά στάδια, δεν έχει συναίσθηση παροντικών καταστάσεων(αναδρομή στο παρελθόν) και μπερδεύει την οικογενειακά πρόσωπα.²³

Οι μορφές της άνοιας που παρουσιάζονται στη νόσο αυτή, έχουν ως εξής :

- Άνοια με πρόωμη έναρξη: πριν την ηλικία των 65 χρόνων με συμπτώματα αφασίας, αγραφίας, αλεξίας.
- Άνοια με όψιμη έναρξη: μετά την ηλικία των 65 χρόνων και πιο συνηθισμένα στα τέλη της δεκαετίας των 70, με χαρακτηριστικό τις διαταραχές της μνήμης.
- Άνοια με άτυπο ή μικτό τύπο με συνύπαρξη στοιχείων άνοιας επί της νόσου Alzheimer και στοιχείων της αγγειακής άνοιας και
- Μη καθοριζόμενη άνοια

Στο παρακάτω γράφημα απεικονίζεται η κατανομή της συχνότητας της άνοιας, ανά ηλικιακή ομάδα σε διάφορες ηπείρους: (Εικόνα 2.5)



Εικόνα 2.5: Βιβλιογραφικές

πηγές: Prince M et al. *The global prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis Dement.* 2013 Jan;9(1):63-75. Seshadri S, et al. *The lifetime risk of stroke: Estimates from the Framingham Study. Stroke* 2006;37(2):345-50⁵⁵

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Άνοιας τύπου Alzheimer κατά DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2.5.2):

Πίνακας 2.5.2: Κριτήρια άνοιας τύπου Alzheimer DSM-IV (American Psychiatric Association 1994)
A) Ανάπτυξη πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων που χαρακτηρίζεται από:
A1. Έκπτωση μνήμης
A2. Τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα: α)αφασία β)απραξία γ)αγνωσία δ)κατασκευαστική δυσχέρεια
B) Τα παραπάνω ελλείμματα προκαλούν σημαντική έκπτωση της επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και σηματοδοτούν έκπτωση από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.
Γ)Η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται από σταδιακή έναρξη και προϊούσα γνωστική έκπτωση
Δ) Τα παραπάνω γνωστικά ελλείμματα δεν οφείλονται σε α)άλλες ασθένειες του ΚΝΣ

β) συστηματικές νόσους γ) κατάχρηση ουσιών δ) άλλες ψυχιατρικές νόσους

Ε) Τα ελλείμματα δε συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια παραληρήματος

.5.2. ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ

Η αγγειακή άνοια είναι η δεύτερη συχνότερη αιτία άνοιας μετά τη νόσο Alzheimer και είναι υπεύθυνη, ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται στις διάφορες μελέτες, για το 10-50% των ανοιών.²⁴ Οι αγγειακές άνοιες, αφορούν στη δυσλειτουργία του κυκλοφορικού συστήματος και των αγγείων του εγκεφάλου με πολλούς διαφορετικούς τρόπους, πχ λόγω ενός αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, δηλαδή ενός φραγμένου από θρόμβους αίματος ή λίπους αγγείου. Το αγγείο αυτό, όντας φραγμένο, δεν διοχετεύει αίμα στις περιοχές ευθύνης του με αποτέλεσμα τη νέκρωση των περιοχών αυτών. Εάν οι περιοχές αυτές είναι λειτουργικής σημασίας για τον εγκέφαλο, τότε θα προκύψει άνοια. Η περιοχή βλάβης αφορά συνήθως τη λευκή ουσία που είναι περιοχή μετάδοσης πληροφοριών. Έτσι, τα συμπτώματα της άνοιας διαφέρουν με αυτά των νευροεκφυλιστικών ανοιών στις οποίες προσβάλλεται κυρίως ο φλοιός του εγκεφάλου (φαιά ουσία).²⁴

Σημαντικοί παράγοντες για τα φαινόμενα αυτά αποτελούν η χοληστερόλη, η αρτηριακή υπέρταση, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, οι ελλείψεις φυλλικού οξέως και βιταμίνης B12, η αύξηση της ομοκυστεΐνης, οι παθήσεις του θυρεοειδούς και βέβαια ο σακχαρώδης διαβήτης.

Σε διαφορετικές περιπτώσεις, πολλά μικρά αγγεία, λόγω αυτοάνοσων, μεταβολικών ή άλλων αγγειοπαθειών δυσκολεύουν τόσο πολύ τη μικροκυκλοφορία του εγκεφάλου που όσο και να προσπαθεί να καλύψει το έλλειμμα με παράπλευρες κυκλοφορίες δε τα καταφέρνει με αποτέλεσμα τη νοητική έκπτωση πχ πολυεμφρακτικές άνοιες, νόσοι μικρών αγγείων.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Αγγειακής άνοιας κατά DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2.5.3):

Πίνακας 2.5.3: Κριτήρια Αγγειακής Άνοιας κατά DSM-IV (American Psychiatric Association 1994)
A) Ανάπτυξη πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων που χαρακτηρίζεται από:
A1. Έκπτωση μνήμης
A2. Τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα: α)αφασία β)απραξία γ)αγνωσία δ)κατασκευαστική δυσχέρεια
B) Τα παραπάνω ελλείμματα προκαλούν σημαντική έκπτωση της επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και σηματοδοτούν έκπτωση από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.
Γ)Εστιακά νευρολογικά σημεία και συμπτώματα ή εργαστηριακά ευρήματα που υποδηλώνουν αγγειακή εγκεφαλική νόσο, τα οποία εκτιμάται ότι σχετίζονται αιτιολογικά με τη διαταραχή.
Δ) Τα παραπάνω γνωστικά ελλείμματα δεν οφείλονται σε α)άλλες ασθένειες του ΚΝΣ β)συστηματικές νόσους γ)κατάχρηση ουσιών δ)άλλες ψυχιατρικές νόσους
Ε)Τα ελλείμματα δε συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια παραληρήματος

2.5.3 ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY

Η άνοια με Lewy σωματίδια είναι υπεύθυνη για το 4.6-24.7% των ανοιών.²⁵ Προκαλείται από τον εκφυλισμό των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Το όνομα προέρχεται από την παρουσία ανώμαλων σφαιρικών σωματιδίων, που λέγονται Lewy σώματα τα οποία αναπτύσσονται μέσα στα νευρικά κύτταρα. Αναφέρεται ότι αυτά συνεισφέρουν στην καταστροφή των εγκεφαλικών κυττάρων.

Η άνοια αυτή παρουσιάζεται με προσβολή της μνήμης αλλά διαφέρει από τη ΝΑ καθώς χαρακτηρίζεται από κυμαινόμενη διαταραχή της ικανότητας στην συγκέντρωση και της προσοχής, καθώς και από μείωση της ικανότητας . Συνυπάρχει με τη νόσο Parkinson και εμφανίζει χαρακτηριστική ψυχιατρική

συμπτωματολογία (οπτικές ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, άγχος, ανησυχία).²⁵ Παρατηρείται σχεδόν ταυτόχρονη εμφάνιση εξωπυραμιδικών και γνωστικών συμπτωμάτων. Αυτό το διαχωρίζει από τη νόσο Alzheimer καθώς και ο γεγονός ότι η νόσος με σωμάτια Lewy έχει πιο γρήγορη πορεία από τη νόσο Alzheimer και παράλληλα χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις στην ένταση των συμπτωμάτων.

<p>Πίνακας 2.5.4 : Κριτήρια Άνοιας με σωμάτια Lewy κατά DSM-IV (McKeith και συν 2004)</p> <p>A. Προϊούσα γνωστική διαταραχή που προκαλεί σημαντική έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας και αντιπροσωπεύει σημαντική πτώση από προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.</p> <p>B. Τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα: α)Παρκινσονισμός β)Οπτικές ψευδαισθήσεις γ)Διακύμανση στις γνωστικές λειτουργίες με ευρείες μεταβολές στο επίπεδο προσοχής και εκγήγορης.</p> <p>Γ. Ενισχυτικά στοιχεία της διάγνωσης: Επαναλαμβανόμενες πτώσεις, συγκοπτικά επεισόδια, παροδικές απώλειες συνείδησης, ευαισθησία στα νευροληπτικά, συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες, άλλες ψευδαισθήσεις</p> <p>Δ.Η διάγνωση είναι λιγότερο πιθανή όταν υπάρχει: α)αγγειακή εγκεφαλική νόσος ή β)άλλη σωματική ή εγκεφαλική διαταραχή που μπορεί να εξηγήσει την κλινική εικόνα.</p>
--

2.5.4 ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΗ ΑΝΟΙΑ

Η μετωποκροταφική άνοια έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την ατροφία του μετωπιαίου και κροταφικού λοβού. Συνήθως, εκδηλώνεται στην ηλικία των 50-60 ετών. Αναφορικά με την μετωποκροταφική άνοια έχουν περιγραφεί τρία σύνδρομα. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι με το πέρασμα του χρόνου, δηλαδή σε προχωρημένο επίπεδο, εμφανίζονται τα χαρακτηριστικά και των τριών μορφών, αντανακλώντας τη διάχυτη διαταραχή του μετωπιαίου και κροταφικού λοβού.

Το πρώτο σύνδρομο είναι η Άνοια μετωπιαίου τύπου, η οποία χαρακτηρίζεται από αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά του ατόμου. Το άτομο που πάσχει εμφανίζει μεταβολές στη συμπεριφορά του που κυμαίνεται από την απάθεια έως την άρση των αναστολών, ανάρμοστη συμπεριφορά (παράνομες χειρονομίες

,προσβλητικά σχόλια). Συνήθως, οι νευροψυχολογικές δοκιμασίες που ελέγχουν τις λειτουργίες του μετωπιαίου λοβού (την προσοχή και τις εκτελεστικές λειτουργίες) είναι προβληματικές. Συχνά, η μνήμη και η οπτικοχωρική αντίληψη παραμένουν ανέπαφες στα πρώτα στάδια της νόσου.

Το δεύτερο σύνδρομο είναι η Πρωτοπαθούς προϊούσα μη ρέουσα αφασία στην οποία είναι έντονη από την αρχή η διαταραχή της εκφοράς του λόγου. Οι ασθενείς κάνουν φωνηματικές παραφασίες και παρουσιάζουν απραξία. Δεν παρουσιάζεται αλλαγή στις υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες και η ατροφία στα αρχικά στάδια εδράζεται στην επικρατούσα μετωπιαία, κροταφική περιοχή.²⁵

Το τρίτο σύνδρομο είναι η Σημασιολογική άνοια, στην οποία χάνεται η γνώση για τη σημασία των λέξεων και των αντικειμένων. Οι ασθενείς αδυνατούν να κατονομάσουν αντικείμενα, πρόσωπα κλπ., πραγματοποιώντας συχνές σημασιολογικές παραφασίες. Συχνά, παρατηρείται ότι κατονομάζουν ένα αντικείμενο με ένα ευρύτερο όρο ('ζώο' αντί για 'σκύλος'). Οι υπόλοιπες νοητικές λειτουργίες στα αρχικά στάδια παραμένουν ανεπηρέαστες και η ατροφία περιορίζεται στον αριστερό πρόσθιο και κάτω έξω κροταφικό λοβό.

Τέλος, οι διαταραχές στις εκτελεστικές λειτουργίες και οι κινητικές διαταραχές συμπληρώνουν το κλινικό προφίλ των ασθενών με τη μνήμη και την ικανότητα προσανατολισμού σταθερά να εκπίπτουν, αλλά, στην συγκεκριμένη άνοια, να παραμένουν σε καλό επίπεδο και στα τελικά στάδια της νόσου.²⁵

Πίνακας 2.5.5: Κριτήρια Μετωποκροταφικής Άνοιας (Neary και συν 1998)

A. Απαραίτητα στοιχεία:

1. Ύπουλη έναρξη και προοδευτική εξέλιξη
2. Πρώιμη έκπτωση στις κοινωνικές, διαπροσωπικές συμπεριφορές
3. Πρώιμη έκπτωση του ελέγχου της προσωπικής συμπεριφοράς
4. Πρώιμη άμβλυση συναισθήματος
5. Πρώιμη απώλεια της ενόρασης

B. Υποστηρικτικά στοιχεία της διάγνωσης:

1. Πρόβλημα συμπεριφοράς (παραμέληση προσωπικής υγιεινής, νοητική ακαμψία, διάσπαση προσοχής και έλλειψη υπομονής, στοματική υπεραπασχόληση και διατροφικές αλλαγές, στερεότυπη, επίμονη και χρηστική συμπεριφορά)

2. Διαταραχές λόγου και γλώσσας (προοδευτική μείωση του λόγου, στερεότυπος λόγος, ηχολαλία, εμμονή και βωβότητα)
3. Φυσικά συμπτώματα (αρχέγονα αντανάκλαστικά, ακράτεια ούρων, ακινησία, δυσκαμψία, τρόμος χαμηλή και ευμετάβλητη Αρτηριακή Πίεση)
4. Διερεύνηση: χαμηλές βαθμολογήσεις στις δοκιμασίες του μετωπιαίου λοβού, φυσιολογικό ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, μετωπιαία ή πρόσθια κροταφική ατροφία στις απεικονιστικές μεθόδους

Γ. Υποστηρικτικά στοιχεία:

1. Έναρξη προ των 65ετών
2. Οικογενειακό ιστορικό παρόμοιας νόσου με συγγενή πρώτου βαθμού
3. Προμηκική παράλυση, μυϊκή παράλυση, δεσμιδώσεις

Δ. Διαγνωστικά κριτήρια αποκλεισμού:

Απότομη έναρξη, τραυματισμός κεφαλής σχετιζόμενος με την έναρξη, πτώση, σοβαρή αμνησία, χωρικός αποπροσανατολισμός, μυοκλονίες, φλοιονωτιαία αδυναμία, παρεγκεφαλιδική αταξία, χοραιοαθέτωση

2.5.5. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ PARKINSON

Η νόσος του Parkinson παρουσιάζει συμπτώματα που αφορούν την κινητική ικανότητα και τη διάθεση του ασθενούς, ο οποίος, χαρακτηρίζεται από βραδύτητα στις κινήσεις, δυσκαμψία, αστάθεια στη βάδιση και τρόμος. Αρκετές φορές συνυπάρχει και κατάθλιψη. Από νευροανατομική άποψη, υπάρχει σταδιακή απώλεια της μέλαινας ουσίας από το μέσο εγκέφαλο. Η νόσος εξελίσσεται, δημιουργεί περαιτέρω προβλήματα για τον ασθενή προκαλώντας συμπτώματα άνοιας.²⁵

2.5.6 ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ HUNTINGTON

Χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης νόσου είναι η έναρξη σε πιο μικρές ηλικίες από τη νόσο Alzheimer, καθώς επίσης και η συνύπαρξη ακούσιων κινήσεων των άκρων του ασθενούς που λόγω του ότι μοιάζουν με χορευτικές κινήσεις

αποκαλούνται συνήθως ‘χορεία’ και η νόσος ‘Χορεία του Huntington’. Η νόσος είναι κληρονομική και μεταβιβάζεται με αυτοσωματικό επικρατικό τρόπο , με πλήρη διεισδυτικότητα και προκαλεί προωθητική έκπτωση νοητικών λειτουργιών , χορειακές κινήσεις και ψυχικές διαταραχές.

Συνήθως, διαταράσσονται και οι εκτελεστικές λειτουργίες, η προσοχή και η οπτικοχωρική ικανότητα . Οι νοητικές διαταραχές προηγούνται των κινητικών. Επίσης, η κατάθλιψη αποτελεί τη συνηθέστερη ψυχιατρική εκδήλωση , αλλά μπορεί να εκδηλωθεί και απάθεια , μανία, άγχος, παρανοϊκές ιδέες.²⁵

2.5.7 ΑΝΟΙΑ ΑΠΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΥΔΡΟΚΕΦΑΛΟ

Ο τύπος της άνοιας χωρίζεται σε α)χρόνιο υδροκέφαλο και β)σε μορφή επικοινωνούντος υδροκέφαλου. Διακρίνεται σε πρωτοπαθή ή ιδιοπαθή, στο οποίο ο ασθενής δεν έχει ιστορικό κάποιας εγκεφαλικής βλάβης και επίσης σε δευτεροπαθή που προήλθε από άλλη αιτιολογία όπως λοίμωξη, υπαραχνοειδής αιμορραγία ή τραύμα. Επιπλέον, πιθανό να αποτελεί διαταραχή παροχέτευσης. Χαρακτηρίζεται από αστάθεια βάδισης – ‘μαγνητισμός’ (μικρά βήματα χαμηλού ύψους, ευρεία βάση, δυσκολία στροφής), νοητικό έλλειμμα και διαταραχές ούρησης (ακράτεια). Η βλάβη μπορεί να αποκατασταθεί με χειρουργική θεραπεία κατά ένα ποσοστό.⁵⁶

2.5.8 ΑΝΟΙΑ ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Η νόσος που σχετίζεται με την κατανάλωση αλκοόλ είναι το σύνδρομο Korsakoff, το οποίο εμφανίζει απότομη έναρξη και εμφανίζεται έπειτα από επεισόδιο οξείας σύγχυσης. Αφού γίνει έναρξη της νόσου, το άτομο δε μπορεί να αποθηκεύσει πρόσφατες πληροφορίες στη μνήμη, αν και οι αναμνήσεις δεν επηρεάζονται. Το αποτέλεσμα είναι αμνησία , που προκαλεί αναπηρία χωρίς ωστόσο να εμφανίζονται άλλα συμπτώματα άνοιας.

Το σύνδρομο, πιθανόν οφείλεται σε ανεπάρκεια της θειαμίνης. Παρουσιάζεται βλάβη σε συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου (στα μαστία) ενώ το υπόλοιπο τμήμα του εγκεφάλου, στις εξετάσεις μπορεί να φαίνεται φυσιολογικό. Επίσημες

υγειονομικές αρχές έχουν υπολογίσει ότι το ποσοστό τη τάξης του 10% του συνόλου των περιπτώσεων της άνοιας σχετίζονται με την κατανάλωση αλκοόλ.⁵⁶

2.5.9 ΑΝΟΙΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ

AIDS

Η εμφάνιση άνοιας σε ασθενείς με AIDS αποτελεί την πιο συχνή νευρολογική επιπλοκή της νόσου (μέχρι και το 60% των ασθενών στα τελικά στάδια).

Επιπρόσθετα, σε κάποιους ασθενείς μπορεί να είναι η μόνη κλινική εκδήλωση της νόσου (2,8% των ασθενών).

Για το σύνδρομο της άνοιας σε συνδυασμό με AIDS χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι όροι. Οι δύο όροι που χρησιμοποιούνται είναι σύμπλεγμα AIDS – άνοιας (AIDS dementia complex ή HIV-1 – associated dementia complex) και AIDS σε συνδυασμό με γνωστικές και κινητικές διαταραχές (HIV-1- associated cognitive/motor complex). Η άνοια σε συνδυασμό με AIDS έχει χαρακτήρα υποφλοιώδους άνοιας με γνωστικές, συμπεριφορικές και κινητικές διαταραχές με κύρια γνωρίσματα την ψυχοκινητική επιβράδυνση , έκπτωση μνήμης και η απάθεια.

Η έναρξη της είναι ύπουλη. Τα πρώτα συμπτώματα περιλαμβάνουν ελαφρές συναισθηματικές διαταραχές, δυσκολία συγκέντρωσης, λήθη, διαταραχή προσανατολισμού, κακή διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος και κινητικές διαταραχές. Με την εξέλιξη του συνδρόμου παρατηρείται επιδείνωση των νοητικών και κινητικών διαταραχών με την εμφάνιση ψυχοκινητικής επιβράδυνσης και ποικίλων γνωστικών διαταραχών(έκπτωση προσοχής και συγκέντρωσης, λεκτικής και οπτικής μνήμης, ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών, οπτικοχωρικών διαταραχών και ευελιξίας, σκέψης)⁵⁶

2.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Η διαδικασία της διάγνωσης της άνοιας έγκειται σε δύο παράγοντες: στη διάγνωση του ανοϊκού ασθενή από το μη ανοϊκό, και στην εύρεση του τύπου της άνοιας.

Η διαγνωστική δοκιμασία της άνοιας περιλαμβάνει:

α) την εκτίμηση του ασθενούς με τη λήψη του ιστορικού, νευρολογική και σωματική εξέταση και αξιολόγηση της λειτουργικής, γνωστικής και ψυχιατρικής κατάστασης του ασθενούς :

Το ιστορικό επικεντρώνεται στα σημεία που ενδιαφέρουν με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δίνεται στα γνωστικά πεδία που επηρεάζονται, στο τρόπο εκδήλωσης των συμπτωμάτων, τη διάρκεια και την εξέλιξη τους καθώς και την επίπτωση τους στη λειτουργικότητα του ασθενούς.²⁶ Οι πληροφορίες που δίνονται από τον ασθενή πρέπει να συγκρίνονται με αυτές των συγγενών και φίλων του για τυχόν ανακρίβειες. (Εκτός από τη λεπτομερή περιγραφή των συμπτωμάτων και της συν νοσηρότητας, το ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει το οικογενειακό, το κοινωνικό, το πολιτισμικό και το φαρμακευτικό ιστορικό.²⁰ Η νευρολογική εξέταση είναι σημαντική διότι σε συχνούς τύπους άνοιας (πχ άνοια με σωματίδια Lewy) συχνά κυριαρχεί νευρολογική συμπτωματολογία. Επίσης, η νευρολογική και σωματική εξέταση είναι απαραίτητες για τη διάγνωση δυνητικά αναστρέψιμων ανοϊών, νευρολογικών νοσημάτων στις οποίες η άνοια είναι μέρος μεγαλύτερης δυσλειτουργίας και συννοσηρότητας.²⁶ Η αξιολόγηση της γνωστικής λειτουργικής και συμπεριφορικής κατάστασης του ασθενούς είναι σημαντική για την διάγνωση της άνοιας και την εύρεση του αιτίου που την προκαλεί. Η εξέταση περιλαμβάνει:

- 1) έλεγχο των γνωστικών λειτουργιών
- 2) έλεγχο της μνήμης
- 3) έλεγχο των εκτελεστικών λειτουργιών
- 4) έλεγχο των σύνθετων ανώτερων λειτουργιών
- 5) εξέταση των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων
- 6) εξέταση της λειτουργικής κατάστασης του ασθενούς.

β) αιματολογικές εξετάσεις :

Οι αιματολογικές εξετάσεις έχουν ως στόχο την διερεύνηση συν νοσηρότητας, επιπλοκών της άνοιας, παραγόντων κινδύνου και συγγυτικών καταστάσεων. Σπάνια αποκαλύπτεται το αίτιο της άνοιας. Οι εξετάσεις που προτείνονται από την EFNS(European Federation of Neurological Societies) είναι: Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών , γενική αίματος, ηλεκτρολύτες, ασβέστιο, γλυκόζη, ηπατικός και νεφρικός έλεγχος και έλεγχος των θυρεοειδικών ορμόνων. Σε ειδικές περιπτώσεις απαιτείται έλεγχος για σύφιλη , AIDS, και Borellia καθώς και επιπέδων τη Βιταμίνης B12.²⁶

γ) απεικονιστικές μεθόδους :

Αποτελούν την πιο αξιόπιστη συμπληρωματική εξέταση για τη διάγνωση του τύπου της άνοιας. Σύμφωνα με τις οδηγίες της EFNS κάθε ασθενής με υποψία άνοιας πρέπει να υποβάλλεται είτε σε Αξονική είτε σε Μαγνητική Τομογραφία εγκεφάλου.

δ) συμπληρωματικές εξετάσεις , όταν αυτό είναι απαραίτητο:

Πραγματοποιούνται σε περίπτωση διαγνωστικών αμφιβολιών ή σε υποψία συγκεκριμένων ασθενειών. Πχ το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ) πρέπει να χρησιμοποιείται σε υποψία νόσου των Creutzfeldt-Jacob και παροδικής επιληπτικής αμνησίας. Ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY) γίνεται σε άτυπες κλινικές περιπτώσεις. Καθορισμός των επιπέδων της T πρωτεΐνης , της φωσφοριωμένης T πρωτεΐνης και της Ab42 μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν συμπλήρωμα της διάγνωσης σε δύσκολες περιπτώσεις. Σε υποψία νόσου Creutzfeldt-Jacob η εξέταση της 14-3-3 πρωτεΐνης στο ENY είναι απαραίτητη. Τέλος, μπορεί να γίνει έλεγχος για μεταλλάξεις σε ασθενείς με οικογενειακό ιστορικό αυτοσωμικής επικρατούσας άνοιας και βιοψία για καθορισμό σπάνιων ανοιών.²⁶

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις παραπάνω εξετάσεις ταυτίζονται με τα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια της άνοιας ώστε να προκύψει η διάγνωση.²¹

(Πίνακας 2.6.1)

Πίνακας 2.6.1: Διαγνωστικά κριτήρια ανοϊκής διαταραχής κατά DSM-IV (American Psychiatric Association 2994)

A. Ανάπτυξη πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων που χαρακτηρίζεται από:

A1. Έκπτωση μνήμης

A2. Τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα: α)αφασία β)απραξία γ)αγνωσία δ)κατασκευαστική δυσχέρεια

B. Τα παραπάνω ελλείμματα προκαλούν σημαντική έκπτωση της επαγγελματικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και σηματοδοτούν έκπτωση από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας.

Γ. Τα γνωστικά ελλείμματα δεν οφείλονται σε παραλήρημα ή άλλες παθολογικές καταστάσεις.

2.7 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, αλληλεπιδράσεις γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης της άνοιας.²⁸ Πολλοί παράγοντες έχουν επιβεβαιωθεί με τους δύο πιο σημαντικούς να είναι η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό. Κάποιοι από τους παράγοντες κινδύνου είναι:

- 1. Η ηλικία:** ο επιπολασμός και η συχνότητα της άνοια αυξάνεται με την ηλικία μέχρι τα 90 έτη. Για μεγαλύτερα έτη δεν υπάρχει ακόμα διευκρίνηση.
- 2. Οικογενειακό ιστορικό:** Είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για την άνοια πρώιμης έναρξης. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενούς με άνοια έχουν 3,5 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν τη νόσο.²⁹
- 3. Γενετικοί παράγοντες κινδύνου:** Οι γενετικές μεταλλάξεις που προκαλούν τη νόσο Alzheimer είναι εξαιρετικά σπάνιες και αφορούν το γονίδιο της πρόδρομης πρωτεΐνης του αμυλοειδούς (APP) στο χρωμόσωμα 21

και τα γονίδια πρεσενιλίνης 1 και 2 στα χρωμοσώματα 14 και 1 αντίστοιχα.³¹ Οι ασθενείς με τριωδία 21 (σύνδρομο Down) στη 40^η ηλικία παρουσιάζουν τις νευροπαθολογικές εκδηλώσεις της νόσου Alzheimer. Κλινικά παρουσιάζουν άνοια αργότερα, καθώς οι κλασσικές νευριτικές πλάκες δημιουργούνται σε μεγαλύτερη ηλικία.³¹ Σημαντικός στην ανάπτυξη της νόσου είναι ο πολυμορφισμός του γονιδίου APOE. Το 35-50% των ασθενών με ΑΤΑ έχουν ένα αντίγραφο του αλληλόμορφου γονιδίου ε4. Η απουσία του ωστόσο, δεν αποκλείει άνοια αλλά και ομοζυγωτές δεν αναπτύσσουν υποχρεωτικά τη νόσο.³² Το αλληλόμορφο γονίδιο ε4 αυξάνει τον κίνδυνο της νόσου Alzheimer σε σύγκριση με τον συνηθισμένο ε3/ε3. Ο γονότυπος ε3/ε4 σχετίζεται με τρεις φορές αύξηση του σχετικού κινδύνου. Αντίθετα, η παρουσία του αλληλόμορφου γονιδίου ε2 σχετίζεται με 40% μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας. Ο Rubinsztein και Easton (1999) αναφέρουν πως σε περίπτωση που όλος ο πληθυσμός έφερε γονότυπο ε2/ε2, το 60% των περιπτώσεων της άνοιας θα μπορούσε να αποφευχθεί.²⁹ Οι μετωποκροταφικές άνοιες έχουν και αυτές ένα ισχυρό γενετικό υπόστρωμα, η πλειοψηφία όμως των περιστατικών δεν κληρονομούνται με τρόπο αυτοσωμικό.³³

Άλλοι παράγοντες που έχουν μελετηθεί, χωρίς ωστόσο τα αποτελέσματα να είναι οριστικά είναι:

- ❖ **Άλλοι γενετικοί παράγοντες:** πρόκειται για πολυμορφισμούς γονιδίων για τους οποίους υπάρχουν μελέτες σύνδεσης του με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου Alzheimer, δεν έχει επιβεβαιωθεί ωστόσο, ο κίνδυνος αυτός σε αρκετές μελέτες. Τα γονίδια αυτά περιλαμβάνουν την α2 μακροσφαιρίνη και την περιοχή ρύθμισης του APOE.²⁹
- ❖ **Η εκπαίδευση και το νοητικό απόθεμα:** το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης Alzheimer. Η υψηλή νοημοσύνη και το μέγεθος του εγκεφάλου, έχουν βρεθεί να μειώνουν το κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου. Ο προστατευτικός ρόλος της εκπαίδευσης, του προ νοσηρού επιπέδου νοημοσύνης και του εγκεφαλικού όγκου ενισχύουν τη

θεωρία του νοητικού αποθέματος. Τα αποτελέσματα των ερευνών πιθανόν αντικατοπτρίζουν τη δυνατότητα των ασθενών να καλύπτουν το γνωστικό τους έλλειμμα και να σκοράρουν καλύτερα στα διαγνωστικά ψυχομετρικά εργαλεία. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται από την εύρεση σοβαρότερης εγκεφαλικής βλάβης σε μορφωμένους ασθενείς με σχετικά μικρή γνωστική έκπτωση. Διαφορετικές μελέτες δε βρήκαν συσχέτιση ανάμεσα στην εκπαίδευση και το κίνδυνο εκδήλωση Alzheimer.²⁹

- ❖ **Ο τραυματισμός της κεφαλής:** Παλαιότερα, μελέτες συνέδεαν τον τραυματισμό τη κεφαλής με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου Alzheimer, ωστόσο νεότερες μελέτες δεν επιβεβαιώνουν την σύνδεση αυτή.
- ❖ **Η κατάθλιψη:** Μπορεί να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση της νόσου.³⁴
- ❖ **Η θεραπεία υποκατάστασης με οιστρογόνα:** Παλαιότερα, τα οιστρογόνα αποτελούσαν προστατευτικό ρόλο στην εκδήλωση της άνοιας. Όμως, μελέτες έδειξαν αύξηση του σχετικού κινδύνου παρά μείωση. Η ύπαρξη γνωστικών ελλειμμάτων δεν αποτελεί ένδειξη χορήγησης θεραπείας υποκατάστασης³²
- ❖ **Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη:** Σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, τα ΜΣΑΦ μπορεί να προστατεύουν απέναντι στη νόσο Alzheimer, καθώς έδειξαν πως ασθενείς με αρθρίτιδα υπό χρόνια ΜΣΑΦ αγωγή έπασχαν λιγότερο συχνά από άνοια. Οι κλινικές μελέτες διέψευσαν αυτά τα δεδομένα και ανέγειραν ανησυχίες για την ασφαλή χρήση των ΜΣΑΦ (γαστρική αιμορραγία, καρδιαγγειακές παθήσεις).
- ❖ **Η επαγγελματική έκθεση:** Σύμφωνα με τους Santibanez και συν (2007), υπάρχει σημαντική συσχέτιση των ζιζανιοκτόνων και του κινδύνου ανάπτυξης της άνοιας, όχι όμως με τους διαλύτες, το EMF, το μόλυβδο και το αλουμίνιο. Επίσης, σύμφωνα με τους Hug και συν (2006) υπάρχουν ενδείξεις συσχέτισης ανάμεσα στην άνοια και στην έκθεση σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία.
- ❖ **Η διατροφή:** Πριν χρόνια, το αλουμίνιο, κυρίως σε υγρή μορφή, ενοχοποιήθηκε σα παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση της νόσου Alzheimer. Τα αποτελέσματα των ερευνών είναι μικτά, ενώ υπάρχουν σύγχρονες μελέτες που υποστηρίζουν τη θεωρία αυτή).²⁹ Ο ρόλος των αντιοξειδωτικών ουσιών, κυρίως της βιταμίνης C και στη νευροπροστασία δεν είναι σαφής. Μελέτες

για τη βιταμίνη C έδειξαν ανάμικτα αποτελέσματα, σε αντίθεση με μελέτες της βιταμίνης E που υπήρξαν απογοητευτικά.³⁵ Πρόσφατη μελέτη του Zaidi και συν (2004) έδειξε μείωση τα συχνότητας και του επιπολασμού της άνοιας με συνδυασμό βιταμίνης E και C. Η ήπια κατανάλωση αλκοόλ έχει προστατευτική δράση στην εκδήλωση άνοιας.³⁶

- ❖ **Οι καρδιαγγειακοί παράγοντες κινδύνου:** Οι παράγοντες κινδύνου από το καρδιαγγειακό (OEM, διαβήτης, κολπική μαρμαρυγή, μειωμένη άσκηση κλπ.) προκαλούν αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, τα οποία σχετίζονται άμεσα με την εκδήλωση αγγειακής άνοιας. Επίσης, συνδέονται με την εκδήλωση της νόσου Alzheimer.³⁷ Κάποιοι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης άνοιας σε μια μετα-ανάλυση βρέθηκε να αποτελούν η ηλικία, η μη λευκή φυλή και ο διαβήτης.²⁹
- ❖ **Το φύλο:** Οι άντρες φαίνεται πως πάσχουν συχνότερα από τις γυναίκες σε νεότερες ηλικίες, αλλά η επίπτωση στις γυναίκες είναι η μεγαλύτερη για την όψιμη μορφή της νόσου Alzheimer. Συνολικά, η επίπτωση της άνοιας δε διαφέρει στα δύο φύλα, με τους άντρες να έχουν ένα προβάδισμα στις νεότερες ηλικίες που φαίνεται να αντιστρέφεται αργότερα.²⁹
- ❖ **Η φυλή:** Οι Αφροαμερικάνοι έχουν αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης της ΝΑ αλλά και της αγγειακής άνοιας σε σχέση με τους λευκούς. Η επίπτωση της άνοιας στην Ανατολική Ασία είναι χαμηλότερη από την Ευρώπη και τις ΗΠΑ.
- ❖ **Οι στατίνες:** Οι στατίνες θεωρείται ότι μπορεί να προστατεύσουν από νόσο Alzheimer. Κλινικές μελέτες δεν απέφεραν επιθυμητό αποτέλεσμα. Άλλες μελέτες έδειξαν ότι η μείωση της χοληστερόλης στο αίμα δεν ακολουθείται από αντίστοιχη μείωση των επιπέδων του Αβ40, Αβ42 και του συνολικού Αβ.³⁸

2.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΙΑΣ

2.8.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΙΑΣ

Φαρμακευτική θεραπεία της ΝΑ

Δεν υπάρχει αγωγή που να σταματάει την εξέλιξη της ΝΑ. Η πρώτη κατηγορία φαρμάκων με έγκριση για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer είναι οι αναστολείς των χολινεστερασών. Η Τακρίνη είναι ο πρώτος αναστολέας χολινεστερασών (1993) που πήρε έγκριση για την αντιμετώπιση της νόσου αλλά δε χρησιμοποιείται σήμερα λόγω δυσμενούς δοσολογικού σχήματος και ηπατικής τοξικότητας. Η donepezil είναι εκλεκτικός αναστρέψιμος αναστολέας της ακετυλοχολινεστεράσης (AChE), η ριβαστιμίνη αναστέλλει την AChE και την βουτυρυλοχολινεστεράση (BuChE) και τέλος η η ριβαστιγμίνη είναι ταυτόχρονα αναστολέας της AChE και τροποποιητής των νικοτινικών υποδοχέων. Η μεμαντίνη, δρα με άλλο τρόπο σε σχέση με τους αναστολείς. Ανταγωνίζεται τους NMDA υποδοχείς, αναστέλλοντας έτσι την ενεργοποίηση τους λόγω αυξημένων επιπέδων γλουταμινικού στη συναπτική σχισμή.³⁹

Οι αναστολείς των χολινεστερασών έχουν ένδειξη για την ήπια έως μέτρια ΝΑ. Σε μελέτες έχει φανεί πως μειώνουν την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, βελτιώνουν τη λειτουργικότητα του ασθενούς, μειώνουν τις διαταραχές της συμπεριφοράς και καθυστερούν το χρόνο εισαγωγής το ασθενούς σε ίδρυμα.³⁹

Οι αναστολείς με τη χολινεργική τους δράση παρουσιάζουν ανεπιθύμητες ενέργειες με συχνότερες παρενέργειες από το γαστρεντερικό (ναυτία, έμετος, διάρροια, κοιλιακό άλγος) καθώς και κεφαλαλγία, κόπωση, ανορεξία, απώλεια βάρους, ζάλη, απνία, βραδυκαρδία, μυϊκές κράμπες, συγκοπτικό επεισόδιο, αρτηριακή υπόταση.⁴⁰

Φαρμακευτική θεραπεία της Αγγειακής άνοιας

Όπως και στην ΝΑ έτσι και στην Αγγειακή άνοια κυριαρχεί το χολινεργικό έλλειμμα.²⁵ Σε σχετική έρευνα , αποδείχτηκε ότι η χρήση των αναστολέων της ακετυλοχολινεστεράσης και της μεμαντίνης στην αγγειακή άνοια έχει μικρό όφελος, καθώς δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία.⁴¹ Είναι πολύ σημαντική η πρόληψη των καρδιαγγειακών συμβάντων (αρτηριακή υπέρταση, διαβήτης, υπερχοληστεριναιμία, αποφυγή καπνίσματος, άσκηση).

Τα νοότροπα (πρακετάμη, οξιρακετάμη, σιτικολίνη) έχουν δείξει αποτελέσματα αλλά οι έρευνες αναφέρουν ότι τα αποτελέσματα είναι μικτά. Το ίδιο ισχύει επίσης για την νιμοδιπίνη και την ασπιρίνη. ⁴²

Φαρμακευτική θεραπεία της άνοιας με σωμάτια Lewy και της άνοιας του Parkinson

Στην άνοια με σωμάτια Lewy είναι πολύ σοβαρό το χολινεργικό έλλειμμα . Για αυτό το λόγο η αποτελεσματικότητα των αναστολέων στην άνοια αυτή είναι πολύ σημαντική. Τα αποτελέσματα ωστόσο των κλινικών μελετών είναι μέτρια έως και απογοητευτικά.⁵⁷ Η L-DOPA δε φαίνεται να είναι αποτελεσματική , ωστόσο έχουν περιγραφή και περιπτώσεις ασθενών που παρουσίασαν σημαντική βελτίωση. ⁵⁸

Δύο μελέτες με ριβαστιγμίνη έδειξαν στατιστικώς σημαντική βελτίωση στο 15% των ασθενών με άνοια της νόσου Parkinson αν και οι περισσότερες μελέτες χρειάζονται την τεκμηρίωση της χρήσης αναστολέων των χολινεστερασών .⁴³

Φαρμακευτική θεραπεία της Μετωποκροταφικής άνοιας

Δε συνίσταται η χρήση των αναστολέων καθώς δεν υπάρχει χολινεργικό έλλειμμα.⁵⁹ Έρευνα έδειξε ότι η θεραπεία με γαλανταμίνη δεν έδειξε θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης φαίνεται να έχουν κάποιο αποτέλεσμα στα προβλήματα συμπεριφοράς της μετωποκροταφικής άνοιας. ⁶⁰

2.8.2 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΙΑΣ

Σύμφωνα με τους Saddicha & Pandey (2008) η φαρμακευτική θεραπεία στην άνοια μειώνει απλά την επιδείνωση της , για αυτό και η θεραπεία εκλογής στην άνοια είναι ο συνδυασμός της με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις δεν αποτελούν απλά συμπληρωματική θεραπεία αλλά είναι θεραπεία εκλογής.

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην άνοια χωρίζονται σε αυτές που απευθύνονται στους ίδιους τους ασθενείς, σε εκείνες που απευθύνονται στους φροντιστές τους ή και στους δύο. Υπάρχουν κάποιες αρχές που πρέπει να λαμβάνουν μέρος προκειμένου οι παρεμβάσεις να έχουν το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα. Αυτές είναι:

- Η καλή εκτίμηση της γνωστικής, λειτουργικής και συμπεριφορικής κατάστασης του ασθενούς
- Η εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης του φροντιστή.
- Η εκτίμηση των προβλημάτων του ασθενή
- Η λήψη καλού κοινωνικού ιστορικού με ιδιαίτερη έμφαση στα ενδιαφέροντα ασθενούς και φροντιστή καθώς και στη σχέση μεταξύ τους.
- Η θεσμοθέτηση ρεαλιστικών στόχων με την πρωτοβουλία και τους χειρισμούς του θεραπευτή.
- Η αντιμετώπιση του ασθενή ως άτομο με προσωπικότητα. ²¹

Οι μη φαρμακευτικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην άνοια μπορεί να κατηγοριοποιηθούν σε: α)γνωστικές παρεμβάσεις, β)ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία γ) μουσικοθεραπεία, , γ)θεραπεία μέσω της τέχνης και αναμνήσεων, δ)εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις και μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή να αντιμετωπίσει σε πολύ καλό βαθμό την άνοια.

ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι γνωστικές παρεμβάσεις στην άνοια αποσκοπούν στην ενημέρωση για τη νόσο και περιλαμβάνουν, την ενίσχυση της ευαισθησίας τις ασκήσεις χαλάρωσης , παιχνίδια ρόλων, αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων, ενεργοποίηση συμπεριφορών, ευχάριστες δραστηριότητες, εκπαιδευτική θεραπεία, ασκήσεις προσανατολισμού στο χώρο και το χρόνο και ασκήσεις μνήμης. Συνήθως γίνεται συνδυασμός με μουσική και πρόγραμμα άσκησης. Υπάρχει η δυνατότητα συμμετοχής συγγενών και φίλων αλλά και η συνεχής υποστήριξη τους μέσω ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων. ⁴⁴

ΑΤΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία είναι μια σχεδιασμένη εφαρμογή, η οποία μέσα από εξειδικευμένες ψυχολογικές τεχνικές μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να μειώσει την ψυχολογική του ανεπάρκεια, τις διαταραχές της συμπεριφοράς και τις προσωπικότητας του και να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά κυρίως στα αρχικά στάδια της νόσου.³⁹

Στόχος της ατομικής θεραπείας είναι να προσαρμόσει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος στη γνωστική ικανότητα του ασθενούς και να τα επεξεργαστεί μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων που του παρέχει. Επίσης, στοχεύει στην αντιμετώπιση της γνωστικής διαταραχής και του άγχους . Απαραίτητη κρίνεται η εξατομίκευση της θεραπείας και η ανάδειξη της ψυχοθεραπείας ως κύριο μέσο θεραπευτικής επικοινωνίας. Ο στόχος του θεραπευτή σε αρχικό στάδιο είναι η κατανόηση, η εφαρμογή των ψυχολογικών τεχνικών και η μετάδοση της θεραπευτικής πληροφορίας στον άρρωστο. ³⁹

Όσο αφορά την ομαδική ψυχοθεραπεία , συνήθως χρησιμοποιείται μια βαθμιαία προσέγγιση, όπου στο πρώτο επίπεδο επιχειρείται ‘επανακινητοποίηση’ με στόχο την ‘επανακοινωνικοποίηση’ του ασθενούς και αφορά ασθενής με ήπιο βαθμό άνοιας. Σε αυτές τις ομάδες οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συζητούν θέματα της σύγχρονης πραγματικότητας , να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και να εκδηλώνουν συναισθηματικές επιδράσεις. Επίσης, εφαρμόζεται ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα, και αφορά ασθενείς με μέτριο βαθμό άνοιας με διαταραχές προσανατολισμού ή σύγχυση. Περιλαμβάνονται περιβαλλοντικές και διαπροσωπικές

ενδείξεις προκειμένου να ενημερωθεί το άτομο για το περιβάλλον του. Με αυτή τη μέθοδο βελτιώνεται η συμπεριφορά των ασθενών με επακόλουθο την βελτίωση και άλλων μορφών κοινωνικής συμπεριφοράς. Οι στόχοι είναι η αύξηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης , της αυτό-φροντίδας και του εύρους της προσοχής.

ΜΟΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μουσικοθεραπεία ορίζεται η χρήση της μουσικής με σκοπό την θεραπεία, τη βελτίωση ή ακόμη και την αποκατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας ενός ατόμου ανεξαρτήτου ηλικίας. Η ήχοι και η μουσική όσο και οι διάφοροι ήχοι έχουν θεραπευτική επίδραση στο άτομο και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για θεραπευτικούς σκοπούς. Η προσφορά της μουσικής στην άνοια μπορεί να δομηθεί με τέτοιο τρόπο, έτσι ώστε να αυξήσει τη συμμετοχή , τις κοινωνικές και τις συναισθηματικές δεξιότητες και να μειώσει τα προβλήματα συμπεριφοράς στα ανοϊκά άτομα, όπως ευερεθιστότητα και επιθετικότητα. Ταυτόχρονα, μπορεί να ηρεμήσει τον ασθενή και να βελτιώσει τα ζωτικά σημεία του. (αναπνοή, αρτηριακή πίεση). Επίσης, χρησιμοποιείται ως ερέθισμα για μνημονική ανάκληση , καθώς και μειώνει τα επίπεδα φόβου , στρες, αγωνίας, και άγχους.

Προκειμένου να αποδειχτεί ότι η τεχνική αυτή επιφέρει θετικά αποτελέσματα, πρέπει να επιτευχθούν κάποιοι στόχοι. Επομένως η μουσικοθεραπεία θα πρέπει να περιορίσει τα συναισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης, να ενθαρρύνει τους ασθενείς να εξωτερικεύονται, να ενισχύουν την επιθυμία τους να εκφέρουν τη γνώμη τους για το είδος της μουσικής, να νιώσουν την ανάγκη να φανούν χρήσιμοι, με τη βοήθεια τους στην παραγωγή ενός κομματιού, να ενισχύει το αίσθημα της αυτοεκτίμησης, να διασκεδάσει τον ασθενή, να εμπνευσθεί η οικογένεια ή/και οι φροντιστές των ασθενών.⁶¹

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΑΝΑΜΝΗΣΕΩΝ-REMINISCENCE

Η βασική ιδέα στηρίζεται στο ότι εφόσον δε μπορούμε να επικοινωνήσουμε με τον ασθενή στο δικό μας παρόν, υπάρχει η δυνατότητα να τον ακολουθήσουμε στο

δικό του παρόν. Επομένως, γίνεται προσπάθεια να δούμε το παρελθόν του, να συζητήσουμε μαζί του για τα βιώματα του και τις αναμνήσεις του. Το άτομο με άνοια λαμβάνεται υπόψη ως μια ξεχωριστή οντότητα με ιδιαίτερες ανάγκες. Κάθε συνεδρία έχει ένα κεντρικό θέμα , δηλαδή μια βάση για να ξεκινήσει η συζήτηση. Κάποια θέματα μπορεί να είναι: το μέρος που γεννήθηκε, ο γάμος του, κάποια περιπέτεια του.

Η μέθοδος των αναμνήσεων είναι μια δημιουργική μέθοδος, κάτι που δίνει τη δυνατότητα της ελευθερίας επιλογής τρόπων ώστε να κινητοποιήσουμε τον ανοϊκό ασθενή. Ο ασθενής συμμετέχει με όλες του τις αισθήσεις (όραση, ακοή , γεύση, αφή, όσφρηση) όπως για παράδειγμα, γίνεται χρήση φωτογραφιών, μουσικής, φαγητού.

Οι συνεδρίες είναι ομαδικές , με παρουσία και των φροντιστών των ατόμων με άνοια. Οι στόχοι του προγράμματος είναι η βελτίωση της επικοινωνίας με το ανοϊκό άτομο, η μείωση της απομόνωσης, να εκφράσει ο ασθενής τα συναισθήματα του, να αντιμετωπιστεί ως ξεχωριστή προσωπικότητα, να επισημανθεί η προσφορά του στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο, οι φροντιστές να αποκτήσουν θετική εικόνα για την άνοια, οι φροντιστές να μάθουν να απασχολούν τον ασθενή δημιουργικά ⁶¹

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΤΕΧΝΗΣ

Η μέθοδος αυτή είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας , στην οποία χρησιμοποιείται η δημιουργικότητα του ασθενή με σκοπό την αύξηση της συναισθηματικής έκφρασης και ευεξίας του. Στόχος είναι η ανάπτυξη εμπιστοσύνης και οικειότητας με τον ασθενή ώστε να νιώσει ασφάλεια και να μπορεί να εξωτερικεύει τα συναισθήματα του.

Σύμφωνα με AATA (American Art Therapy Association) η θεραπεία μέσω της τέχνης, στηρίζεται στην πίστη ότι η διαδικασία που ασχολείται με τη δημιουργία τέχνης είναι θεραπευτική και βελτιώνει την ανθρώπινη ζωή. Οι στόχοι που επιτυγχάνονται μέσα από τη σχέση επικοινωνίας που δημιουργείται με τον ασθενή είναι η αύξηση αυτό-επίγνωσης ασθενή, η δυνατότητα αντιμετώπισης συμπτωμάτων, η αύξηση γνωστικών ικανοτήτων, η καλύτερη διαχείριση του άγχους, η απούλωση τραυματικής εμπειρίας, η ικανοποίηση για τις ικανότητες του.

Μορφές τέχνης όπως (πηλός, ζωγραφική, κολλάζ) μπορούν να βοηθήσουν να εκφραστούν οδυνηρά συναισθήματα που βιώνουν κατά την διάρκεια της άνοιας, όπως άγχος, φόβος, θλίψη, θυμός. Ταυτόχρονα, τα άτομα αυτά θα αναπτύξουν σχέσεις με άλλους ανθρώπους και θα διατηρήσουν τις σχέσεις τους με σημαντικά άτομα άλλα και με τον εαυτό τους.

Η θεραπεία μέσω της τέχνης χρησιμοποιείται για την θεραπεία συμπεριφορικών συμπτωμάτων. Επίσης ως μορφή θεραπείας καταφέρει να εμπλουτίσει και να αναδημιουργήσει τη χαμένη ζωή του ατόμου κάνοντας το ξανά ενεργό μέλος της οικογένειας.³⁹

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο βασικός ρόλος του νοσηλευτή απέναντι στο ηλικιωμένο άτομο είναι να βοηθήσει τόσο το ίδιο το άτομο όσο και την οικογένεια του, έτσι ώστε να μπορεί να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δεξιότητες και να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής τους.⁴⁶

Ο ηλικιωμένος ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με πολλές αλλαγές, ειδικά όταν συνυπάρχει και κάποια πάθηση, στις οποίες πρέπει να μάθει να επιβιώνει. Έτσι ο νοσηλευτής παρεμβαίνει για να βοηθήσει στην ισορροπία του ηλικιωμένου ατόμου έτσι ώστε να αποδεχτεί το διαφορετικό τρόπο και ρυθμό της ζωής του.

3.1 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΟΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Το ανοϊκό άτομο θεωρείται ιδιάζουσας μορφής ασθενής. Ο ανοϊκός ασθενής στα αρχικά στάδια παρουσιάζει ήπια συμπτώματα τα οποία συμπίπτουν με αυτά της ‘φυσιολογικής’ γήρανσης: επανάληψη προτάσεων, λανθασμένες τοποθετήσεις, δυσκολία στην μετονομασία τόσο των ανθρώπων -οικείων και μη- όσο και πραγμάτων, αποτυχία στην επίτευξη στόχων, απώλεια ενδιαφερόντων και αποπροσανατολισμός.⁴⁵ Έπειτα, ξεχνά λεπτομέρειες, γεγονότα της ζωής του, διαταραχές σκέψης, ψευδαισθήσεις, επιθετική συμπεριφορά, κατάθλιψη και αδυναμία εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Σε τελικά στάδια όμως, ο ανοϊκός ασθενής χρήζει ανάγκης φροντίδας από ‘φροντιστή’. Σ’ αυτό το στάδιο ο ασθενής δε κατανοεί, δε γνωρίζει τα άτομα της οικογένειάς του και δεν μπορεί να πραγματοποιήσει ατομικές δραστηριότητες. Σ’ αυτό το σημείο ξεκινάει ο ρόλος του νοσηλευτή.

Αρχικά, πρέπει να επιβεβαιωθεί η διάγνωση της άνοιας και να διευκρινιστεί ο τύπος της. Απαραίτητη είναι η λήψη ιατρικού ιστορικού τόσο από τον ίδιο-εάν είναι εφικτό- όσο και από το συγγενικό του περιβάλλον. Σημαντικές είναι πληροφορίες που

αφορούν την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων της νόσου και της πορείας της. Ακολουθεί φυσική και νευρολογική εξέταση του ασθενούς και εν τέλει εξέταση της ψυχικής του κατάστασης.⁴⁵

Σε δεύτερο στάδιο, γίνεται διερεύνηση των αιτιών της άνοιας. Οι αιτίες αυτές μπορεί να είναι φάρμακα, ιατρική κατάσταση, ψυχιατρική ή νοητική διαταραχή, το περιβάλλον, αλλά και ελλειμματική φροντίδα. Αφού διερευνηθεί το αίτιο συνέχεια έχει η διαμόρφωση της νοσηλευτικής παρέμβασης.

Πρώτον, οι προληπτικές παρεμβάσεις αφορούν τη διατήρηση των καθημερινών δραστηριοτήτων, των συνηθειών του (ύπνος, διατροφή) και την επικοινωνία με ειδικούς που θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση και θεραπεία της όποιας διαταραχής. Δεύτερον, οι αφαιρετικές παρεμβάσεις που διακόπτουν την αιτία των διαταραχών της συμπεριφοράς. πχ αφαίρεση ενός φαρμάκου που δημιουργεί ένταση στον ασθενή. Τρίτον, γίνεται διαχείριση της συμπεριφορικής διαταραχής μέσω τεχνικών διαχείρισης της συμπεριφοράς αλλά και μέσω ειδικών προγραμμάτων για ανοϊκούς ασθενείς που γίνονται κυρίως στα γηροκομεία.⁴⁵ Επιπρόσθετα, ίσως χρήζει να γίνουν αλλαγές στο περιβάλλον του ασθενούς, όπως για παράδειγμα όταν ο ασθενής βρίσκεται σε σύγχυση, ο φροντιστής πρέπει να οργανώσει καλύτερα το ημερήσιο πρόγραμμα του ασθενούς κυρίως τις βραδινές ώρες.

3.2 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Οι ανοϊκοί ασθενείς έχουν ανάγκη επικοινωνίας καθώς η μειωμένη αντίδραση του ασθενούς αυξάνει την εξάρτηση και επιδεινώνει την ψυχολογική του κατάσταση. Προκειμένου να είναι αποτελεσματική η φροντίδα του ασθενούς πρέπει να γίνεται ομιλία σε κανονικό ρυθμό και τόνο, χρήση γνωστών λέξεων και απλών προτάσεων, κλειστές ερωτήσεις, αποφυγή απαγορευτικού 'μη', αποφυγή συζητήσεων που απαιτούν σκέψη, θα πρέπει να δίνονται απλές οδηγίες που να μην περιλαμβάνουν πάνω από μια πράξη, επιβεβαίωση ότι ο ασθενής ακούει και κατανοεί και επανάληψη ερώτησης σε περίπτωση που δεν ακούσει και τέλος να μην γίνεται πίεση εάν δε δέχεται τη θεραπεία του αλλά προσπάθεια αργότερα.

Το περισσότερο βάρος στη φροντίδα του ασθενή το σηκώνει η οικογένεια. Όσο περνάει ο καιρός η νοσηλεία γίνεται δυσκολότερη καθώς αυξάνεται η εξάρτηση. Οι

φροντιστές είτε είναι συγγενείς είτε νοσηλευτικό προσωπικό υφίστανται σε ψυχική και συναισθηματική εξουθένωση στην προσπάθεια τους να παρέχουν όσο το δυνατόν καλύτερη φροντίδα, άνεση και ασφάλεια στον ασθενή.⁴⁶

Για αυτό καθήκον του νοσηλευτή είναι να ενημερώνει τους συγγενείς για την , πορεία της νόσου, να παρέχει βοήθεια όπου υπάρχει ανάγκη, να σχεδιάσει ένα πρόγραμμα κοινωνικοποίησης του ασθενή, να παρέχει οδηγίες σχετικά με την πρόληψη ατυχημάτων, να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη⁴⁵

3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Μετά από την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή με άνοια , συνέχεια έχει η συνεχής νοσηλευτική διάγνωση και διεργασία, προκειμένου να εξασφαλιστούν οι ανάγκες του ασθενή και τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας να είναι ολοκληρωμένα.

Σε ασθενείς με άνοια οι κύριες νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι συνήθως χρόνια σύγχυση, διαταραχή ύπνου, έλλειμα αυτοφροντίδας κ.α. Οι νοσηλευτές με την παρέμβαση τους (μείωση άγχους, προαγωγή ύπνου) ευνοούν τα αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας. Με την πάροδο του χρόνου αλλά και της νόσου , όπου ο ασθενής γίνεται όλο και πιο ανίκανος να εξυπηρετηθεί μόνος του, είναι απαραίτητο να διερευνηθεί περισσότερο η νοσηλευτική διάγνωση.⁴⁷

Η νοσηλευτική διεργασία είναι μια συστηματική σειρά νοσηλευτικών ενεργειών, που έχουν σκοπό την αντιμετώπιση των αναγκών και την επίλυση των προβλημάτων υγείας των αρρώστων και της οικογένειάς τους. Είναι μια μέθοδος που τροποποιεί το ρόλο των νοσηλευτών, έτσι ώστε να ερευνά με επιστημονικό τρόπο πώς να επιλύει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Το σύστημα αυτό, ενσωματώνει συνεχώς νέες πληροφορίες, αναθεωρεί και προσαρμόζει τη νοσηλευτική φροντίδα ανάλογα με τη κατάσταση του ασθενή. Παρέχεται εξατομικευμένη φροντίδα.⁶²

Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις που μπορεί να προκύψουν και η νοσηλευτική διεργασία που θα ακολουθήσει είναι οι εξής:

1. Διαταραχή της μνήμης:

Αφορά κυρίως τα πρώτα στάδια της νόσου και περιλαμβάνει εκμάθηση τόσο του ίδιου του ασθενή όσο και του φροντιστή του τεχνικών αντιμετώπισης της απώλειας της μνήμης. Σκοπός του ασθενή είναι η υπενθύμιση των εμπειριών της ζωής του με τη χρήση λειτουργιών μακροχρόνιας μνήμης. Επίσης, ο ασθενής να αποκτήσει αυτονομία, προκειμένου η μνήμη να ανταποκρίνεται έστω στις βασικές ανάγκες και υποχρεώσεις και τέλος ο ασθενής να ανακουφιστεί από το στρες.

Επομένως, μερικές από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι: η υπόδειξη συμπληρωματικών θεραπειών όπως: διαλογισμός, μαλάξεις ή γυμναστική, για μείωση του στρες, η σύσταση στον ασθενή να καταγράφει τις υποχρεώσεις του ή να βασιστεί σε οικείο του πρόσωπο που θα του τις υπενθυμίζει, η συμμετοχή του ασθενή στις καθημερινές και βασικές αποφάσεις (πχ επιλογή ρούχων), ο διαχωρισμός φαρμάκων σε ειδικό κουτάκι με καταγραφή την ημερομηνία και την ώρα λήψης τους, έλεγχος και εκτίμηση της σωστής χρήσης των φαρμάκων.⁶³

2. Χρόνια σύγχυση:

Οι διαταραχές μνήμης που περνάει ο ασθενής δυσχεραίνουν τη λειτουργία τους σε ένα μη οικείο και μη συγκροτημένο περιβάλλον. Σκοπός είναι η μείωση του άγχους, η προαγωγή της αίσθησης ασφάλειας και ανεξαρτησίας προκειμένου να μπορεί να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα του. Σ' αυτή τη περίπτωση, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις

χρήζουν τροποποίησης καθώς η γνωσιακή λειτουργία του ασθενούς συνεχίζει να επιδεινώνεται. Συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής πρέπει να απομακρύνει αιχμηρά και επικίνδυνα αντικείμενα (μαχαίρια ή και επικίνδυνα χημικά), να φροντίσει για μείωση θορύβων και να διατηρεί σιγανή και ήρεμη ομιλία. Επίσης, θα πρέπει να υπενθυμίζει συχνά το όνομα του ασθενή, να περιορίζει τις ερωτήσεις προς αυτόν σε αυτές που μπορούν να απαντηθούν με ένα ναι ή όχι. Θα πρέπει να γίνει οριοθέτηση χώρων ασφαλείας και προσανατολισμός στη πραγματικότητα και στο παρόν με τη χρήση ημερολογίων και ρολογιών στο οπτικό του πεδίο.⁶³

3. *Ακράτεια:* Έχει σχέση με γνωστικά ή αισθητηριακά ελλείματα και ανικανότητα σύνδεσης σωματικών αισθήσεων με την πράξη. Σκοπός του νοσηλευτή είναι ο ασθενής να παρουσιάσει μείωση στα επεισόδια ακράτειας, να συμμορφωθεί με το πρόγραμμα ατομικής σωματικής υγιεινής, να ενημερώνει το προσωπικό για την ανάγκη ούρησης. Επομένως, η νοσηλευτική παρέμβαση εστιάζει στην εκτίμηση των παραγόντων της ακράτειας με τις εξής παραμέτρους:
- Εκτίμηση λειτουργίας εντέρου και κύστης
 - Προφίλ φαρμακευτικής αγωγής
 - Εκτίμηση των αιτιών της ακράτειας
 - Ικανότητα ασθενή να ανταποκρίνεται σε παροτρύνσεις να ενεργηθεί
 - Σωματική εξέταση για αποκλεισμό τραυματισμού λεκάνης και εξέταση για απόφραξη εντέρου
 - Ουροκαλλιέργεια για αποκλεισμό ουρολοίμωξης
 - Υπολογισμός ισοζυγίου υγρών
 - Εκτίμηση ικανότητας κένωσης
 - Εκτίμηση αριθμού επεισοδίων ακράτειας
 - Περιορισμός υγρών πριν τον ύπνο
 - Διατήρηση στεγνής και καθαρής γεννητικής περιοχής και συχνή αλλαγή πάνας.⁶³

4. *Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις:* Αποτελούν συχνό φαινόμενο σε ανοϊκούς ασθενείς και δεν υπάρχει λογική εξήγηση για αυτές. Οι νοσηλευτικοί σκοποί στις παραληρητικές ιδέες εστιάζουν στο να αναγνωρίζει ο ασθενής αλλαγές στη σκέψη και τη συμπεριφορά, να διακρίνει τις παραλυτικές ιδέες από την πραγματικότητα, να δημιουργεί διαπροσωπικές σχέσεις, να διατηρεί τον προσανατολισμό στην πραγματικότητα. Ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμάει συνεχώς την ένταση της διαταραχής των διεργασιών της σκέψης του ασθενή, να δημιουργεί θεραπευτική σχέση, να κάνει χρήση τεχνικών θεραπευτικής επικοινωνίας για παρέμβαση, να ενισχύσει τη σκέψη και τέλος να συνεννοηθεί με το γιατρό μήπως κάποιο φάρμακο συμβάλλει σε αυτό το πρόβλημα.

Όσο αφορά τους νοσηλευτικούς σκοπούς ψευδαισθήσεων εστιάζουν στο να μπορεί ο ασθενής να συζητά όταν έχει άγχος ή όταν αρχίζουν οι ψευδαισθήσεις, να κατανοεί και να διακρίνει την πραγματικότητα και να περιορίσει τις 'φωνές' που ακούει, να παρουσιάσει βελτίωση στις λειτουργίες σκέψης, αντίληψης και συναισθημάτων. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαθέτει χρόνο για επικοινωνία με τον ασθενή και για ακρόαση, να υποστηρίζει τις θετικές μεταβολές, να δημιουργεί ένα ασφαλές περιβάλλον. Επίσης θα πρέπει να αποφεύγει τις λογομαχίες αλλά και την γελιοποίηση του ατόμου, να υπενθυμίζει τον χρόνο, τον τόπο, τα παρόντα πρόσωπα και τα γεγονότα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να παραμένει κοντά στον άρρωστο.⁶⁵

5. *Διαταραχές ύπνου:* Η απώλεια ύπνου κυρίως κατά τις βραδινές ώρες είναι κάτι πολύ συνηθισμένο σε αυτούς τους ασθενείς. Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται εάν έχει προηγηθεί ύπνος κατά τη διάρκεια της ημέρας και

εάν δεν εξασκείται. Επομένως, ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει για την τήρηση σωστού ωραρίου ύπνου καθώς και για την επαρκή ξεκούραση του ασθενή.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να εντάξει τον ασθενή σε πρόγραμμα δραστηριότητας, να φροντίζει για την αποφυγή ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας και της κατάποσης διεγερτικών ροφημάτων, όπως ο καφές. Σημαντική είναι η τοποθέτηση ρολογιού στο δωμάτιο και η δημιουργία μεγαλύτερης άνεσης. Θα πρέπει να εκτιμάται η ποιότητα ύπνου καθώς και να τοποθετηθούν προστατευτικά κάγκελα στο κρεβάτι για αποφυγή περιπλάνησης. Τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει να επικοινωνήσει με το γιατρό για φάρμακα που βοηθούν στον ύπνο.²¹

6. *Απάθεια*: Είναι συνήθως αποτέλεσμα της κοινωνικής τους απόσυρσης λόγω της αδυναμίας τους να επικοινωνήσουν. Οι νοσηλευτικοί σκοποί εστιάζουν στην απόκτηση ενδιαφέροντος για τη ζωή, στην ενεργή συμμετοχή στα γεγονότα που διαδραματίζονται κάθε στιγμή και στην επανεμφάνιση ενδιαφέροντος για επικοινωνία.
Ο νοσηλευτής δεν θα πρέπει να αναγκάζει το άτομο με άνοια να κάνει κάτι χωρίς τη θέληση του. Μπορεί να χρησιμοποιεί απαλή μουσική ως ερέθισμα για κινητοποίηση του ενδιαφέροντος καθώς και να ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετάσχει σε δραστηριότητες. Σημαντική είναι η επιβράβευση του ασθενούς σε ενδείξεις συμμετοχής και ενδιαφέροντος καθώς και η ενθάρρυνση του ασθενή να αναπτύξει φιλικές σχέσεις²²
7. *Άγχος*: Προκειμένου να αποφευχθεί το άγχος είναι απαραίτητη η συχνή παρακολούθηση του ασθενή για πρώιμες εκδηλώσεις εκνευρισμού και κόπωσης αλλά και η ταχεία διάγνωση των συμπτωμάτων. Οι νοσηλευτικοί σκοποί εστιάζουν στην παρακίνηση για ελεύθερη έκφραση συναισθημάτων, στην απόκτηση της ικανότητας διαχωρισμού των επιπέδου του άγχους, στην αποτελεσματική χρήση τεχνικών χαλάρωσης,

στην απομάκρυνση των περιστατικών που του προκαλούν άγχος, στην ελάττωση σε σωματικά, ψυχολογικά συμπτώματα άγχους. Επομένως, θα πρέπει να γίνεται παρακολούθηση για πρώιμες εκδηλώσεις κόπωσης, να απομακρύνει τον ασθενή από στρεσογόνους παράγοντες (πχ συμμετοχή σε θορυβώδεις δραστηριότητες), να διαιρεί κάθε δραστηριότητα σε μεμονωμένες πράξεις, να διατηρεί τις καθημερινές συνήθειες με συνέπεια, καθώς και να παρέχει μια αυστηρά δομημένη μέρα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει επίσης να φροντίζει για τον σχεδιασμό περιόδων ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας, για χρήση χαλαρωτικών δραστηριοτήτων , όπως μαλάξεις με τα χέρια καθώς και να εκτιμάει την ύπαρξη τυχόν οργανικών αιτιών (μειωμένη οξυγόνωση, λοιμώξεις , κόπωση , δυσκοιλιότητα , διαταραχή ισορροπίας ηλεκτρολυτών) ²⁵

8. *Αποπροσανατολισμός*: Πολύ συχνά χάνουν την αίσθηση του χώρου και του χρόνου, ως επακόλουθο απώλειας μνήμης, δυσκολίας αναγνώρισης προσώπων κτλ. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίζει για τη μείωση του άγχους του ασθενή, για την αναγνώριση από τον ασθενή του οικείου χώρου του, για την σταδιακή ανάπτυξη της εμπιστοσύνης του ασθενούς στους φροντιστές του και για την συνειδητοποίηση του χώρου και του χρόνου⁶⁴. Ο νοσηλευτής οφείλει να εκτιμάει την κατάσταση του ασθενούς και να παρέχει υποστήριξη, να επικεντρώνει την προσοχή στο σήμερα και να ενθαρρύνει τις δεξιότητες από το παρελθόν. Σημαντική είναι η χρήση ρολογιού ώστε το άτομο να συνειδητοποιεί το χρόνο, η εύρεση τρόπων που θα βοηθήσουν στον προσανατολισμό του χώρου, η μείωση της ανησυχίας του ασθενή, η τακτοποίηση και τοποθέτηση των πραγμάτων στην ίδια θέση, η τοποθέτηση ταμπελών σε πόρτες και συρτάρια που υποδηλώνουν τι είναι. ⁶⁴

9. *Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές:* Ο ανοϊκός ασθενής αναφέρει ή κάνει κάτι και έπειτα από λίγο έχει ξεχάσει ότι το είπε ή το έκανε και το επαναλαμβάνει. Στόχος του νοσηλευτή είναι ο ασθενής να συνειδητοποιήσει τις επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές και να μπορέσει να τις μειώσει, να αποβάλλει το άγχος και την ανασφάλεια του, να μπορεί να εκφράσει τις ανησυχίες του χωρίς φόβο. Επομένως, ο νοσηλευτής οφείλει να δίνει σύντομη απάντηση στην ερώτηση του με ήρεμη φωνή, να κάνει χρήση σημειώσεων που αναγράφουν την απάντηση σε επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις και εστίαση της προσοχής του σ' αυτές γιατί βοηθά τον ασθενή να μη χρειάζεται συνεχή προσοχή των φροντιστών του. Επίσης, απόσπαση προσοχής του ατόμου από κάποια επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά με κάποια άλλη ασχολία⁶³

10. *Περιπλάνηση:* Ο ασθενής έχει την τάση να περιπλανιέται στο χώρο και να χάνεται καθώς δε έχει συγκεκριμένο προορισμό. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να μειώσει την επιθυμία φυγής του ασθενούς, να τονώσει την ανεξαρτησία του μέσα στο χώρο και να κατανοήσει τον κίνδυνο της κατάστασης και την προσπάθεια ελέγχου της τάσης φυγής⁶³. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να κάνει χρήση ετικέτας με το όνομα του ασθενή, τη διεύθυνση και τηλέφωνο που θα έχει πάντα μαζί του, να δημιουργεί ασφαλές περιβάλλον για να νιώθει άνετα ο ασθενής, να αποφεύγει διαπληκτισμούς αν ο ασθενής χαθεί, να γίνεται προγραμματισμός μιας ώρας όπου ο ασθενής θα πηγαίνει μια βόλτα με συνοδό, διατηρώντας έτσι το αίσθημα ελευθερίας και να μη έχει ανάγκη την περιπλάνηση.⁶³

11. *Έκπτωση της Κοινωνικής Συναλλαγής:*

Σχετίζεται με προβλήματα στην επικοινωνία και αδυναμία σε αισθητηριακές, γνωστικές, αντιληπτικές λειτουργίες. (δυσφορία σε κοινωνικές εκδηλώσεις, ανικανότητα να συμμετέχει, ανικανότητα σε συναλλαγή, παρουσίαση αλλαγής σε στυλ). Ο νοσηλευτής στοχεύει στο

να εκφράζει ο ασθενής ικανοποίηση από τις δραστηριότητες κοινωνικοποίησης να παρουσιάζει κατάλληλη συναλλαγή με οικογένεια/συν ασθενείς, να σχηματίσει θεραπευτική σχέση με το προσωπικό της μονάδας.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις εστιάζουν στην εκτίμηση της ικανότητας να συναλλάσσεται με άλλους ασθενείς κατά τη διάρκεια των γευμάτων , στο διάδρομο κτλ., στην εκτίμηση συναισθημάτων του ασθενούς για την ποιότητα και ποσότητα κοινωνικών συναλλαγών, στην εξακρίβωση του κοινωνικού ιστορικού της οικογένειας για την κοινωνικότητα του ατόμου, στην παρατήρηση του τρόπου με τον οποίο ο ασθενής συναλλάσσεται με το προσωπικό, στην συμμετοχή σε ομάδες δραστηριοτήτων (παθητική γυμναστική, ομάδες επικοινωνίας), στην συμμετοχή των μελών της οικογένειας στο προγραμματισμό της θεραπείας⁵⁴

12. Απώλεια αντικειμένων και άδικες κατηγορίες:

Μια συμπεριφορά που αντανάκλα την ανασφάλεια του ασθενή σε συνδυασμό με την αίσθηση απώλειας της μνήμης.⁴⁷ Ο νοσηλευτής θα πρέπει να φέρει σε σημείο στον ασθενή να μη καταλογίζει ευθύνες στους άλλους για κλοπή, να μπορέσει να καταλάβει ότι η απώλεια αντικειμένων οφείλεται στην ασθένεια του και να συμμετέχει στην εύρεση τους.

Η παρέμβαση του νοσηλευτή εστιάζει στον καθησυχασμό του ασθενή, στην ήρεμη και ευγενική ομιλία ως απάντηση στις κατηγορίες του ασθενή, στην προτροπή του ασθενούς να συμμετέχει στην εύρεση του χαμένου αντικειμένου, στην παρακολούθηση ασθενούς για κρυφές κρυψώνες, στην μείωση των κρυψώνων, στην ύπαρξη σημαντικών αντικειμένων ή αντιγράφων σε εφεδρείες.(κλειδιών, γυαλιών, εγγράφων)

3.4 ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΤΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η άνοια είναι μια μακροχρόνια νόσος με ποικιλία συμπτωμάτων από άτομο σε άτομο με επακόλουθο να δυσχεραίνεται ο ρόλος του νοσηλευτή ιδιαίτερα στη φάση της θεραπείας.

Ένα από τα πιο σημαντικά έργα των νοσηλευτών είναι η παρακολούθηση της σωστής λήψης φαρμάκων από τους ασθενείς, καθώς οι ανοϊκοί ασθενείς δεν συμμορφώνονται εύκολα στη φαρμακευτική τους αγωγή. Συνεπώς, ο νοσηλευτής συμβάλλει στη διατήρηση ομαλής ροής της θεραπευτικής αγωγής του ασθενή.

Ο νοσηλευτής, συνολικά, πρέπει να φροντίσει ώστε ο ασθενής να λαμβάνει τα κατάλληλα φάρμακα για την μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από την κατάθλιψη, τη φυσική δραστηριότητα, την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και τέλος την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.⁴⁸

Επιπλέον, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την επικοινωνία με τον ασθενή και με τους οικείους του, την προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση, την παρότρυνση στην οικογένεια να συμμετέχει στη φροντίδα του, στην ασφάλεια από τυχόν ατυχήματα και από την τάση φυγής και τον αποπροσανατολισμό που συνήθως βρίσκονται τα άτομα αυτά.

Καθήκον του νοσηλευτή είναι να ενημερώνει τους οικείους του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου, η διδασκαλία των συγγενών για την αποφυγή και αντιμετώπιση του άγχους, η παροχή βοήθειας για την κάλυψη αναγκών του ασθενή, η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης του ασθενή και των συγγενών, για αποφυγή ή/και αντιμετώπιση του συγκινησιακού φορτίου και έντασης.

Το έργο των νοσηλευτών δυσκολεύεται ιδιαίτερα όταν ο ανοϊκός ασθενής δεν αναγνωρίζει τον νοσηλευτή και έτσι αρνείται την όποια παρέμβαση του(πχ λήψη φαρμάκων) και επίσης πολλές φορές γίνεται επιθετικός. Την ίδια συμπεριφορά μπορεί να παρουσιάσει και στους δικούς του ανθρώπους ή στους φροντιστές τους λόγω της αδυναμίας τους να τους αναγνωρίσουν. Στις περιπτώσεις αυτές, η συμβολή του νοσηλευτή είναι καταλυτικής σημασίας καθώς κατέχει τις απαραίτητες γνώσεις για να χειριστεί την περίπτωση.

Πιο συγκεκριμένα :

1. Φιλική και ήρεμη προσέγγιση του ασθενή. Οι ανοϊκοί ασθενείς αντανακλούν στο συναίσθημα των γύρω του. Μια απότομη και εκνευριστική προσέγγιση τον αγχώνει και τον φοβίζει, αντίθετα με μια ευγενική που τον ανακουφίζει.
2. Αποτροπή σε ό,τι κινεί το ενδιαφέρον του ασθενή τη στιγμή που ο νοσηλευτής του μιλάει.(πχ τηλεόραση, ραδιόφωνο).
3. Παρουσίαση του νοσηλευτή στον ασθενή, να του λέει την ιδιότητα του και να βεβαιώνεται ότι κέρδισε την προσοχή του. Στους ασθενείς αυτούς είναι αναγκαίο να έχει ο ασθενής το νου στο νοσηλευτή , ειδάλλως θα παρερμηνέψει τα λόγια του και πιθανόν να γίνει συγχυτικός.
4. Απλός, κατανοητός λόγος και ήρεμη και καθαρή φωνή. Συνίσταται να αποφεύγεται η ένταση.
5. Επανάληψη λέξεων ή/και προτάσεων/ερωτήσεων με τη χρήση ακριβώς των ίδιων λέξεων για να αποφευχθεί σύγχυση. Προτροπή για ερωτήσεις που αναμένονται απαντήσεις με ένα ναι ή όχι.
6. Υπομονετική αναμονή. Ο ασθενής χρειάζεται χρόνο για να επεξεργαστεί την πληροφορία.
7. Διαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις. Όχι πολλές εντολές σε μια πρόταση.

8. Ταυτόχρονα με τη λεκτική επικοινωνία να γίνεται και επίδειξη των κατάλληλων αντικειμένων ή εικόνων, προκειμένου να ενισχυθεί η αντίληψη του αρρώστου.
9. Τοποθέτηση του ασθενή κοντά στο δωμάτιο του νοσηλευτικού προσωπικού για καλύτερη επίβλεψη.
10. Τοποθέτηση οικείων και αγαπητών αντικειμένων του ασθενή κοντά του. (πχ φωτογραφίες της οικογένειας του) για ενίσχυση της μνήμης του.
11. Προκειμένου να διατηρείται η λειτουργική μακρόχρονη μνήμη και να ενισχύεται η διάθεση του ασθενή πρέπει να γίνονται αναμνηστικές ασκήσεις (κυρίως ευχάριστων γεγονότων).
12. Αποφυγή λογομαχίας και αμφισβήτησης των λεγόμενων του (ακόμα και όταν είναι μυθοπλασίες). Προτείνεται να γίνονται διορθώσεις με ευγενικό τρόπο προκειμένου να αποφευχθεί η σύγχυση ή/και η επιθετικότητα του ασθενή.
13. Σημαντική είναι η εκπαίδευση και διδασκαλία της οικογένειας και των φροντιστών του ασθενή σχετικά με τη νόσο. Η γνώση των ικανοτήτων και των ορίων του ασθενή βοηθά στην πιο ρεαλιστική εικόνα του αρρώστου και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση.
14. Διδασκαλία οικείων προσώπων για στρατηγικές που βελτιώνουν την μνήμη του ανοϊκού ασθενή, προκειμένου να διευκολυνθεί η επικοινωνία και η διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ τους.⁴⁸

3.5.1 ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ

Νοητική Εκπαίδευση

Σύμφωνα με τους Clare&Woods (2004) η νοητική εκπαίδευση αποτελεί μία παρέμβαση που στοχεύει στην ενίσχυση των νοητικών λειτουργιών, όπως είναι η μνήμη, η προσοχή, ο λόγος, η αφαιρετική σκέψη και αφορά ασκήσεις με χαρτί σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο με τη βοήθεια ειδικού ή της οικογένειας και συνήθως έχουν επίπεδα δυσκολίας ανάλογα με τα ελλείματα που έχει ο ανοϊκός ασθενής.⁴⁹

Ο νοσηλευτής δημιουργεί υλικό ασκήσεων σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες της ομάδας, αλλά μπορεί να βρει υλικό και σε σελίδες και βιβλία στο διαδίκτυο.

Σε ομαδικό επίπεδο και ανάλογα με τη διάρκεια της παρέμβασης, σημαντική είναι η δημιουργία ενός πρωτοκόλλου ασκήσεων με σταδιακή ενίσχυση όλων των νοητικών λειτουργιών.

Με την εξέλιξη της τεχνολογίας , γίνεται διαδομένη η χρήση υπολογιστών στο τομέα της νοητικής εκπαίδευσης, όπου στόχος είναι η βελτίωση των νοητικών λειτουργιών.⁵⁰

Νοητική Ενδυνάμωση

Μια δεύτερη νοητική μέθοδος είναι η νοητική ενδυνάμωση , που στοχεύει στη σταθεροποίηση ή μείωση της γνωστικής έκπτωσης του ανθρώπου με άνοια μέσω της αξιοποίησης των γνωστικών του αποθεμάτων, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους. Πιο συγκεκριμένα, τα προγράμματα αυτά, επικεντρώνονται στον εντοπισμό των γνωστικών δυνατοτήτων και περιορισμών των ασθενών και στην αξιοποίησή τους για σταθεροποίηση ή μείωση της γνωστικής έκπτωσης. Ο τελικός στόχος είναι η διατήρηση της αυτονομίας και της λειτουργικότητας , η κινητοποίηση των ασθενών και η ενίσχυση του προσωπικού τους κινήτρου προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους.⁵¹

Τα προγράμματα συνήθως περιλαμβάνουν α) ασκήσεις ενημέρωσης για την επικαιρότητα , β) ασκήσεις βελτίωσης του προσανατολισμού στο χώρο και το χρόνο και γ) στην εκπαίδευση μέσω της εφαρμογής τεχνικών που βελτιώνουν τη μνήμη και διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς.

Ο προσανατολισμός είναι μια μέθοδος στην οποία παρουσιάζονται πληροφορίες σχετικά με το χώρο, το χρόνο, τα πρόσωπα και βοηθάει στο προσανατολισμό κατά τη διάρκεια της ημέρας.⁴⁹

Νοητική Αποκατάσταση

Σχετικά με τη νοητική αποκατάσταση , υπάρχει μια σύγχυση ως προς τους όρους ‘ νοητική ενδυνάμωση ’ , ‘ νοητική εκπαίδευση ’ και ‘ νοητική αποκατάσταση ’ καθώς πολύ

συχνά θεωρούνται συνώνυμες. Ωστόσο, στην πραγματικότητα, είναι τρεις διαφορετικές προσεγγίσεις, οι οποίες διαφέρουν λίγο-πολύ ως προς το θεωρητικό υπόβαθρο και τις μεθόδους που χρησιμοποιούν και κυρίως, ως προς τους στόχους που θέτουν. Συνεπώς, ο νοσηλευτής που ασχολείται με το συγκεκριμένο θέμα μπορεί να συνδυάσει μεθόδους οι οποίες προέρχονται και από τις τρεις προσεγγίσεις, με σκοπό την επίτευξη του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος για τον ασθενή.

Η νοητική αποκατάσταση αφορά οποιαδήποτε στρατηγική ή τεχνική, η οποία βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ανθρώπων με άνοια και των οικογενειών τους. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι εξατομικευμένοι στόχοι του ατόμου που συμμετέχει σε ένα τέτοιο πρόγραμμα. Οι στόχοι αυτοί θα πρέπει να αναπροσαρμόζονται, καθώς η νόσος εξελίσσεται. Στα πρώτα στάδια της νόσου, δίνεται έμφαση στην εκπαίδευση στρατηγικών αντιμετώπισης των γνωστικών αλλαγών και στην διαχείριση των δυσκολιών που έχουν στην επικοινωνία και στις διαπροσωπικές σχέσεις.⁵² Η νοητική αποκατάσταση είναι προσωποκεντρική και θεωρεί ότι μία παρέμβαση οφείλει να αντιμετωπίζει το άτομο από βιολογική, κοινωνική και ψυχολογική πλευρά. Δίνεται έμφαση στην συμμετοχή του ατόμου σε ρόλους που αναλάμβανε παλαιότερα και σε αυτούς που τον ενδιαφέρουν.⁵¹

Λογοθεραπεία

Είναι μια εξατομικευμένη παρέμβαση και επηρεάζεται από το στάδιο της νόσου, τη συνεργασία του ατόμου που νοσεί, αλλά και τη συνεργασία της οικογένειας. Ο ρόλος του λογοθεραπευτή περιλαμβάνει αξιολόγηση, διαφορική διάγνωση, καταγραφή αναγκών όπου αξιολογείται η φύση και ο βαθμός διαταραχής του λόγου καθώς επίσης προτείνει παρεμβάσεις.

Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ατομικά και ομαδικά προγράμματα. Στόχος στο ατομικό πρόγραμμα είναι η διατήρηση και βελτιστοποίηση της επικοινωνιακής ικανότητας του ατόμου με τη χρήση στρατηγικών επικοινωνίας ενώ στο ομαδικό πρόγραμμα είναι η διατήρηση των γλωσσικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων και η παροχή ενός περιβάλλοντος για κοινωνικοποίηση. (νοητική ενδυνάμωση, θεραπεία δ' αναμνήσεων)⁵¹

Εργοθεραπεία

Η εργοθεραπευτική παρέμβαση αφορά την ενεργοποίηση και εκμάθηση δεξιοτήτων. Στα πρώιμα στάδια, η εργοθεραπεία έχει στόχο να ενθαρρύνει το άτομο να εμπλακεί σε δραστηριότητες ώστε να ασκήσει τις νοητικές λειτουργίες (προσοχή, μνήμη, κρίση) αλλά και να βελτιώσει το συντονισμό των κινήσεων. Στα μετέπειτα στάδια, στόχος είναι η μείωση του άγχους και η επανεκπαίδευση δραστηριοτήτων που θα διευκολύνουν την καθημερινή ζωή. (πλύσιμο, ντύσιμο, φαγητό κ.α.)⁵³

Σωματική άσκηση

Η σωματική άσκηση έχει οφέλη σε όλους τους πληθυσμούς καθώς συμβάλλει στη διατήρηση της φυσικής κατάστασης και στη θωράκιση της υγείας. Σύμφωνα με τυχαιοποιημένες κλινικές έρευνες σε άτομα με άνοια, η τακτική άσκηση (περπάτημα, στατικές ασκήσεις, χορός, μυϊκή ενδυνάμωση, αερόβια άσκηση) ενισχύει τη φυσική κατάσταση και τις νοητικές και εκτελεστικές λειτουργίες καθώς και το λόγο.⁵⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ: ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Μια γυναίκα 80 ετών εισήχθη στη Παθολογική κλινική με πιθανή εισρόφηση θαλασσινού νερού. Κατά την εισαγωγή της στο νοσοκομείο σημειώθηκε στο ιστορικό ότι πάσχει από άνοια. Η γενική ιατρική της κατάσταση βελτιωνόταν σημαντικά μέρα με τη μέρα, ωστόσο παρουσίαζε αποπροσανατολισμό, σύγχυση καθώς και ελλειμματική μνήμη, ιδίως κατά τις νυχτερινές ώρες, δημιουργώντας έτσι πανικό στην κλινική.

ΑΡΧΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

1. Λήψη και καταγραφή ζωτικών σημείων, ώστε να διαπιστωθεί η ύπαρξη οποιασδήποτε φλεγμονής, καρδιακών αρρυθμιών κλπ.
2. Συλλογή περαιτέρω πληροφοριών: διευκρίνηση φαρμακευτικής αγωγής της ασθενούς, προσδιορισμός των ενασχολήσεων της και των τρόπων αντιμετώπισης της σύγχυσης και του αποπροσανατολισμού από τα οικογενειακά μέλη ή τους φροντιστές τους.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ		ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ
		ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	
Πυρετός 38.3	Πυρετός λόγω πιθανού κρυολογήματος ή λόγω της πιθανής πνευμονίας	Η θερμοκρασία σώματος του ασθενή να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα. (36.6° C)	<ul style="list-style-type: none">• Χλιαρό ντους• Κρύες κομπρέσες• Χορήγηση αντιπυρετικών	Η θερμοκρασία σώματος του ασθενή επανήλθε στη φυσιολογική τιμή 36.6° C
Θωρακικός πόνος	Από την εισρόφηση του νερού/πνευμονία	Ο ασθενής να σταματήσει να πονάει	<ul style="list-style-type: none">• Χορήγηση παυσίπονων-αναλγητικών	Ασθενής με χαμηλή κλίμακα πόνου

Δύσπνοια/ κορεσμός οξυγόνου 89%	Δύσπνοια από εισρόφηση/πνευμονία	<ul style="list-style-type: none"> • Ο κορεσμός του O₂ να αυξηθεί • Να ανακουφιστεί η ασθενής 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση οξυγόνου • Τοποθέτηση ασθενούς σε ψηλή θέση στο κρεβάτι 	Καλύτερη κλινική εικόνα ασθενούς/ ο κορεσμός οξυγόνου ανέβηκε στο 95%
Αποπροσανατολισμός	Λόγω άνοιας	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής να έχει επίγνωση της πραγματικότητας • Να έχει την αίσθηση του χώρου και του χρόνου • Να νιώθει ασφάλεια 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρουσία οικείων προσώπων κοντά του • Τοποθέτηση αγαπημένου αντικειμένου κοντά του • Επικοινωνία με ήρεμο και φιλικό τόνο. Υπενθύμιση στην ασθενή που βρίσκεται και γιατί • Τοποθέτηση ρολογιού στο δωμάτιο 	Η ασθενής ηρέμησε και επικοινωνήσε ομαλά με το νοσηλεύτη
Σύγχυση	Λόγω άνοιας	<ul style="list-style-type: none"> • Βραχυπρόθεσμα να νιώσει ασφαλής, να συνεργαστεί και να μπορεί να αναζητά βοήθεια όταν θέλει • Να είναι προσανατολισμένη στο τόπο και το χρόνο • Να βελτιώσει τη ποιότητα σκέψης 	<ul style="list-style-type: none"> • Συζήτηση με γιατρό για χορήγηση φαρμάκων που μπορούν να αντιμετωπίσουν την ψυχοκινητική ανησυχία • Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης/σχέσης εμπιστοσύνης και ασφαλούς περιβάλλοντος μέσα από την επικοινωνία με την ασθενή • Συζήτηση με ήρεμο και φιλικό τόνο/δίνω χρόνο να εκφραστεί 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής χαλάρωσε με τη δράση του φαρμάκου • Συνεργάστηκε με τη νοσηλεύτρια, ένιωσε άνετα και εξωτερίκευσε τα συναισθήματά της

Διαταραχή ύπνου	Δυσκολία ύπνου λόγω αποπροσανατολισμού και άγχους	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής να είναι σε θέση να κοιμηθεί τη νύχτα • Να αποκτήσει σωστό ωράριο ύπνου • Επαρκής ξεκούραση της ασθενούς 	<ul style="list-style-type: none"> • Ύπαρξη οικείου προσώπου κοντά της • Ύπαρξη αγαπημένου αντικειμένου • Ύπαρξη ρολογιού • Τοποθέτηση σε αναπαυτική θέση • Χαμηλό φωτισμό/διατήρηση ησυχίας στο δωμάτιο • Προγραμματισμός ωρών ανάπαυσης και ύπνου • Αποφυγή ύπνου κατά τη διάρκεια της ημέρας 	<ul style="list-style-type: none"> • Η ασθενής βελτίωσε το ωράριο του ύπνου της /κοιμάται τουλάχιστον 7 ώρες
-----------------	---	--	--	---

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Μέσα από την εργασία, γίνεται φανερό ότι η άνοια δεν είναι μια ασθένεια με ιατρικές και μόνο διαστάσεις. Παρέχεται μια τεκμηριωμένη εικόνα της κατάστασης των ανοϊκών ασθενών και των φροντιστών τους. Από τα αποτελέσματα φάνηκε η πολυπλοκότητα της άνοιας και τα πολλαπλά πεδία της ζωής του ατόμου που επηρεάζονται από τη νόσο. Φάνηκαν επίσης οι μεγάλες συνέπειες της νόσου, όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους φροντιστές τους. Όλα αυτά επιβεβαιώνουν την σημαντικότητα του έργου του νοσηλευτή που εκτός από τον ασθενή έχει να

αντιμετωπίσει αλλά και να υποστηρίξει και να διδάξει τους συγγενείς και φροντιστές του. Επίσης, επιβεβαιώνεται η ανάγκη για εξατομικευμένη φροντίδα. Ο ανοϊκός ασθενής αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται, προκειμένου να υπάρχει μια ομαλή, ουσιαστική και επιτυχημένη φροντίδα. Ακόμα, διαπιστώνεται ότι η διάγνωση μπορεί να γίνει σχετικά εύκολα σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων.

Απαραίτητη κρίνεται η συνεχής ενημέρωση του κοινού στα ΜΜΕ για τις ασθένειες που κάνουν την εμφάνιση τους στη Τρίτη ηλικία. Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ενημερώνεται για νέες παρεμβάσεις, να εξειδικευτεί σε ζητήματα και στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν τη νοσηρότητα στους ηλικιωμένους καθώς και να εκπαιδευτούν ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι να παρέμβουν στη φροντίδα του ηλικιωμένου.

Ακόμα, το κράτος και η πολιτεία να ευαισθητοποιηθεί, να ενισχύσει την οικονομία και να δημιουργήσει υποδομές για την αποκλειστική φροντίδα ασθενών με άνοια, με στόχο να παρέχουν αποτελεσματικές υπηρεσίες σε σχέση με το κόστος. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται το ψυχοκοινωνικό και οικονομικό φορτίο στις οικογένειες ασθενών. Οι εν λόγω δομές μπορεί να περιλαμβάνουν τα κέντρα ημέρας και τους ξενώνες ανοϊκών ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. **Κοινωνική Πρόνοια** «Εκθέσεις για το πρόγραμμα 1983-1987», (1985), Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Αθήνα, σελ. 213.
2. **Κωσταρίδου - Ευκλείδη. Α.**, (1999), «Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας». Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, σελ. 434.
3. **Στασινοπούλου. Ο.**, (1996). «Ζητήματα σύγχρονης κοινωνικής πολιτικής – Από το κράτος πρόνοιας στο νέο προνοιακό πλουραλισμό», Αθήνα: Gutenberg, σελ. 161-164
4. **Πουλοπούλου. Έ.**, (1999). «Ελληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες – Παρελθόν, Παρόν και Μέλλον», Αθήνα: Ήρα, σελ. 46.
5. **Redfern. S. J. & Ross M. F.**, (2006), “Nursing Older People” 4th edition. Μεταφρασμένο από Αγγλικά από Ε. Γιαννούλη, Ε. Γκότση, Μ. Καρυτίνου, Γ. Κρομμύδας, Β. Τσίκα, Δ. Χατζηστεφανίδης, Αθήνα, Εκδόσεις Π.Χ
6. **Δαρδαβέσης Θ ©.**, (1999), Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας, στο: Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
7. **Δαρδαβέσης, Θ.**(2005).Επιδημιολογία της Άνοιας», στο Τσολάκη, Μ., Κάζης, Α. (επιμ.)Άνοια – Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
8. **Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α.**, (1999α), Γήρας και υγεία στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
9. **Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α.**, (1999β), Η ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή και το γήρας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
10. **Τσιώλη Ζ.**, (1996), Ιδιαιτερότητες προσαρμογής του γήρατος στην σημερινή κοινωνία από ανθρωπολογική άποψη στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.), Γήρανση και Κοινωνία: πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου Ε.Κ.Κ.Ε. Αθήνα: Ε.Κ.Κ.Ε.
11. **Kirkwood TBL** 2003 The most pressing problem of our age. British Medical Journal 326: 1297-1299

12. **Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας**, Η Ελλάδα με αριθμούς 2006 , 5-6
13. **Breitner J.C.S.** (2006). Dementia—Epidemiological Considerations, Nomenclature, and a Tacit Consensus Definition *J Geriatric Psychiatry Neurol.*, 19, 129-136
14. **Grabowski T.J. και Damasio A.R.** (2004). Definition, clinical features, and neuroanatomical basis of dementia. στο: Esiri M.M., Lee V.M.-V. και Romanowski J.Q. *The Neuropathology of Dementia. Second Edition.* Cambridge University Press.
15. **Ballard C. και Bannister C.** (2005). Criteria for the diagnosis of dementia. Στο : Burns A., O'Brien J. και Ames D. (εθδ.). *Dementia.* Hobber Arnold, 24-37
16. **Μούγιας Α,** (2011) Άνοια και Ποιότητα Ζωής στην Τρίτη Ηλικία, Διδακτορική Διατριβή, Ιωάννινα.
17. **Μούγιας, Α.** (2003). Πρώιμη διάγνωση της νόσου Alzheimer και συναφών ανοιών. Οδηγός για τη νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας. Εκδόσεις Mendor, 67-100.
18. **Μαΐλλης, Α. & Πολίτης, Α.** (2008). Ο γηράσκων εγκέφαλος. *Νευροεπιστήμες και συμπεριφορά* I, 12, 151-167.
19. **Μαΐλλης, Α.** (2013). Βιολογία και νευροπαθολογία της γήρανσης. Σύγχρονη Ψυχιατρική
20. **Erkinjuntti, T.** (2005). Vascular cognitive impairment. Στο: Burns A., O'Brien J. και Ames D. (εκδ.). *Dementia.* Hobber Arnold, 529-545.
21. **Ζουρνάς, Χ.** (2003). Άνοια σε νοσήματα με σωματία Lewy. Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών διαταραχών. Βητα ιατρικές εκδόσεις ,5, 67-71
22. **Waldemara G., Dubois B., Emrec M., Georgesd J., McKeith I. G., Rossorf M., Scheltensg P., Tariskah P. και Winbladi B.** (2007). Recommendations for the diagnosis and management of Alzheimer 's disease and other disorders associated with dementia: EFNS guideline *European Journal of Neurology*, 14, e1–e26.
23. **Jorm A.F., Cristensen H., Corten A.E., και συν** (2000). Informant ratings of cognitive decline in old age: validation against change on cognitive tests over 7 to 8 years. *Psychol Med*, 30, 981–5.

24. **Borenstein A.R., Copenhaver C.I., Mortimer J.A.** (2006). Early-Life Risk Factors for Alzheimer Disease *Alzheimer Dis Assoc Disord.*, 20, 63-72.
25. **Jorm A.** (2002). Epidemiology of the dementias of late life *την: Jacoby R., Oppenheimer C (εκδ.). Psychiatry in the elderly. OXFORD University Press,* 487- 500.
26. **Thomas P. και Fenech M.** (2007). A review of genome mutation and Alzheimer's disease. *Mutagenesis*, 22(1), 15-33.
27. **Beier M.** (2005). Alzheimer 's disease: Epidemiology and risk factors. *Adv Stud Pharm.*, 2(4), 116-125.
28. **Ownby R.L., Crocco E., Acevedo A., John V. και Loewenstein D.** (2006). Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and metaregression analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 63(5), 530-8.
29. **Poty D.** (2005). Treatments for Alzheimer disease. *South Med J.*, 98(6), 628-35.
30. **Stampfer M.J.** (2006). Cardiovascular disease and Alzheimer's disease: common links. *J Intern Med.*, 260(3), 211-23.
31. **Rosendorff C., Beeri M.S. και Silverman J.M.** (2007). Cardiovascular risk factors for Alzheimer's disease. *Am J Geriatric Cardiol.*, 16(3), 143-9.
32. **Τσολάκη Μ.** 2005 .Φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας. Στο Τσολάκη Μ. και Κάζης Α.(εκδ.) Άνοια, ιατρική και κοινωνική πρόκληση University Studio Press 405.433
33. **Evans J.G. και Wilcock G.** (2004). Evidence-based pharmacotherapy of Alzheimer 's disease *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 7, 351– 369.
34. **Kavirajan H. και Schneider L.S.** (2007). Efficacy and adverse effects of cholinesterase inhibitors and memantine in vascular dementia: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Neurol.*, 6(9), 749-51.
35. **Williams P.S., Spector A., Orrell M. και Rands G.** (2000). Aspirin for vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev.*, (2), CD001296.
36. **Maidment I., Fox C. και Boustani M.** (2006). Cholinesterase inhibitors for Parkinson's disease dementia. *Cochrane Database Syst Rev.*, 25(1), CD004747.

37. **Kraus C.A., Seignourel P., Balasubramanyam V., Snow A.L., Wilson N.L., Kunik M.E., Schulz P.E. & Stanley M.A.** (2008). Cognitive-behavioral treatment for anxiety in patients with dementia: two case studies. *J Psychiatr Pract.*, 14(3), 186- 92
38. **Αλεξανδρόπουλος, Κ.** (2009). Προσέγγιση και αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενούς. *Νοσοκομειακά Χρονικά*, 71., Συμπλήρωμα, 43-50
39. **Πλατή Δ. Χ.**, 2008, *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Η' έκδοση. Αθήνα, 44-46
40. **Πανανουδάκη, Η.** (2000). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική (Κριτική σκέψη κατά την φροντίδα του ασθενούς). Αθήνα, Λαγός.
41. **Ραγιά, Α.** (2005) *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Ε' έκδοση, Αθήνα
42. **Clare, L. & Woods, R.T.** (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*: 14: 385-401.
43. **Tarraga, L. Boada, M. Modinos, G. et al.** (2012). A randomized pilot study to assess the efficacy of an interactive, multimedia tool of cognitive stimulation in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 77: 1116-1121.
44. **Karpathiou, N., Efthymiou, A., Tryfonopoulos, E et al.** (2017). *Cognitive Training: A Guide for Health Professionals*. Athens: University Studio Press
45. **Τσολάκη, Μ. & Καζής, Α.** 2005. *Άνοια: Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση*. Εκδόσεις: University Studio Press
46. **Coelho, F.G., Santos-Galduroz, R.F., Gobbie, S, Stella, F.** (2009) Systematised physical activity and cognitive performance in elderly with Alzheimer's dementia: a systematic review. *Rev. Bras. Psiquitr*, 31: 163-170. 61
47. **Prince M et al.** The global prevalence of dementia: a systematic review and meta analysis *Dement.* (2013) Jan;9(1):63-75. Seshadri S, et al. The lifetime risk of stroke: Estimates from the Framingham Study. *Stroke* 2006;37(2):345-50
48. **Graham, N. & Warner, J.** (2009). *Alzheimer's Disease & other dementias* 1st edition British. Family doctor publications

49. **Mori S., Mori E., Iseki E. και Kosaka K.** (2006). Efficacy and safety of donepezil in patients with dementia with Lewy bodies: preliminary findings from an open-label study. *Psychiatry Clin Neurosci.*, 60(2), 190-5
50. **O'Brien J.T.** (2006). Vascular cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14(9), 724-33.
51. **Snowden J.S., Bathgate D., Varma B. και συν.** (2001). Distinct behavioral profiles in frontotemporal dementia and semantic dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 70, 323-332.
52. **Vossel K.A. και Miller B.L.** (2008). New approaches to the treatment of frontotemporal lobar degeneration. *Curr Opin Neurol.*, 21(6), 708-16.
53. **Βασαμπούλου, Μ.** (2005). Άνοια: οδηγός για τους φροντιστές. Αθήνα, Εκδόσεις Βαγιονάκης
54. **Αθανάτου Κ. Ε.** (2007). Παθολογική και χειρουργική κλινική νοσηλευτική. Η' έκδοση, Αθήνα, 50-54
55. **Τσολάκη, Μ.** (2005) Άνοια : Ιατρική και κοινωνική πρόκληση στο Μάγδα Τσολάκη και Αριστείδης Κάζης, 1^η έκδοση, Θεσσαλονίκη: University Studio Press, 693σ.
56. **Τσολάκη, Μ.** (2008). Διαταραχές συμπεριφοράς. Συνοδοιπόροι στο Alzheimer, 3, 1-12
57. **Σακκά Π,** (2004). Το Φορτίο των φροντιστών ασθενών με άνοια. Τα νέα του Υγεία, 52: 34-35.
58. **Koliopoulos, T., Babatsikou, F., Koutis, Ch.,** (2016) Design Evaluation of a Communal Care Building Facility for people with Alzheimer's Disease. *International Journal of Caring* ;9(1): 348-357
59. **Διαδικτυακή σελίδα:** Alzheimer's Association International Conference (AAIC) (2015). Available at: https://www.alz.org/aaic/_downloads/tues-8am-women-risk.pdf.
60. **Ανδρεάκου, Μ.**(2014): Εκτίμηση σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer, Διπλωματική Εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, ΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.
61. **Αντωνίου, Α.** (2016): Διερεύνηση της συσχέτισης κατάθλιψης, εσωτερικής συγκρότησης και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής φροντιστών

ασθενών με άνοια τύπου Alzheimer , Διπλωματική εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, ΠΜΣ «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα.

62. **Ασλάμ, Ε.** (2013): Η επίδραση δημογραφικών και άλλων κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων στην Ποιότητα ζωής σε περιθάλποντες ασθενών με νόσο Alzheimer, Διπλωματική εργασία, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, ΠΜΣ, «Διοίκηση Μονάδων Υγείας», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα
63. **Ζαχαροπούλου, Γ., Ζαχαροπούλου, Β., Κωνσταντινοπούλου, Α., Τσαλουκίδης, Ν., Λαζακίδου, Α.** (2015). Μέτρηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών ηλικιωμένων ασθενών με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 32 (5): 614-621
64. **Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., Πολυζωίδης, Π.,** (2015): Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Ερευνητική Μονάδα Κοινωνικής Πολιτικής, Φτώχειας και Ανισοτήτων, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ/ΑΔΕΔΥ, Αθήνα
65. **Σακελλαρίου, Ε.** (2015): Εθνική έκθεση για τους φροντιστές νεαρής ηλικίας που ανήκουν σε ειδικές εθνικές και εθνοτικές ομάδες
66. **Ψαρίκογλου- Χατζηβασιλείου, Α.** (2015): Ψυχολογικά χαρακτηριστικά ασθενών με νόσο Alzheimer και η σχέση τους με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, ΠΜΣ «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», Λάρισα
67. **Edwards, J.D., Xu. H., Clark, D.O, Guet, L.T., Ross, L.A., Unverzagt, F.W.** (2017): Speed of processing training results in lower risk of dementia, Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Intervention Q 1-9, <https://doi.org/10.1016/j.trci.2017.09.002>
68. **Farina, N., Pages, T.E., Daley, S., Brown, A., Bowling, A., Basset, T., Livingston, G. Knapp, M., Murray, J., Banerjee, S.** (2017): Factors associated with the quality of life of family cares of people with dementiaQ a systematic review, Alzheimer & Dementia , 13Q572-581, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2016.12.010>

69. **World Health Organization** (2015): Dementia, Fast sheet, No 362, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/ (προσπελάστηκε 24/09/17)
70. **Mougiias, A.A., Politis, A., Mougias, M.A., Kotrotsou, I., Skapinakis, P., Damigos, D., Mavreas, V.G** (2015): The burden of caring for patients with dementia and its predictors, *PSYCHIATRIKI*, 26 (1) 28-37
71. **Papastavrou, E., Andreou, P., Middleton, N., Tsangari, H., Papacostas, S.** (2015): Dementia caregiver burden association with community participation aspect of social capital, *Journal of Advanced Nursing*, 71 (12): 28-98-2910. <https://doi.org/10.1111/jan.12762>