



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΓΕΡΟΝΤΙΚΗ ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ  
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ»**

**«AGEING DEMENTIA  
AND THE  
NURSE'S ROLE»**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΚΑΡΑΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ  
ΣΟΜΑΝΤΡΟΥ ΟΑΝΑ-ΙΟΥΛΙΑ**

**ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ**

**ΠΑΤΡΑ 2021**



**Dementia Partnerships**

**Sharing knowledge and learning across the Well Pathway for Dementia**

(<https://dementiapartnerships.com/resource/building-dementia-friendly-communities/>)

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής επηρεάζει κατεξοχήν τις επιστήμες της υγείας, αλλά και τις κοινωνίες και τους θεσμούς της. Σύμφωνα με τις έρευνες του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (2015), το ποσοστό του πληθυσμού των ηλικιωμένων άνω των 60 αναμένεται να αυξηθεί σε 36% το 2050. Χρειάζεται να γνωρίζουμε τα χαρακτηριστικά των ανθρώπων της Τρίτης ηλικίας, γεροντική, για την καλύτερη αντιμετώπιση τους και τους τρόπους και τα μέσα με τα οποία οι θεσμοί της κοινωνίας και της οικονομίας μπορούν να συμβάλουν. Ειδικότερα, έχει αξία να γνωρίζουμε το σύνδρομο της γηριατρικής ευπάθειας και τα χρόνια νοσήματα που πλήττουν την Τρίτη ηλικία. Η σημαντικότερη νόσος που σχετίζεται με την Τρίτη ηλικία και έχει πάρει διαστάσεις πανδημίας είναι η άνοια, με συχνότερη μορφή τη νόσο τύπου Alzheimer. **Σκοπός**, λοιπόν, της παρούσας εργασίας ήταν, μέσα από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και της αρθρογραφίας, να μελετηθεί αν υπάρχουν νέα δεδομένα σχετικά με τη νόσο και ποια είναι αυτά, στο επίπεδο των αιτιών, της πρόγνωσης και πρόληψης, αντιμετώπισης και θεραπείας, όπως και σύγχρονες νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενείς της Τρίτης ηλικίας. **Μέθοδος:** Για την παρούσα εργασία, πέρα από την τρέχουσα βιβλιογραφία, έγινε αναζήτηση σχετικών άρθρων κυρίως της τελευταίας πενταετίας στις μηχανές αναζήτησης Pubmed, Google Scholar και σε διάφορα επιστημονικά ιατρικά και νοσηλευτικά περιοδικά με λέξεις - κλειδιά σχετικά με τη γηριατρική και τη νόσο άνοια. **Αποτελέσματα:** Η άνοια χαρακτηρίζεται ως μια επίκτητη και εμμένουσα έκπτωση διανοητικών ικανοτήτων που επηρεάζει την καθημερινότητα του ατόμου, του οικείου περιβάλλοντος και των φροντιστών του και μέχρι στιγμής δεν υπάρχει τρόπος θεραπείας, αλλά τρόποι αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, φαρμακευτικοί και μη φαρμακευτικοί. Επιπλέον, επειδή η υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση της φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευζωίας και όχι μόνο ως απουσία αρρώστιας ή αδυναμίας και είναι μια αθροιστική κατάσταση που αφορά όλη τη ζωή και τα θετικά αποτελέσματά της το άτομο τα απολαμβάνει και στη διάρκεια της Τρίτης ηλικίας, δίνεται ιδιαίτερη σημασία στους παράγοντες κινδύνου. Επίσης, αν και η Τρίτη ηλικία έχει προσδιοριστεί ως προοδευτική γενικευμένη έκπτωση λειτουργικότητας και μια αύξηση του κινδύνου συνοδευόμενη με τις ασθένειες, με βάση την ιδέα της υγιούς, ενεργούς γήρανσης (active-ageing), η πολιτεία είναι υποχρεωμένη να επενδύσει στη μακροχρόνια φροντίδα, στην πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων και ιδιαίτερος του προβλήματος της άνοιας με προσωποκεντρικό τρόπο, όπως και στον αποστιγματισμό των πασχόντων, μέσα από τη δημιουργία των φιλικών προς την άνοια κοινοτήτων. Τέλος, σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της ασθένειας, στη διάγνωση και την αντιμετώπιση του ανοϊκού ασθενή έχει ο νοσηλευτής τόσο σε δομές και ιδρύματα όσο και στην κατ'οίκον φροντίδα του ασθενή, όταν, όμως,

είναι εκπαιδευμένος να αντιμετωπίσει τον ασθενή που πάσχει από άνοια με έναν ολιστικό τρόπο, εγκαταλείποντας πρακτικές περιοριστικών μέτρων, φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα ανασκόπηση ανέδειξε πλήθος δημοσιευμένων μελετών που τεκμηριώνουν την έκταση του προβλήματος. Η άνοια είναι ένα υπαρκτό, σοβαρό παγκόσμιο πρόβλημα για τους επαγγελματίες υγείας και δη τους νοσηλευτές και πρέπει να αντιμετωπιστεί, τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και έγκαιρης παρέμβασης, με μεθόδους και τρόπους που δείχνουν σεβασμό στην προσωπικότητα του ασθενή. Από την εργασία μας προκύπτει ότι οι ασθενούντες από άνοια έχουν ανάγκη από πολυδιάστατη νοσηλευτική φροντίδα σε όλα τα στάδια της αντιμετώπισής τους. Η παρέμβαση θα πρέπει να είναι προσωποκεντρική, ευέλικτη σε τροποποιήσεις με βάση τις ανάγκες του ασθενή, επικεντρωμένη σε ρεαλιστικούς στόχους και στην αποφυγή συχνών εισαγωγών στο νοσοκομείο. Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να ενημερώνεται για νέες παρεμβάσεις και να εξειδικευτεί στη φροντίδα των ηλικιωμένων με άνοια, εγκαταλείποντας πρακτικές που επιτείνουν το πρόβλημα, όπως τη χρήση περιοριστικών μέσων. Πέρα, όμως, από την συμβατική νοσηλευτική παρέμβαση, σημαντική καινοτομία στη νοσηλευτική πρακτική αποτελεί η προσπάθεια επανένταξης των ασθενών από άνοια σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας, προκειμένου να εγκαταλειφθεί η συνήθης πρακτική του κοινωνικού τους αποκλεισμού και οι ίδιοι να ξαναβρούν μια ταυτότητα κοινωνική.

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

## ABSTRACT

**Introduction:** The increase in life expectancy primarily affects the health sciences, but also societies and institutions. According to research by the United Nations (2015), the percentage of the population over the age of 60 is expected to increase to 36% in 2050. We need to know the characteristics of the elderly, to better treat them and their ways and means by which the institutions of society and the economy can contribute. In particular, it is worth knowing the syndrome of geriatric vulnerability and the chronic diseases that affect the elderly. The most important disease associated with old age and has reached pandemic proportions is dementia, with Alzheimer's disease being the most common form. The purpose of this work was, through the review of the relevant literature and articles, to study whether there are new data on the disease and what they are, in terms of causes, prognosis and prevention, treatment and cure, as well as and modern nursing interventions in elderly patients. **Method:** For the present work, in addition to the current literature, relevant articles were searched mainly in the last five years in the search engines Pubmed, Google Scholar and in various scientific medical and nursing journals with keywords related to geriatrics and dementia. **Results:** Dementia is characterized as an acquired and persistent loss of mental abilities that affects the daily life of the individual, the familiar environment and his caregivers and so far there is no cure, but ways to treat the symptoms, medicinal and non-medicinal. In addition, because health is defined as a state of physical, mental and social well-being and not just the absence of illness or weakness and is a cumulative condition that affects all life and its positive effects the person enjoys during old age, special attention is paid to risk factors. Also, although old age has been identified as a progressive generalized decline in functionality and an increase in risk associated with disease, based on the idea of healthy, active aging, the state is required to invest in long-term care in prevention and timely treatment of the health problems of the elderly and especially the problem of dementia in a person-centered way, as well as in the destigmatization of sufferers, through the creation of dementia-friendly communities. Finally, the nurse has an important role in the prevention of the disease, in the diagnosis and treatment of the demented patient both in structures and institutions and in the home care of the patient, when, however, he is trained to treat the patient suffering from dementia with in a holistic way, abandoning restrictive practices, pharmaceutical and non-pharmaceutical. **Conclusions:** This review has highlighted a number of published studies documenting the extent of the problem. Dementia is a real, serious global problem for health professionals and especially nurses and must be treated, both in terms of prevention and early intervention, with methods and ways that show respect for the patient's personality. Our work

shows that dementia patients need multidimensional nursing care at all stages of their treatment. The intervention should be person-centered, flexible in modifications based on the patient's needs, focused on realistic goals and avoiding frequent hospital admissions. Nursing staff should be informed of new interventions and specialize in caring for the elderly with dementia, abandoning practices that exacerbate the problem, such as the use of restrictive measures. But beyond conventional nursing intervention, an important innovation in nursing practice is the effort to reintegrate dementia patients into social activities in the community, in order to abandon the usual practice of social exclusion and rediscover a social identity themselves.

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

## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	2
ABSTRACT.....	4
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	12
1.2 ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.....	14
1.3 ΘΕΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.....	15
1.4 ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	16
1.5 ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	18
1.6 Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΖΩΗΣ.....	18
1.7 Ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ.....	19
1.8 ΔΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ.....	19
1.9 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ.....	19
1.10 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ.....	19
1.11 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗΣ.....	20
1.12 Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ.....	20
1.13 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ.....	20
1.14 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ.....	22
1.15 ΥΓΙΗΣ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ.....	24

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: Η ΝΟΣΟΣ ΑΝΟΙΑ**

2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	26
-------------------------	----

2.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ .....	28
2.3 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΟΙΑΣ.....	29
2.4 ΑΙΤΙΑ ΑΝΟΙΑΣ .....	30
2.5 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	
ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER .....	33
ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ .....	34
ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY .....	35
ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΕΣ ΑΝΟΙΕΣ .....	35
ΑΝΟΙΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ PARKINSON.....	36
ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ... ..	36
2.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	37
2.7 ΝΕΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	
2.8 ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ.....	39
2.9 ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ.....	44
2.10 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	45
2.11 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ.....	46
2.12 ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	46
2.13 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.. ..	46
2.14 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΙΑΣ .....	49
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΙΑΣ.....	51
ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ .....	54
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ	
ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΑΜΝΗΣΕΩΝ (REMINISCE).....	56



ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	59
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ.....	59
ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ-ΝΟΗΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ ΣΟΒΑΡΟΥ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟΥ.....	60
ΦΙΛΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΟΙΑ.....	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : Ο ΡΟΛΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ</b>	
3.1 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ .....	64
3.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΟΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	65
3.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.....	66
3.4 ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	73
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ:</b>	
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ-ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ.....	80
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	85
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ</b> .....	87

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Αντικείμενο της συγκεκριμένης εργασίας είναι η μελέτη της νόσου άνοιας στην Τρίτη ηλικία. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της συχνότητας παθήσεων της τρίτης ηλικίας, όπως για παράδειγμα της άνοιας[1,6]. Με βάση υπολογισμούς της ADI (Alzheimer's Disease International), 50 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με άνοια παγκοσμίως, αριθμός που θα ανέλθει σε 82 εκ. μέχρι το 2030 και σε 152 εκ. μέχρι το 2050. Έχουμε τη μεγαλύτερη αύξηση σε χώρες με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα. Ήδη το 60% των πασχόντων από άνοια ζουν σε αυτές τις χώρες, αλλά μέχρι το 2050 θα έχουμε αύξηση στο 71% (Dementia Statistics, <https://www.alzint.org/about/dementia-facts-figures/>).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την ADI:

Κάθε 3 δευτερόλεπτα κάπου στον κόσμο έχουμε ένα νέο περιστατικό άνοιας.

Πάνω από τα τρία τέταρτα όσων πάσχουν από άνοια δεν έχουν διαγνωθεί.

Σχεδόν το 80% του γενικού πληθυσμού ανησυχεί για την εξέλιξη της άνοιας και ένας στους τέσσερις σκέφτεται ότι δεν υπάρχει κάτι που μπορούμε να κάνουμε για να εμποδίσουμε την εμφάνισή της.

Σχεδόν το 62% των επαγγελματιών υγείας στον κόσμο πιστεύουν λανθασμένα ότι η άνοια είναι μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας της γήρανσης.

Το 35% των φροντιστών παγκοσμίως αποκρύπτουν τη διάγνωση της άνοιας από τα μέλη της οικογένειας.

Πάνω από το 50% των φροντιστών εξομολογούνται πως έχει επηρεαστεί η υγεία τους ως αποτέλεσμα της φροντίδας τους σε πάσχοντα από άνοια, παρόλο που τρέφουν θετικά συναισθήματα και εκτίμηση για τον ρόλο τους.

Αν και δεν υπάρχουν επαρκή και ακριβή δεδομένα για τη χώρα μας, εκτιμάται ότι με βάση τα στοιχεία της ADI και της Alzheimer Europe, υπάρχουν 200.000 ασθενείς με άνοια στη χώρα μας (και περίπου 50.000 μη καταγεγραμμένοι) και μέχρι το 2050, ο αριθμός των ασθενών με άνοια αναμένεται να υπερβεί τα 600.000 άτομα. Η γήρανση του πληθυσμού αυξάνεται εκθετικά και έτσι αντιμετωπίζουμε ένα ευρέως διαδεδομένο φαινόμενο που επηρεάζει σχεδόν όλες τις χώρες με συνέπειες και επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της ζωής και της κοινωνίας. Αυτή η αύξηση του πληθυσμού των ατόμων άνω των 60 ετών είναι αξιοσημείωτη. Εκτιμάται ότι μέχρι το 2050, αυτή η αύξηση θα διπλασιαστεί από 11% σε 22% [7,8]. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προβλέπει ότι το προσδόκιμο ζωής θα ξεπεράσει τα 90 έτη έως το 2030 σε ορισμένες ανεπτυγμένες χώρες. Επιπλέον ο ηλικιωμένος πληθυσμός ζει περισσότερο. Από το 2050 τα άτομα ηλικίας 80 ετών θα είναι 3 φορές ο πληθυσμός του 2013, φτάνοντας τα 392 εκατομμύρια [2].

Αυτή η αλλαγή στη δημογραφία είναι μια παγκόσμια πρόκληση και μπορεί να επηρεάσει την

οικονομία, την πολιτική, την εργασία και την δημοσιότητα υγεία [12]. Επιπλέον, όχι μόνο οι ενήλικες θα ξεπερνούν τα μικρά παιδιά για πρώτη φορά στην ιστορία, αλλά το μεγαλύτερο μέρος αυτής της αύξησης του πληθυσμού θα συμβεί στις αναπτυσσόμενες χώρες [3]. Ως δημογραφική γήρανση ορίζουμε τη συνεχή 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).

Ο στόχος, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, της υγιούς γήρανσης του πληθυσμού δεν είναι μόνο η αύξηση των ετών ζωής αλλά επίσης και το σημαντικότερο η παράταση των υγιών ενεργών ετών. Όμως, οι χρόνιες ασθένειες γίνονται όλο και πιο συχνές με την ηλικία και συχνά θεωρούνται αναπόφευκτο μέρος της γήρανσης. Ο ΠΟΥ εκτιμά ότι για τις χρόνιες ασθένειες ευθύνονται μή τροποποιητικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, αλλά και τροποποιητικοί, όπως έλλειψη φυσική άσκησης, κακή διατροφή, διαβήτης, υπέρταση, η αντιμετώπιση των οποίων μπορεί να συμβάλει στην υγιή γήρανση και στην παράταση των ενεργών ετών [13].

Υπάρχει η επιδείνωση των λειτουργιών που σχετίζεται με εκφυλιστικές διαταραχές στη γήρανση, με συνέπειες για την υγεία και τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων [11]. Για παράδειγμα, ο επιπολασμός της άνοιας αυξάνεται εκθετικά μεταξύ 65 και 85 ετών. Το 2012, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) κήρυξε την άνοια ως προτεραιότητα για την παγκόσμια δημόσια υγεία [13]. Ενώ η γήρανση δεν είναι η αιτία της άνοιας, είναι ένας από τους μεγαλύτερους παράγοντες κινδύνου.

Παρά τις επιστημονικές προόδους των τελευταίων 25 ετών, η αντιμετώπιση της άνοιας αποτελεί μείζον ζήτημα τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο [3]. Το στίγμα, η άρνηση και η έλλειψη οικονομικών πόρων αποτελούν τα κύρια εμπόδια για την ολοκληρωμένη φροντίδα των ατόμων με άνοια [2]. Εκτιμάται ως ένα νόσημα με σοβαρό και υψηλό φορτίο νοσηρότητας και με μείζονες συνέπειες κοινωνικές και οικονομικές για τις οικογένειες των πασχόντων και νοσούντων, το σύστημα υγείας, την εθνική οικονομία και την ποιότητα ζωής των νοσούντων και των οικογενειών τους [3]. Συνεπώς, η αύξηση των πασχόντων από γεροντική άνοια επιβαρύνει τα εθνικά συστήματα υγείας, αλλά βάζει και σε μεγάλη δοκιμασία την οικογένεια των νοσούντων [1]. Για αυτό η αντιμετώπιση της θεωρείται υψίστης σημασίας όχι μόνο στο πλαίσιο της υποστήριξης που δικαιούνται τα άτομα με Άνοια και οι οικογένειές τους, αλλά και για την επίτευξη μακροπρόθεσμα του εξορθολογισμού της διάθεσης των κρατικών πόρων για τη νόσο [5]. Το συνολικό εκτιμώμενο κόστος της άνοιας παγκοσμίως εκτιμάται για το 2030 σε δύο (2) τρισεκ. δολάρια.

Γι' αυτό είναι αναγκαίο να γνωρίζουμε τόσο τα επιστημονικά και ερευνητικά ευρήματα σχετικά με τις αιτίες εμφάνισης της συγκεκριμένης νόσου, τα συμπτώματα και τα μέσα αντιμετώπισής της, τα μέσα και τους τρόπους πρόληψης, την έγκυρη διάγνωση, όσο και τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας στη

διαδικασία της πρόληψης, της αντιμετώπισης, αλλά και της θεραπείας. Ένας απ' αυτούς είναι ο νοσηλευτής, τόσο ο εργαζόμενος σε δομές θεραπευτικές, όσο και ο κοινοτικός νοσηλευτής. Ο τελευταίος έχει να επιτελέσει ένα σημαντικό έργο, αν σκεφτούμε ότι ο αριθμός των ασθενών με άνοια αυξάνεται, αλλά και οι οικογένειες και οι φροντιστές των νοσούντων δεν είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν τις συνέπειες της νόσου σε ψυχολογικό, πρακτικό και οικονομικό επίπεδο. Η νόσος Alzheimer (AD), η πιο κοινή αιτία άνοιας, επηρεάζει περισσότερους από 25 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως, γεγονός που συνεπάγεται σημαντικό κόστος σε κοινωνικό, οικονομικό και υγειονομικό επίπεδο [4]. Ως εκ τούτου, θεωρείται απαραίτητο να υπάρχει ένα σχέδιο δράσης που να αντιμετωπίζει αυτήν την παθολογία με έναν πολυεπιστημονικό τρόπο όσον αφορά τη μορφή δράσης και τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες. Οι φαρμακολογικές θεραπείες (PT) είναι ευρέως χρησιμοποιούμενες παρεμβάσεις για την καταπολέμηση της εξέλιξης της άνοιας και ειδικότερα του AD. Ωστόσο, έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα και παρενέργειες, γεγονός που αναγκάζει τους επαγγελματίες υγείας να εξετάζουν ένα ευρύτερο φάσμα επιλογών παρέμβασης, όπως οι μη φαρμακολογικές θεραπείες (NPT). [2].

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

#### ΟΡΙΣΜΟΣ

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος» που συγκλήθηκε το 1982 στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε, όρισε ότι στην Τρίτη ηλικία ανήκουν όσοι είναι 60 ετών και άνω[14]. Υπάρχουν επιστήμονες που θέτουν ως όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ ορισμένοι διαχωρίζουν τους υπερήλικες σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας. Η έννοια της Τρίτης ηλικίας, λοιπόν, δεν έχει παγκόσμιο ορισμό. Είναι ένας όρος που συναρτάται με τον πολιτισμό μιας χώρας και τις συνθήκες ζωής. Μπορεί να συνοδεύεται από χρόνια νοσήματα και ανικανότητα ως αποτέλεσμα της ζωής μέσα στη φτώχεια, με δυσκολίες πρόσβασης στην ιατρική φροντίδα. Πολλοί άνθρωποι είναι λειτουργικά ηλικιωμένοι στα σαράντα και πενήντα, γεγονός που θέτει αμφισβήτηση στο χρονολογικό προσδιορισμό της τρίτης ηλικίας. Ένα πρόσωπο θεωρείται ηλικιωμένο όταν κάποιος είναι ανίκανος για εργασία εξαιτίας των προχωρημένων χρόνων και της περιορισμένης φυσικής δύναμης και της κακής υγείας (poor health). Βασισμένοι στη φυσική ικανότητα για εργασία, οι ηλικιωμένοι τοποθετούνται σε τρεις κατηγορίες: (1) Αυτοί που είναι ακόμη δραστήριοι και αναλαμβάνουν δραστηριότητες χωρίς υποστήριξη (2) Αυτοί που εργάζονται με δυσκολία και έχουν περιορισμένες δραστηριότητες (3) Πολύ ηλικιωμένοι που εργάζονται με δυσκολία στο σπίτι ή και καθόλου. Για παράδειγμα στη Νότια Αφρική η Τρίτη ηλικία προσδιορίζονται σε σχέση με την αυξανόμενη εξάρτηση από τους άλλους εξαιτίας της ανάγκης για ασφάλεια που προκαλείται από φυσική αδυναμία και επιδείνωση της υγείας. Γενικά η εξάρτηση των ηλικιωμένων από την υποστήριξη της οικογένειας είναι η βάση για τον ορισμό της Τρίτης ηλικίας. Σε πολλές χώρες της Νότιας Αφρικής η απώλεια της δυνατότητας αναπαραγωγής είναι δείκτης για τον ορισμό της Τρίτης ηλικίας. Σε άλλες χώρες και κουλτούρες οι ηλικιωμένοι συνδέονται με τη σοφία, την εμπειρία, τη διαφύλαξη της παράδοσης και τους οικογενειακούς δεσμούς. 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. Δεν υπάρχει ομοφωνία ως το ποιος και πότε ακριβώς μπορεί να

οριστεί ότι ανήκει στην τρίτη ηλικία, κι αυτό επειδή οι βιολογικοί παράγοντες δεν είναι οι μόνοι που θα πρέπει να συνυπολογίζουμε για να εντάξουμε κάποιον σ'αυτήν την ηλικία[15]. Όλο και περισσότερο στη βιβλιογραφία συναντάμε όρους πολιτισμικούς για τον προσδιορισμό της τρίτης ηλικίας. Δίνεται σημασία όχι τόσο στη βιολογική ή χρονολογική ηλικία, αλλά στην ψυχολογική, που ταυτίζεται με τη δυνατότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στις αλλαγές της ζωής και στην κοινωνική ηλικία που σχετίζεται με τους ρόλους, τα καθήκοντα και τα δικαιώματα που αποδίδει η κοινωνία σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες και με τα οποία τα κατατάσσει σε αυτές. Η διαδικασία της γήρανσης περιλαμβάνει μια αργή μείωση των φυσιολογικών ρυθμών με προοδευτική απώλεια της λειτουργικότητας του οργανισμού που συνοδεύεται από μειωμένη γονιμότητα, αυξημένη ευπάθεια σχεδόν στο σύνολο των ασθενειών και σημαντική θνησιμότητα. Ένα από τα μεγαλύτερα επιτεύγματα του μοντέρνου πολιτισμού είναι η εντυπωσιακή μείωση της ανθρώπινης θνησιμότητας που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του προσδόκιμου μέσου όρου ζωής. Η εξέλιξη αυτή βέβαια έχει ως αποτέλεσμα οι πληθυσμοί των αναπτυγμένων χωρών να είναι ολοένα και πιο ηλικιωμένοι. Για παράδειγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής στις αρχές του 20ου αιώνα μόλις το 4% του πληθυσμού ήταν πάνω από 65 ετών, ενώ σήμερα το ποσοστό αυτό έχει ανέλθει στο 13%. Παρά την έντονη πρόοδο της τεχνολογίας δεν υπάρχει ακόμη τρόπος να νικήσουμε το γήρας.

Βασικοί παράγοντες στη διαδικασία της γήρανσης, σύμφωνα με τον Hayflick, είναι η κληρονομικότητα, η κοινωνική προσαρμογή του ατόμου και η συμπεριφορά του, η ψυχοσύνθεσή του, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον του, η υγιεινή διαβίωση [16]. Παρόλα αυτά, σύμφωνα με επιστήμονες, που ασχολούνται με την φυσιολογία και την βιολογία του γήρατος, δεν υπάρχει ένας ορισμός για την τρίτη ηλικία, αλλά υπάρχουν διάφορες θεωρίες, όπως οι βιολογικές, οι δομικές και λειτουργικές, η θεωρία της δραστηριότητας, της αποδέσμευσης κ.ά. Γενικά όλο και περισσότερο η έννοια συνδέεται με όρους πολιτισμικούς. Η Γεροντολογία σε συνεργασία με την Κριτική Θεωρία αμφισβητεί τις κανονιστικές θεωρίες σχετικά με τη γήρανση και την ευημερία και δίνει προτεραιότητα στον αυτοπροσδιορισμό και τα ανθρώπινα δικαιώματα [17]. Οι προκαταλήψεις και οι διακρίσεις που σχετίζονται με την ηλικία θεωρούνται συνήθως ως κοινωνικό πρόβλημα και είναι αυτές που επιβάλλουν τα διάφορα συστήματα ταξινόμησης.[18] Αυτές οι συμβάσεις, ωστόσο, εξετάζουν κάθε κατηγορία ως ομοιογενή και βασίζονται στη χρονολογική ηλικία και τα αυστηρά προσδιορισμένα στάδια ζωής, αρνούμενες να αναγνωρίσουν τις εξαιρετικά αποκλίνουσες εμπειρίες ζωής ανάμεσα στους ηλικιωμένους. Οι εμπειρίες των ηλικιωμένων δεν διαμορφώνονται μόνο από μια πτυχή της ταυτότητάς τους, αυτής της ηλικίας, αλλά από ένα συνδυασμό παραγόντων, όπως το φύλο, η ηλικία, η θρησκεία, η αναπηρία, η υγεία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η εθνότητα. Ένα παράδειγμα είναι η αβεβαιότητα στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και στον τρόπο που αντιδρούν στους

κινδύνους της ζωή τους[18].

Αν και η διαδικασία της γήρανσης είναι αναπόφευκτη, είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τη διαδικασία. Διάφοροι επαγγελματίες υγείας, ιατροί, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, μπορεί να είναι σε θέση να επηρεάσουν θετικά παραγόντες που διατηρούν ή δημιουργούν καλύτερη υγεία και ευεξία καθώς το άτομο μεγαλώνει, θεραπεύοντας και βελτιώνοντας τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη γήρανση. Στο παρελθόν, η μέγιστη διάρκεια ζωής, το μέγιστο βιολογικό όριο ζωής σε ένα ιδανικό περιβάλλον, δε θεωρήθηκε ότι υπόκειται σε αλλαγές, με τη διαδικασία της γήρανσης να θεωρείται μη προσαρμοστική και να υπόκειται σε γενετικά χαρακτηριστικά. Στις αρχές του 1900, μια σειρά από ελαττωματικά πειράματα από τον ερευνητή Alexis Carrel έδειξαν ότι σε ένα βέλτιστο περιβάλλον, κύτταρα ανώτερων οργανισμών ήταν σε θέση να διαιρούνται συνεχώς, με συνέπεια οι άνθρωποι να πιστέψουν ότι τα κύτταρά τους έχουν δυνητικά αθάνατες ιδιότητες. Όμως στη δεκαετία του 1960 ο Leonard Hayflick [16] διέψευσε αυτή τη θεωρία, προσδιορίζοντας τον μέγιστο αριθμό διαιρέσεων που θα μπορούσε να υποστεί ένα ανθρώπινο κύτταρο (γνωστό ως όριο Hayflick), ορίζοντας ως μέγιστη διάρκεια ζωής περίπου τα 115 χρόνια. Βασισμένος σε πειραματικά δεδομένα σε εμβρυακά ινοβλαστικά κύτταρα κατά την αναπαραγωγική τους ικανότητα υποστήριξε ότι τα κύτταρα μπορούν να αυτοαναπαραχθούν σε περιορισμένο αριθμό φορών και ότι το προσδόκιμο ζωής πρέπει να θεωρείται ως προπρογραμματισμένο φαινόμενο για κάθε είδος. Η διάρκεια ζωής είναι το κλειδί για τις εγγενείς βιολογικές αιτίες της γήρανσης, καθώς αυτοί οι παράγοντες διασφαλίζουν την επιβίωση ενός ατόμου σε ένα ορισμένο σημείο έως ότου η βιολογική γήρανση τελικά προκαλέσει θάνατο[19]. Υπάρχουν πολλές θεωρίες σχετικά με τους μηχανισμούς των αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία, αλλά καμία θεωρία δεν είναι επαρκώς ικανή να εξηγήσει τη διαδικασία της γήρανσης και συχνά έρχονται σε αντίθεση μεταξύ τους[20,21]. Οι αιωνόβιοι έχουν υγιή γήρανση λόγω της καθυστέρησης σε διαδικασίες, όπως η φυσιολογική παρακμή και ασθένειες ή σύνδρομα που σχετίζονται με την ηλικία. Η βιολογία των αιωνοβίων δίνει ένα κλειδί για παρέμβαση στην προώθηση της υγιούς γήρανσης στον γενικό πληθυσμό.

## **ΟΙ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ**

Οι σύγχρονες βιολογικές θεωρίες της γήρανσης στους ανθρώπους εμπίπτουν σήμερα σε δύο κύριες κατηγορίες: προγραμματισμένες και θεωρίες βλάβης ή σφάλματος [26]. Οι προγραμματισμένες θεωρίες υποδηλώνουν ότι η γήρανση ακολουθεί ένα βιολογικό χρονοδιάγραμμα (ρυθμίζεται από αλλαγές στην γονιδιακή έκφραση που επηρεάζουν τα συστήματα, τα υπεύθυνα για τη συντήρηση και τις αμυντικές αντιδράσεις και οι θεωρίες βλαβών ή σφαλμάτων που δίνουν έμφαση στις περιβαλλοντικές επιθέσεις σε ζωντανούς οργανισμούς που προκαλούν σωρευτικές βλάβες σε διάφορα επίπεδα ως αιτία γήρανσης[27, 28, 29]. Αυτές οι δύο κατηγορίες θεωρίας [22] αναφέρονται επίσης ως

μη προγραμματισμένες θεωρίες γήρανσης που βασίζονται σε εξελικτικές έννοιες, σύμφωνα με τις οποίες η γήρανση θεωρείται το αποτέλεσμα της αδυναμίας ενός οργανισμού να καταπολεμήσει καλύτερα τις φυσικές επιδεινωτικές διαδικασίες, και προγραμματισμένες θεωρίες γήρανσης, οι οποίες θεωρούν τη γήρανση τελικά να είναι το αποτέλεσμα ενός βιολογικού μηχανισμού ή προγράμματος που προκαλεί ή επιτρέπει επιδείνωση και θάνατο προκειμένου να επιτευχθεί ένα άμεσο εξελικτικό όφελος. Το τελευταίο επιτυγχάνεται με τον περιορισμό της διάρκειας ζωής πέρα από τη βέλτιστη διάρκεια ζωής για κάθε είδος. Οι σύγχρονες προγραμματισμένες (προσαρμοστικές) θεωρίες της βιολογικής γήρανσης υποστηρίζουν ότι οι οργανισμοί, συμπεριλαμβανομένων των θηλαστικών, έχουν γενικά αναπτύξει μηχανισμούς που περιορίζουν σκόπιμα τη διάρκεια ζωής τους προκειμένου να αποκτήσουν εξελικτικό όφελος. Οι σύγχρονες μη προγραμματισμένες θεωρίες υποστηρίζουν ότι η γήρανση των θηλαστικών γενικά προέρχεται από φυσικές επιδεινωτικές διαδικασίες και ότι οι διαφορές στη διάρκεια ζωής μεταξύ των ειδών εξηγούνται από τις διαφορές στον βαθμό στον οποίο αντιστέκονται σε αυτές τις διαδικασίες. Είναι, όμως σημαντικό να τονιστεί ότι οι βιολογικές θεωρίες δίνουν σημασία στις επιβλαβείς επιδράσεις που οδηγούν στην μείωση της λειτουργικότητας του οργανισμού, στην προοδευτική εμφάνιση αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και αυξάνονται με τον χρόνο, στις εσωτερικές αλλαγές που μπορούν να επηρεάσουν όλα τα μέλη ενός είδους με την πάροδο του χρόνου. Αλλά, υποστηρίζεται ότι όλα τα όργανα σε κάθε οργανισμό δεν γηράσκουν με τον ίδιο ρυθμό και ότι κάθε όργανο δεν γηράσκει υποχρεωτικά με τον ίδιο ρυθμό σε διαφορετικά άτομα του ίδιου είδους. Συνεπώς, η κατανόηση σε μοριακό και κυτταρικό επίπεδο των βιολογικών διαδικασιών που υπάρχουν και σχετίζονται με την ηλικία και συμβάλλουν στην ανατομική και λειτουργική μεταβολή του καρδιαγγειακού συστήματος είναι σημαντικής βαρύτητας [112,113]. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η διαδικασία της γήρανσης του ανθρώπου επιβραδύνεται όλο και περισσότερο χάρη στην επικράτηση ειρήνης, την προηγμένη ιατρική επιστήμη και την επιστημονική τεχνολογία, που όλα συμβάλλουν στη μέση παρατεταμένη μακροζωία. Στις αναπτυσσόμενες χώρες ή περιοχές, αντίθετα, οι περισσότεροι ζουν μέσα σε συνθήκες φτώχειας, κακών συνθηκών υγιεινής και έλλειψης ιατρικής περίθαλψης. Ο μέσος όρος ζωής τους είναι τόσο σύντομος όσο ήταν 30 με 50 χρόνια πριν. Ωστόσο, και σε ανεπτυγμένες χώρες με πιθανή σταδιακή γήρανση και μακροζωία, ορισμένοι ηλικιωμένοι ζουν περισσότερο και πιο υγιείς χωρίς κανένα σημαντικό σωματικό ή ψυχικό πρόβλημα, ενώ άλλοι ηλικιωμένοι υποφέρουν από ακινησία, άνοια ή άλλα προβλήματα που σχετίζονται με τη γήρανση[36].

### **ΘΕΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ ΓΗΡΑΝΣΗΣ**

Ο Βρετανός ιστορικός Peter Laslett (1915-2001) καθιέρωσε τη μάλλον θετική θεωρία γήρανσης για την Τρίτη ηλικία στη δεκαετία του 1980. 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. Στη θεωρία του Laslett (1987), η Τρίτη ηλικία, που ως όρος προήλθε από τα γαλλικά πανεπιστήμια, les Universités du Troisième Âge (τα Πανεπιστήμια της Τρίτης ηλικίας), τα οποία από τη δεκαετία του 1970 προσέφεραν ευκαιρίες σπουδών σε ηλικιωμένους σχετικά υγιείς και δραστήριους, είναι μια εποχή μετά τη συνταξιοδότηση με υγεία, σθένος και θετική στάση γι’ αυτό το ηλικιακό στάδιο, εκτός από συγκεκριμένες περιπτώσεις. Περιέγραψε επίσης ότι η Τρίτη ηλικία εμφανίστηκε μόνο σε ανεπτυγμένες χώρες με γήρανση πληθυσμού και εξαιρετικές οικονομικές συνθήκες. Προηγουμένως, οι περισσότεροι ερευνητές είχαν την τάση να διεξάγουν τις μελέτες γήρανσης που επικεντρώνονταν σε αρνητικές απόψεις γι’ αυτήν την ηλικία, όπως η μείωση της ψυχικής/σωματικής λειτουργίας και η εμφάνιση πολλών και δύσκολα αντιμετωπίσιμων ασθενειών. Η θεωρία του Laslett επικράτησε γρήγορα μεταξύ των ανεπτυγμένων χωρών και οι ερευνητές πραγματοποίησαν θετικές μελέτες γήρανσης (π.χ. επιδράσεις κοινωνικών δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένης της μάθησης, στην Τρίτη ηλικία [16]). Η γενική θεωρία του Laslett ρίχνει ένα νέο φως στα χαρακτηριστικά των της Τρίτης ηλικίας και τον ρόλο τους στην κοινωνία. Τα άτομα της Τρίτης ηλικίας που εγκαταλείπουν την αγορά εργασίας δεν είναι μόνο οπλισμένοι με μεγάλη εμπειρία και πολλαπλές ικανότητες, αλλά επίσης απαλλάσσονται από επαγγελματικές υποχρεώσεις, ενώ είναι ακόμα υγιείς. Είναι σε θέση να συμμετάσχουν στην κοινωνία, συνδυάζοντας πολλές προσωπικές δυνάμεις και απαλλαγμένοι από επαγγελματικές υποχρεώσεις. Ο Laslett τους προκαλεί να κάνουν την Τρίτη ηλικία περίοδο προσωπικής ανάπτυξης κάνοντας επιλογές κοινωνικής συμμετοχής και πολιτικής συμβολής [37]. Αυτές οι παρατηρήσεις υπονοούν ότι για να διευκολυνθεί η κοινωνική συμμετοχή αυτού του πληθυσμού, οι οργανώσεις, οι δομές και οι θεσμοί του κράτους και της κοινωνίας των πολιτών πρέπει να επανεξετάσουν τους στόχους, τις δραστηριότητες και τις διαδικασίες τους, προκειμένου να εντάξουν και τα άτομα της Τρίτης ηλικίας.

## **ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Η γήρανση χαρακτηρίζεται από προοδευτικές και αμετάκλητες, με την πάροδο του χρόνου, αλλαγές στη δομή και στη λειτουργικότητα του ατόμου. 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. Σύμφωνα με τον Kirkwood [18] είναι αμφίβολο το εάν υπάρχει ένα μέγιστο προσδόκιμο ζωής για τους ανθρώπους και ποιο είναι αυτό. Μια πιθανή ερμηνεία είναι ότι ένα γονίδιο, προφανώς αυτό που σχετίζεται με τη λειτουργία του ανοσοποιητικού, γίνεται ελαττωματικό και πιο ευπρόσβλητο από τις ελεύθερες ρίζες, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ισορροπία μεταξύ του νευρικού-ενδοκρινικού-ανοσοποιητικού συστήματος [25, 26]. Η βιολογική ηλικία είναι μια σύνθετη

παράμετρος που περιλαμβάνει την ημερολογιακή ηλικία ενός ατόμου, την υγεία του ως προς την ηλικία του και τα ιατρικά σημεία για το προσδόκιμο ζωής του. Ιστορικά, οι πρώτες εκτιμήσεις της βιολογικής ηλικίας βασίστηκαν σε δείκτες που μπορούσαν να μετρηθούν, όπως φλεγμονή, αντίσταση στη γλυκόζη και ενδοκρινείς δείκτες και σε λειτουργικές δοκιμές, όπως η γνωστική λειτουργία και η καρδιοαναπνευστική ικανότητα. Τέτοιοι δείκτες έχουν άμεση κλινική ερμηνεία, αλλά ακόμη και αν προβλέπουν τη θνησιμότητα, δεν είναι σαφές σε ποιο βαθμό μετρούν την ίδια τη βιολογική γήρανση, παρά την επιδείνωση της υγείας για άλλους λόγους. Επιπλέον, αυτοί οι δείκτες συχνά λειτουργούν μόνο ως μέσοι δείκτες σε πολύ μεγάλα δείγματα και διαφέρουν πολύ μεταξύ των ατόμων. Άλλες προσεγγίσεις, βασισμένες σε βαθύτερη κατανόηση των μοριακών και κυτταρικών αιτιών γήρανσης, περιλαμβάνουν τη μέτρηση των επιπέδων p16 (δείκτη κυτταρικής γήρανσης ή όταν ένα κύτταρο σταματήσει να διαιρείται) και μέτρηση του μήκους των τελομερών στα λευκοκύτταρα. Η βιολογική ηλικία αυξάνεται καθώς το μήκος των τελομερών μειώνεται. Έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί προσεγγίσεις πολυομικών για την εκτίμηση του ρυθμού γήρανσης. Το βασικό ερώτημα παραμένει. Σε ποιο βαθμό τα επιγενετικά ρολόγια είναι συνάρτηση της ηλικίας και σε ποιο βαθμό μέρος της βιολογικής γήρανσης; Πώς αλλάζει το επιγονιδίωμα με την ηλικία; Πόσο στενά συνδέονται τα επιγενετικά ρολόγια με τη θνησιμότητα; Είναι δυνατόν να αντιστραφεί η επιγενετική ηλικία, για παράδειγμα μέσω αλλαγών στον τρόπο ζωής ή παρεμβάσεων; Οι παράγοντες διατροφής, άσκησης, εκπαίδευσης και τρόπου ζωής φαίνεται να μπορούν να επηρεάσουν το ρυθμό γήρανσης σύμφωνα με το επιγενετικό ρολόι. Ορισμένα φάρμακα μπορούν να επιβραδύνουν το επιγενετικό ρολόι σε κύτταρα που καλλιεργούνται στο εργαστήριο και ορισμένες θεραπείες έχουν επίσης αποδειχθεί αποτελεσματικές in vivo [20, 21].

## **ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Η μέτρηση της είναι ανεξάρτητη από φυσιολογικούς, βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικοπολιτιστικούς παράγοντες. Ωστόσο, δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των χωρών αναφορικά με την τρίτη ηλικία και το τι τα άτομα επιτρέπεται ή όχι να πράττουν. 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 σε άτομα της ίδιας χρονολογικής ηλικίας. Επιπλέον, η χρονολογική ηλικία δεν είναι ένας επαρκής προγνωστικός παράγοντας της λειτουργικής κατάστασης αλλά και του προσδόκιμου επιβίωσης ενός ατόμου, επειδή ως σημαντικές κρίνονται άλλες παράμετροι, όπως το φύλο, το ιατρικό ιστορικό και οι οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες μέσα στις οποίες ζει ένα άτομο [22]

## **Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΩΣ ΣΤΑΔΙΟ ΤΟΥ ΚΥΚΛΟΥ ΖΩΗΣ**

Για τον κύκλο ζωής προτείνονται στάδια. Ο Erikson, στη θεωρία του για την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη της προσωπικότητας πρότεινε οκτώ στάδια (Erikson 1980), με το τελευταίο να το προσδιορίζει ως μια περίοδος αναστοχασμού της προηγούμενης ζωής και ανάπτυξη μιας αίσθησης ικανοποίησης, αρμονίας αρχικών στόχων, αντιλήψεων και πράξεων (ολοκλήρωση του Εγώ αποδοχή των γηρατειών και του φυσικού τέλους). Κάποιοι θα αναπτύξουν αρνητικά συναισθήματα, όπως την αίσθηση του ανικανοποίητου και τη μη αποδοχή των γηρατειών (φόβος του θανάτου και πικρία για τα μη εκπληρωμένα) [30]. Ο απολογισμός των εμπειριών σηματοδοτούν το νόημα της ζωής που πέρασε κάποιος και αν ήταν ευτυχισμένη, ή ανούσια και γεμάτη απραγματοποίητους στόχους. Ο άνθρωπος έχει να αντιμετωπίσει την 8η και τελευταία ψυχοκοινωνική κρίση, που είναι η κρίση μεταξύ ακεραιότητας και απόγνωσης. Αφορά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντικρίζει το τέλος της ζωής, τον θάνατο. Η γερωντική ηλικία είναι η εποχή της περισυλλογής και της αναπόλησης των πεπραγμένων κατά τη διάρκεια της ζωής. Αν ο άνθρωπος αναπολεί τη ζωή του με ένα αίσθημα θλίψης, βλέποντάς την ως μια σειρά από χαμένες ευκαιρίες και απογοητεύσεις και νιώθοντας ότι ο χρόνος που του απομένει είναι ελάχιστος για να προσπαθήσει να ξεκινήσει μια άλλη ζωή και να δοκιμάσει άλλες εναλλακτικές λύσεις, τότε διακατέχεται από το φόβο του θανάτου και οδηγείται στην απόγνωση. Στο βαθμό που έχει αντεπεξέλθει ικανοποιητικά στις προηγούμενες φάσεις της ζωής του και κυρίως στο βαθμό που έχει αποδεχτεί τις επιτυχίες του και τις απογοητεύσεις του, που είναι συνυφασμένες με την ανθρώπινη ύπαρξη, τότε ωριμάζει βαθμιαία μέσα του των επτά προηγούμενων σταδίων, που είναι η ακεραιότητα του εγώ. Αποδέχεται τον έναν και μοναδικό κύκλο ζωής αναγνωρίζοντας ότι η ατομική του ζωή δεν είναι παρά η τυχαία σύμπτωση ενός μονάχα κύκλου ζωής με ένα τμήμα της πανανθρώπινης ιστορίας και ο θάνατος πλέον χάνει τη σημασία του [31, 32]

### **ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ**

Αυτή η οπτική έχει σχέση με τη συμμετοχή στην αγορά εργασίας. Πρόκειται για την απομάκρυνση του ατόμου από την αγορά εργασίας και την παραγωγική διαδικασία. Σχετίζεται με τον χρόνο της συνταξιοδότησης και τα όρια που καθορίζει η πολιτική των διαφόρων χωρών. Η νομοθεσία ορίζει το όριο και επομένως την ηλικία συνταξιοδότησης και προσδιορίζει την έναρξη της τρίτης ηλικίας [32].

### **ΔΟΜΙΚΕΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ**

Διακρίνονται στη θεωρία της δραστηριότητας και στη θεωρία της αποδέσμευσης και αποδίδεται μεγάλη σημασία στο πώς η κοινωνία και οι θεσμοί της ορίζουν τους ρόλους της κάθε ηλικιακής ομάδας. Δίνεται έμφαση στη διατήρηση της κοινωνικής ισορροπίας και συνοχής, σε αντίθεση με τις έννοιες της κοινωνικής αλλαγής και της κοινωνικής σύγκρουσης. Τα άτομα αντιμετωπίζονται ως παθητικοί συντελεστές της κοινωνίας.

## **Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ**

Η θεωρία της δραστηριότητας υποστηρίζει ότι η προσαρμογή είναι κύρια λειτουργία του ανθρώπου (Havighurst). Η προσαρμογή είναι πιο εφικτή στα άτομα που δέχονται την γήρανση ως μια φυσική διαδικασία. 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 είναι η περίοδος που τα άτομα διατηρούν τις δραστηριότητες τους, ενώ ο καλύτερος τρόπος γήρανσης επιτυγχάνεται όταν οι ρόλοι παραμένουν, ή προστίθενται νέοι [34, 37, 38].

## **Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΑΠΟΔΕΣΜΕΥΣΗΣ**

Είναι αντίθετη στη θεωρία της δραστηριότητας. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος γήρανσης γίνεται με τη σταδιακή απώλεια των κοινωνικών ρόλων και δημιουργία σχέσεων και επαφών με άλλα ηλικιωμένα άτομα και παραχώρηση στη νέα γενιά των ρόλους της παραγωγικής, οικονομικής διαδικασίας. Η διαδικασία της επιτυχούς γήρανσης σημαίνει σταδιακή μείωση των δραστηριοτήτων [35]

## **ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΚΗΣ ΔΙΑΣΤΡΩΜΑΤΩΣΗΣ**

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η ηλικία αποτελεί βασικό κριτήριο για να αναλάβει κάποιος κοινωνικούς ρόλους και κοινωνικές υποχρεώσεις. Τα άτομα κατατάσσονται ανάλογα με την χρονολογική τους ηλικία, ανεξάρτητα από παράγοντες, όπως κοινωνική τάξη, φύλο και εθνικότητα.[38] Αυτή η θεωρία είναι πιο αναφερόμενη και χρησιμοποιούμενη προσέγγιση στη βιβλιογραφία. Σύμφωνα με αυτήν, η ηλικία νοείται τόσο ως διαδικασία όσο και ως δομή. Η γήρανση νοείται ως βιοψυχοκοινωνική διαδικασία, αποτυπώνοντας έτσι την ψυχολογική και βιολογική ανάπτυξη καθώς και την εμπειρία εισόδου και εξόδου σε κοινωνικούς ρόλους. Οι ρόλοι είναι ανοικτοί σε άτομα συγκεκριμένων ηλικιών και καλλιεργούνται προσδοκίες που σχετίζονται με την ηλικία. Η ηλικία καθιερώνεται επίσης στην κοινωνική δομή ως κριτήριο για την είσοδο ή την παραίτηση από ορισμένους ρόλους και έτσι χρησιμοποιείται ως δείκτης μέσω του οποίου αξιολογείται η κατάλληλη για την ηλικία συμπεριφορά [37].

## **Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΣΥΓΚΡΟΥΣΕΩΝ**

Περιγράφονται οι τρόποι με τους οποίους οι κοινωνικές ομάδες και οι κοινωνικές αλλαγές επηρεάζουν τη διαδικασία της γήρανσης σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο. Δεν υπάρχει η κατηγορία Τρίτη ηλικία σε επίπεδο γενίκευσης και ομογενοποίησης [38]. Αντίθετα σε αυτό που ορίζουμε ως Τρίτη ηλικία υπάρχουν άτομα που τα συμφέροντά τους συγκρούονται ως προς την κατανομή των δυσεύρετων πόρων για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια (συγκρούσεις μεταξύ των γενεών).

## **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ**

Τα χαρακτηριστικά του γήρατος μπορούμε να τα δούμε από βιολογική, κοινωνικοιστορική και ψυχολογική πλευρά, αν θεωρήσουμε τον ηλικιωμένο ως μια βιοψυχοκοινωνική ενότητα. Υπάρχουν

διάφορες προσεγγίσεις στη βιολογική γήρανση[52]. 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 διαφορές ανάμεσα στα άτομα της ίδιας ηλικίας. Επιπλέον, και οι βιολογικές διαδικασίες βιώνονται διαφορετικά, με τρόπο υποκειμενικό. Ανάλογος μπορεί να είναι και ο τρόπος που βιώνεται η σωματικότητα σε κάθε πολιτισμική ομάδα [52]. Σε γενικό πλαίσιο, βασικό χαρακτηριστικό των γηρατειών είναι η σταδιακή μείωση της ζωτικότητας και της αποδοτικότητας των κυττάρων στα διάφορα συστήματα. Έχουμε έκπτωση νοητικών λειτουργιών, αλλά όχι στον ίδιο βαθμό σε όλους τους ηλικιωμένους [50]. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ σε βιολογικό επίπεδο, η γήρανση προκύπτει από τον αντίκτυπο της συσσώρευσης μιας μεγάλης ποικιλίας μοριακών και κυτταρικών βλαβών με την πάροδο του χρόνου [44]. Αυτό οδηγεί σε σταδιακή μείωση της σωματικής και πνευματικής ικανότητας, σε αυξανόμενο κίνδυνο ασθένειας και τελικά σε θάνατο. Αλλά αυτές οι αλλαγές δεν είναι ούτε γραμμικές ούτε συνεπείς και συνδέονται ελάχιστα με την ηλικία ενός ατόμου σε χρόνια. Ενώ μερικοί ηλικιωμένοι 70 ετών απολαμβάνουν εξαιρετικά καλή υγεία και λειτουργικότητα, άλλοι 70 ετών είναι αδύναμοι και απαιτούν σημαντική βοήθεια από άλλους. Πέρα από τις βιολογικές αλλαγές, η γήρανση συνδέεται επίσης με άλλες μεταβάσεις ζωής, όπως η συνταξιοδότηση, η μετεγκατάσταση σε πιο κατάλληλη στέγαση και ο θάνατος φίλων και συντρόφων. Κατά την ανάπτυξη μιας πολιτικής δημόσιας υγείας για τη γήρανση, είναι σημαντικό όχι μόνο να ληφθούν υπόψη προσεγγίσεις που βελτιώνουν τις απώλειες που σχετίζονται με την ηλικία, αλλά και εκείνες που μπορούν να ενισχύσουν την ανάκαμψη, την προσαρμογή και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη[47]. Επιπλέον, η Τρίτη ηλικία χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση πολύπλοκων καταστάσεων υγείας που δεν εμπίπτουν σε ξεχωριστές κατηγορίες ασθενειών και συνήθως ονομάζονται γηριατρικά σύνδρομα. Συχνά είναι συνέπεια πολλών υποκείμενων παραγόντων και περιλαμβάνουν ευπάθεια, ακράτεια ούρων, πτώσεις, παραλήρημα και έλκη πίεσης [53]. Καθώς οι άνθρωποι γερνούν, είναι πιθανόν να αναπτύξουν διάφορα είδη και μορφές προβλημάτων υγείας, τα γηριατρικά σύνδρομα, δηλαδή προβλήματα που συνήθως έχουν περισσότερα από μια αιτία και εμπλέκουν πολλά μέρη του σώματος [48]. Οι γηρίατροι μπορούν να παίξουν έναν σπουδαίο ρόλο στη διάγνωση και διαχείριση αυτών των συνδρόμων. Τα γηριατρικά σύνδρομα φαίνεται να είναι οι καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντες θανάτου σε σχέση με την ύπαρξη συγκεκριμένων ασθενειών [47]. Ωστόσο, εκτός των χωρών που έχουν αναπτύξει τη γηριατρική ως ειδικότητα, συχνά παραβλέπονται στις παραδοσιακά δομημένες υπηρεσίες υγείας και στην επιδημιολογική έρευνα[48]. Μερικά από τα χαρακτηριστικά της γήρανσης είναι:

Δομικές και λειτουργικές αλλαγές .

Κάθε αλλαγή που συμβαίνει προστίθεται στις προηγούμενες και έχει αθροιστικό αποτέλεσμα.

Αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και έχουν εξελικτικό, σταδιακό χαρακτήρα. Οφείλονται οι αλλαγές σε εσωτερικές αιτίες που είναι αναπόδραστες και καθολικές σε όλα τα μέλη του είδους και μη αναστρέψιμες.

Αρχίζει η γήρανση μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα και καταλήγει στο θάνατο.

Προσδιορίζεται ως μικρότερη αντοχή του ατόμου στην διαχείριση των εξωτερικών πιέσεων και στην αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου. Από την άλλη, παρά τον υποχρεωτικό και καθολικό χαρακτήρα των βιολογικών μεταβολών και τη γενικότερη σχέση τους με την ηλικία, το πότε αυτές θα εμφανισθούν και με ποια μορφή είναι συνάρτηση και των περιβαλλοντικών παραγόντων και του τρόπου ζωής [49].

### **ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ**

Με την πάροδο του χρόνου, στο άνθρωπο υπάρχουν σημαντικές αλλαγές στην εμφάνιση και τη λειτουργικότητα. Οι αλλαγές αυτές οφείλονται σε παράγοντες γενετικούς, αλλά και σε περιβαλλοντικούς, όπως και στο τρόπο ζωής [51, 52]. Σημαντικό ρόλο στην κατάσταση της υγείας ενός ατόμου έχουν η διατροφή, η άσκηση, οι προσωπικές συνήθειες, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες καθώς και η παρουσία ή όχι ασθενειών [53, 49]. Για παράδειγμα η αποτελεσματικότητα των πέντε αισθητήριων οργάνων – όραση, ακοή, αφή, γεύση, όσφρηση- μειώνεται στην Τρίτη ηλικία, αυτή όμως διαφέρει στον κάθε ηλικιωμένο. Επιπρόσθετα, οι μεταβολές εκτός από σωματικές μπορεί να είναι και γνωστικές.

Αλλαγές στο σώμα του ανθρώπου με το πέρασμα των χρόνων :

Κυτταρικές μεταβολές με συνέπεια την αλλαγή της εξωτερικής εμφάνισης του και την αλλοίωση των χαρακτηριστικών, όπως άσπρα μαλλιά, ρυτίδες, μείωση του ύψους και μείωση ή αύξηση του βάρους. Μυοσκελετικές αλλαγές,, 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 και μεταβολές στη λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποσότητας αίματος που φθάνει στα κύτταρα με συνέπεια λιγότερο οξυγόνο στους μύες. Εμφάνιση υψηλής πίεσης του αίματος.

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

Εκκριτικό σύστημα με τα νεφρά να μην 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 είναι η ακράτεια ούρων.

Ως προς τη διατροφή και την πέψη εμφανίζονται προβλήματα στον οισοφάγο που επηρεάζουν τη μεταφορά των τροφών στο στομάχι. Επίσης, προβλήματα αφορούν την έκκριση των γαστρικών υγρών και έχουμε κάποιες μεταβολές στα έντερα με επιπτώσεις στην απορρόφηση του λίπους και ορισμένων μετάλλων.

Στο Αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) τα άτομα άνω των 65 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.

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

Ως προς το Αναπαραγωγικό σύστημα στις γυναίκες υπάρχει μείωση ορμονών και στους άντρες μεταβολές στην σεξουαλική λειτουργία, που έχουν σχέση με τη λειτουργία του προστάτη.

Ως προς την όραση, τα άτομα μεγάλης ηλικίας εμφανίζουν καταρράκτη και πρεσβυωπία, ενώ μειώνεται η χρωματική όραση. Όσον αφορά την ακοή, έχουμε πρεσβυακοή, δηλαδή μία ελαττωμένη ευαισθησία σε ήχους υψηλής συχνότητας. Η γεύση εμφανίζει σημαντική βλάβη στην προχωρημένη ηλικία, ενώ η όσφρηση εμφανίζει βλάβη μετά τα 50 χρόνια. Υπάρχει σχετική μείωση της απτικής διάκρισης με την ηλικία. Οι διαταραχές στην ισορροπία έχουν επιπτώσεις στην κινητικότητα των ηλικιωμένων.

Επιπλέον, παρατηρούνται μεταβολές και στις γνωσιακές λειτουργίες του ατόμου. Τα ηλικιωμένα άτομα αδυνατούν να επεξεργαστούν γρήγορα μεγάλο όγκο πληροφοριών και να πάρουν αποφάσεις. Παραπονιούνται για προβλήματα μνήμης. Έχουμε έκπτωση των γνωσιακών ικανοτήτων, οι οποίες είναι συνάρτηση όχι μόνο ή κυρίως της ηλικίας, ή της σωματικής και ψυχικής υγείας και της καλής λειτουργίας του εγκεφάλου, αλλά και της μόρφωσης και των συνθηκών στις οποίες έζησε και ζει κάποιος [53].

## **ΥΓΙΗΣ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ**

Η υγεία, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, ορίζεται ως μια κατάσταση της φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευζωίας και όχι μόνο ως απουσία αρρώστιας ή αδυναμίας. Αυτός ο ευρύς ορισμό μπορεί να βρει εφαρμογή σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες. Η υγεία, λοιπόν, είναι μια αθροιστική κατάσταση που αφορά όλη τη ζωή και τα θετικά αποτελέσματά της το άτομο τα απολαμβάνει και στη διάρκεια της Τρίτης ηλικίας. Η καλή υγεία στη μέση ηλικία, αλλά και στη νεότητα είναι ζωτικής σημασίας για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Είναι σπουδαίο να διακρίνουμε the ageing process



από την the process of ageing. The ageing process ('normal ageing') αντιπροσωπεύει τις παγκόσμιες βιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν με την ηλικία και είναι ανεπηρέαστες από νόσο και περιβαλλοντικές επιδράσεις. Δεν έχουν όλες οι σχετικές με την ηλικία αλλαγές αρνητική κλινική επίδραση[52]. Η Τρίτη ηλικία έχει προσδιοριστεί ως προοδευτική γενικευμένη έκπτωση λειτουργικότητας και μια αύξηση του κινδύνου συνοδευόμενη με τις ασθένειες. Η ενεργός γήρανση (active-ageing) προωθείται από τον ΠΟΥ με τη διατήρηση των φυσικών, κοινωνικών και διανοητικών δραστηριοτήτων [55,52]. Στο πλαίσιο της προστασίας των ανθρωπίνων δικαιωμάτων η κοινωνία οφείλει να προστατεύει τους ηλικιωμένους από τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που υπάρχουν[54]. Είναι υποχρεωμένη να επενδύσει στη μακροχρόνια φροντίδα, στη πρόληψη και την έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων[50]. Τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης σεβόμενοι τις διατάξεις της Συνθήκης της Λισαβόνας οφείλουν να περιορίσουν τις διακρίσεις και τον κοινωνικό αποκλεισμό και να φροντίσουν για την προώθηση της αλληλεγγύης μεταξύ γενεών και την προστασία και ισότητα όλων των ηλικιακών ομάδων (Ευρωπαϊκός Χάρτης Δικαιωμάτων, 2010). Για την καλή και υγιή γήρανση του πληθυσμού χρειάζονται δομές πρόνοιας και υπηρεσίες σε επίπεδο κυρίως τοπικό, επειδή σε αυτή τη βάση μπορούν να αντιμετωπιστούν οι ιδιαιτερότητες των ασθενών.

Οι δομές πρόνοιας σκοπό έχουν την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη παραμονή των ηλικιωμένων μέσα στη κοινωνία, τη συναναστροφή με την οικογένεια και τη συμμετοχή τους ως ενεργά μέλη στο κοινωνικό σύνολο. Η στάση αυτή αποτρέπει την περιθωριοποίηση και την ψυχολογική απομάκρυνση των ηλικιωμένων από τον υπόλοιπο πληθυσμό, αλλά και αποτρέπει τις πιθανότητες κακοποίησής τους λόγω περιθωριοποίησης. Η χρήση του όρου ageism δηλώνει την προσπάθεια για μείωση και εξάλειψη του στίγματος, των προκαταλήψεων, των στερεοτύπων και των διακρίσεων στους ανθρώπους της Τρίτης ηλικίας. Οι τελευταίοι αντιμετωπίζουν παραμέληση, κακοποίηση, φτώχεια, στίγμα και περιθωριοποίηση [54,55]. κοινωνικά. Συνεπώς, το πρόβλημα δεν έγκειται μόνο στο συνεχώς αυξανόμενο αριθμό των ηλικιωμένων, ούτε στις αυξανόμενες αναλογίες που προσδιορίζονται από τις πληθυσμιακές πυραμίδες, αλλά στο status της ομάδας αυτής. Δεν έγκειται τόσο στις ανησυχίες για την κατάσταση των ταμείων και τις δαπάνες υγείας π.χ., όσο στον τρόπο που η κοινωνία θα θεσμοθετήσει τη γήρανση και θα χρησιμοποιήσει - ή όχι - το τεράστιο ανθρώπινο απόθεμα που αντιπροσωπεύουν οι ηλικιωμένοι. Τα δημογραφικά δεδομένα επιβάλλουν τον σχεδιασμό πολιτικών στις οποίες συνυπολογίζονται και οι άνθρωποι της Τρίτης ηλικίας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> Η ΝΟΣΟΣ ΑΝΟΙΑ

Για την άνοια δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, Επικρατέστερος είναι αυτός που την ορίζει ως μια εκφυλιστική νευρολογική ασθένεια, ένα επίκτητο κλινικό σύνδρομο, στο οποίο εμφανίζεται εξασθένηση γνωστικών λειτουργιών, ως συνέπεια της δυσλειτουργίας του εγκεφάλου. Σε ενημερωτικό έντυπο της Αυστραλιανής κυβέρνησης διαβάζουμε ότι ‘με τον όρο άνοια περιγράφεται ένα σύνολο συμπτωμάτων που προκαλούνται από διαταραχές που επηρεάζουν τον εγκέφαλο. Δεν είναι μία συγκεκριμένη ασθένεια’ ([https://www.dementia.org.au/sites/default/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia\\_greek.pdf](https://www.dementia.org.au/sites/default/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia_greek.pdf)).

Καθώς οι άνθρωποι γερνούν, είναι πιθανόν να αναπτύξουν διάφορα είδη και μορφές προβλημάτων υγείας. Αυτά ονομάζονται γηριατρικά σύνδρομα, δηλαδή προβλήματα που συνήθως έχουν περισσότερα από μια αιτία και εμπλέκουν πολλά μέρη του σώματος. Ένα από αυτά είναι η άνοια, κοινή σε ανθρώπους της Τρίτης ηλικίας, περίπου το ένα τρίτο των ανθρώπων ηλικίας 85 ετών και άνω έχουν κάποια μορφή άνοιας. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Ασθενειών (ICD-10), η άνοια αποτελεί σύνδρομο που οφείλεται σε εγκεφαλική νόσο (εξελικτική ή χρόνια), ανήκει στα εκφυλιστικά νοσήματα του νευρικού συστήματος, όπου διαπιστώνεται διαταραχή γνωσιακών 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 γνωσιακών λειτουργιών αφορούν και το συναίσθημα και τη συμπεριφορά.

Οι γηρίατροι μπορούν να παίξουν έναν σπουδαίο ρόλο στη διάγνωση και διαχείριση αυτών των συνδρόμων. Στόχος των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι οι ηλικιωμένοι ασθενείς να κρατήσουν την ανεξαρτησία τους και την ποιότητα ζωής. Αλλά δεν είναι η άνοια μια φυσιολογική κατάσταση της τρίτης ηλικίας και δε σημαίνει ότι όλα τα άτομα της Τρίτης ηλικίας θα πάσχουν κάποια στιγμή της ζωής από 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. Εξ ορισμού, η άνοια σημαίνει έκπτωση σε περισσότερους από έναν γνωστικούς τομείς, μνήμη, πράξη, γνώση, γλώσσα, οπτικοχωρικές δεξιότητες, εκτελεστική λειτουργία και μπορεί επίσης να συνοδεύεται

από μία ή περισσότερες διαταραχές συμπεριφοράς - κατάθλιψη, άγχος, αλλαγές προσωπικότητας, ψευδαισθήσεις και αυταπάτες. Η λέξη άνοια, που προέρχεται από τα λατινικά, σημαίνει «μη νους σου» και συνοδεύεται από σημαντικό κοινωνικό στίγμα σε όλους τους πολιτισμούς. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για τις Διαταραχές του νου 5 (DSM-5, 2013) πρότεινε τη διαγραφή αυτού του όρου από το ιατρικό λεξιλόγιο και την αντικατάστασή του από άλλους όρους, όπως σημαντική νευρογνωσιακή διαταραχή, προκειμένου να ελαχιστοποιήσει το στίγμα και τις διακρίσεις προς τους πάσχοντες . Ωστόσο, αυτή η προσπάθεια έχει αποτύχει ως επί το πλείστον και οι περισσότεροι επαγγελματίες και ομάδες υπεράσπισης εξακολουθούν να χρησιμοποιούν τον όρο άνοια[56].

## **ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ**

Παρά την τεράστια πρόοδο που έχει σημειωθεί στον ερευνητικό τομέα της άνοιας τα τελευταία χρόνια, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός. Για τον 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.. Σε έκδοση του 2020 την ορίζει ως σύνδρομο στο οποίο υπάρχει βλάβη στη μνήμη, στη σκέψη, στη συμπεριφορά και στην ικανότητα να εκτελέσει τις καθημερινές του δραστηριότητες[57]. Επιπλέον, υποστηρίζει ότι προσβάλλει τους ηλικιωμένους, αλλά ότι δεν είναι μέρος φυσιολογικό του γήρατος και ότι περίπου 50 εκατομύρια έχουν άνοια, και σχεδόν δέκα εκατομύρια νέων ασθενών έχουμε κάθε χρόνο. Είναι μια από τις σημαντικότερες αιτίες ανικανότητας και εξάρτησης των ανθρώπων και έχει φυσικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες στους πάσχοντες, αλλά και στην καριέρα τους, την οικογένεια και την κοινωνία [50]. Επίσης, ορίζεται ως ένα κλινικό σύνδρομο άνοια που χαρακτηρίζεται από επίκτητες παγκόσμιες διαταραχές των γνωστικών δεξιοτήτων και της ικανότητας των πασχόντων να λειτουργούν ανεξάρτητα. Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα διαταραχής στη συμπεριφορά τους σε κάποιο στάδιο ασθένειας [57,58]. Το κλινικό σύνδρομο της νοητικής ζωής που χαρακτηρίζεται από σημαντική και ολική έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας, η οποία δεν μπορεί να αποδοθεί σε διαταραχές της συνείδησης [52]. Η άνοια, λοιπόν, είναι ένα σύνδρομο που οφείλεται σε οργανική βλάβη του εγκεφάλου και συνοδεύεται από έκπτωση πολλών ανώτερων διανοητικών λειτουργιών, όπως η μνήμη, η κρίση, ο λόγος, η σκέψη, ο προσανατολισμός, η κατανόηση και η ικανότητα για μάθηση [56,57]. Εκτός από τη γνωστική εξασθένηση, παρατηρούνται αλλαγές στην προσωπικότητα του ατόμου, στην κοινωνική συμπεριφορά, με σταδιακή κοινωνική απομόνωση, δυσκολία επιτέλεσης δραστηριοτήτων και έντονη συναισθηματική επιβάρυνση.

Επιπλέον, η άνοια ορίζεται ως 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 [58]. Οι διαφορετικοί ορισμοί της άνοιας οφείλονται στη διαφορετική κλινική πορεία των αιτιών που την προκαλούν. Η άνοια περιγράφεται ως έκπτωση των γνωσιακών ικανοτήτων και περιλαμβάνει βλάβες στην ικανότητα του ατόμου να λύνει προβλήματα της καθημερινότητας, προβλήματα στις δεξιότητες της αντίληψης, στη γλώσσα και την επικοινωνία και συχνά εμπλέκονται και διαταραχές στη συναισθηματική ανταπόκριση. Αν και η γνωσιακή έκπτωση είναι αναπόφευκτη, ο βαθμός εξέλιξης της εξαρτάται από τον τύπο της άνοιας. Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Εγκεφαλικών Διαταραχών (DSM) -IV

(American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013. <http://repository.poltekkes->

[kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20\\_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf](http://kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf)) την ορίζει ως μείωση της μνήμης, με εξασθένηση τουλάχιστον μίας άλλης γνωστικής λειτουργίας, όπως στη γλώσσα (αφασία) ή στον προγραμματισμό, την προσοχή και την αφηρημένη συλλογιστική και στην εκτελεστική λειτουργία εξειδικευμένων κινήσεων (π.χ. απραξία των άκρων). Αυτή η εκπτώση θα πρέπει να αντιπροσωπεύει μια αλλαγή από την προηγούμενη συμπεριφορά. Και κατά τεκμήριο θα βλάψει την κοινωνική ή/και επαγγελματική λειτουργικότητα του ατόμου [55,59]. Δεν μπορεί να εξηγηθεί από άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις, όπως κατάθλιψη, διαταραχές της διάθεσης ή ψύχωση. Σχετίζεται και με την ηλικία και ο επιπολασμός εκτιμάται σε 20% σε άτομα άνω των 85 ετών [56]. Η έκπτωση στη λειτουργία της γνώσης και της μνήμης όχι μόνο επηρεάζει την απόδοση του ατόμου σε διάφορους τομείς, αλλά συχνά εκδηλώνεται ως αλλαγή στη συμπεριφορά και τη διάθεση, καθώς και στην αδυναμία εκτέλεσης δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής. Όλο και περισσότερο οι μελετητές υποστηρίζουν ότι ο ασθενής από άνοια χαρακτηρίζεται για την απάθειά του και την έλλειψη στοχοποροσήλωσης. Με τη γήρανση του πληθυσμού, ο αριθμός των ασθενών με άνοια θα αυξηθεί και θα επιβαρύνει όλο και περισσότερο τις οικογένειες και το σύστημα υγείας [56, 57].

## **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 με σταδιακή έκπτωση της μνήμης. Στη νεκροτομή βρέθηκε ατροφικός εγκέφαλος, τα μεγάλα εγκεφαλικά αγγεία είχαν αρτηριοσκλήρωση, βλάβες στα νευροϊνίδια, τα οποία συνέρχονταν σε παχιές δέσμες στις επιφάνειες των κυττάρων και πολλαπλές μικρές εστίες στο φλοιό που εμφάνιζαν μια ουσία. Ο Emil Kraepelin, καθηγητής του Alois Alzheimer, μίλησε για προγεροντική άνοια. Ο Alzheimer 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 τούλια, αλλά «μόνο πλάκες». Είχε επίσης οικογενή χαρακτήρα η πάθηση με προδιαθεσιακή εμφάνιση της διαταραχής, μετά από την επίδραση ορισμένων περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα αποτελέσματα αυτά δημοσιεύτηκαν στο περιοδικό «The Lancet» από τον K. Mauer το 1997 [65, 66,67].

Οι ειδικοί αναφέρονταν πολύ πιο συχνά στη γεροντική άνοια σε άτομα πιο ηλικιωμένα (από 75 έως 85 ετών) και λίγο πολύ θεωρούνταν ως σημείο γήρατος, η 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 [63]. Σήμερα ο όρος νόσος του Alzheimer χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει τη μη ομαλή εγκεφαλική γήρανση ή για να δηλώσει περιπτώσεις της νόσου του Alzheimer.<sup>1</sup>

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 συχνές 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%.[60]. Άλλες παθήσεις που δύνανται να είναι υπεύθυνες για άνοια (π.χ. υδροκέφαλος φυσιολογικήςπίεσης, 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 φύλο, την εθνικότητα, την κοινωνική τάξη, το σύνδρομο Down , τη γενετική προδιάθεση, τους ενδοκρινικούς, ορμονικούς και τους αγγειακούς παράγοντες.

## **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΟΙΑΣ**

Ανήκει στα γηριατρικά σύνδρομα και σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τα περισσότερα κοινά θεωρούμενα γηριατρικά σύνδρομα είναι έλκη, ακράτεια, πτώσεις, έκπτωση λειτουργικότητας και παραλήρημα. Επιπλέον, ο υποσιτισμός, προβλήματα διατροφής και σίτισης, προβλήματα ύπνου, ζάλη και συγκοπή και αυτο-παραμέληση ταξινομούνται ως γηριατρικά σύνδρομα[68]. Επίσης, τα γηριατρικά σύνδρομα της ευπάθειας, της σαρκοπενίας, της απώλειας βάρους και της άνοιας είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα σε ηλικιωμένα άτομα[69]. Παρά τον επιβλαβές αντίκτυπό τους στην ποιότητα ζωής, την αναπηρία και τη θνησιμότητα στους ηλικιωμένους, συχνά δεν αναγνωρίζονται. Ο όρος σύνδρομο έχει ως βάση όχι συγκεκριμένους παράγοντες ασθένειας, αλλά μια αλυσίδα φυσιολογικών διεργασιών, η διακοπή των οποίων σε οποιοδήποτε σημείο προκαλεί την ίδια τελική βλάβη στην λειτουργία του

σώματος και έχει επιπτώσεις στη λειτουργικότητα του ατόμου και στην ποιότητα ζωής [61]. Πολυπαραγοντικές συνθήκες υγείας που εμφανίζονται όταν συσσωρεύονται οι επιπτώσεις των βλαβών σε πολλαπλά συστήματα και καθιστούν ένα ηλικιωμένο άτομο ευάλωτο σε περιστασιακές προκλήσεις. Κοινές κλινικές καταστάσεις σε προχωρημένη ηλικία που δεν ταιριάζουν σε διακριτές κατηγορίες ασθενειών, επειδή περιλαμβάνουν υποκείμενους παράγοντες και συστήματα οργάνων [62]. Τα χαρακτηριστικά της άνοιας ποικίλλουν ανάλογα με το είδος της ασθένειας, την πορεία και την εξέλιξη της νόσου, το άτομο καθώς και το περιβάλλον του. Η γνωστική ή συμπεριφορική διαταραχή περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο από τους ακόλουθους τομείς: (α) Προβλήματα στην ικανότητα απόκτησης και απομνημόνευσης νέων πληροφοριών, επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις, λανθασμένη τοποθέτηση προσωπικών αντικειμένων, αδυναμία να θυμηθεί κάποιος γεγονότα ή ραντεβού και γενικότερα διαταραχές μνήμης. (β) Αδυναμία στο χειρισμό πολύπλοκων εργασιών, κακή κρίση, έλλειψη κατανόησης των κινδύνων ασφάλειας, αδυναμία διαχείρισης οικονομικών, λήψης αποφάσεων και προγραμματισμού πολύπλοκων ή διαδοχικών δραστηριοτήτων. (γ) Διαταραχές της οπτικο-χωρικής ικανότητας. Αδυναμία αναγνώρισης προσώπων ή αντικειμένων ή εύρεση αντικειμένων και προσανατολισμού (δ) Διαταραχές στη λειτουργίες της γλώσσας (ομιλία, ανάγνωση, γραφή). (ε) Αλλαγές στην προσωπικότητα, ή και τη συμπεριφορά. Μειωμένο κίνητρο και πρωτοβουλία, αυξημένη απάθεια, απώλεια κινήτρων, κοινωνική απόσυρση, μειωμένο ενδιαφέρον για προηγούμενες δραστηριότητες, απώλεια ενσυναίσθησης, ψυχαναγκαστικές ή ή εμμονικές και κοινωνικά μη παραδεκτές συμπεριφορές [63].

### **ΑΙΤΙΑ ΑΝΟΙΑΣ**

Τα βιολογικά αίτια της άνοιας δεν έχουν πλήρως εντοπιστεί [58]. Το κυρίαρχο επιστημονικό παράδειγμα για την αιτιολογία της νόσου είναι η συσσώρευση στον εγκέφαλο β-αμυλοειδούς και πρωτεΐνης τ. Τέτοιοι βιοδείκτες είναι στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό το αμυλοειδές Αβ42, η πρωτεΐνη tau και η φωσφορυλιωμένη tau και ο έλεγχος της παθολογίας του αμυλοειδούς στον εγκέφαλο με PET scan. Υποστηρίζεται ότι υπάρχουν και άλλες ουσίες και νευροϊνίδια, όπως και φλεγμονή [63]. Τα δύο τρίτα των περιπτώσεων άνοιας διαγιγνώσκονται με τη νόσο Αλτσχάιμερ (ΑΔ), που χαρακτηρίζεται από νευρωνική εναπόθεση πλακών αμυλοειδούς-β και νευροϊνδιακούς τ, φλεγμονώδη ενεργοποίηση της γλοίας, μειωμένη συναπτική ικανότητα και νευρωνική απώλεια [1]. Αυτές οι παθολογικές διεργασίες στον εγκέφαλο προκύπτουν από αλληλεπιδράσεις μεταξύ γενετικών και τρόπων ζωής [2]. Η ΑΔ έχει μια μακρά προδρομική φάση, σύμφωνα με τις ερευνητικές υποθέσεις, με την εναπόθεση αμυλοειδούς-β που μπορεί να ξεκινήσει 15 χρόνια πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων άνοιας σε ορισμένα άτομα [3]. Έτσι, οι επιτυχημένες στρατηγικές πρόληψης και θεραπείας απαιτούν ακριβή πρόβλεψη του κινδύνου της ασθένειας.

Τα βιολογικά αίτια της νόσου Αλτσχάιμερ, λοιπόν, δεν είναι πλήρως κατανοητά και η έρευνα συνεχίζει να εξετάζει παράγοντες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη της νόσου Αλτσχάιμερ. Τα δύο πιο κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα της νόσου Αλτσχάιμερ, όπως αναφέραμε, είναι στον εγκέφαλο οι πλάκες βήτα-αμυλοειδούς και τα νευροϊνιδιακά συμπλέγματα. Ο ρόλος των πλακών και των συμπλεγμάτων στη νόσο Αλτσχάιμερ δεν είναι πλήρως κατανοητός. Η έρευνα βρίσκεται σε εξέλιξη για να προσδιοριστεί περισσότερο ο ρόλος τόσο των πλακών όσο και των συμπλεγμάτων. Στη νόσο του Αλτσχάιμερ, κολλώδη β-αμυλοειδή θραύσματα συσσωρεύονται μεταξύ τους και αποτελούν τη βάση των πλακών. Πρόσφατη έρευνα υποδηλώνει ότι μικρότερες συστάδες βήτα-αμυλοειδούς, γνωστές ως ολιγομερή, μπορεί να είναι στην πραγματικότητα πιο τοξικές από τις πλάκες [164]

Οι ερευνητές συνεχίζουν να μελετούν πολλές πτυχές του β/αμυλοειδούς για να καθορίσουν τον ρόλο του στη νόσο Αλτσχάιμερ, συμπεριλαμβανομένων των μηχανισμών σχηματισμού πλάκας και του τρόπου με τον οποίο οι πλάκες μπορούν να απομακρυνθούν από τον εγκέφαλο. Το δεύτερο κοινό σημάδι της νόσου του Αλτσχάιμερ είναι τα νευροϊνιδιακά συμπλέγματα. Το  $\tau$  είναι μια πρωτεΐνη που κανονικά βοηθά στη διατήρηση της δομής των εγκεφαλικών κυττάρων ενισχύοντας την εσωτερική σκαλωσιά του κυττάρου (γνωστή ως μικροσωληνίσκοι). Στα εγκεφαλικά κύτταρα ατόμων με νόσο Αλτσχάιμερ, οι πρωτεΐνες  $\tau$  δεν λειτουργούν σωστά και αντιθέτως σχηματίζουν πρωτεϊνικά συμπλέγματα μέσα στο κύτταρο. Αυτό οδηγεί σε διάσπαση της ικανότητας του εγκεφαλικού κυττάρου να επικοινωνεί με άλλα κύτταρα του εγκεφάλου και τελικά σε κυτταρικό θάνατο. Η έρευνα αποκάλυψε ότι η πρωτεΐνη  $\tau$  εύθунεται και για άλλες νευροεκφυλιστικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της μετωποκροταφικής άνοιας, υποδεικνύοντας ότι το  $\tau$  μπορεί να έχει ευρύτερο ρόλο στον νευροεκφυλισμό[62].

Συνυπολογίζονται ως επιβαρυντικοί παράγοντες και άλλες νόσοι που προκαλούν αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, όπως καρδιακά προβλήματα, αγγειακά, διαβήτη κ.ά. Μελέτες έδειξαν όφελος σε άτομα που κατάφεραν να χαμηλώσουν την αρτηριακή τους πίεση κάτω από 13, όπως και όσοι ακολούθησαν πιο υγιεινή διατροφή με περιορισμό στο αλάτι, γεύματα με όσπρια, λαχανικά, φυτικά προϊόντα. Η μελέτη Finger αποτελεί ένα καλό παράδειγμα θετικού αποτελέσματος για άτομα που ακολούθησαν πρόγραμμα ασκήσεων και πρόγραμμα φυσικής και νοητικής ενδυνάμωσης[93,94,96]

Επισημαίνεται πως οι συγκεκριμένες πρωτεΐνες αθροίζονται στον εγκέφαλο 10-15 χρόνια πριν την εμφάνιση της νόσου. Γι' αυτό έχει μεγάλη σημασία η παρέμβαση στις προκλινική φάση ή και στην ήπια νοητική δυσλειτουργία. Τα φάρμακα δοκιμάζονται πολύ αργά, όταν πια έχει εκδηλωθεί η νόσος. Δεν μπορούν να έχουν αποτέλεσμα θεραπευτικό. Μπορούν να επιβραδύνουν μόνο τη χειρότερη της νόσου. Επειδή οι πρωτεΐνες καταστρέφουν τα νευροχημικά συστήματα του εγκεφάλου γίνεται προσπάθεια με τα φάρμακα (αναστολείς χολινεστεράσης και μεμαντίνη) να διορθωθούν δύο από αυτά. Η επικαιροποιημένη μελέτη της **Lancet Commission** του 2017 για την πρόληψη, παρέμβαση και

φροντίδα της άνοιας -η οποία παρουσιάστηκε στην ετήσια Διεθνή Διάσκεψη της Διεθνούς Ομοσπονδίας Νόσου Αλτσχάιμερ- τονίζει τους **παράγοντες** κινδύνου και ταυτόχρονα εντάσσει το πρόβλημα της άνοια και την πρόληψη και αντιμετώπισή της σε πολιτικό επίπεδο και στο ρόλο που διαδραματίζουν οι κοινωνικές ανισότητες στην εκδήλωση της νόσου[118]. Η νόσος θα μπορούσε να καθυστερήσει ή να μην εμφανιστεί το 40% και άνω των περιπτώσεων άνοιας σε χώρες χαμηλού και μέσου εισοδήματος, αν υπάρξουν μέτρα κοινωνικής προστασίας και μέριμνας.

Προτείνονται τα εξής

- Ενθάρρυνση της χρήσης βοηθημάτων ακοής και προστασία από την ηχορύπανση
- Διατήρηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης σε 130 μμ Hg ή λιγότερο στη μέση ηλικία περίπου από την ηλικία των 40 ετών
- Μείωση της έκθεσης στην ατμοσφαιρική ρύπανση και το παθητικό κάπνισμα
- Πρόληψη τραυματισμών στο κεφάλι (ιδίως με παρεμβάσεις για τα επαγγέλματα υψηλού κινδύνου και τις μετακινήσεις)
- Πρόληψη της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και περιορισμό του στις 21 μονάδες εβδομαδιαίως
- Διακοπή του καπνίσματος και υποστήριξη των πολιτών για να το επιτύχουν
- Πρόσβαση όλων των παιδιών σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση
- Δραστήριος τρόπος ζωής στη μέση ηλικία και κατά το δυνατόν και σε μεγαλύτερη ηλικία
- Μείωση της παχυσαρκίας και του διαβήτη

## **ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ**

### **ΑΝΟΙΑ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER**

Είναι η πιο κοινή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας στους ηλικιωμένους και 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 δεν υπάρχει θεραπεία μέχρι σήμερα. Είναι νευροεκφυλιστική νόσος με εναποθέσεις του β-αμυλοειδούς, πλάκες αμυλοειδούς και νευροινιδιακά συμπλέγματα στον εγκέφαλο, που προκαλούν νευροανατομοπαθολογικές αλλοώσεις. Η νόσος εξελίσσεται με συγκεκριμένο τρόπο και χαρακτηρίζεται από κλινική ετερογένεια[71]. Η νόσος μπορεί να διαρκέσει μέχρι και δέκα χρόνια [64]. Η канаδική γηριατρική εταιρεία (<http://canadiangeriatrics.ca/2017/04/update-the-public-launch-of-the-geriatric-5ms/>) προτείνει 5 σημεία



που οφείλει να ελέγχει ο γηρίατρος. Νου, κινητικότητα, χρήση φαρμάκων, συννοσηρότητα και αυτό που είναι πιο σημαντικό στην υγεία ενός ατόμου [72].

Υποστηρίζεται ότι πριν από τις πρώτες κλινικές εκδηλώσεις υπάρχει μια περίοδος χωρίς κλινικά συμπτώματα αλλά με ενεργό τη νόσο, περίπου δέκα με δεκαπέντε χρόνια. Η μη εκδήλωσή της μπορεί να οφείλεται και στο νοητικό απόθεμα του ασθενή. Αυτό όμως το γεγονός της όψιμης κλινικής εκδήλωσης επιτρέπει στην νόσο όταν εμφανιστεί να εξελιχτεί ταχύτατα. Η κλινική εικόνα αφορά σε διαταραχές πρόσφατης μνήμης με την μακροπρόθεσμη να προσβάλλεται στα τελευταία στάδια της νόσου. Υπάρχει προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου και μπορεί να καταλήξει σε αδυναμία εκτέλεσης απλών καθημερινών δραστηριοτήτων και συνεπώς να οδηγήσει το άτομο στην ανάγκη εξάρτησης από τη φροντίδα των σημαντικών άλλων. Η ασθένεια είναι μπορεί σήμερα να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί με φαρμακευτική αγωγή που εμποδίζει τη χειροτέρευση της κατάστασης, αλλά δεν τη θεραπεύει. Συνυπάρχουν διαταραχές λόγου, διαταραχές στη σημασιολογική μνήμη και έκπτωση στη δυνατότητα επικοινωνίας με τους άλλους. Μπορεί να έχουμε και διαταραχές συμπεριφοράς [70].

## **ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΑΝΟΙΑ**

Η αγγειακή άνοια είναι η δεύτερη σε συχνότητα άνοια μετά τη νόσο Alzheimer και είναι υπεύθυνη, ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται στις διάφορες μελέτες, για το 10-50% των ανοιών. 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, δεν διοχετεύει αίμα με αποτέλεσμα τη νέκρωση περιοχών του εγκεφάλου και την εμφάνιση άνοιας. Η περιοχή βλάβης αφορά συνήθως τη λευκή ουσία που είναι περιοχή μετάδοσης πληροφοριών (φαιά ουσία). Παράγοντες κινδύνου είναι η χοληστερόλη, η αρτηριακή υπέρταση, το κάπνισμα, η παχυσαρκία, οι ελλείψεις φυλλικού οξέως, η έλλειψη βιταμίνης B12, παθήσεις του θυρεοειδούς και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Υπάρχει και η υπόθεση ότι πολλά μικρά αγγεία, λόγω αυτοάνοσων, μεταβολικών ή άλλων αγγειοπαθειών, δεν επιτρέπουν τη μικροκυκλοφορία και ο εγκέφαλος προσπαθεί να καλύψει το έλλειμμα με παράπλευρες κυκλοφορίες, αλλά δεν τα καταφέρνει και έτσι δημιουργείται η νοητική έκπτωση [66]

## **ΑΝΟΙΑ ΜΕ ΣΩΜΑΤΙΑ LEWY**

Η άνοια με Lewy σωματίδια είναι υπεύθυνη για το 4.6-24.7% των ανοιών. Προκαλείται από τον εκφυλισμό των νευρικών κυττάρων του εγκεφάλου. Το όνομα προέρχεται από την παρουσία



ανώμαλων σφαιρικών σωματιδίων, που λέγονται Lewyσώματα τα οποία αναπτύσσονται μέσα στα νευρικά κύτταρα. Αναφέρεται ότι αυτά συνεισφέρουν στην καταστροφή των εγκεφαλικών κυττάρων. Στα κλινικά χαρακτηριστικά της υπολογίζουμε τη διακύμανση της νοητικής λειτουργίας, με εναλλαγή φυσιολογικών με συγχυτικών περιόδων, άγχος, ανησυχία, ψευδαισθήσεις και συμπτώματα Parkinson. Η νόσος με σώματα Lewy έχει πιο γρήγορη πορεία από τη νόσο Alzheimer και παράλληλα χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις στην ένταση των συμπτωμάτων [165].

## **ΜΕΤΩΠΟΚΡΟΤΑΦΙΚΕΣ ΑΝΟΙΕΣ**

Η μετωποκροταφική άνοια έχει ως κύριο χαρακτηριστικό την ατροφία του μετωπιαίου και κροταφικού λοβού. Συνήθως, εκδηλώνεται στην ηλικία των 50-60 ετών. Είναι δύσκολο να διαγνωσθεί ο επιπολασμός της, επειδή τα συμπτώματα στις διαταραχές συμπεριφοράς και τα ψυχιατρικά συγκαλύπτουν τη γνωσιακή έκπτωση.

Η πρώτη μορφή είναι η συμπεριφορική (behavioral variant) με αλλαγές στην προσωπικότητα, απάθεια, άρση αναστολών και συμπτώματα κατάθλιψης. 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.

Η δεύτερη μορφή είναι η πρωϊούσα προοδευτική αφασία (primary progressive aphasia) που έχουμε δυσκολία στην παραγωγή λόγου. Οι ασθενείς κάνουν φωνηματικές παραφασίες και παρουσιάζουν απραξία. Δεν παρουσιάζεται αλλαγή στις υπόλοιπες γνωστικές λειτουργίες και η ατροφία στα αρχικά στάδια βρίσκεται στην επικρατούσα μετωπιαία, κροταφική περιοχή.

Η Τρίτη μορφή είναι η Σημασιολογική άνοια (semantic dementia). Ο ασθενής έχει απώλεια της σημασίας και του νοήματος των λέξεων και πραγματοποιεί συχνές σημασιολογικές παραφασίες, κατονομάζοντας ένα αντικείμενο με έναν ευρύτερο όρο. Συνυπάρχουν προβλήματα συμπεριφοράς, όπως παραμέληση προσωπικής υγιεινής, διάσπαση προσοχής, στοματική υπεραπασχόληση και στερεότυπη, επίμονη στάση [67]

## **ΑΝΟΙΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ PARKINSON**

Η νόσος του Parkinson παρουσιάζει συμπτώματα που αφορούν την κινητική ικανότητα και τη διάθεση του ασθενούς, όπως βραδύτητα στις κινήσεις, δυσκαμψία, αστάθεια στη βάδιση και τρόμος. Αρκετές φορές συνυπάρχει και κατάθλιψη. Από νευροανατομική άποψη, υπάρχει σταδιακή απώλεια μέλαινας ουσίας από το μέσο εγκέφαλο. Η νόσος εξελίσσεται και δημιουργεί προβλήματα που προκαλούν

συμπτώματα άνοιας.Περίπου το 50-80/ των ατόμων που πάσχουν από Parkinson θα αναπτύξουν συμπτώματα άνοιας και συγκεκριμένα δυσκολία στην οργάνωση της σκέψης, οπτικές ψευδαισθήσεις, παραλήρημα, κατάθλιψη, ευερεθιστότητα και διαταραχές ύπνου [68].

## **ΑΝΟΙΑ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ**

Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει πολλές άλλες συνθήκες που μπορούν να προκαλέσουν άνοια ή συμπτώματα άνοιας, όπως Αργυρόφιλη νόσος των κόκκων, μια κοινή, εκφυλιστική νόσος με καθυστερημένη έναρξη, Νόσος Creutzfeldt-Jakob, μια σπάνια διαταραχή του εγκεφάλου, Νόσος του Huntington, μια κληρονομική, προοδευτική νόσος του εγκεφάλου, Χρόνια τραυματική εγκεφαλοπάθεια, που προκαλείται από επαναλαμβανόμενη τραυματική εγκεφαλική βλάβη, Άνοια που σχετίζεται με τον ιό HIV, μια σπάνια ασθένεια που εμφανίζεται όταν ο ιός HIV εξαπλώνεται στον εγκέφαλο.

Χρησιμοποιούνται για το 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 απάθεια. 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, δυσκολίες οπτικοχωρικού προσανατολισμού και ευελιξίας στη σκέψη) [75]

## **ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ**

Η έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων είναι σημαντική, καθώς ορισμένα απ' αυτά μπορούν να αντιμετωπιστούν. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, η αιτία της άνοιας είναι άγνωστη και δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί. Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να βοηθήσει στη διαχείριση της κατάστασης και στον προγραμματισμό. Οι ερευνητές μέχρι πρόσφατα μάθαιναν περισσότερο για το πώς οι τύποι άνοιας επηρεάζουν τον εγκέφαλο και πώς μπορούμε καλύτερα να τους αντιμετωπίσουμε και να τους προλάβουμε μέσα από τη διαδικασία της νεκροψίας-νεκροτομής [76]. Τώρα είναι δυνατόν να μελετήσουμε τον εγκέφαλο και τις αλλοιώσεις του, ενώ ο ασθενής είναι εν ζωή. Η επίσκεψη σε γιατρό πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι συχνά το πρώτο βήμα για άτομα που αντιμετωπίζουν αλλαγές στη σκέψη, την κίνηση ή τη συμπεριφορά. Ωστόσο, οι νευρολόγοι, γιατροί που ειδικεύονται σε διαταραχές του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος, μπορούν να συμβάλουν στη διάγνωση της άνοιας. Γηριατρικοί ψυχίατροι, νευροψυχολόγοι και

γηριατρικοί μπορεί επίσης να είναι σε θέση να τη διαγνώσουν [76].

Για τη διάγνωση της άνοιας, οι γιατροί πρώτα αξιολογούν εάν ένα άτομο έχει μια υποκείμενη, δυνητικά θεραπεύσιμη, πάθηση που μπορεί να σχετίζεται με γνωστικές δυσκολίες. Μια φυσική εξέταση για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και άλλων ζωτικών σημείων, καθώς και εργαστηριακές εξετάσεις αίματος και άλλων υγρών για τον έλεγχο των επιπέδων διαφόρων χημικών, ορμονών και βιταμινών, μπορούν να βοηθήσουν στην αποκάλυψη ή στον αποκλεισμό πιθανών αιτιών και συμπτωμάτων. Μια ανασκόπηση του ιατρικού και οικογενειακού ιστορικού ενός ατόμου μπορεί να δώσει σημαντικές ενδείξεις σχετικά με τον κίνδυνο για άνοια. Οι τυπικές ερωτήσεις μπορεί να περιλαμβάνουν ερώτηση σχετικά με το αν υπάρχει άνοια στην οικογένεια, πώς και πότε άρχισαν τα συμπτώματα, αλλαγές στη συμπεριφορά και την προσωπικότητα και εάν το άτομο λαμβάνει ορισμένα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν τα συμπτώματα. Υπάρχουν διαγνωστικές δυσκολίες που εν μέρει οφείλονται στη μεταβλητότητα των συμπτωμάτων, μερικά από τα οποία είναι δύσκολο να εντοπιστούν [70]. Επίσης, η άνοια μπορεί να συγχέεται με άλλες καταστάσεις, όπως παραλήρημα, κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές ύπνου, παρενέργειες από χρήση συνταγογραφούμενων και μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων [71]. Επιπλέον, η έναρξη της άνοιας είναι σταδιακή και η μεταβλητότητα στην ιατρική πρακτική και τα πολιτιστικά πρότυπα, όπως και κοινά κριτήρια για τη διάγνωση είναι υπό συζήτηση. Οι πρόσφατες προσπάθειες τυποποίησης φυσιολογικών (έναντι μη φυσιολογικών) τιμών είχαν ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη εναρμόνιση στην υιοθέτηση των βέλτιστων πρακτικών. Οι αντιπαραθέσεις παραμένουν και περιλαμβάνουν την απάντηση σε ερωτήματα όπως: Πόση μείωση της μνήμης είναι αποδεκτή και θεωρείται «φυσιολογική γήρανση»; Η διάγνωση της άνοιας βασίζεται σε κλινικά σημεία και συμπτώματα. Μετά από το ιατρικό ιστορικό και τη φυσική εξέταση, συμπεριλαμβανομένης νευρολογικής και ψυχιατρικής αξιολόγησης, οι διαδικασίες που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της άνοιας μπορεί να περιλαμβάνουν νευροψυχολογικές εξετάσεις, εργαστηριακές εξετάσεις (αίμα και άλλα βιολογικά υγρά), νευροαπεικόνιση εγκεφάλου και γενετικές εξετάσεις. Η νευρολογική εξέταση είναι ιδιαίτερα σημαντική στη διάκριση πρωτοπαθών εκφυλιστικών διαταραχών και δευτερογενών ανοιών και συννοσηρότητας [72].

Οι αλλαγές μπορεί να υποδηλώνουν άλλες νόσους, όπως τοξικές και μεταβολικές εγκεφαλοπάθειες. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η αξιολόγηση της ακοής και της όρασης, διότι η εξασθένηση μπορεί να επηρεάσει την ψυχική κατάσταση και τη νευρολογική εξέταση. Η νευρολογική εξέταση θα πρέπει να συνοδεύεται από γενική ιατρική εξέταση για να αποκαλυφθεί η συστηματική συμβολή στη γνωστική εξασθένηση. Δεν υπάρχουν στοιχεία που να βασίζονται σε αποδεικτικά στοιχεία για να υποστηρίξουν τη χρησιμότητα συγκεκριμένων εξετάσεων ρουτίνας

αίματος για την αξιολόγηση των ατόμων με άνοια, αλλά αυτές οι εξετάσεις είναι χρήσιμες για τον αποκλεισμό συννοσηρότητας, την αποκάλυψη πιθανών παραγόντων κινδύνου, την προέλευση των καταστάσεων σύγχυσης και, σπάνια, τον εντοπισμό της κύριας αιτίας άνοιας. Οι περισσότερες εμπειρογνώμονες συμβουλεύουν τον έλεγχο για βιταμίνη B12, φυλλικό οξύ, ορμόνη διέγερσης του θυρεοειδούς, ασβέστιο, γλυκόζη, πλήρη αριθμό αιμοσφαιρίων, νεφρικές και ηπατικές λειτουργίες. Τα μη φυσιολογικά επίπεδα βιταμίνης B12 και η λειτουργία του θυρεοειδούς σχετίζονται συνήθως με συννοσηρότητες. Μπορούν να επηρεάσουν τη γνωστική λειτουργία και είναι χρήσιμο να τις αξιολογήσουμε ακόμη και αν η θεραπεία αυτών των διαταραχών δεν μπορεί να αντιστρέψει πλήρως την άνοια. Οι ουρολογικές εξετάσεις για σύφιλη, *Borrelia* και HIV πρέπει να λαμβάνονται υπόψη σε μεμονωμένες περιπτώσεις υψηλού κινδύνου ή όπου υπάρχουν ενδεικτικά κλινικά χαρακτηριστικά, αλλά βοηθούν και για να αποκλειστεί η περίπτωση λοίμωξης, που δημιουργεί προβλήματα σύγχυσης. Μέθοδοι για την ανίχνευση αλλαγών στη λειτουργία και τη φυσιολογία του εγκεφάλου με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) και υπολογιστική τομογραφία εκπομπής φωτονίων (SPECT), οι οποίες έχουν χρησιμοποιηθεί σε ορισμένες κλινικές δοκιμές μαζί με βιοδείκτες αίματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί δομική και λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI), και σε μικρότερο βαθμό, υπολογιστική τομογραφία (CT). Συνήθως, για τη διάγνωση απαιτείται η συνέργεια πολλών ειδικοτήτων, όπως νευρολόγοι, γηριατρικοί ψυχίατροι και γηριατρικοί [72]. Η κλινική διάγνωση είναι σημαντική προκειμένου να καθοριστεί η πρόγνωση, η κλινική διαχείριση, η συνταγογράφηση φαρμάκων, οι γενετικές επιπτώσεις για τα μέλη της οικογένειας και η συμμετοχή σε κλινικές δοκιμές.

## **ΝΕΟΙ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ**

### **ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ**

Υπάρχουν νέες μέθοδοι για διάγνωση, διαγνωστικά κριτήρια, όπως οι Βιοδείκτες. Η συσσώρευση δεδομένων έχει επικεντρωθεί στην ανακάλυψη, αξιολόγηση και επικύρωση βιοδεικτών για εφαρμογή στην κλινική έρευνα για να επιβεβαιώσουν και να βελτιώσουν τη διαγνωστική ακρίβεια της άνοιας. Στην AD, η ανάπτυξη και η επικύρωση βιοδεικτών έχει επικεντρωθεί πρωτίστως στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY), συμπεριλαμβανομένου του PET για τον εντοπισμό του αμυλοειδούς βήτα ή της τ πρωτεΐνης. Υπάρχουν βιοδείκτες μη ειδικοί με τους οποίους ελέγχεται ότι αποκλείεται η ύπαρξη άλλων παθήσεων [73]. Πρόκειται για εξετάσεις αίματος και αξονική-μαγνητική τομογραφία. Με τους ειδικούς βιοδείκτες εξετάζονται και ελέγχονται οι βλάβες του β-αμυλοειδούς και οι εναποθέσεις πρωτεΐνης τ. Μπορούμε εκτός από την αξονική-μαγνητική τομογραφία να ελέγξουμε το αμυλοειδές στο αίμα και στο ENY, όπως και το τ. Έχει ενδιαφέρον

να βρεθούν περισσότεροι βιοδείκτες απεικόνισης στο αίμα και το ENY. Η κλινική διάγνωση έχει δώσει μικρότερο ποσοστό ασθενών σε σχέση με την αξιοποίηση βιοδεικτών που έδειξε ότι υπάρχουν περισσότεροι ασθενείς με άνοια. Η παρακέντηση και το PET δίνουν πιο πλούσιες πληροφορίες για τη γνωσιακή κατάσταση του ατόμου, σε σχέση με την κλινική και την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου. Γενικά, η χρήση του ειδικού μοντέλου βιοδεικτών της ιατρικής ακριβείας (προσωποποιημένη, εξατομικευμένη προσέγγιση) θα μας επιτρέψει να προβλέψουμε με μεγαλύτερη ακρίβεια ποιες θεραπείες και στρατηγικές πρόληψης θα έχουν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στον κάθε ασθενή με άνοια [74]. Ωστόσο, η χρήση βιοδεικτών και PET περιορίζεται από την επεμβατικότητα και το κόστος τους, αντίστοιχα. Άλλες προκλήσεις σχετικά με την ανακάλυψη και την επικύρωση βιοδεικτών περιλαμβάνουν μεθόδους συλλογής, διαδικασίες επεξεργασίας, αποθήκευση δειγμάτων και τυποποίηση δοκιμών εντός και μεταξύ εργαστηρίων. Σε απάντηση αυτών των επικρίσεων και ανησυχιών, δημιουργήθηκε μια διεθνής ομάδα εργασίας (Alzheimer Precision Medicine Initiative) για την ανασκόπηση της τρέχουσας τεχνολογίας για βιοδείκτες AD με βάση το αίμα. Αυτά θα ήταν προτιμότερα, δεδομένου ότι οι εξετάσεις αίματος είναι πιο εφικτές σε παγκόσμια κλίμακα, είναι λιγότερο δαπανηρές (σε σύγκριση με το PET) και λιγότερο επεμβατικές (σε σύγκριση με την οσφυϊκή παρακέντηση για τη συλλογή ENY). Μέχρι σήμερα, 19 βιοδείκτες με βάση το αίμα επιλέχθηκαν από την ομάδα εργασίας για πρόσθετη εξέταση για την ανίχνευση AD.

Εκτός, λοιπόν, από το παραδοσιακό ιατρικό ιστορικό και τη νευρολογική εξέταση, οι νέες τεχνολογίες μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση της άνοιας ή της επικείμενης άνοιας λόγω νευροεκφυλιστικών διαταραχών. Νεότερες επαναλήψεις διαγνωστικών κριτηρίων ενσωματώνουν επικυρωμένους διαγνωστικούς βιοδείκτες, όταν υπάρχουν, ως υποστηρικτικά στοιχεία μιας συγκεκριμένης διάγνωσης άνοιας. Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν αντιπαραθέσεις σχετικά με τον βέλτιστο βιοδείκτη ή συνδυασμό βιοδεικτών, που πρέπει να συμπεριληφθεί σε αυτά τα κριτήρια. Η έλλειψη συναίνεσης των εμπειρογνομώνων δεν είναι ο μόνος περιορισμός στην κλινική εφαρμογή τους. Τα λειτουργικά ζητήματα, συμπεριλαμβανομένης της διαθεσιμότητας, της σκοπιμότητας, του κόστους και της κάλυψης από τρίτους, θα περιορίσουν την ενσωμάτωσή τους στην κλινική πρακτική. Οι νέοι διαγνωστικοί βιοδείκτες, ιδιαίτερα εάν είναι σχετικά φθηνοί και μη επεμβατικοί, έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν σημαντικά την τρέχουσα πρακτική, με προστιθέμενη αξία στον προσυμπτωματικό έλεγχο, την πρόγνωση, την ακριβή διάγνωση και την αξιολόγηση νέων θεραπειών που βρίσκονται υπό ανάπτυξη για την άνοια [75].

Συνοψίζοντας, οι ακόλουθες διαδικασίες μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση της άνοιας:

**Γνωστικές και νευρολογικές εξετάσεις.** Αυτά τα τεστ χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της σκέψης και της φυσικής λειτουργίας. Περιλαμβάνουν αξιολογήσεις μνήμης, επίλυσης προβλημάτων, γλωσσικών δεξιοτήτων και μαθηματικών δεξιοτήτων, καθώς και ισορροπία, αισθητηριακή απόκριση και αντανακλαστικά. Σε άτομα με συμπτώματα άνοιας δίνονται εξετάσεις για τον έλεγχο των νοητικών τους ικανοτήτων, όπως η μνήμη ή η σκέψη. Αυτές οι δοκιμές είναι γνωστές ως γνωστικές αξιολογήσεις και μπορούν να γίνουν αρχικά από τον οικογενειακό ιατρό. Υπάρχουν αρκετές διαφορετικές δοκιμές. Ένα κοινό που χρησιμοποιείται από τους γενικούς γιατρούς είναι η γενική ιατρική αξιολόγηση της γνώσης (GPCOG). (GPCOG Screening Test <https://www.alz.org/media/documents/gpcog-screening-test-english.pdf>) Παρόλο που αυτές οι εξετάσεις δεν μπορούν να διαγνώσουν άνοια, μπορεί να δείξουν ότι υπάρχουν δυσκολίες στη μνήμη που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Τα περισσότερα τεστ αξιολογούν διάφορες διαφορετικές νοητικές ικανότητες, συμπεριλαμβανομένων τη βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη μνήμη, τη συγκέντρωση και το εύρος της προσοχής, γλωσσικές και επικοινωνιακές δεξιότητες, επίγνωση του χρόνου και του τόπου (προσανατολισμός) και έχουν συγκεκριμένους βαθμούς [78, 79]. Βέβαια οι βαθμολογίες των εξετάσεων μπορεί να επηρεάζονται από το επίπεδο εκπαίδευσης ενός ατόμου. Για παράδειγμα, κάποιος που δεν μπορεί να διαβάσει ή να γράψει πολύ καλά μπορεί να έχει χαμηλότερη βαθμολογία, αλλά μπορεί να μην έχει άνοια. Ομοίως, κάποιος με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης μπορεί να επιτύχει υψηλότερη βαθμολογία, αλλά εξακολουθεί να έχει άνοια.

**Σάρωση εγκεφάλου.** Αυτές οι δοκιμές μπορούν να εντοπίσουν εγκεφαλικά επεισόδια, όγκους και άλλα προβλήματα που μπορούν να προκαλέσουν άνοια. Επιπλέον, οι σαρώσεις εγκεφάλου χρησιμοποιούνται συχνά για τη διάγνωση της άνοιας μόλις οι απλούστερες εξετάσεις αποκλείσουν άλλα προβλήματα. Όπως και τα τεστ μνήμης, οι σαρώσεις εγκεφάλου δεν μπορούν να διαγνώσουν άνοια, αλλά χρησιμοποιούνται ως μέρος της ευρύτερης αξιολόγησης. Δεν θα χρειαστούν όλοι σάρωση εγκεφάλου, ιδιαίτερα εάν οι εξετάσεις και οι εκτιμήσεις δείχνουν ότι η άνοια είναι μια πιθανή διάγνωση. Αυτές οι σαρώσεις μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τον έλεγχο για πιθανά άλλα προβλήματα που θα μπορούσαν να εξηγήσουν τα συμπτώματα ενός ατόμου, όπως εγκεφαλικό επεισόδιο ή όγκο στον εγκέφαλο. Συνιστάται μαγνητική τομογραφία για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της άνοιας και του τύπου της νόσου που προκαλεί την άνοια η οποία παρέχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη βλάβη των αιμοφόρων αγγείων που συμβαίνει στην αγγειακή άνοια και τη συρρίκνωση σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου - για παράδειγμα, ο μετωπικός και ο κροταφικός λοβός επηρεάζονται κυρίως από τη συρρίκνωση της μετωποκροταφικής άνοιας, ενώ συνήθως μόνο οι κροταφικοί λοβοί επηρεάζονται στα αρχικά

στάδια της νόσου Αλτσχάιμερ. Μια αξονική τομογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για σημάδια εγκεφαλικού επεισοδίου ή όγκου στον εγκέφαλο. Αλλά δεν μπορεί να παράσχει λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη δομή του εγκεφάλου. Ακόμα κι αν μια σάρωση εγκεφάλου δεν δείχνει εμφανείς αλλαγές, αυτό δεν σημαίνει ότι κάποιος δεν έχει άνοια. Άλλοι τύποι σάρωσης, όπως μια σάρωση SPECT ή μια σάρωση PET, μπορεί να συνιστώνται εάν το αποτέλεσμα της μαγνητικής τομογραφίας ή της αξονικής τομογραφίας σας είναι αβέβαιο. Οι σαρώσεις εντοπίζουν επίσης αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου. Οι πιο συνηθισμένες σαρώσεις είναι: η Υπολογιστική τομογραφία (CT), η οποία χρησιμοποιεί ακτίνες X για την παραγωγή εικόνων του εγκεφάλου και άλλων οργάνων, η Μαγνητική τομογραφία (MRI), η οποία χρησιμοποιεί μαγνητικά πεδία και ραδιοκύματα για να παράγει λεπτομερείς εικόνες των δομών του σώματος, συμπεριλαμβανομένων ιστών, οργάνων, οστών και νεύρων, η Τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET), η οποία χρησιμοποιεί ακτινοβολία για να παρέχει εικόνες της εγκεφαλικής Τόσο η σάρωση SPECT όσο και η σάρωση PET εξετάζουν πώς λειτουργεί ο εγκέφαλος και μπορούν να ανιχνεύσουν ανωμαλίες με τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο. Η PET αξιολογεί τον μεταβολισμό ενός συγκεκριμένου οργάνου ή ιστού, και δίνει πληροφορίες σχετικά με τη φυσιολογία (λειτουργία) και την ανατομία (δομή) του οργάνου ή του ιστού, καθώς επίσης και βιοχημικές ιδιότητες. Έτσι, το PET μπορεί να ανιχνεύσει βιοχημικές αλλαγές σε ένα όργανο ή ιστό και μπορεί να προσδιορίσει την έναρξη μιας διαδικασίας ασθένειας πριν τις ανατομικές αλλαγές που σχετίζονται με τη νόσο και οι οποίες υπόκεινται σε άλλες διαδικασίες απεικόνισης, όπως η αξονική τομογραφία (CT) ή μαγνητική τομογραφία (MRI) [82]. Εάν ένας ειδικός ανησυχεί ότι η επιληψία μπορεί να προκαλεί τα συμπτώματα της άνοιας, μπορεί να ληφθεί ένα ΗΕΓ για την καταγραφή των ηλεκτρικών σημάτων του εγκεφάλου (εγκεφαλική δραστηριότητα), αλλά αυτό είναι σπάνιο.

**Ψυχιατρική αξιολόγηση.** Αυτή η αξιολόγηση θα βοηθήσει να προσδιοριστεί εάν η κατάθλιψη ή άλλη κατάσταση ψυχικής υγείας προκαλεί ή συμβάλλει στα συμπτώματα ενός ατόμου.

**Γενετικές εξετάσεις.** Ορισμένες άνοιες προκαλούνται από τα γονίδια ενός ατόμου. Δεν έχει διαπιστωθεί ότι ένα γενετικό τεστ μπορεί να βοηθήσει τους ανθρώπους να γνωρίζουν εάν κινδυνεύουν από άνοια.

**Εξετάσεις αίματος.** Μπορεί να γίνει έλεγχος για άλλες παθήσεις, προκειμένου να αποκλειστούν άλλες αιτίες συμπτωμάτων που μπορεί να συγχέονται με την άνοια. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτές οι εξετάσεις αίματος θα ελέγξουν την ηπατική λειτουργία, τη νεφρική λειτουργία, τη λειτουργία του θυρεοειδούς, την αιμοσφαιρίνη A1c (για έλεγχο διαβήτη), τα επίπεδα βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος. Όμως, είναι πλέον δυνατόν να γίνει μια εξέταση



αίματος για τη μέτρηση των επιπέδων β-αμυλοειδούς, μιας πρωτεΐνης που συσσωρεύεται και γίνεται εναπόθεσή της στον εγκέφαλο των ατόμων με άνοια, κυρίως τύπου Αλτσχάιμερ. Αρκετές άλλες εξετάσεις αίματος βρίσκονται σε εξέλιξη. Η νόσος Αλτσχάιμερ έχει ένα προκλινικό στάδιο όταν η εναπόθεση του εγκεφαλικού αμυλοειδούς-β εμφανίζεται πριν εμφανιστούν τα συμπτώματα και όταν οι θεραπείες που στοχεύουν στο αμυλοειδές-β μπορεί να έχουν τα μέγιστα οφέλη. Οι υπάρχουσες τεχνικές μέτρησης της αμυλοειδούς-β, συμπεριλαμβανομένων των δοκιμών αμυλοειδούς PET και ENY, είναι δύσκολο να αναπτυχθούν σε κλίμακα, επομένως οι βιοδείκτες αίματος εξετάζονται όλο και περισσότερο(166). Ωστόσο, η διαθεσιμότητα αυτών των διαγνωστικών εξετάσεων για το Αλτσχάιμερ και τις σχετικές άνοιες είναι ακόμα περιορισμένη.

## **ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

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. Οι πληροφορίες που δίνονται από τον ασθενή πρέπει να συγκρίνονται με αυτές των συγγενών και φίλων του για τυχόν ανακρίβειες. Στο ιστορικό εκτός από την περιγραφή των συμπτωμάτων και της συννοσηρότητας, πρέπει να περιλαμβάνονται δεδομένα οικογενειακά, κοινωνικά, πολιτισμικά και φαρμακευτικής αγωγής. Συνεπώς, το ιστορικό, από τον ασθενή και το στενό περιβάλλον, θα πρέπει να επικεντρώνεται στους επηρεαζόμενους γνωστικούς τομείς, την πορεία της νόσου και τον αντίκτυπο στη δραστηριότητα της καθημερινής ζωής και τυχόν συναφή μη γνωστικά συμπτώματα. Η διαγνωστική δοκιμασία της άνοιας περιλαμβάνει ερωτήσεις για το πώς και πότε ξεκίνησαν τα συμπτώματα και αν επηρεάζουν και σε ποιο βαθμό την καθημερινή ζωή, έλεγχο για καρδιακές παθήσεις, διαβήτη, κατάθλιψη ή εγκεφαλικό επεισόδιο, λήψη φαρμακευτικής αγωγής και εναλλακτικών προϊόντων, όπως συμπληρώματα βιταμινών. Το προηγούμενο ιατρικό ιστορικό, οι συννοσηρότητες και το οικογενειακό και εκπαιδευτικό ιστορικό είναι σημαντικά. Πληροφορίες από το ιστορικό μπορούν να καθοδηγήσουν και να στοχεύσουν σε επόμενες εξετάσεις [70]

## **ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

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 ανοιών, νευρολογικών νοσημάτων στις οποίες η άνοια είναι μέρος μεγαλύτερης δυσλειτουργίας και συννοσηρότητας[79] 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[78, 79, 81].

Τα νευροψυχολογικά συμπτώματα (NPS) εμφανίζονται σε άνοια και άλλες νευρολογικές διαταραχές και είναι πιο συχνές σε Ήπια Γνωσιακή Διαταραχή(MBI) και μπορεί να συγχέονται με πρωτογενείς ψυχιατρικές διαταραχές, όπως η κατάθλιψη και η μανία. Όμως, αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι ο προάγγελος των νευροεκφυλιστικών διαταραχών. Οι ερευνητές μπορούν να εκτιμήσουν αν άνθρωποι με MBI διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για γνωστική παρακμή και άνοια, και θα βοηθήσουν τους κλινικούς γιατρούς στη διάγνωση. Το εργαλείο MBI-C, αναπτύχθηκε για να αντικατοπτρίζει τα νέα κριτήρια ISTAART-AA MBI και έχει πιθανή χρησιμότητα στην περιγραφή και τη μέτρηση της αλλαγής στην εμφάνιση νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων στη μετέπειτα ζωή που μπορεί να προηγηθούν της εμφάνισης άνοιας. Το MBI-C είναι ένα σημείο εκκίνησης για περαιτέρω μελέτη σχετικά με τον αντίκτυπο των NPS στους ηλικιωμένους και τον κίνδυνο εμφάνισης γνωσιακής έκπτωσης και άνοιας. Ο MBI-C επιτρέπει τώρα τη μέτρηση του επιπολασμού του MBI και τον προσδιορισμό του κινδύνου γνωσιακής έκπτωσης και άνοιας, με βάση τις συνολικές βαθμολογίες και τις βαθμολογίες τομέα [84].

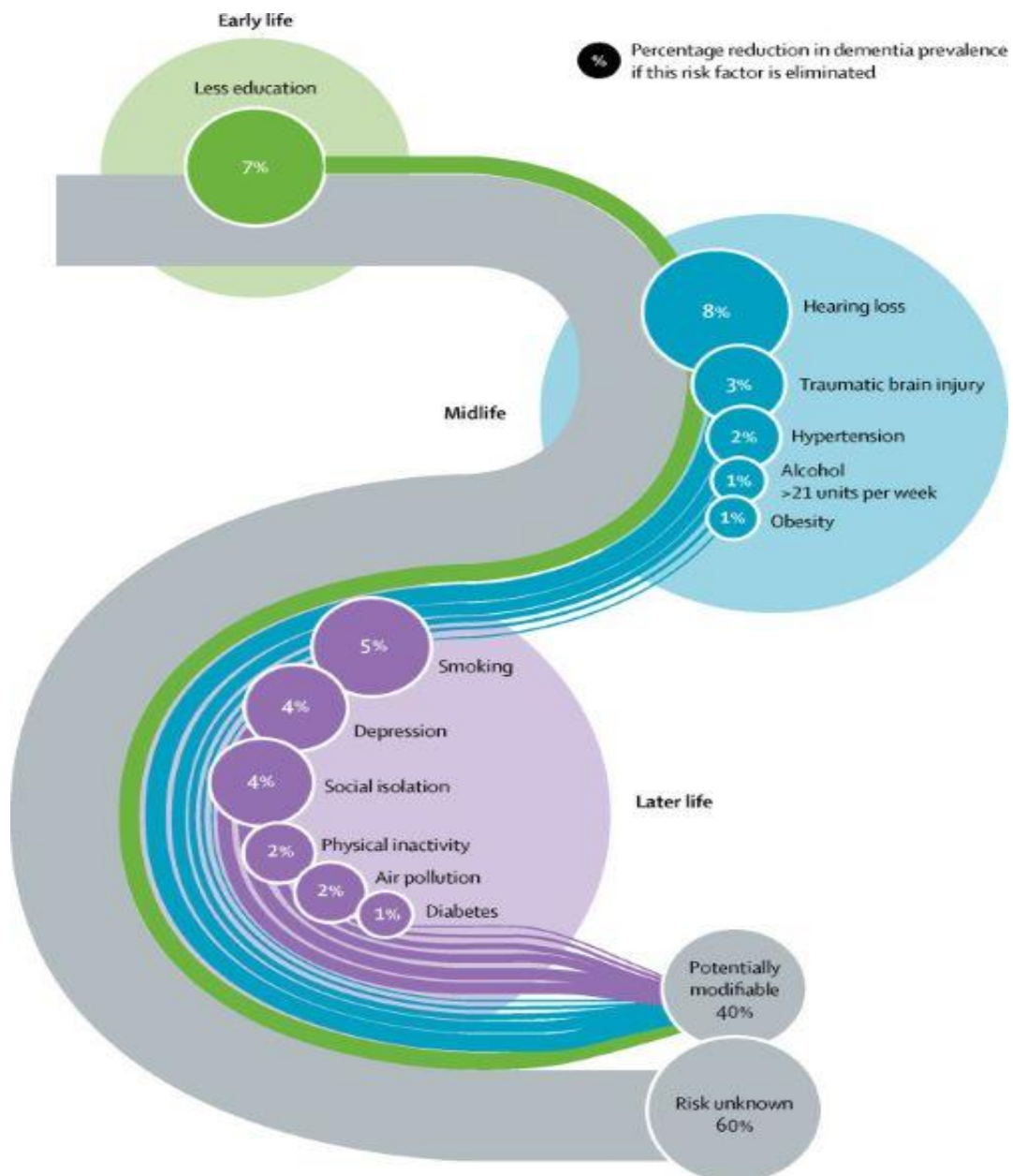
### **ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ**

Οι αιματολογικές εξετάσεις έχουν ως στόχο την διερεύνηση συννοσηρότητας, 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[83]. Σε ειδικές περιπτώσεις απαιτείται έλεγχος για σύφιλη, AIDS, και Borellia καθώς και επιπέδων τη Βιταμίνης B12. Τελευταίες έρευνες και μελέτες υποστηρίζουν ότι οι βιοδείκτες με βάση το αίμα θα μπορούσαν να επιτρέψουν τον εντοπισμό της γνωσιακής έκπτωσης και παρακμής στα αρχικά στάδια και την παρακολούθηση βελτιώσεων στη γνωστική λειτουργία μετά από παρέμβαση [84].

### **ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ :**

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 και σε συμπληρωματικές εξετάσεις, όπως ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (HEΓ), ανάλυση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ENY), καθορισμός των επιπέδων της t πρωτεΐνης , της φωσφοριωμένης t πρωτεΐνης και της Ab42[83].

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ



dementia-risk-factors-the-lancet

[\(https://boomers-daily.com/2020/10/26/infographic-12-dementia-risk-factors-the-lancet/\)](https://boomers-daily.com/2020/10/26/infographic-12-dementia-risk-factors-the-lancet/)

Τροποποιητικοί και μη τροποποιητικοί παράγοντες αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της άνοιας[85]. Πολλοί παράγοντες έχουν επιβεβαιωθεί με τους δύο πιο σημαντικούς να είναι η ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό. Όμως, πολλοί από τους πιο σημαντικούς παράγοντες κινδύνου που μπορούν να αποφευχθούν για την άνοια (π.χ. υψηλή αρτηριακή πίεση, διαβήτης τύπου 2) τείνουν να εμφανίζονται για πρώτη φορά στη μέση ηλικία, μεταξύ 40 και 64 ετών περίπου. Αυτό συμβαίνει πιθανώς επειδή οι αλλαγές στον εγκέφαλο που προκαλούν άνοια φαίνεται να ξεκινούν στη μέση ηλικία. Έτσι, η μέση ηλικία είναι μια ιδιαίτερα σημαντική περίοδος για υγιείς συμπεριφορές. Στις περισσότερες περιπτώσεις ένα μείγμα παραγόντων κινδύνου, τροποποιητικών και μη είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση της άνοιας.

**Ηλικία** Η ηλικία είναι ο ισχυρότερος γνωστός παράγοντας κινδύνου για άνοια. Ενώ είναι δυνατόν να αναπτυχθεί η κατάσταση νωρίτερα-τουλάχιστον 1 στα 20 άτομα με άνοια την εμφάνισαν σε ηλικία κάτω των 65 ετών ηλικίας, οι πιθανότητες εμφάνισης άνοιας αυξάνονται σημαντικά καθώς μεγαλώνουμε. Πάνω από την ηλικία των 65 ετών, ο κίνδυνος ενός ατόμου να αναπτύξει νόσο Αλτσχάιμερ ή αγγειακή άνοια διπλασιάζεται περίπου κάθε 5 χρόνια. Εκτιμάται ότι η άνοια επηρεάζει έναν στους 14 ανθρώπους άνω των 65 ετών και έναν στους έξι άνω των 80 ετών. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες που σχετίζονται με τη γήρανση, όπως: υψηλότερη αρτηριακή πίεση, αυξημένος κίνδυνος καρδιαγγειακών παθήσεων (π.χ. καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικό επεισόδιο), μεταβολές στο DNA και την κυτταρική δομή, απώλεια των ορμονών φύλου μετά από αλλαγές στη μέση ηλικία, η εξασθένηση των φυσικών συστημάτων άμυνας, αλλαγή στο ανοσοποιητικό σύστημα[80, 86]. Κάποιοι από τους παράγοντες κινδύνου είναι μη τροποποιητικοί:

**Η ηλικία:** ο επιπολασμός και η συχνότητα της άνοιας αυξάνεται με την ηλικία μέχρι τα 90 έτη. Αυτό, όμως, δε σημαίνει ότι όλοι οι ηλικιωμένοι θα πάσχουν κάποια στιγμή στη ζωή τους από άνοια.

**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[81]. **Γενετικοί παράγοντες κινδύνου:** Ο ρόλος των γονιδίων στην ανάπτυξη της άνοιας δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητός, αλλά οι ερευνητές έχουν κάνει σημαντικές προόδους τα τελευταία χρόνια. Βρέθηκαν περισσότερα από 20 γονίδια που δεν προκαλούν άμεσα άνοια αλλά επηρεάζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της. Για παράδειγμα, η κληρονομικότητα ορισμένων παραλλαγών του γονιδίου απολιποπρωτεΐνης Ε (APOE) αυξάνει τον κίνδυνο ενός ατόμου να αναπτύξει νόσο Alzheimer [87].

### **Τροποποιητικοί παράγοντες**

#### **Η εκπαίδευση και το νοητικό απόθεμα:**

Η εκπαίδευση και το νοητικό απόθεμα: το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης άνοιας. Η υψηλή νοημοσύνη και το μέγεθος του εγκεφάλου, έχουν βρεθεί να μειώνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου. Τα αποτελέσματα των ερευνών πιθανόν αντικατοπτρίζουν τη δυνατότητα των ασθενών να καλύπτουν το γνωστικό τους έλλειμμα και να έχουν καλύτερες επιδόσεις 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 τον κίνδυνο εκδήλωση Alzheimer [88]

#### **Τραυματισμός στο κεφάλι:**

Ένα ισχυρό χτύπημα στο κεφάλι, αυξάνει τον κίνδυνο μεταγενέστερης άνοιας, όπως η νόσος του Αλτσχάιμερ. Περίπου το ένα πέμπτο των επαγγελματιών πυγμάχων αναπτύσσουν μια διαφορετική μορφή άνοιας. Αυτό ήταν παλαιότερα γνωστό ως άνοια pugilistica, αλλά τώρα είναι γνωστή ως χρόνια τραυματική εγκεφαλοπάθεια. Αυτό πιστεύεται ότι προκαλείται από πρωτεϊνικές εναποθέσεις που σχηματίστηκαν στον εγκέφαλο ως αποτέλεσμα τραυματισμού στο κεφάλι. Πρόσφατα στοιχεία δείχνουν ότι οι επαγγελματίες Αμερικανοί ποδοσφαιριστές, οι οποίοι συχνά έχουν επαναλαμβανόμενους ήπιους τραυματισμούς στο κεφάλι, μπορεί επίσης να διατρέχουν κίνδυνο χρόνιας τραυματικής εγκεφαλοπάθειας [89].

#### **Η κατάθλιψη:**

Μπορεί να αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση της νόσου. Τα άτομα που είχαν περιόδους κατάθλιψης-είτε στη μέση ηλικία είτε αργότερα-φαίνεται επίσης να έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η κατάθλιψη στη μέση ηλικία οδηγεί σε υψηλότερο κίνδυνο άνοιας σε μεγαλύτερη ηλικία. Αντίθετα, η κατάθλιψη στη μετέπειτα ζωή, δηλαδή όταν ένα άτομο είναι στα 60 και άνω, μπορεί να είναι ένα πρώιμο σύμπτωμα άνοιας, αλλά όχι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνισή της [90].

#### **Η έκθεση σε φυτοφάρμακα:**

Σύμφωνα με έρευνες, υπάρχει σημαντική συσχέτιση των ζιζανιοκτόνων και του κινδύνου ανάπτυξης της άνοιας, όπως υπάρχουν ενδείξεις συσχέτισης ανάμεσα στην άνοια και στην έκθεση σε ηλεκτρομαγνητικά πεδία [125].

#### **Η διατροφή:**

Έπειτα από περισσότερες από δύο δεκαετίες έρευνας για τη διατροφή και την άνοια, υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις για προληπτικές επιδράσεις της βιταμίνης E, των βιταμινών B και των λιπαρών οξέων N-3, και επιβλαβείς επιδράσεις του κορεσμένου λίπους. Μεταξύ συγκεκριμένων τροφίμων με στοιχεία νευροπροστασίας είναι τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά και άλλα λαχανικά, τα μούρα και τα θαλασσινά. Ορισμένες μελέτες έχουν εξετάσει τα διατροφικά πρότυπα, ιδιαίτερα τις μεσογειακές και τις δίαιτες DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension). Μια νέα διαίτα, που ονομάζεται

MIND (Mediterranean -DASH Intervention for Neurodegenerative Delay), ενσωματώνει πολλά στοιχεία της μεσογειακής διαίτας και της DASH αλλά με τροποποιήσεις για νευροπροστασία του εγκεφάλου [92]. Άτομα ηλικίας 60-77 ετών με αυξημένο κίνδυνο άνοιας, επιλεγμένα με τυχαίο τρόπο, έλαβαν μέρος σε μια διαιτη παρέμβαση πολλαπλών διαστάσεων (διατροφική συμβουλευτική, ενίσχυση φυσικής δραστηριότητας, γνωσιακή εκπαίδευση, παρακολούθηση αγγειακού κινδύνου). Το κύριο αποτέλεσμα ήταν η αλλαγή στις γνωσιακές ικανότητες και η βελτίωσής τους στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Ως προς τη διατροφή και τη σχέση της με την άνοια έδειξε τη θετική επίδραση της μεσογειακής διατροφής [93]. Η Φινλανδική Μελέτη Γηριατρικής Παρέμβασης για την Πρόληψη της Γνωσιακής Διαταραχής και Αναπηρίας (FINGER) είναι η πρώτη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή (RCT) που δείχνει ότι είναι δυνατό να προληφθεί η γνωστική παρακμή και έκπτωση, με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε κίνδυνο σε περισσότερες από 25 χώρες [94]. Τα αποτελέσματα αυτής της δοκιμής με επικεφαλής τον καθηγητή Miia Kivipelto τόνισαν την αξία της αντιμετώπισης πολλαπλών παραγόντων κινδύνου άνοιας ως στρατηγικής για την προστασία της υγείας του εγκεφάλου, την προαγωγή της συνολικής υγείας και λειτουργικότητας και τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης νέων χρόνιων ασθενειών [95]. Η πρόληψη της γνωστικής εξασθένησης απαιτεί ολοκληρωμένες προσεγγίσεις που στοχεύουν σε παράγοντες κινδύνου που ευθύνονται για χρόνιες διαταραχές, κοινές σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Η φινλανδική μελέτη γηριατρικής παρέμβασης για την πρόληψη της γνωστικής εξασθένησης και αναπηρίας (FINGER) σε μια μεγάλη μελέτη της και έρευνα αποδεικνύει ότι μια πολυεπίπεδη παρέμβαση βασισμένη στον τρόπο ζωής που βελτιώνει τους παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων και του τρόπου ζωής, μπορεί να διατηρήσει τη γνωστική λειτουργία και να μειώσει τον κίνδυνο γνωστικής έκπτωσης των ηλικιωμένων ατόμων με αυξημένο κίνδυνο άνοιας [96].

## **ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΝΟΙΑΣ**

Όλο και περισσότερο οι ερευνητές δίνουν σημασία στη πορεία ζωής ενός ατόμου (The life-course approach) και στους βιολογικούς, περιβαλλοντικούς και ψυχολογικούς παράγοντες που δρουν στη διάρκεια της πρώιμης νεότητας, στη μέση ηλικία και την Τρίτη ηλικία για την εμφάνιση και ανάπτυξη της άνοιας. Με αυτή τη λογική μπορούν να προσδιορίσουν τους παράγοντες που δρουν αθροιστικά για την ανάπτυξη της νόσου και να προσδιορίσουν σύμφωνα με την αντίληψη των “time windows” δυσλειτουργίες γνωσιακές που αν δεν αντιμετωπιστούν στην κρίσιμη χρονική τους φάση θα εξελιχθούν σε άνοια. Μάλιστα η παρέμβαση σε αυτό το στάδιο είναι κρίσιμη για την πρόληψη της νόσου. Στη ουσία ενδιαφέρονται για τον εντοπισμό, τη διάγνωση και θεραπεία που με ακρίβεια θα οδηγήσουν το άτομο στην άνοια. Έτσι δίνεται σημασία στην πρώιμη παρέμβαση και σε στάδια ηλικιακά πριν φθάσει κάποιος στην Τρίτη ηλικία. Για παράδειγμα στη μελέτη FINGER άτομα με

αυξημένο κίνδυνο για να αναπτύξουν άνοια γίνεται δίχρονη παρέμβαση που περιλαμβάνει: διατροφικό οδηγό ( nutritional guidance), φυσική άσκηση ( physical activity), γνωσιακή εκπαίδευση ( cognitive training) και κοινωνικές δραστηριότητες( social activity) και έλεγχος μεταβολικών και καρδιακών παραγόντων κινδύνου ( intensive monitoring and management of metabolic and vascular risk factors)[93]. Σε αυτή τη μελέτη έχουν σχεδιαστεί προσεκτικά παρεμβάσεις προκειμένου να ελεγχθεί ποιοι παράγοντες μπορούν να καθυστερήσουν την εμφάνιση της γνωσιακής έκπτωσης και άνοιας σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο. Τα αποτελέσματα της θα αξιοποιηθούν για την εκπαίδευση υγείας και για το σχεδιασμό δομών κοινωνικής πρόνοιας υγείας (for health education and for planning community health service). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η περίοδος της άνοιας χωρίζεται σε 3 στάδια, το πρώιμο, το μεσαίο και το όψιμο στάδιο. Το αρχικό στάδιο είναι η ενδιάμεση κατάσταση μεταξύ φυσιολογικής γήρανσης και άνοιας. Σε πρώιμο στάδιο, οι ασθενείς θα εμφανίσουν συμπτώματα, δηλαδή λήθη, να χάνονται σε γνωστά μέρη, κλπ. Αυτά τα συμπτώματα του πρώιμου σταδίου είναι συλλογικά γνωστά ως Ήπια Γνωσιακή Διαταραχή (MCI).

Δίνεται σημασία στην Προκλινική φάση κατά την οποία η προοδευτική νευροεκφύλιση στον εγκέφαλο συμβαίνει πριν τα τυπικά κλινικά συμπτώματα, για παράδειγμα γνωσιακή έκπτωση και γνωσιακές ανωμαλίες ( cognitive deficits and subtle cognitive disturbances) διαγνωστούν[97] . Η ανίχνευση τέτοιων πρόδρομων συμπτωμάτων σε πρώιμο στάδιο δίνει την ευκαιρία για θεραπευτικές παρεμβάσεις και για καθυστέρηση στην πρόοδο της κλινικής άνοιας. Υποστηρίζεται πως έκπτωση στη επεισοδιακή μνήμη ( episodic memory) και στη γλωσσική-λεκτική ικανότητα ( verbal ability) διαπιστώνεται δέκα χρόνια πριν το σύνδρομο της άνοιας. Ο όρος “mild cognitive impairment” χρησιμοποιείται για να χαρακτηρίσει άτομα με απώλεια μνήμης ( MCI), και πιθανώς να αντιπροσωπεύει την προκλινική φάση της άνοιας. Βιοχημικοί δείκτες όπως β-amyloid and τ- πρωτεΐνη ενοχοποιούνται για την άνοια αλλά δεν είναι αρκετά αξιόπιστοι για τη διάγνωση σε προσυμπτωματική φάση της άνοιας. Είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η προκλινική φάση. Φάρμακα, όπως η γκαλανταμίνη (galantamine) και η μεμαντίνη ( N-methyl-D-aspartate-receptor antagonist) είναι σχεδιασμένα για να αντιμετωπίσουν τα κλινικά συμπτώματα της ασθένειας, όπως γνωσιακές και νευροψυχιατρικές δυσλειτουργίες. Γίνεται προσπάθεια να αντιμετωπίσουν με τα φάρμακα η νευροπαθολογική διαδικασία της β-amyloid πρωτεΐνης και της τ πρωτεΐνης [77].

Βέβαια, η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων ιδιαιτέρως για ηλικιωμένους, είναι υπό διαρκή έρευνα. Δεν έχουν καταλήξει οι ερευνητές σε ποιο βαθμό τα φάρμακα είναι αποτελεσματικά και μάλιστα για τα τυπικά αντικαταθλιπτικά και τα αντιψυχωτικά υπάρχει υποψία για επιδείνωση της νόσου και πρόκληση σοβαρών νοσημάτων που οδηγούν στον θάνατο [98].

## ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΟΙΑΣ

Κάθε χορηγούμενο φάρμακο σε ασθενείς με άνοια θα πρέπει να αποτελεί μόνο ένα μέρος ενός ολοκληρωμένου θεραπευτικού σχεδίου που είναι προσωποκεντρικό και περιλαμβάνει κατάλληλες φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές θεραπείες[98]. Δεν υπάρχει φαρμακευτική αγωγή που να θεραπεύει ή να προλαμβάνει την άνοια.



Οι φαρμακολογικές παρεμβάσεις έχουν πολλούς περιορισμούς σε συγκεκριμένους πληθυσμούς, όπως ηλικιωμένοι ασθενείς με άνοια και συμπτώματα συμπεριφοράς. Ένα βασικό πρόβλημα είναι ο σχετικά μικρός αριθμός τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών, οι περισσότερες από τις οποίες έχουν πραγματοποιηθεί με μια στενά καθορισμένη ένδειξη, όπως απάθεια, κατάθλιψη ή άγχος. Τα νευροψυχιατρικά συμπτώματα, από την άλλη πλευρά, εμφανίζονται στην πλειονότητα των τύπων άνοιας, όχι μόνο στη νόσο Alzheimer (AD). . Ωστόσο, πολλές από τις παρατηρήσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των ψυχοτρόπων στις αλλαγές συμπεριφοράς βασίζονται σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε άλλες ηλικιακές ομάδες με διαφορετικά κλινικά χαρακτηριστικά[100]. Οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται στην αποτελεσματικότητα των αντιψυχωσικών, των σταθεροποιητών της διάθεσης και των αντικαταθλιπτικών στη θεραπεία των NPS, και των αναστολέων της χολινεστεράσης και της μεμαντίνης στην περίπτωση της AD. Μόνο λίγα φάρμακα ενδείκνυται για τη θεραπεία των NPS στην άνοια. Η ρισπεριδόνη συνιστάται για τη θεραπεία της επίμονης επιθετικότητας σε μέτριες έως σοβαρές περιπτώσεις AD που δεν ανταποκρίνονται σε μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις και όταν υπάρχει κίνδυνος βλάβης στον ασθενή. Ωστόσο, η θεραπεία θα πρέπει να περιοριστεί σε 6 εβδομάδες. Για πολλούς, συχνά ασαφείς λόγους, η κύρια μέθοδος φαρμακολογικής θεραπείας των NPS βασίζεται σε αντιψυχωσικά. Τα αντιψυχωσικά χρησιμοποιούνται δυσανάλογα συχνά σε άτομα της Τρίτης ηλικίας που πάσχουν από κάποιο τύπο άνοιας, για διάφορες ενδείξεις, όχι μόνο για ψύχωση. Πολλοί γιατροί πιστεύουν ότι τα αντιψυχωσικά είναι πολυδύναμα. Μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματικά σε άλλες κλινικές καταστάσεις και η κύρια δραστηριότητά τους δεν αφορά τις ψυχώσεις. Επομένως, η συνταγή τους είναι λογική σε ασθενείς με παραισθήσεις ή ψυχωτικό άγχος. Όμως, όλα τα άτυπα αντιψυχωσικά δείχνουν στην καλύτερη περίπτωση μέτριο όφελος έναντι των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων που παρατηρούνται σε περιπτώσεις με άνοια [98]. Τα αντιψυχωσικά έχουν συσχετιστεί σταθερά με σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες και αυξημένη θνησιμότητα σε ασθενείς με άνοια, με τον κίνδυνο να εξαρτάται από τη δόση. Η αυξημένη θνησιμότητα σχετίζεται με μια σειρά από παράγοντες που αλληλεπιδρούν και οι ακριβείς μηχανισμοί θανάτου είναι ακόμα αβέβαιοι. Η αντιψυχωτική θεραπεία μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλοαγγειακά επεισόδια (π.χ. εγκεφαλικό επεισόδιο), καρδιαγγειακές επιδράσεις (π.χ. ορθοστατική υπόταση, καρδιακές αρρυθμίες ), μεταβολικές επιδράσεις, πτώσεις, καθώς και πνευμονία [99] Τα βασικά συμπτώματα των διαφόρων μορφών άνοιας είναι τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας (BPSD) και τα νευροψυχιατρικά συμπτώματά της (NPS). Τα πρώτα μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε στάδιο στην περίπτωση άνοιας λόγω της νόσου Alzheimer (AD), ενώ τείνουν να εμφανίζονται νωρίς στην περίπτωση της της μετωποκροταφικής άνοιας ή άνοιας με τα σώματα Lewy και είναι απαραίτητα για τη διάγνωση. Η αντιμετώπισή τους αποτελείται από μη φαρμακολογικές και φαρμακολογικές παρεμβάσεις, με τις μη φαρμακολογικές να προτείνονται ως θεραπεία πρώτης γραμμής. Η διέγερση, τα ψυχωτικά χαρακτηριστικά, η απάθεια, η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να μην ανταποκρίνονται στους αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης ή στη μεμαντίνη σε περιπτώσεις AD. Ως εκ τούτου, συνταγογραφούνται αντιψυχωσικά, αντικαταθλιπτικά, ηρεμιστικά ή αγχολυτικά και αντιεπιληπτικά φάρμακα. Ωστόσο, μια τέτοια διαχείριση των συμπτωμάτων μπορεί να περιπλέκεται από την υπερευαισθησία των ανθρώπων της Τρίτης ηλικίας στα αντιψυχωσικά φάρμακα. Τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας (BPSD) και τα

νευροψυχιατρικά συμπτώματά της (NPS) είναι ένα σημαντικό πρόβλημα στην καθημερινή κλινική πρακτική λόγω του επιπολασμού, της σοβαρότητας των συμπτωμάτων, της επιβάρυνσης του φροντιστή και των δυσκολιών στη θεραπεία. Στοιχεία σχετικά με τον αυξημένο κίνδυνο που σχετίζεται με τη χρήση αντιψυχωσικών μεταξύ ασθενών με άνοια οδήγησε σε προειδοποιήσεις που εκδόθηκαν από τον FDA για άτυπα φάρμακα (2005) και συμβατικά φάρμακα (το 2008) και ως συστάσεις ειδικών [100]. Πολλοί υπάρχοντες κλινικοί οδηγοί συνιστούν τη χρήση μη φαρμακολογικών μεθόδων ως την πρώτη επιλογή και ότι η φαρμακοθεραπεία πρέπει να χρησιμοποιείται ως δευτερεύουσα επιλογή ή όταν υπάρχει σοβαρή εμφάνιση συμπτωμάτων. Η διέγερση που σχετίζεται με νευροεκφυλιστικές ασθένειες μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε στάδιο της νόσου και έχει σημαντικό αντίκτυπο στους ασθενείς και τους φροντιστές. Το σύμπτωμα αντιπροσωπεύει επίσης μια πρόκληση διαχείρισης για τους κλινικούς γιατρούς. Μέχρι σήμερα, δεν υπάρχουν ακριβείς και χρήσιμες συστάσεις για την αντιμετώπισή της. Ωστόσο, είναι ασφαλές να υποστηριχθεί ότι οι φαρμακολογικές θεραπείες θα πρέπει να εφαρμόζονται ως δεύτερη επιλογή, ενώ οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις θα πρέπει να στοχεύουν στο άτομο, να προτιμούνται και να δίνεται προτεραιότητα. Ιδιαίτερη προσοχή και ερευνητική προσπάθεια θα πρέπει να υπάρχει για τις συνέπειες των φαρμάκων στους ηλικιωμένους. Οι μη φαρμακολογικές στρατηγικές βρέθηκαν ακόμη πιο αποτελεσματικές από τις φαρμακολογικές θεραπείες και από τη φαρμακοθεραπεία με αντιψυχωσικά. Επιπλέον, μια μετα-ανάλυση διαπίστωσε ότι τέτοιες παρεμβάσεις αποδείχθηκαν χρήσιμες, ευέλικτες και οικονομικά αποδοτικές για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων και της ποιότητας ζωής σε άτομα με άνοια και τους φροντιστές τους. Οι μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν διάφορους τύπους παρέμβασης: αισθητηριακή διέγερση (βελονισμός, αρωματοθεραπεία, μασάζ, θεραπεία αφής, θεραπεία με φως, δραστηριότητες στον κήπο, μουσική και χοροθεραπεία, και θεραπεία πολυαισθητηριακής διέγερσης), γνωστικές και προσανατολισμένες στο συναίσθημα προσεγγίσεις (γνωστική διέγερση, θεραπεία ανάμνησης, θεραπεία επικύρωσης και θεραπεία προσομοίωσης), τεχνικές διαχείρισης συμπεριφοράς, και άλλες θεραπείες (εκπαίδευση ασθενών και φροντιστών, άσκηση και επαφή με ζώα ζώων που περιλαμβάνει πραγματικά ή ρομποτικά ζώα)[104]. Οι μη φαρμακολογικές στρατηγικές και θεραπείες φαίνεται να έχουν λιγότερες συνέπειες και επιπτώσεις. Ωστόσο, στην πράξη, η ευρεία χρήση μη φαρμακολογικών στρατηγικών αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες, οι κυριότερες από τις οποίες είναι η έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού, η περιορισμένη γνώση για την αποτελεσματικότητα των μη φαρμακολογικών παρεμβάσεων, οι απόψεις και οι προτιμήσεις του προσωπικού και η προσδοκία ταχείας επίλυσης των συμπτωμάτων. Επιπλέον, σε περίπτωση σοβαρής διέγερσης ή άλλων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης όπου οι ασθενείς ενδέχεται να θέσουν σε κίνδυνο τον εαυτό τους ή άλλους, η φαρμακολογική παρέμβαση έχει προτεραιότητα. Σε τυπικές καταστάσεις, τα τρέχοντα στοιχεία υποδηλώνουν ότι οι μη φαρμακολογικές τεχνικές πρέπει να χρησιμοποιούνται ως επιλογή



πρώτης γραμμής για το NPS και ότι πολλές κλινικές οδηγίες συνιστούν την έναρξη μιας τέτοιας διαχείρισης.

Συνεπώς, στην πράξη, χρησιμοποιείται μια σειρά φαρμάκων, αν και τα περισσότερα είναι αντιψυχωσικά. Πολλές από τις φαρμακολογικές επιλογές στερούνται ισχυρών αποδείξεων από κλινικές δοκιμές που να επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητά τους και πολλές άλλες χρησιμοποιούνται ως θεραπείες εκτός ετικέτας, δηλ. με ελάχιστα ή καθόλου στοιχεία κλινικού οφέλους.

Η πρώτη κατηγορία φαρμάκων με έγκριση για την αντιμετώπιση της νόσου είναι οι αναστολείς χολινεστερασών. Η μεμαντίνη ανταγωνίζεται τους NMDA υποδοχείς, αναστέλλοντας έτσι την ενεργοποίηση τους λόγω αυξημένων επιπέδων λουταμινικού στη συναπτική σχισμή. Οι αναστολείς των χολινεστερασών έχουν ένδειξη για την ήπια έως μέτρια άνοια. Σε μελέτες υποστηρίζεται ότι επιβραδύνουν τη χειροτέρευση της νόσου. 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, αυπνία, βραδυκαρδία, μυϊκές κράμπες, συγκοπτικό επεισόδιο, αρτηριακή υπόταση [97]. Η φαρμακοθεραπεία είναι μέτρια αποτελεσματική στην αντιμετώπιση γνωστικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων άνοιας. Συνεπώς, η ενεργός διαχείριση της άνοιας περιλαμβάνει προσεκτική παρακολούθηση των συμπτωμάτων, θεραπεία συννοσηρότητας, παρακολούθηση φαρμάκων, μη φαρμακολογικές στρατηγικές διαχείρισης και σύνδεση με υπηρεσίες υποστήριξης της κοινότητας. Επιπλέον, είναι γνωστό από καιρό ότι τα μέλη της οικογένειας που φροντίζουν άτομα με άνοια αντιμετωπίζουν συχνά δυσμενείς συνέπειες για την υγεία λόγω στρες που σχετίζονται με συμπτώματα άνοιας και αβεβαιότητες σχετικά με τον τρόπο εύρεσης πληροφοριών και βοήθειας. Επομένως, τα μέλη της οικογένειας πρέπει να συμπεριληφθούν στην ενεργό διαχείριση ασθενών με άνοια για να μεγιστοποιήσουν τα αποτελέσματα που σχετίζονται με την υγεία των ασθενών και των οικογενειακών τους φροντιστών [163].

## **ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΝΟΙΑΣ**

### **ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ**

Το 1948 ο ΠΟΥ όρισε την υγεία ως μια κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευζωίας, όχι μόνο ως απουσία ασθένειας ή αδυναμίας– as “a state of complete physical, mental and social well-being, not merely the absence disease or infirmity” (WHO, Constitution). Στο πλαίσιο αυτό η φαρμακευτική αγωγή στην άνοια μειώνει την επιδείνωση της και για αυτό και η θεραπεία εκλογής είναι ο συνδυασμός της με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις[104].

Τα ανοϊκά σύνδρομα αποτελούν ένα διογκούμενο ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα, και δεν έχουν επί του παρόντος ριζική θεραπεία παρά τις εντατικές έρευνες για την ανάπτυξη αποτελεσματικών φαρμάκων. Για το λόγο αυτό πληθώρα μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων χρησιμοποιούνται ευρέως

στην αντιμετώπιση της άνοιας[107]. Ο όρος «ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις» ορίζεται ως οι σωματικές, γνωστικές, κοινωνικές δραστηριότητες που μπορούν να διατηρήσουν ή να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα στις διαπροσωπικές σχέσεις και την ποιότητα ζωής των ατόμων με άνοια [98]. Με δεδομένη τη δυσκολία στην ανάπτυξη αποτελεσματικών φαρμακευτικών θεραπειών για τη ΝΑ και λαμβάνοντας υπόψη την σημαντική κοινωνική διάσταση της άνοιας, πληθώρα εναλλακτικών ψυχοκοινωνικών, μη φαρμακευτικών στρατηγικών χρησιμοποιούνται ευρέως στη αντιμετώπιση της άνοιας [99]. .Επιπλέον, υπάρχουν οι παρεμβάσεις της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, Complementary and Alternative Medicine (CAM) για την άνοια και γενικότερα οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται στα άτομα με άνοια και στους περιθάλποντές τους. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία διαρκώς αυξανόμενη στροφή των ατόμων με άνοια προς τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις λόγω του χαμηλού κόστους και της απουσίας παρενεργειών σε σύγκριση με την κλασική φαρμακευτική αγωγή. Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις ( NPT) ορίζονται ως μη φαρμακευτικές, θεωρητικά υποστηριζόμενες, εστιασμένες και αναπαραγόμενες, που πραγματοποιούνται με τον ασθενή ή τον φροντιστή, οι οποίες μπορούν να είναι ωφέλιμες και για τους δύο. [100]. Η χρησιμότητα τους για υγιή γήρανση και για αντιμετώπιση της άνοιας τις κάνουν ελκυστικές, επειδή δεν παρουσιάζουν παρενέργειες, η εφαρμογή τους είναι πιο οικονομική και μπορεί να βελτιώσει τις γνωσιακές ικανότητες, να ενισχύσει την ανεξαρτησία και να αυξήσει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Το Εθνικό Κέντρο της Συμπληρωματικής και Εναλλακτικής Ιατρικής, National Center of Complementary and Alternative Medicine ( NCCAM) στις Η.Π.Α, χρησιμοποιεί τον εξής ορισμό: «Η συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική είναι ένα σύνολο διάφορων ιατρικών και άλλων συστημάτων ιατρικής περίθαλψης, πρακτικών και προϊόντων που δεν αποτελούν, προς το παρόν, μέρος της συμβατικής ιατρικής» [101, 159]. Συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες είναι πλέον ενταγμένες υποχρεωτικά στα δημόσια συστήματα υγείας [101]. Η CAM περιλαμβάνει μη φαρμακευτικές μεθόδους όπως τη ρεφλεξολογία, την αγιουρβεδική ιατρική, τη χειροπρακτική, τα συμπληρώματα/βότανα διατροφής, τον βελονισμό και τις θεραπείες χαλάρωσης. Πρόκειται για θεραπείες νου-σώματος (π.χ. διαλογισμός, γιόγκα, taichi, qigong, guided imagery), πρακτικές βασισμένες στο σώμα (π.χ. ρεφλεξολογία, χειροπρακτική, μασάζ), ενεργειακές θεραπείες (π.χ. θεραπευτικό άγγιγμα, βελονισμός, ηλεκτρομαγνητικό πεδίο), πρακτικές βασισμένες στον τρόπο ζωής και έκφρασης (π.χ. μουσικοθεραπεία, αρωματοθεραπεία, δραματοθεραπεία [100, 158] . Η εταιρεία για τη νόσο Alzheimer αναφέρει πως οι περισσότερες εναλλακτικές και συμπληρωματικές θεραπείες θα πρέπει να αξιολογούνται, με βάση τις διαθέσιμες επιστημονικές ενδείξεις, για κλινική και οικονομική αποδοτικότητα (Alzheimer's Society's view on complementary medicine / alternative therapies )

## ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΑΝΑΜΝΗΣΕΩΝ-REMINISCENCE

Μια μορφή εναλλακτικής, μη φαρμακευτικής παρέμβασης, είναι η θεραπεία ανάμνησης (RT), ιδιαίτερα κατάλληλη για άτομα της Τρίτης ηλικίας. Έχει κοινά στοιχεία με την παρέμβαση της γνωστικής διέγερσης και περιλαμβάνει την ανάκληση και τη συζήτηση παρελθόντων δραστηριοτήτων, γεγονότων και εμπειριών, συνήθως χρησιμοποιώντας φωτογραφίες, αντικείμενα ή μουσική. Υπάρχουν δύο μορφές για την εφαρμογή της: απλή ανάμνηση και ανασκόπηση ζωής. Η απλή ανάμνηση περιλαμβάνει συνομιλίες για την τόνωση αυτοβιογραφικών αναμνήσεων για διάφορα θέματα από το παρελθόν, όπως διακοπές, ρούχα, τρόφιμα, μέσα μεταφοράς, μέσα μαζικής ενημέρωσης, ηθοποιούς και τηλεοπτικούς παρουσιαστές, εντυπωσιακές προσωπικότητες, δουλειές και προσωπικές εμπειρίες. Είναι μια αδόμητη και αυθόρμητη διαδικασία που εστιάζει σε θετικές αναμνήσεις και μπορεί να εφαρμοστεί σε ατομική ή ομαδική μορφή. Η ανασκόπηση της ζωής είναι πιο δομημένη και εξατομικευμένη, όπου ο θεραπευτής συνήθως καθοδηγεί το άτομο μέσα από σημαντικές εμπειρίες της προσωπικής του ζωής και προσπαθώντας να δώσει νόημα στις προηγούμενες εμπειρίες του. Είναι, λοιπόν, μια καθοδηγούμενη και αξιολογητική διαδικασία που περιλαμβάνει εξέταση της ζωής του ασθενούς. Διάφορες πηγές υποστηρίζουν τη χρήση αναμνηστικών αφηγήσεων, επειδή είναι θετικές αναπτυξιακές δραστηριότητες που μπορούν να εξατομικευτούν και να χρησιμοποιηθούν ως μέθοδοι γνωστικής διέγερσης σε ηλικιωμένους, ειδικά όταν επικεντρώνονται σε θετικές αναμνήσεις του παρελθόντος [128, 160]. Οι παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν θεραπεία ανάμνησης σύμφωνα με κάποιες μελέτες έχουν θετικά αποτελέσματα για την αποτελεσματικότητά της σε ηλικιωμένους. Η μέθοδος των αναμνήσεων είναι μια δημιουργική μέθοδος, που δίνει τη δυνατότητα να αξιοποιείται με ελεύθερο τρόπο, προκειμένου να κινητοποιηθεί ο ανοϊκός ασθενής. Ο ασθενής συμμετέχει με όλες του τις αισθήσεις (όραση, ακοή, γεύση, αφή, όσφρηση), επειδή γίνεται χρήση πολλών και διαφορετικών ερεθισμάτων, φωτογραφιών, μουσικής, φαγητού κ.ά. Οι συνεδρίες είναι ομαδικές, με παρουσία και των φροντιστών των ατόμων με άνοια ή και των στενών συγγενών. Οι στόχοι του προγράμματος είναι η βελτίωση της επικοινωνίας με τον ανοϊκό, η μείωση της απομόνωσης του, η δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα του, να αντιμετωπιστεί ως ξεχωριστή προσωπικότητα, να επισημανθεί η προσφορά του στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο, να αποκτήσουν οι φροντιστές θετική εικόνα για την άνοια και να οι φροντιστές να μάθουν να τον απασχολούν δημιουργικά. «Αναπόληση» σημαίνει την ανταλλαγή εμπειριών ζωής, αναμνήσεων και ιστοριών από το παρελθόν. Η θεραπεία αναπόλησης χρησιμοποιείται ευρέως στη φροντίδα της άνοιας και τα στοιχεία δείχνουν ότι όταν χρησιμοποιείται αποτελεσματικά βοηθά τα άτομα να διατηρήσουν την αίσθηση της αυτοεκτίμησης, της ταυτότητας και της ατομικότητας. Συνήθως, ένα άτομο με άνοια είναι πιο ικανό να θυμάται πρόσωπα και γεγονότα του

απότατου παρελθόντος, ενώ έχει πρόβλημα με τα πρόσφατα. Η ανάμνηση μπορεί να δώσει στα άτομα με άνοια μια αίσθηση επάρκειας και αυτοπεποίθησης χρησιμοποιώντας μια ικανότητα που έχουν ακόμα. Όλοι έχουμε μνήμες, όλοι έχουμε τη δική μας μοναδική ιστορία ζωής. Η ανάκληση του παρελθόντος είναι ένα μέσο για να το κατέχουμε και ως εκ τούτου να διατηρούμε τον εαυτό μας. Είναι μια διαδικασία εδώ και τώρα που συγκρατεί τον αφηγητή και το διηγημένο σε σχέση μεταξύ τους.. Όταν ένα άτομο μοιράζεται κάτι για το παρελθόν του και ένα άλλο άτομο δείχνει ενδιαφέρον ή απόλαυση, είναι μια υπέροχη ευκαιρία για αυτό το άτομο να αισθανθεί ότι είναι αυτός που δίνει κάτι σε έναν άλλο άνθρωπο, αντί να είναι πάντα αυτός που λαμβάνει ή ακούει. Ωστόσο, στις περισσότερες μελέτες, οι επιδράσεις της σε άτομα που ζουν με νευρογνωστικές διαταραχές έχει αποδειχθεί ότι έχουν μια μικρή θετική επίδραση στη γνωστική λειτουργία. Όσον αφορά συγκεκριμένους γνωστικούς τομείς, υπάρχουν ενδείξεις βελτιώσεων τόσο στην επεισοδιακή αυτοβιογραφική μνήμη όσο και στην προσωπική σημασιολογική μνήμη [128]. Ενώ μεγάλο μέρος της βιβλιογραφίας επισημαίνει τη θετική επίδραση της στα συμπτώματα κατάθλιψης [128], άλλες πρόσφατες μελέτες δεν έχουν βρει σημαντικές διαφορές. Οι έρευνες για τις επιπτώσεις αυτών των παρεμβάσεων στην ποιότητα ζωής είναι αντιφατικές. Ορισμένες συστηματικές ανασκοπήσεις δείχνουν μικρή ή καθόλου επίδραση Worldviews Evid Based Nurs, ενώ άλλες υποδεικνύουν μια κάποια επίδραση στην ποιότητα ζωής [130]

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 ως μια ξεχωριστή οντότητα έχει 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. Ένα άτομο με άνοια μπορεί να επαναλαμβάνει την ίδια ιστορία, ξανά και ξανά. Δεν είναι ασυνήθιστο για ένα άτομο με άνοια να έχει μια αγαπημένη ιστορία στην οποία επιστρέφει. Πολύ συχνά η ιστορία θα σχετίζεται με μια εποχή που το άτομο ένιωθε ιδιαίτερα χαρούμενο ή περήφανο. Ίσως το άτομο μιλά λεπτομερώς για τη δουλειά του ή την εμπειρία του να μεγαλώνει μικρά παιδιά. Το μήνυμα πίσω από αυτήν την επαναλαμβανόμενη ιστορία μπορεί να είναι ότι το άτομο έχει χάσει την αίσθηση ταυτότητας και σκοπού. Ακούγοντας την ίδια ιστορία με ενδιαφέρον, ένας καλός ακροατής μπορεί να βοηθήσει το άτομο με άνοια να αισθάνεται καλύτερα με τον εαυτό του. Μερικές φορές η επαναλαμβανόμενη ιστορία σχετίζεται με μια πιο οδυνηρή ανάμνηση ή τραύμα. Σε αυτήν την κατάσταση, το άτομο μπορεί να έχει κάποια άλυτα ζητήματα σχετικά με ένα τραυματικό συμβάν.

Η θεραπεία, λοιπόν, μέσω αναμνήσεων αποτελεί μορφή μη φαρμακευτικής παρέμβασης για άτομα με αρχόμενα προβλήματα μνήμης και συντονίζεται από Ψυχολόγο ή κάποιον θεραπευτή[129]. Βασίζεται στην ανάκληση-ανάσυρση σημαντικών γεγονότων κι εμπειριών από το παρελθόν του ατόμου με αξιοποίηση φωτογραφικού υλικού και χρήση ποικιλίας ερεθισμάτων. Στοχεύει στη συναισθηματική ενίσχυση του ατόμου, κυρίως ως προς το αίσθημα της προσωπικής του ταυτότητας, δεδομένης της μνημονικής απώλειας και όσων αυτή συνεπάγεται, στην έκφραση των συναισθημάτων του για τις αλλαγές που βιώνει, στη βελτίωση της διάθεσής του και στην ανάπτυξη κοινωνικών επαφών κι αλληλεπιδράσεων[130]. Η ομάδα θεραπείας δι' αναμνήσεων έχει στο στόχο την ενίσχυση της επικοινωνίας και της έκφρασης των συμμετεχόντων έναντι της απομόνωσης και της μειωμένης κοινωνικότητας. Ευρύτερος στόχος είναι η βελτίωση της διάθεσης, και η αύξηση της αυτοεκτίμησης μέσω της ενίσχυσης του αισθήματος ατομικής ταυτότητας. Η μέθοδος αυτή είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας, στην οποία χρησιμοποιείται η δημιουργικότητα του ασθενή με σκοπό την αύξηση της συναισθηματικής έκφρασης και ευεξίας του. Επιδίωξη είναι η ανάπτυξη εμπιστοσύνης και οικειότητας με τον ασθενή ώστε να νιώσει ασφάλεια και να μπορεί να εξωτερικεύει τα συναισθήματα του.

## **ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

Ο ΠΟΥ δημοσίευσε για το 2019 κατευθυντήριες οδηγίες όσον αφορά στις διατροφικές παρεμβάσεις που ως στόχο έχουν την μείωση του κινδύνου νοητικής έκπτωσης και άνοιας. Σύμφωνα με αυτές, η μεσογειακή διατροφή μπορεί να συσταθεί σε άτομα με φυσιολογική μνήμη ή με ΗΝΔ ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος νοητικής διαταραχής και άνοιας, ενώ δεν πρέπει να συστήνεται η λήψη συμπληρωμάτων βιταμίνης Β, Έκai πολυακόρεστων λιπαρών οξέων για τον ανωτέρω λόγο. Επίσης συστήνεται παρέμβαση για την αντιμετώπιση του αυξημένου σωματικού βάρους κατά την μέση ηλικία, για τον περιορισμό της πιθανότητας εμφάνισης άνοιας. Τέλος, η σωματική άσκηση πρέπει να συστήνεται σε άτομα με φυσιολογική μνήμη και μπορεί να συστήνεται και σε άτομα με ΗΝΔ για να μειωθεί η πιθανότητα άνοιας [131] Οι βιταμίνες του συμπλέγματος Β, τα φλαβονοειδή, η βιταμίνη D, τα ω3 λιπαρά οξέα, τα ψάρια, τα λαχανικά και λιγότερο τα φρούτα, η περιορισμένη κατανάλωση κόκκινου κρασιού και καφέ, αλλά κυρίως η μεσογειακή δίαιτα έχουν πιθανώς προστατευτική δράση[123]. Η παρεντερική και εντερική διατροφή συνιστάται σε αναστρέψιμες καταστάσεις κατά τις οποίες συνυπάρχει δυσχέρεια σίτισης. Τα αποτελέσματα προέρχονται κατά κύριο λόγο από μελέτες παρατήρησης, ενώ είναι σχετικά σπάνια η παρουσία μεγάλων πολυετών κλινικών μελετών. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται προσοχή στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων της τρέχουσας βιβλιογραφίας.

## **ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**

Η σωματική άσκηση, σύμφωνα με έρευνες , όπως το περπάτημα, ο χορός, η μυϊκή ενδυνάμωση, η αερόβια άσκηση, ενισχύει τη φυσική κατάσταση και τις νοητικές και εκτελεστικές λειτουργίες καθώς και τον λόγο του ασθενή με άνοια. Αρκετές μελέτες τεκμηρίωσαν τις προληπτικές και θεραπευτικές επιδράσεις της άσκησης σε διάφορες ασθένειες, καθώς και στη φυσιολογική λειτουργία διαφορετικών συστημάτων κατά τη γήρανση[126]. Τα ευρήματα των μελετών εντόπισαν τα θετικά αποτελέσματα της άσκησης ως μια παρέμβαση μη φαρμακευτική στη άνοια και τη νόσο Alzheimer στη γνωστική έκπτωση και συμπεριφορική διαταραχή, στο άγχος και στον ύπνο, στη μείωση των παραγόντων κινδύνου για άνοια, συμπεριλαμβανομένων χρόνιων ασθενειών, όπως ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, στην ενίσχυση της ροής αίματος του εγκεφάλου, στη συναπτική πλαστικότητα στην περιοχή που σχετίζεται με τη μνήμη του εγκεφάλου (π.χ. ιππόκαμπος) και στη μείωση της νευροφλεγμονής [127].

Τόσο οι παλιές όσο και οι τρέχουσες μελέτες δείχνουν ότι η άσκηση παίζει ζωτικό ρόλο στη μείωση της συχνότητας και στην επιβράδυνση της εξέλιξης της νόσου Αλτσχάιμερ. Φαίνεται ότι υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας οδηγούν σε μειωμένο κίνδυνο. Ήπια έως μέτρια άσκηση μειώνει τη νευροφλεγμονή, μειώνοντας την ποσότητα των ενδοκυτταρικών νευροϊνιδίων και και εξωκυτταρικών πλακών αμυλοειδούς-β. Διάφορες μελέτες και κλινικές δοκιμές σε ηλικιωμένους υποστηρίζουν ότι οι δραστηριότητες αναψυχής και η σωματική άσκηση όχι μόνο επιβραδύνουν τη γνωστική παρακμή, αλλά βελτιώνουν τα γνωσιακές λειτουργίες, όπως την προσοχή, την οπτική μνήμη και τη μετωπική γνωσιακή λειτουργία σε ασθενείς με ήπια έως σοβαρή άνοια[115].

## **ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΟΙΑ**

**Νοητική Εκπαίδευση και παιχνίδια** σοβαρού περιεχομένου. 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 σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο με τη βοήθεια ειδικού και έχει επίπεδα δυσκολίας ανάλογα με τα ελλείματα που έχει ο ανοϊκός ασθενής. Ο νοσηλευτής δημιουργεί υλικό ασκήσεων σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του ασθενή ή της ομάδας. 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 χρήση υπολογιστών και παιχνιδιών σοβαρού περιεχομένου για τη βελτίωση των νοητικών λειτουργιών[132]. Αρχικά, η έρευνα για τη θεραπεία της άνοιας επικεντρώθηκε κυρίως σε φαρμακευτικές θεραπείες, αλλά με μικρή επιτυχία. Ως εκ τούτου, οι ερευνητές προσπαθούν να αναπτύξουν νέες μεθόδους για την καταπολέμηση της άνοιας. Τα σοβαρά παιχνίδια, με μη ψυχαγωγικούς σκοπούς (π.χ. μάθηση και θεραπεία), ξεχωρίζουν από μια ποικιλία μεθόδων[133]. Η θεραπεία παιχνιδιών έχει καλύτερη επίδραση στις γνωστικές ικανότητες των ασθενών σε σύγκριση με άλλες θεραπείες (π.χ. παραδοσιακή ψυχολογική διέγερση και φαρμακευτική αγωγή).

### **ΦΙΛΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΟΙΑ**

Το σύστημα υγείας κατέχει σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση και στον σχεδιασμό υπηρεσιών και υποστήριξης ατόμων που πάσχουν από άνοια, όμως δεν μπορεί να οργανώσει κοινωνικές πρωτοβουλίες για τη διαχείριση του στίγματος και για την κατανόηση της άνοιας στην κοινότητα με επιπτώσεις τόσο σε ασθενείς όσο και σε φροντιστές.

Οι «Φιλικές Κοινότητες προς την άνοια» είναι πρόγραμμα της Ευρωπαϊκής Κοινής Δράσης για την άνοια (EU Act on Dementia) με σκοπό τη βελτίωση της καθημερινότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών με άνοια[1]. Σε μια «Κοινότητα Φιλική προς την άνοια οι ασθενείς δεν θα είναι αποκλεισμένοι και θα έχουν τον σεβασμό από τους συμπολίτες τους. Οι πολίτες, οι δημόσιοι οργανισμοί και οι επιχειρήσεις θα συνεργάζονται προκειμένου να αρθούν τα εμπόδια για να συμμετέχουν οι ασθενείς και οι φροντιστές στη κοινότητα». Οι Φιλικές Κοινότητες περιλαμβάνουν τέσσερα πεδία: το περιβάλλον, τους πολίτες, τα δίκτυα και τους πόρους.

Ο ΠΟΥ έχει καλέσει για διεθνή δράση προκειμένου να υπάρξουν πρωτοβουλίες για φιλικές κοινότητες για την άνοια[135]. Είναι γνωστό ότι άτομα με άνοια και οι φροντιστές τους μη επαγγελματίες αντιμετωπίζουν σημαντικές προκλήσεις, όπως το στίγμα, την κοινωνική απόρριψη και δυσκολία στην πρόσβαση σε τοπικές υποστηρικτικές δομές. Το σχέδιο για φιλικές προς την άνοια κοινότητες προωθεί την ιδέα της κοινωνικής συμπερίληψης, την αλλαγή στις στάσεις και στις συμπεριφορές και υποστηρίζει άτομα με άνοια να ζήσουν στην κοινότητα με τρόπους που έχουν νόημα για αυτούς. Μια τέτοια κοινότητα προσδιορίζεται ως ένα μέρος όπου τα άτομα με άνοια γίνονται σεβαστά, υποστηρίζονται και αισθάνονται



ασφαλή και ικανά να συμβάλουν στην κοινότητα. Κοινωνική συμπερίληψη σημαίνει δυναμική διαδικασία όπου οι άνθρωποι είναι μέρος του κοινωνικού δικτύου και διατηρούν σχέσεις με νόημα.[136]. Σχετίζεται με την κοινωνική υποστήριξη και την πρόσβαση στις δομές. Επιπλέον, αναφέρεται στην ενημέρωση και την εκπαίδευση των μελών μια τοπικής κοινωνίας προκειμένου να περιοριστεί το στίγμα και να υπάρξει κοινωνική αποδοχή των ανθρώπων με άνοια. Η αίσθηση του ανήκειν είναι ουσιαστική για το ευ ζην και την ποιότητα.

Η ιδέα για αυτές τις κοινότητες έχει σχεδιαστεί από την πρωτοβουλία για τις φιλικές για την ηλικία πόλεις του ΠΟΥ [138] και συνδέεται με την ιδέα για ενεργό και υγιή γήρανση[] Επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να έχουν καλή υγεία και να συνεχίσουν να συμμετέχουν στην κοινωνία. Δίνει μεγάλη σημασία στους τοπικούς φορείς και στη διασύνδεσή τους και τη συνεργασία τους για την κοινωνική συμπερίληψη. Επίσης στην άρση περιορισμών, φυσικών και κοινωνικών, που εμποδίζουν την κοινωνική συμπερίληψη μέσα από την ευαισθητοποίηση των πολιτών και κυρίως της νέα γενιάς,. Υποστηρίζεται πως χρειάζεται μέσα στην κοινότητα και η φωνή των ατόμων με άνοια. Εντάσσεται στη λογική ότι έχει αξία να γνωρίζουμε πώς οι ίδιοι αισθάνονται, τι εμπειρίες έχουν από τη νόσο, πώς τη βιώνουν και τι θα ήθελαν για τη ζωή τους[167]. Με αυτήν τη λογική απορρίπτονται και ιδέες για δημιουργία δομών που απευθύνονται **μόνο** σε ασθενείς με άνοια. Για παράδειγμα δεν προτείνονται ΚΑΠΗ για άτομα με άνοια, αλλά στα υπάρχοντα ΚΑΠΗ να συμπεριληφθούν και αυτά τα άτομα[135].

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Ο βασικός ρόλος του νοσηλευτή απέναντι στο ηλικιωμένο άτομο είναι να βοηθήσει τόσο το ίδιο το άτομο όσο και την οικογένεια του και τους φροντιστές για να ανταποκριθούν στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής τους [161]. Καθήκον του νοσηλευτή είναι, σε συνεργασία με μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, 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 και συναισθηματική υποστήριξη. Ιδιαίτερος, ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή είναι επιτακτικός στη φροντίδα των ασθενών και είναι υπεύθυνος για τον συνολικό συντονισμό της φροντίδας που λαμβάνουν οι ασθενείς. Οι αρμοδιότητές τους περιλαμβάνουν τη φροντίδα των ασθενών στην οξεία, επείγουσα φάση, εκείνων με μακροχρόνια προβλήματα, όπως και όσων απαιτούν φροντίδα στο της ζωής τους. Ενδιαφέρονται για την προαγωγή της υγείας και την εκπαίδευση των ασθενών. Παρέχουν προσωπική, προληπτική και συντονισμένη φροντίδα, η οποία μειώνει τις περιττές εισαγωγές στο νοσοκομείο και επιτρέπει στους ασθενείς που έχουν μια σειρά από σύνθετες ανάγκες να παραμείνουν ή να επιστρέψουν σε συνθήκες ασφάλειας στο σπίτι [162]. Οι νοσηλευτές κατ'οίκον επισκέψεων (HVN), σύμφωνα με έρευνες, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο σύστημα υποστήριξης ατόμων με άνοια. Από τις εμπειρίες οικογενειακών φροντιστών, πριν και μετά την εφαρμογή της φροντίδας HVN για άτομα με άνοια που ζούσαν μόνοι, προκύπτει ότι, πριν από τη λήψη βοήθειας από τον νοσηλευτή κατ'οίκον επισκέψεων (HVN), οι φροντιστές βίωσαν άγχος και αμηχανία λόγω της εμφάνισης συμπτωμάτων άνοιας και επίσης έζησαν σημαντική απομόνωση και αγωνία αφού άκουσαν τη διάγνωση. Μετά την έναρξη του HVN, οι φροντιστές απέκτησαν ένα αίσθημα ασφάλειας και μια ανακούφιση από το ψυχολογικό στρες. Επίσης, απέκτησαν βαθύτερη κατανόηση της νόσου και κατάλληλη φροντίδα για ασθενείς με άνοια. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι φροντιστές αντιλήφθηκαν όχι μόνο θετικές αλλαγές στον εαυτό τους, αλλά και στους ασθενείς, όπως βελτιώσεις στα συμπτώματα και την ποιότητα ζωής. Τέλος, οι φροντιστές συνειδητοποίησαν ότι τα άτομα με άνοια μπορούν να ζήσουν με μια σχετική αυτονομία, εάν παρέχονται οι κατάλληλες υπηρεσίες.

#### **ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**

Σε έρευνα του 2018 σε νοσοκομεία του Καναδά, που συμπεριλαμβάνει και συζητά προγενέστερες έρευνες, οι νοσηλευτές που φροντίζουν ασθενείς με άνοια, ιδιαίτερα σε νοσοκομεία επειγόντων περιστατικών, δήλωσαν ότι αισθάνονται απελπισμένοι, ότι δεν είχαν άλλη επιλογή από το να εφαρμόσουν περιορισμούς με φάρμακα, όταν ο ασθενής εκδήλωνε βίαιη συμπεριφορά, ή δεν ανταποκρινόταν στη θεραπεία και αντιδρούσε βίαια, καθώς υστερούσαν στη γνώση αντιμετώπισης

τέτοιων ασθενών. Η χορήγηση τέτοιων περιορισμών ήταν και στο πλαίσιο της προληπτικής προσέγγισης, με βάση τις εμπειρίες τους από ασθενείς. Ορισμένες νοσηλεύτριες ανέφεραν ότι έλαβαν τα περιοριστικά μέτρα για άτομα με άνοια με γνωστές αντιδραστικές συμπεριφορές πριν ακόμη εμφανιστούν αυτές οι συμπεριφορές. Δικαιολογούσαν την επιλογή τους ως έναν τρόπο για να αποτρέψουν τον ασθενή να βλάψει τον εαυτό του και τους άλλους. Οι ίδιοι ζήτησαν για τη βελτίωση της παροχής φροντίδας ασθενών με άνοια να διασφαλιστεί επαρκής στελέχωση σε μονάδες περίθλαψης ασθενών με άνοια, να εκπαιδευτούν στον τρόπο αντιμετώπισης αυτών των ασθενών, να προγραμματιστούν και να υλοποιηθούν περισσότερες οικογενειακές και ομαδικές συναντήσεις και να δημιουργηθούν ασφαλείς μονάδες και δομές για την υποστήριξη ατόμων με άνοια. Επιπλέον, η βίωση βίαιων συμπεριφορών στο χώρο εργασίας και το αίσθημα ότι είναι αβοήθητοι σε επίπεδο γνώσης αντιμετώπισης τέτοιων περιστατικών, επηρεάζει την ικανοποίηση από την εργασία, οδηγεί σε εξουθένωση και αναγκάζει τους νοσηλευτές να σκεφτούν να αλλάξουν επάγγελμα.

Τα βασικά ευρήματα αυτής της μελέτης ήταν τα εξής: (α) Η παροχή φροντίδας αυτών των ασθενών είναι μια πολύπλοκη εμπειρία με πολλαπλές προκλήσεις για τους νοσηλευτές, (β) οι νοσηλευτές αντιλήφθηκαν την έλλειψη δράσης από την πλευρά του οργανισμού τους για την πρόληψη και αντιμετώπιση συμπεριφορών βίας και επιθετικότητας, από τη μεριά των ασθενών (γ) οι νοσηλευτές χρησιμοποίησαν φαρμακολογικές προσεγγίσεις στη φροντίδα τους σε περιόδους απελπισίας και (δ) οι νοσηλευτές χρησιμοποίησαν χαμηλής επένδυσης μη φαρμακολογικές προσεγγίσεις για σεβασμό στις προτιμήσεις των ασθενών. Άλλη μελέτη (2018) διαπίστωσε παρόμοια ότι η φροντίδα των ατόμων με άνοια είναι πολύπλοκη καθώς οι νοσηλευτές εργάζονται υπό πίεση και αντιμετωπίζουν προκλήσεις ίσως λόγω έλλειψης γνώσεων σχετικά με την φροντίδα της άνοιας.. Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ηθικά διλήμματα καθώς συχνά αντιμετωπίζουν αβεβαιότητα στη λήψη δύσκολων αποφάσεων για ασθενείς με άνοια που αντιστέκονται στη φροντίδα. Στην τρέχουσα μελέτη, οι νοσηλευτές είχαν συνήθως αισθήματα θυμού, όχι μόνο επειδή δέχονται βίαιες ενέργειες από τους ασθενείς, αλλά και με την οργάνωση των ιδρυμάτων που εργάζονται, την έλλειψη δράσης και το σχεδιασμό για την πρόληψη τέτοιων συμπεριφορών. Επιπλέον, προέκυψε ότι, όταν οι περιορισμοί με φάρμακα χρησιμοποιούνται ακατάλληλα στους ηλικιωμένους, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για παραλήρημα, ευρεθιστότητα, βίαιη συμπεριφορά, που συνήθως αντιμετωπίζονται με υπερβολική καταστολή, όπως ακινητοποίηση του ασθενούς στο κρεβάτι, και επιβλαβείς αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα. Τέλος, φάνηκε ότι η συμμετοχή των οικογενειών στη φροντίδα ατόμων με άνοια είναι πολύτιμη για να βοηθήσει το προσωπικό να αναγνωρίσει πιθανούς παράγοντες για ανταποκρινόμενες συμπεριφορές και να προσφέρει άνεση σε αυτούς τους ασθενείς μειώνοντας το άγχος [142]. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης υπαγορεύουν στην πολιτεία την ανάγκη να σχεδιάσει πολιτικές επιμόρφωσης των

νοσηλευτών προκειμένου οι τελευταίοι να ανταποκριθούν στα δύσκολα καθήκοντά τους.

### **ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΝΟΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

Ο ανοϊκός ασθενής, ανάλογα με το στάδιο και τον τύπο της ασθένειας μπορεί να παρουσιάζει από ήπια μέχρι πολύ σοβαρά συμπτώματα, όπως επανάληψη προτάσεων, δυσκολία στην ονομασία ανθρώπων και πραγμάτων, έλλειψη στοχοπροσήλωσης, αποτυχία στην επίτευξη στόχων, απώλεια ενδιαφερόντων, απάθεια και αποπροσανατολισμό στον χρόνο και τον τόπο. Επιπλέον, να ξεχνά, γεγονότα της ζωής του, παρουσιάζει διαταραχή στη σκέψη, έχει ψευδαισθήσεις ή και παρανοειδείς απόψεις, επιθετική συμπεριφορά, κατάθλιψη και αδυναμία εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Στο τελικό στάδιο, όμως, ο ανοϊκός ασθενής χρήζει ανάγκης φροντίδας από τον φροντιστή. Σ' αυτό το στάδιο ο ασθενής δε κατανοεί, δε γνωρίζει τα άτομα της οικογένειας του και δεν μπορεί να πραγματοποιήσει ατομικές δραστηριότητες. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει τη διάγνωση της άνοιας και τον τύπο της. Απαραίτητη είναι η λήψη ιατρικού ιστορικού τόσο από τον ίδιο τον ασθενή-εάν αυτό είναι δυνατόν, όσο και από άτομα του περιβάλλοντος του. Σημαντικές είναι οι πληροφορίες που αφορούν την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων της νόσου και της πορείας της. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να παρακολουθεί τον ασθενή και τα συμπτώματα που παρουσιάζει, επειδή η ασθένεια έχει διάφορες φάσεις και εξέλιξη. Γι' αυτό χρειάζεται τακτική φυσική εξέταση. Επιπλέον, να προσπαθεί να εντοίσει τις αιτίες που του προκαλούν συμπτώματα ή επιδεινώνουν την κατάστασή του. Οι αιτίες αυτές μπορεί να είναι τα χορηγούμενα φάρμακα, το περιβάλλον, αλλά και η έλλειψη φροντίδας. Αφού διερευνηθούν οι αιτίες και τα συμπτώματα, ακολουθεί ο σχεδιασμός 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, 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 σε δομές φροντίδας. Επιπρόσθετα, ίσως πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις και αλλαγές στο περιβάλλον του ασθενούς, όπως για παράδειγμα όταν ο ασθενής βρίσκεται σε σύγχυση, ο φροντιστής πρέπει να οργανώσει καλύτερα το πρόγραμμα του ασθενή με την ένταξη μικρών δραστηριοτήτων.

### **ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ**

Μετά από την εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή με άνοια, ακολουθεί η νοσηλευτική διάγνωση

και διεργασία, προκειμένου να εξασφαλιστούν οι ανάγκες του ασθενή σε επίπεδο αντιμετώπισης και θεραπείας των συμπτωμάτων.

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 και να τροποποιηθεί με τρόπο δυναμικό.

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 με την οποία ο νοσηλευτής, έχοντας κριτική σκέψη, ερευνά με επιστημονικό τρόπο και σχεδιάζει πώς να επιλύει τα προβλήματα που αντιμετωπίζει. Ενσωματώνει νέες πληροφορίες, αναθεωρεί και προσαρμόζει τη νοσηλευτική φροντίδα ανάλογα με τη κατάσταση του ασθενή, παρέχοντας εξατομικευμένη φροντίδα. Οι νοσηλευτικές διαγνώσεις [142, 143] που μπορεί να προκύψουν και η νοσηλευτική διεργασία που θα ακολουθήσει είναι οι εξής:

#### 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 είναι να βοηθηθεί ο ασθενής να εκπληρώνει τις βασικές προσωπικές του ανάγκες. Κάποιες από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι η σύσταση στον ασθενή να καταγράφει τις καθημερινές ανάγκες και υποχρεώσεις του ή να βασιστεί σε οικείο του πρόσωπο που θα του τις υπενθυμίζει. Να συμμετέχει ο ασθενής σε αποφάσεις που αφορούν την καθημερινότητά του, όπως τι ρούχα θα φορέσει ή τι φαγητό θα φάει. Να εκπαιδευτεί στη λήψη των φαρμάκων, αφού ενημερωθεί για το όφελό στους. Να διευκολυνθεί στη λήψη τους με το διαχωρισμό τους σε ειδικό κουτάκι που θα αναγράφεται η ημερομηνία και η ώρα λήψης τους. Να ευαισθητοποιηθεί το περιβάλλον του, αφού τους γνωστοποιηθεί η αναγκαιότητα λήψης των φαρμάκων, για τον έλεγχο και τη σωστή χρήση τους.

#### Χρόνια σύγχυση:

Οι διαταραχές μνήμης προκαλούν σύγχυση και άγχος. Ο ασθενής αισθάνεται ανασφάλεια και δυσκολία στον προσανατολισμό ειδικά σε μη οικεία και γνωστά περιβάλλοντα. Ο νοσηλευτής πρέπει να βοηθήσει τον ασθενή προκειμένου να νιώσει και να είναι ασφαλής. Έτσι, προτείνει στο οικογενειακό του περιβάλλον να κάνουν βασικές αλλαγές στο σπίτι που θα επιτρέπουν στον ασθενή να κινείται πιο άνετα και με μεγαλύτερη ασφάλεια. Είναι σημαντικό να απομακρυνθούν έπιπλα και αντικείμενα που περιορίζουν την κίνηση του ασθενούς. Είναι σημαντικό για τον ασθενή να μην καθλωθεί σε ένα χώρο του σπιτιού και πολύ περισσότερο να μην χρησιμοποιηθούν μέτρα περιοριστικά στην κινητικότητα του ασθενούς. Επιπλέον ο ασθενής θα πρέπει να εκπαιδευτεί το πώς θα κινείται στον οικιακό χώρο στο πλαίσιο μια προσπάθειας για αυτόνομη διαβίωση. Κρίνεται

απαραίτητη και η απομάκρυνση αιχμηρών και επικίνδυνων αντικειμένων (μαχαίρια, απορρυπαντικά κ.ά). Προκειμένου να αισθάνεται ο ασθενής ασφαλής και να του εξασφαλιστεί δυνατότητα να απαλλαγεί από φόβους και άγχος ο νοσηλευτής προτείνει στο οικογενειακό περιβάλλον να φροντίσουν να υπάρχει στο σπίτι ησυχία και ηρεμία και να αποφεύγονται τα πολλά και διαφορετικά ερεθίσματα (επισκέψεις άγνωστων προσώπων, δυνατές φωνές κ.ά) που επιτείνουν τη σύγχυση και δημιουργούν άγχος και αγωνία. Επιπλέον, να φροντίσουν να ακολουθεί μια ρουτίνα ο ασθενής στην καθημερινότητά του. Για τη διεκπεραίωση των αναγκών της καθημερινότητά τους ο νοσηλευτής θα υποδείξει στο περιβάλλον του ασθενούς πώς μπορούν μια δραστηριότητα να την αναλύουν σε μικρά βήματα (ανάλυση έργου). Για τον προσανατολισμό στο χρόνο και στο παρόν καλό είναι να υπάρχουν στο χώρο ημερολόγιο και ρολόγια.

**Ακράτεια:** Σκοπός του νοσηλευτή είναι ο ασθενής να παρουσιάσει μείωση στα επεισόδια και να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα ατομικής σωματικής υγιεινής και να ενημερώνει πρόσωπο του περιβάλλοντος για την ανάγκη ούρησης.

Επομένως, η νοσηλευτική παρέμβαση αφορά στην εκτίμηση των παραγόντων της ακράτειας, στον εντοπισμό των αιτιών, όπως Λειτουργία εντέρου και κύστης, πρόσληψη φαρμάκων, ανταπόκριση ασθενή σε παροτρύνσεις να ενεργηθεί, πιθανότητες ουρολοίμωξης, υπολογισμός ισοζυγίου υγρών, ποσότητα κατανάλωσης υγρών πριν τον ύπνο. Μέριμνα του νοσηλευτή είναι η διατήρηση στεγνής και καθαρής της γεννητικής περιοχής και συχνή αλλαγή πάνας, προκειμένου ο ασθενής να μην παρουσιάσει κατακλίσεις.

**Παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις:** Αποτελούν συχνό φαινόμενο σε ανοϊκούς ασθενείς. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να απομακρύνει τον ασθενή από τον κόσμο των ψευδαισθήσεων και να τον επαναφέρει στο παρόν και την πραγματικότητα. Σε καμία περίπτωση δε διαλέγεται και δεν ανταποκρίνεται με ενεργητικό τρόπο στις παραληρητικές ιδέες. Αλλά και δε συγκρούεται με τις ιδέες του ασθενή, όπως και δεν κάνει χιούμορ ή δε γελοιοποιεί τα όσα ο ασθενής λέει ή κάνει υπό το κράτος των ψευδαισθήσεων. Σκοπός του είναι να επαναφέρει τον ασθενή στην πραγματικότητα. Μάλιστα επιδιώκει και να είναι σε θέση ο ασθενής να έχει επίγνωση πότε έχει άγχος ή πότε αρχίζουν αυτές οι ιδέες, γεγονός που δεν είναι εύκολο να ελεγχθεί. Υπενθυμίζει τον χρόνο, τον τόπο, τα παρόντα πρόσωπα και τα γεγονότα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να διαθέτει χρόνο για επικοινωνία με τον ασθενή που συχνά έχει τέτοιου είδους ιδέες. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να παραμένει κοντά στον άρρωστο, όταν αυτός βρίσκεται σε αυτήν την κατάσταση.

**Διαταραχές ύπνου:** Είναι πολύ συχνό φαινόμενο και προκαλεί άγχος στον ασθενή και κούραση. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίσει για την τήρηση σωστού ωραρίου ύπνου καθώς και για την ξεκούραση του ασθενή. Ο τελευταίος θα πρέπει να ακολουθεί ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων, να

αποφεύγεται να κοιμάται κατά τη διάρκεια της ημέρας και να πίνει διεγερτικά ροφήματα ή να τρώει πολύ βαριά τις βραδινές ώρες. Η χρήση φαρμάκων για τον ύπνο θα πρέπει να είναι η έσχατη λύση και όταν η ανυπνία συνοδεύεται από εκδήλωση άγχους και εριστικότητα ή επιθετικότητα. Σημαντικό είναι να προηγείται του ύπνου η περιποίηση του ασθενούς, η καθαριότητά του και τα άνετα και καθαρά κλινოსκεπάσματα. Θα πρέπει να τοποθετηθούν προστατευτικά κάγκελα στο κρεβάτι για αποφυγή τραυματισμών ή και νυχτερινής περιπλάνησης. Τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει να επικοινωνήσει με τον γιατρό για φάρμακα που βοηθούν στον ύπνο.

**Απάθεια:** Είναι το πιο σημαντικό σύμπτωμα για τη διάγνωση της άνοιας και σχετίζεται με τη μη ανταπόκριση στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και στην αδυναμία επικοινωνίας. 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 σχέσεις

**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 αποτελεσματική χρήση τεχνικών χαλάρωσης, στην απομάκρυνση αντικειμένων ή στην αποφυγή γεγονότων ή περιστατικών που προκαλούν άγχος. Να απομακρύνει τον ασθενή από στρεσογόνους παράγοντες, όπως θορύβους. Να διαιρεί κάθε δραστηριότητα σε μεμονωμένες πράξεις, ώστε να μπορεί ο ασθενής να ανταποκριθεί σ' αυτές, να μην αγχώνεται και να αισθάνεται ικανοποίηση από την εκπλήρωσή τους. Να διατηρεί τις καθημερινές συνήθειες με συνέπεια, καθώς και να παρέχει μια αυστηρά δομημένη μέρα και ρουτίνα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει επίσης να φροντίζει για τις ώρες ανάπαυσης κατά τη διάρκεια της ημέρας, για χρήση χαλαρωτικών δραστηριοτήτων, όπως μαλάξεις με τα χέρια καθώς και να εκτιμά αν υπάρχουν προβλήματα υγείας (μειωμένη οξυγόνωση, λοιμώξεις, κόπωση, δυσκοιλιότητα, διαταραχή ισορροπίας ηλεκτρολυτών) που μπορεί να προκαλούν άγχος. Αν ο ασθενής, για παράδειγμα, ξαφνικά ταραχτεί και αρχίσει να περπατάει στο σπίτι, μια στρατηγική εστιασμένη στο πρόβλημα θα απαιτήσει να αναζητηθούν οι πιθανές αιτίες άγχους και ανησυχίας, με πρώτη προτεραιότητα να απομακρυνθεί η αιτία της ταραχής ή της απόσπασης της προσοχής.

Είναι σημαντικό να τηρείται ένα γραπτό αρχείο καταγραφής των πραγμάτων που φαίνεται να επηρεάζουν τον ασθενή αρνητικά και του προκαλούν άγχος, αλλά και όσα τον επηρεάζουν θετικά. Η συγκεκριμένη τακτική θα βοηθήσει τον νοσηλευτή να σχεδιάσει μια σειρά από πρακτικές που θα ανταποκρίνονται στο προφίλ του ασθενή και στις προσωπικές του ανάγκες.



**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 Χρόνου. Ο νοσηλευτής οφείλει να εκτιμάει την κατάσταση του ασθενούς και να παρέχει υποστήριξη, να επικεντρώνει την προσοχή στο σήμερα και να ενθαρρύνει να χρησιμοποιεί ο ασθενής τις δεξιότητες του. Σημαντική είναι η χρήση ρολογιού ώστε το άτομο να συνειδητοποιεί τον 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 περιέχουν. Καλό είναι να μην υπάρχουν πολλά πράγματα μέσα στο χώρο και μέσα στα συρτάρια, αλλά μόνο τα απαραίτητα για τις ανάγκες του ασθενή.

**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 του ασθενή. Επίσης, απόσπαση προσοχής του ατόμου από κάποια επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά με κάποια άλλη ασχολία

**Περιπλάνηση:** Ο ασθενής έχει την τάση να περιπλανιέται στο χώρο και να χάνεται, χωρίς να έχει ένα 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 φυγής. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να κάνει χρήση ετικέτας με το όνομα του ασθενή, τη διεύθυνση και τηλέφωνο που θα έχει πάντα μαζί του. Θα πρέπει ο ασθενής μέσα στο χώρο του να νιώθει ασφαλής και άνετος, με την απομάκρυνση πολλών αντικειμένων, μη χρηστικών, και σε προγραμματισμένες ώρες της ημέρας να βγαίνει μια βόλτα με συνοδό, με στόχο να αισθάνεται ελεύθερος και να μην έχει ανάγκη την περιπλάνηση.

### **Προβλήματα Κοινωνικής Συναλλαγής:**

Σχετίζεται με προβλήματα στην επικοινωνία και αδυναμία ή και δυσφορία σε κοινωνικές εκδηλώσεις και ανικανότητα να συμμετέχει σε ομαδικές δράσεις. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις εστιάζουν στην εκτίμηση της ικανότητας να συναλλάσσεται με άλλους ασθενείς στις διάφορες δομές της κοινότητας, στην εκτίμηση των συναισθημάτων του ασθενούς από την ύπαρξη ή απουσία των κοινωνικών συναλλαγών, στην εξακρίβωση του ιστορικού της οικογένειας για την κοινωνικότητα του ατόμου, στην παρατήρηση του τρόπου με τον οποίο ο ασθενής συναλλάσσεται με τους επαγγελματίες υγείας και συμμετέχει σε δράσεις που αφορούν στον προγραμματισμό της θεραπείας. Έχει σημασία ο νοσηλευτής και όσοι ασχολούνται με τον ασθενή να αναζητήσουν δομές της περιοχής τους στις οποίες ο ασθενής θα μπορεί να περνά συγκεκριμένες ώρες και να κάνει συγκεκριμένες δραστηριότητες, π.χ μουσικό χορευτικά προγράμματα σε ΚΑΠΗ της γειτονιάς [149,141].

### **Απώλεια αντικειμένων :**

Πολλές φορές ο ασθενής παραπονιέται ότι κάποιος, κυρίως από το συγγενικό του περιβάλλον, συστηματικά του αφαιρού πράγματα ή χρήματα. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να φέρει σε σημείο στον ασθενή να μη καταλογίζει ευθύνες στους άλλους για κλοπή. Η παρέμβαση του νοσηλευτή εστιάζει στον καθησυχασμό του ασθενή, στην προτροπή του ασθενούς να συμμετέχει στην εύρεση του χαμένου αντικειμένου, στην παρακολούθηση ασθενούς για να ανακαλύψει αν έχει κρυφές κρυψώνες, στη δημιουργία εφεδρειών για σημαντικά αντικείμενα, απαραίτητα για τον ασθενή και τους φροντιστές ή τα μέλη της οικογένειας.

### **ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

Ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίσει ώστε ο ασθενής να λαμβάνει τα συνταγογραφούμενα 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. Η παρακολούθηση της σωστής λήψης φαρμάκων από τους ασθενείς είναι βασική προτεραιότητα του νοσηλευτή, επειδή οι ανοϊκοί ασθενείς δεν συμμορφώνονται εύκολα στη φαρμακευτική τους αγωγή. Επιπλέον, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν την επικοινωνία με τον ασθενή και με τους οικείους του, την ενίσχυση, στο βαθμό που αυτό είναι δυνατόν, της ανεξαρτησίας του σε κάποιο βαθμό, την παρότρυνση στην οικογένεια να συμμετέχει στη φροντίδα του, στην ασφάλεια από τυχόν ατυχήματα και από την τάση φυγής και τον αποπροσανατολισμό [144].

Καθήκον του νοσηλευτή είναι να ενημερώνει τους οικείους του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου και να εκπαιδεύει τους συγγενείς για τους τρόπους αποφυγής και αντιμετώπισης του άγχους, της έντασης και του εκνευρισμού. Το έργο των νοσηλευτών γίνεται πιο δύσκολο, 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 του λόγω της αδυναμίας του να τους αναγνωρίσει. Στις περιπτώσεις αυτές προτείνονται τα εξής: Φιλική και ήρεμη προσέγγιση του ασθενή. Ο ανοϊκός ασθενής είναι ευαίσθητος στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος. Μια απότομη και εκνευριστική προσέγγιση, λεκτική ή σωματική, τον αγχώνει και τον φοβίζει, αντίθετα με μια ευγενική που τον ανακουφίζει. Να μη διασπάται η προσοχή του ασθενή από άλλα ερεθίσματα, την ώρα που νοσηλευτής του απευθύνει το λόγο (πχ ήχοι από τηλεόραση, ραδιόφωνο). Κατά την πρώτη επικοινωνία ο νοσηλευτής παρουσιάζει στον ασθενή την ιδιότητα του και φροντίζει να κερδίσει την προσοχή του. Η προσέλευση της προσοχής είναι αναγκαία για να μην παρερμηνευτούν τα όσα θα πει ο νοσηλευτής και να μην προκληθεί στον ασθενή άγχος από την επαφή του με ένα νέο πρόσωπο, αυτό του νοσηλευτή, και σύγχυση. Κατά την επικοινωνία ο νοσηλευτής φροντίζει να μιλά καθαρά, ήρεμα, κάνοντας χρήση

απλών προτάσεων, ήρεμης και καθαρής φωνής και κατάλληλης στάσης του σώματος. Αποφεύγει να υψώνει τη φωνή του και να προκαλεί ένταση, επειδή μπορεί ο ασθενής μπορεί να νιώσει φόβο και άγχος. Αποφεύγει να χρησιμοποιεί πολλούς ή και διαφορετικούς λεκτικούς τρόπους για να πει ένα πράγμα. Οι ερωτήσεις του δεν χρειάζεται να απαιτούν πολύπλοκες απαντήσεις που προκαλούν αμηχανία στον ασθενή. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να αφιερώσει χρόνο για την επικοινωνία του με τον ασθενή και να διαθέτει υπομονή. Η παραμέληση και η κακοποίηση ηλικιωμένων είναι συχνή στο σπίτι. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να μπορεί να αναγνωρίσει σημάδια της σωματικής κακοποίησης και παραμέλησης, όπως μη παροχή τροφής ή σίτισης σύμφωνα με το πρόγραμμα, μη τήρηση κανόνων καθαριότητας και υγιεινής και εμφάνιση κατακλισεων. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει σχετικά με τα δικαιώματα των άτομο με άνοια και να είναι ευαίσθητος στο δικαίωμα στην ιδιωτικότητα και στις ανάγκες ελευθερίας. Βασικό ηθικό ζήτημα είναι σε ποιο βαθμό πρέπει να κάνουμε χρήση περιοριστικών μέτρων και μέσων και πώς μπορούμε να επιλέγουμε τακτικές αντιμετώπιση της ασθένειας που έχουν σχέση με με το πολιτισμικό περιβαλλον και τις επιθυμίες της οικογένειας. Π.χ. στον ινδικό πολιτισμό υπάρχει μια ισχυρή πεποίθηση ότι ο ετοιμοθάνατος πρέπει να τρέφεται με υγρά. Διαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις. Όχι πολλές εντολές σε μια πρόταση. Ταυτόχρονα με τη λεκτική επικοινωνία να γίνεται και επίδειξη των κατάλληλων αντικειμένων ή εικόνων, προκειμένου να ενισχυθεί η αντίληψη του ασθενή. Τοποθέτηση του ασθενή κοντά στο δωμάτιο του νοσηλευτικού προσωπικού για καλύτερη επίβλεψη. Τοποθέτηση οικείων και αγαπημένων αντικειμένων του ασθενή κοντά του. (πχ φωτογραφίες της οικογένειας του) για ενίσχυση της μνήμης του. Προκειμένου να διατηρείται η λειτουργική μακρόχρονη μνήμη και να ενισχύεται η διάθεση του ασθενή πρέπει να γίνονται αναμνηστικές ασκήσεις με την ανάμνηση κυρίως ευχάριστων γεγονότων. Αποφυγή σύγκρουσης και αμφισβήτησης των όσων υποστηρίζει ο ασθενής. Ο νοσηλευτής αντιδρά στις ψευδαισθήσεις ή παράλογες απόψεις του ασθενή με ήρεμο και ευγενικό τρόπο προκειμένου να αποφευχθεί η πρόκληση σύγχυσης ή/και επιθετικότητας του ασθενή. Προσπαθεί να τον βοηθήσει να συνδεθεί με την πραγματικότητα.

Σημαντική είναι η εκπαίδευση και διδασκαλία της οικογένειας και των φροντιστών του ασθενή σχετικά με τη νόσο. Η γνώση των δυνατοτήτων και των ορίων του ασθενή βοηθά στην πιο ρεαλιστική εικόνα του αρρώστου και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση. Διδασκαλία οικείων προσώπων για στρατηγικές που βελτιώνουν την μνήμη του ανοϊκού ασθενή, προκειμένου να διευκολυνθεί η επικοινωνία και οι σχέσεις μεταξύ τους. Ο καθορισμός ενός ημερήσιου προγράμματος, ρουτίνας, για τους ασθενείς με άνοια όχι μόνο τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της βραχυπρόθεσμης απώλειας μνήμης, αλλά ωφελεί επίσης τους φροντιστές της άνοιας. Στα ήπια και μέτρια στάδια της νόσου, μπορεί να χρειαστούν λιγότερη προτροπή, καθοδήγηση και επίβλεψη για να ακολουθήσει ένας ηλικιωμένος τη

ρουτίνα του. Εάν είναι πιο εύκολο για ένα πρόσωπο να θυμάται πώς και πότε να ολοκληρώσει ορισμένες συγκεκριμένες εργασίες ρουτίνας, τότε υπάρχει πιθανότητα να αποφευχθούν προκλητικές συμπεριφορές που σχετίζονται με την άνοια, όπως η ταραχή και τα ξεσπάσματα του ασθενή που συχνά προέρχονται από σύγχυση και απογοήτευση. Η μνήμη είναι συνήθως οι πρώτες γνωστικές διαδικασίες που επηρεάζονται από τη νόσο, αλλά οι συνήθειες και οι αναμνήσεις που είναι βαθιά χαραγμένες συχνά εξαφανίζονται τελευταίες. Η επανάληψη που συνεπάγεται η τήρηση μιας ρουτίνας μπορεί να βοηθήσει στον προσανατολισμό των ηλικιωμένων, αποτρέποντας την απόσπαση της προσοχής, το άγχος και την απογοήτευση. Η καθημερινή ρουτίνα και η φροντίδα για την άνοια συμβαδίζουν, ωφελώντας τόσο τους ασθενείς όσο και τους φροντιστές. Προσφέρουν μια αίσθηση άνεσης και ελέγχου. Οι ασθενείς με άνοια δυσκολεύονται να θυμηθούν πράγματα, αλλά η προσαρμογή στις μακροχρόνιες συνήθειες μπορεί να τους κρατήσει ήρεμους και συγκεντρωμένους. Ο κύριος στόχος πρέπει να είναι να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν περισσότερο στο καθημερινό πρόγραμμα οι προτιμήσεις και οι προηγούμενες δραστηριότητες του ασθενούς από την προ-άνοια ζωή του.

Ο νοσηλευτής μαζί με άλλους επαγγελματίες που ασχολούνται με τον ασθενή, μπορεί να χαρτογραφήσει μια «κανονική» ημέρα ή εβδομάδα, ξεκινώντας από τις δραστηριότητες αναψυχής. Στόχος είναι η ενσωμάτωση ευχάριστων στιγμών της προσωπικής τους ρουτίνας ανάμεσα σε πιο δύσκολες της καθημερινής ζωής, όπως το μπάνιο, το ντύσιμο, η τουαλέτα και το φαγητό. Μπορεί και ο φροντιστής να εκπαιδευτεί ώστε να προγραμματίζει τις πιο απαιτητικές εργασίες μετά από ευχάριστες για τον ασθενή στιγμές. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει επίγνωση ότι οι διαταραχές στην καθημερινή ρουτίνα είναι αναπόφευκτες και συμβαίνουν συχνά στη φροντίδα της άνοιας.

Η συνεχώς μεταβαλλόμενη διάθεση ενός ηλικιωμένου, άγνωστοι άνθρωποι, μέρη και δραστηριότητες μπορούν να συμβάλουν στον αποπροσανατολισμό και στο άγχος. Ο νοσηλευτής δεν πρέπει ποτέ να χάνει την ψυχραιμία του και να αποφεύγει να δένει τα χέρια του ασθενή στο κρεβάτι, ή να χορηγεί φάρμακα ηρεμιστικά επειδή κι αυτό είναι μορφή σωματικής κακοποίησης.

Ως προς τα προβλήματα συμπεριφοράς ο νοσηλευτής θα πρέπει να μπορεί να τα χειριστεί με ευγένεια, υπομονή και ηρεμία. Μια από τις τακτικές αντιμετώπισης είναι να υπάρχει για τον ασθενή καθημερινή δραστηριότητα ρουτίνας και άσκησης. Επιπλέον, μείωση θορύβου στο χώρο που ζει και κινείται ο ασθενής και αποφυγή εισόδου νέων προσώπων που δημιουργούν συνθήκες ταραχής για τον ασθενή.

Η αντιμετώπιση της επιθετικότητας του ασθενή δεν μπορεί να γίνεται με θυμό. Ο νοσηλευτής οφείλει να αναγνωρίζει τα προειδοποιητικά σημάδια, όπως σφίξιμο του σαγονιού ή της γροθιάς, άκαμπτη στάση του σώματος, κλωτσιές και δυνατή φωνή. Καλό θα είναι να χρησιμοποιήσει, αφού πάρει μια απόσταση ασφαλείας, ήρεμη φωνή και να προσπαθήσει με κινήσεις ήρεμες και αργές να καθησυχάσει τον ασθενή για να νιώσει ο τελευταίος ασφαλής. Αν φαίνεται ότι αυτές οι τακτικές δεν λειτουργούν και

το άτομο γίνεται όλο και πιο επιθετικό, τότε καλό είναι, αν αυτό είναι δυνατόν, να αποχωρήσει από το χώρο ο νοσηλευτής και να επιστρέψει αργότερα.

Ως προς τη νυχτερινή περιπλάνηση, θα πρέπει να δημιουργείται ένα ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή. Πάντα κλείδωμα της πόρτας και εξόδων φυγής. Η περιπλάνηση στο χώρο πρέπει να γίνεται σε ένα ασφαλές, κλειστό περιβάλλον. Για να οδηγήσει ο νοσηλευτής το άτομο πίσω σε ένα ασφαλές μέρος, μπορεί να στρέψει την προσοχή του στην κατεύθυνση που θα πάνε. Καλό είναι να αποφεύγουμε τους περιορισμούς όσο το δυνατόν. Ο πόνος μπορεί να εκδηλωθεί με συμπτώματα συμπεριφοράς. Συνεπώς, είναι σκόπιμο να εντοπίζεται η πηγή του πόνου και αν δεν βρεθεί να δίνεται παρακεταμόλη στο άτομο. Η επικοινωνία παίζει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα του ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει τρόπους επικοινωνίας, λεκτικούς και μή και να έχει επικοινωνιακές δεξιότητες. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει σχετικά με τα δικαιώματα των άτομο με άνοια και να είναι ευαίσθητος στο δικαίωμα στην ιδιωτικότητα και στις ανάγκες ελευθερίας. Βασικό ηθικό ζήτημα είναι σε ποιο βαθμό πρέπει να γίνεται χρήση περιοριστικών μέτρων και μέσω των οποίων μπορούν να επιλεγούν τακτικές αντιμετώπισης της ασθένειας που έχουν σχέση με το πολιτισμικό περιβάλλον και τις επιθυμίες της οικογένειας. Π.χ. στον ινδικό πολιτισμό υπάρχει μια ισχυρή πεποίθηση ότι ο ετοιμοθάνατος πρέπει να τρέφεται με υγρά.

Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα της άνοιας[148]. Οι περισσότεροι άνθρωποι αρνούνται ή τρώνε ελάχιστα και αυτό οδηγεί σε υποσιτισμό και στη συνέχεια υπάρχει ο κίνδυνος για λοιμώξεις και μειωμένη δραστηριότητα. Σε μελέτη διαπιστώθηκε ότι το προσωπικό στη φροντίδα της άνοιας δεν δίνει ιδιαίτερη προτεραιότητα σε μεθόδους σχετικά με τις τεχνικές σίτισης και στην ενίσχυση της πρόσληψης τροφής, όπως και στην επιλογή των κατάλληλων τροφών[144].

Το νοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να παρέχει φροντίδα με ολιστική προσέγγιση, με τον δέοντα σεβασμό στο άτομο και τις ανάγκες του[146]. Για παράδειγμα, αν το άτομο είχε χόμπι χορού ή του αρέσει να ακούει μουσική, θα πρέπει να είναι δυνατόν αυτό το χόμπι να το ασκεί, επειδή του βελτιώνει την ποιότητα ζωής. Τέλος ο ίδιος ο νοσηλευτής θα πρέπει να φροντίζει τον εαυτό του, σωματικά και ψυχικά και να αναγνωρίζει τα σημάδια κόπωσης, ταλαιπωρίας και συναισθηματικής κατάρρευσης που είναι πιθανό να συμβουν στη φροντίδα ενός ασθενούς με άνοια[147].

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ: ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

#### Κλινική Περίπτωση

Ο νοσηλευτής επισκέπτεται για πρώτη φορά την Γ.Κ., ετών 86, κάτοικο Πατρών, στα πλαίσια του προγράμματος «Φροντίδα στο σπίτι». Η ηλικιωμένη κυρία ζει μόνη της στο σπίτι, υπό την χαλαρή επίβλεψη της κόρης της, η οποία την επισκέπτεται μία φορά την ημέρα για δύο περίπου ώρες, προκειμένου να της φέρει φαγητό και για να την φροντίσει.

Σύμφωνα με το ιστορικό που έδωσε η κόρη της στον νοσηλευτή, η ασθενής είχε διαγνωσθεί προ διετίας ως πάσχουσα από αγγειακή άνοια σε εξέλιξη. Ωστόσο, παρουσίαζε το τελευταίο δίμηνο, εντονότερα από πριν, σύγχυση και απώλεια μνήμης και αποπροσανατολισμό. Η κόρη – φροντιστής αναφέρει ότι το τελευταίο δίμηνο η περιστασιακή ακράτεια ούρων, που παρουσίαζε η ασθενής εδώ και ένα χρόνο, έχει γίνει πια μόνιμη κατάσταση. Επίσης, η ασθενής, που ήταν άτομο κοινωνικά ενεργό και συμμετείχε σε εκδηλώσεις του ΚΑΠΗ της περιοχής, εμφανίζει το τελευταίο εξάμηνο κοινωνική απόσυρση και απροθυμία συμμετοχής σε αλληλεπίδραση συνομηλίκων και δραστηριότητες που πριν αγαπούσε.

Κατά την κλινική εξέταση ο νοσηλευτής διαπιστώνει ότι η ασθενής είναι ελλιποβαρής, ενώ ήταν εμφανές ότι δεν τηρεί τους κανόνες υγιεινής (άσχημη οσμή, ακάθαρτα ρούχα, βρώμικα νύχια).

## ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	ΣΚΟΠΟΣ	ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ
Απώλεια μνήμης, λόγω άνοιας	Να είναι ικανός ο ασθενής να φέρει σε πέρας βασικές προσωπικές του ανάγκες	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρεμβάσεις για την βελτίωση της αυτοεξυπηρέτησης της ασθενούς στην καθημερινότητά της</li> <li>• Παρεμβάσεις για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του φροντιστή σχετικά με την αναγκαιότητα υποβοήθησης και εποπτείας στην εκπλήρωση των καθημερινών αναγκών της ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Σύσταση στην ασθενή να καταγράφει τις καθημερινές ανάγκες &amp; υποχρεώσεις</li> <li>• Ενημέρωση του φροντιστή για τη νέα πραγματικότητα και τις υποχρεώσεις που καλείται να αναλάβει</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής βελτίωσε σε σημαντικό βαθμό την ικανότητά της να εξυπηρετεί βασικές ανάγκες της</li> <li>• Η φροντιστής αντιλήφθηκε την κατάσταση της μητέρας της και ανέλαβε να της υπενθυμίζει αναγκαίες καθημερινές ενέργειες (π.χ. λήψη φαρμάκων) και να ελέγχει την εκπλήρωσή τους</li> </ul>
Σύγχυση λόγω άνοιας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Να έχει περισσότερο καθαρή σκέψη</li> <li>• Να μπορεί να παίρνει αποφάσεις για απλά ζητήματα</li> <li>• Να συνεργάζεται και να αναζητά βοήθεια όταν το έχει ανάγκη</li> <li>• Να αισθάνεται ασφαλής</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συζήτηση με το γιατρό για την χορήγηση φαρμάκων ώστε να αντιμετωπιστεί η ανησυχία</li> <li>• Δημιουργία θεραπευτικής σχέσης και εξασφάλιση εμπιστοσύνης ασθενούς</li> <li>• Υποστήριξη από ειδικό ψυχολόγο</li> <li>• Συνεργασία με τον φροντιστή για την εξασφάλιση ηρεμίας στο περιβάλλον του ασθενούς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αποφασίστηκε να μην χορηγηθούν προς το παρόν φάρμακα, αναμένοντας το αποτέλεσμα από τις μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις</li> <li>• Συζήτηση με την ασθενή σε κλίμα κατανόησης &amp; διάθεσης συμπαράστασης</li> <li>• Πραγματοποίηση 3 συνεδριών με ψυχολόγο</li> <li>• Αποφυγή πρόκλησης άσκοπων θορύβων &amp; εξασφάλιση ηρεμίας χωρίς την παρουσία πολλών &amp; άγνωστων προσώπων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις είχαν ικανοποιητικά αποτελέσματα και αποφεύχθηκε έτσι η χορήγηση φαρμάκων</li> <li>• Η ασθενής ανταποκρίθηκε στην προσπάθεια προσέγγισης του νοσηλευτή, του έδειξε εμπιστοσύνη, εξωτερικεύοντας τα συναισθήματά της και συζητώντας τις δυσκολίες της</li> <li>• Εμφανή τα θετικά αποτελέσματα από την παρέμβαση του ψυχολόγου στην συναισθηματική εξισορρόπηση της ασθενούς</li> <li>• Η ασθενής ένιωσε ασφάλεια και</li> </ul>



				περισσότερη σιγουριά κάτι που την βοήθησε να είναι πιο ήρεμη και να μην καταφεύγει σε παροξυσμούς και εκρηκτικές αντιδράσεις
Ακράτεια λόγω άνοιας	<ul style="list-style-type: none"> <li>• εκτίμηση παραγόντων ακράτειας</li> <li>• έλεγχος ακράτειας</li> <li>• μείωση παρενεργειών</li> <li>• διατήρηση υγιεινής ακεραιότητας δέρματος</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Εξέταση αιτιολογικών παραγόντων που επιτείνουν την δυσλειτουργία</li> <li>• Διδασκαλία συμπεριφοράς ασθενούς</li> <li>• Βελτίωση ικανότητας κράτησης ούρων</li> <li>• Ενημέρωση &amp; εκπαί</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Φυσική εξέταση, εργαστηριακός έλεγχος, έλεγχος φαρμακευτικής αγωγής</li> <li>• Διδασκαλία ασθενούς για τακτική κένωση κύστης κατά την ημέρα</li> <li>• Ασκήσεις Kegel για ενδυνάμωση πυελικού εδάφους</li> <li>• Ενθάρρυνση για χρήση μέσων που προάγουν άνεση (χρήση πάνας, ρούχα που βγαίνουν εύκολα</li> <li>• Σύσταση για τοπική καθαριότητα (ακεραιότητα δέρματος - αποφυγή λοιμώξεων)</li> <li>• Διδασκαλία φροντιστών για συχνή υπενθύμιση χρήσης WC</li> <li>• Σύσταση για φροντίδα τακτικής αλλαγής πανών &amp; βοήθειας για τοπική καθαριότητα</li> <li>• Διδασκαλία για σημεία &amp; συμπτώματα ουρολοίμωξης</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δεν διαπιστώθηκαν παθολογικοί παράγοντες που προκαλούν ακράτεια</li> <li>• Η ασθενής μείωσε τα επεισόδια ακράτειας, χάρη στη συχνή κένωση και την ενδυνάμωση πυελικών μυών και διατηρούσε καθαρή την περιοχή με τη βοήθεια των φροντιστών</li> <li>• Η φροντιστής - κόρη αύξησε τις επισκέψεις στη μητέρα προκειμένου να την βοηθήσει να εκπαιδευτεί στη συχνή κένωση κύστης και την καθαριότητα της περιοχής</li> <li>• Η φροντιστής κατανόησε τις ενδείξεις ουρολοίμωξης ώστε να τις αναγνωρίζει</li> </ul>

Αποπροσανατολισμός	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής να έχει επίγνωση της πραγματικότητας,</li> <li>• Να συνειδητοποιεί τον χώρο &amp; χρόνο που βρίσκεται</li> <li>• Να αισθάνεται ασφάλεια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσεγγμένο περιβάλλον ασθενή</li> <li>• Παρεμβάσεις για προσανατολισμό ασθενούς σε χώρο - χρόνο</li> <li>• Διδασκαλία φροντιστών για ενδυνάμωση προσανατολισμού του ασθενή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρουσία οικείων προσώπων</li> <li>• Φιλικό περιβάλλον χωρίς ένταση</li> <li>• Τακτική υπενθύμιση για το πού βρίσκεται και γιατί</li> <li>• Χρήση ρολογιού και υποβοήθηση στον χωρικό προσανατολισμό με ταμπέλες και τακτοποίηση των πραγμάτων.</li> <li>• Απομάκρυνση πολλών, μη αναγκαίων αντικειμένων, ή και επικίνδυνων ακόμη και για πτώση και τραυματισμούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής βοηθήθηκε αρκετά στον προσανατολισμό της στο χώρο &amp; χρόνο, έχοντας βέβαια ανάγκη και της υποβοήθησης ή παρότρυνσης της κόρης της. Μπόρεσε να αυτοεξυπηρετείται σε μεγάλο βαθμό και να ζει με κάποια σχετική ανεξαρτησία</li> </ul>
Απίσχυση	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αποκατάσταση φυσιολογικού βάρους ασθενή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρεμβάσεις στη διατροφή</li> <li>• Διδασκαλία φροντιστών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δίαιτα πλούσια σε θερμίδες &amp; πρωτεΐνες με προτεραιότητα στις προτιμήσεις της ασθενούς</li> <li>• Αύξηση του αριθμού των γευμάτων</li> <li>• Παρότρυνση φροντιστού για καλομαγειρευμένα και γευστικά γεύματα, καθώς και καλύτερη εποπτεία στην σίτιση της ασθενούς</li> <li>• Ζύγισμα ανά εβδομάδα και εργαστηριακός έλεγχος ανά δίμηνο</li> </ul>	<p>Η ασθενής ανέκτησε βάρος και δυνάμεις έπειτα από την συστηματική και θρεπτική σίτιση και την φροντίδα της κόρης της</p>
Κοινωνική απόσυρση	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κοινωνική ενδυνάμωση</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παραπομπή σε ψυχολόγο</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνεδρίες με ψυχολόγο που θα βοηθήσει την</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ασθενής ένιωσε σαφώς καλύτερα μετά την</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επανάταξη σε κοινωνικές δραστηριότητες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συνεργασία με την κόρη της και επιστημονικό προσωπικό του ΚΑΠΗ για την επανένταξή της σε προηγούμενες κοινωνικές δραστηριότητες</li> <li>• Ενθάρρυνση για αφήγηση παλαιών αναμνήσεων</li> </ul>	<p>ασθενή να θυμηθεί γεγονότα που την κάνουν να αισθάνεται υπερήφανη</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Σταδιακή επανένταξη στις δραστηριότητες που συμμετείχε, στο βαθμό που είναι δυνατό</li> <li>• Συζητήσεις με την κόρη, γείτονες, συνομήλικους στο ΚΑΠΗ για παλαιές αναμνήσεις</li> </ul>	<p>επανάταξή της σε παλιές δραστηριότητες</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Η δραστηριοποίησή της την βοήθησε ψυχολογικά και επέδρασε στην καλύτερη διαχείριση της μνήμης της</li> </ul>
Έλλειμμα αυτοφροντίδας – υγιεινής	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κάλυψη αναγκών αυτοφροντίδας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παρεμβάσεις στην ασθενή</li> <li>• Διδασκαλία φροντιστή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Απλές &amp; σύντομες οδηγίες για φροντίδα υγιεινής και εμφάνισης (λούσιμο, ένδυση, χτένισμα)</li> <li>• Παρότρυνση για εφαρμογή με συνέπεια προγράμματος αυτοφροντίδας</li> <li>• Βοήθεια από φροντιστή σε εργασίες που η ασθενής δεν μπορεί να εκτελέσει μόνη της</li> <li>• Παρότρυνση φροντιστή για εποπτεία στις διαδικασίες</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μετά την εφαρμογή του προγράμματος ενίσχυσης αυτοφροντίδας η ασθενής ήταν καθαρή και με προσεγμένη εμφάνιση</li> </ul>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην εργασία επιδιώχθηκε να φανεί ότι η άνοια στην Τρίτη ηλικία, η γεροντική άνοια, δεν είναι μια ασθένεια με ιατρικές και μόνο διαστάσεις. Εμπλέκονται οι βασικές θεωρίες για το πώς ορίζεται η Τρίτη ηλικία και κυρίως η αντίληψη των Οργανισμών υγείας για υγιή και ενεργό γήρανση σε κοινωνίες με νέες δημογραφικές προκλήσεις. Αυτή η αντίληψη συνδέεται με τις προσπάθειες καταπολέμησης των προκαταλήψεων για την Τρίτη ηλικία και την ένταξη των ατόμων αυτής της ηλικίας σε κοινωνικές δραστηριότητες.

Με βάση αυτά τα νέα δεδομένα στην εργασία επιχειρήθηκε να μελετηθεί η άνοια και κυρίως οι τρόποι αντιμετώπισης έξω από τα στενά όρια της φαρμακευτικής παρέμβασης και αγωγής. Ακόμα, στη εργασία διαπιστώνεται ότι για τη διάγνωση υπάρχουν νέα μέσα και εργαλεία, αλλά ο εντοπισμός των αιτιών είναι υπό διαρκή διερεύνηση, παρόλο που η επιστημονική ιατρική κοινότητα αξιοποιεί το επιστημονικό παράδειγμα που κρίνει ότι παρέχει εγκυρότητα. Παρουσιάζεται ο ανοϊκός ασθενής, τα αίτια και τα συμπτώματα, όπως και οι τρόποι αντιμετώπισης, με δεδομένο ότι ο συγκεκριμένος ασθενής έχει τον σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό εαυτό. Αυτή η σύνθετη εικόνα του και τα πολλαπλά πεδία της ζωής του ατόμου επηρεάζονται από την πολυπλοκότητα της νόσου, αλλά και υπαγορεύουν και τους τρόπους υποστήριξης που δεν πρέπει να περιορίζονται στη χρήση μόνο φαρμακευτικής αγωγής, όταν μάλιστα αυτή πολλές φορές μπορεί να επιδεινώνει την κατάσταση των ατόμων της Τρίτης ηλικίας. Φάνηκαν επίσης οι μεγάλες συνέπειες της νόσου, όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στους φροντιστές τους.

Επίσης, επιβεβαιώνεται η ανάγκη για εξατομικευμένη, προσωποποιημένη φροντίδα. Ο ανοϊκός ασθενής αποτελεί μια ξεχωριστή οντότητα και έτσι πρέπει να αντιμετωπίζεται, προκειμένου να υπάρχει μια ομαλή, ουσιαστική και επιτυχημένη φροντίδα. Από την εργασία μας προκύπτει ότι οι ασθενούντες από άνοια έχουν ανάγκη από πολυδιάστατη νοσηλευτική φροντίδα σε όλα τα στάδια της αντιμετώπισής τους. Πέρα, όμως, από την συμβατική νοσηλευτική παρέμβαση, σημαντική καινοτομία στη νοσηλευτική πρακτική αποτελεί η προσπάθεια επανένταξης των ασθενών από άνοια

σε κοινωνικές δραστηριότητες της κοινότητας και η συμμετοχή σε ομάδες στις οποίες ενθαρρύνονται να μιλήσουν και να αφηγηθούν γεγονότα του παρελθόντος, προκειμένου να εγκαταλειφθεί η συνήθης πρακτική του κοινωνικού τους αποκλεισμού και οι ίδιοι να ξαναβρούν μια ταυτότητα κοινωνική. Κυρίως φαίνεται η ανάγκη να αναλάβει η ίδια η κοινότητα ένα πρόβλημα, αυτό του αποστιγματισμού των ατόμων με άνοια στην Τρίτη ηλικία και την ενταξή τους στις κοινωνικές διαδικασίες.

Η παρέμβαση θα πρέπει να είναι προσωποκεντρική, σεβόμενη τις επιλογές και τις επιθυμίες του ασθενή, ευέλικτη σε τροποποιήσεις με βάση τις ανάγκες του ασθενή, επικεντρωμένη σε ρεαλιστικούς στόχους και στην αποφυγή συχνών εισαγωγών στο νοσοκομείο.

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 εκπαιδευτεί ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένα παρεμβαίνει στη φροντίδα των ηλικιωμένων με άνοια, εγκαταλείποντας πρακτικές που επιτείνουν το πρόβλημα, όπως τη χρήση περιοριστικών μέσων, φαρμακευτικών ή και μη. Ακόμα, το κράτος και η πολιτεία να αναλάβει την ευαισθητοποίηση της νέας γενιάς για την φροντίδα ασθενών με άνοια και να δημιουργήσει ή να ενισχύσει τις υπάρχουσες δομές προκειμένου να μπορούν οι νοσούντες να επιλέγουν τον τρόπο με τον οποίο προτιμούν να ζουν (νοσηλεία στο σπίτι, παραμονή σε κέντρα ημέρας, ξενώνες φιλοξενίας κ. ά) και να μειωθεί το ψυχοκοινωνικό και οικονομικό φορτίο στις οικογένειες ασθενών.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Λύκουρας Λ, Πολίτης Α, Γουρνέλλης Ρ, Μαϊλλης Α. (2011), *Στοιχεία Ψυχογηριατρικής*, . Αθήνα, Βήτα
2. Κυριόπουλος Γ. Οι οικονομικές και κοινωνικές διαστάσεις της άνοιας  
<https://alzheimerathens.gr/wp-content/uploads/2017/09/Kyriopoulos.pdf>
3. Βενιού Α, Βασιλειάδου Σ, Βελέτζα Δ, Μήλιος Μ, Τεντολούρης Ν, Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της άνοιας τύπου Alzheimer, *Archives of Hellenic Medicine*, 2016, 33(1):107–114
4. Τριγώνη Μ, Φανουράκη Γ, Ζαγανάς Ι, . Ψυχοκοινωνικές ανάγκες ασθενών με άνοια και των φροντιστών τους – η συμβολή του κοινωνικού λειτουργού, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2010, 22:11–15
5. Αθανασάκης Κ, Ψυχογιός Κ, Κυριόπουλος Γ, Οι οικονομικές και κοινωνικές προεκτάσεις της άνοιας τύπου Alzheimer, *Νευρολογία* 2009, 18:220–227
6. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την άνοια- νόσο Alzheimer 2015-2020, Αθήνα.  
<https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/ethnika-sxedia-drashs/95-ethnika-sxedia-drashs>
7. UN, World Population Ageing 2013  
<https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
8. UN, *World Population Ageing*, Report 2015  
[https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015\\_Report.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf)
9. WHO, *Men ageing and health Achieving health across the life span*, 1999
- 10 WHO, *Global report*, 2021, <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
- 11 WHO, *Ageing and health*, 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

12. Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer Report 2015: the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International (ADI); 2015.
- 13 WHO, Global health and aging, [https://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)
14. Εθνική Επιτροπή Ελληνική για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, Ηνωμένα Έθνη.Βιέννη 1982, *Οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, Εθνική Έκθεση*, Αθήνα 1982
- 15.Gherman C. (2012). Maslow pyramid-Possible interpretation. *International Journal of Learning & Development*, 2(1), 581-592
- 16.Hayflick, L. (1975). *Current theories of biological aging. In Biology of Aging and Development* (pp. 11-19). Springer, Boston, MA.
- 17 Fillit H, Rockwood K, Woodhouse K. Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. Philadelphia Saunders imprint of Elsevier Inc; 2010.
- 18 Luborsky, M. R., & Rubinstein, R. L. (1990). Ethnic identity and bereavement in later life: The case of older widowers. In *Cultural dimensions of aging: worldwide perspectives* (pp. 229-240). Bergin and Garvey New York.
- 19.Κορδίνας Β. Η σημασία της τηλομεράσης στην κυτταρική γήρανση και οι προοπτικές παρέμβασης στα ανθρώπινα νοσήματα
- 20 Theories of aging, [https://www.physio-pedia.com/Theories\\_of\\_Ageing](https://www.physio-pedia.com/Theories_of_Ageing)
- 21 Theories of aging. An introduction to aging science brought to you by the American Federation for Aging Research, 2016  
[https://www.afar.org/imported/AFAR\\_INFOAGING\\_GUIDE\\_THEORIES\\_OF\\_AGING\\_2016.pdf](https://www.afar.org/imported/AFAR_INFOAGING_GUIDE_THEORIES_OF_AGING_2016.pdf)
- 22.Johnsona A, Shokhirevb M, Shoshitaishvili B, Revamping the evolutionary theories of aging, *Ageing Research Reviews* 55 (2019) 100947
- 23 Laslett, P. (1987). The emergence of the Third Age. *Ageing and Society*, 7. 133-160
- 24 Sadler, W. A. (2006). Changing life options: Uncovering the riches of the Third Age. *LLI Review*, 1, 11-20
- 25 Kirkwood T.B.L, Evolution of ageing, *Nature* 1977, 270, 301-304
- 26 Kunlin Jin **Modern Biological Theories of Aging** *Aging Dis.* 2010 Oct; 1(2): 72–74
- 27.Zhavoronkov A, Mamoshina P, Vanhaelen Q, Scheibye-Knudsen M, Moskalev A, Aliper A. Artificial intelligence for aging and longevity research: recent advances and perspectives. *Ageing Research Reviews.* 2019;49:49–66.
- 28 Moskalev A, The challenges of estimating biological age, *eLife.* 2020; 9: e54969.
- 29 Jazwinski S M, Kim S, Examination of the Dimensions of Biological Age, *Front Genet.* 2019; 10:



263.

30 Erikson, Erik (1956). "The problem of ego identity". *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 4 (1): 56–121

31 Erikson E, (1959) *Identity and the Life Cycle*. New York: International Universities Press

32 Kydd, A. leming, A. Gardner, S and Hafford-Letch T. 2018, Ageism in the Third Age In Contemporary Perspectives on Ageism (Ed.Liat Ayalon, Clemens Tesch-Römer), Cham, Switzerland: Springer, 115-130

33 Komp K, The political economy of the Third age, in

Carr, D., & Komp, K. (eds.) (2011). *Gerontology in the era of the third age*, New York: Springer, 51-56 [http://kathrin-komp.eu/images/political\\_economy\\_final.pdf](http://kathrin-komp.eu/images/political_economy_final.pdf)

34 Havighurst, R. J. (1961). "Successful ageing". *The Gerontologist*. 1: 8–13

35 Cumming E; Henry W, (1961). *Growing Old*. New York: Basic. p. 210-227.

36 II. Ageism: Concepts and Theories

<https://www.lco-cdo.org/en/our-current-projects/a-framework-for-the-law-as-it-affects-older-adults/older-adults-funded-papers/ageism-and-the-law-emerging-concepts-and-practices-in-housing-and-health/ii-ageism-concepts-and-theories/>

37 McMullin J A, Diversity and the State of Sociological Aging Theory *The Gerontologist*, 40, 5, 2000, 517–530

38 Kerry dos Santos D, Coelho de Souza Lago M, The dispositif of age, the historical production of the old age, and regimes of subjectification: A genealogical tracking, *Psicologia USP* 2016, 27, 1, 133-144

39 Hayflick L. Theories of biological aging. *Experimental Gerontology*. 1985; 20:145-159.

40 Borrás C, Ingles M, Mas-Bargues C, Dromant M, Sanz-Ros J, Román-Domínguez A, Mallench-Gimeno L, Gambini J, Viña J. [Centenarians: An excellent example of resilience for successful ageing](#). *Mechanisms of Ageing and Development*. 2019 Dec 31:111199.

41 Jin K. [Modern biological theories of ageing](#). *Aging Dis*. 2010; 1(2): 72–74.

42. Goldsmith TC. Modern evolutionary mechanics theories and resolving the programmed/non-programmed aging controversy. *Biochemistry (Mosc)*. 2014; 79 (10): 1049 - 55.

43 Piled higher and deeper. Theories of ageing Available from:

<https://www.youtube.com/watch?v=jc4yK0zZ-cQ> (last accessed 23.5.2019)

44 WHO Ageing and health, 2018

45 Trindade LS, Aigaki T, Peixoto AA. [A novel classification system for evolutionary aging theories](#). *Front Genet*. 2013; 6 (4): 25.

- 46 Achenbaum WA, Bengtson VL. Re-engaging the Disengagement Theory of Aging: on the history and assessment of theory. *Development in Gerontology. Gerontologist*. 1994; 34(6): 756–763.
- 47 Diggs J. Activity Theory of Aging. In: Loue S.J., Sajatovic M. (eds) *Encyclopedia of Aging and Public Health*. Springer, Boston, 2008.
48. Flaker J, What Is A Geriatric Syndrome Anyway?, 2003 *Journal of the American Geriatrics society*, 51, (4) 573-577
- 49 Peirone L, Gerardi E, The ‘Evening Sun’. Third age and health psychology, [www.anthropos1987.org](http://www.anthropos1987.org) 2009. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2012/10/page1052.pdf>
- 50 Havighurst, R. J. (1963). Successful aging. In R. H. Williams, C Tibbitts, & W. Donahue (Eds.), *Processes of aging* (pp. 299–320). New York: Atherton Press
51. Johnsona A, Shokhirevb M, Shoshitaishvili B, Revamping the evolutionary theories of aging, *Ageing Research Reviews* 55 (2019) 100947
- 52 Zadworna M, Healthy aging and the University of the Third Age – Health behavior and subjective health outcomes in older adults, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, September–October 2020, 104126
- 53 Μπαμπάτσικου Φ, 2007, Κατάσταση υγείας και προσδιοριστικοί παράγοντες σε ηλικιωμένους, διδ. Διατριβή, Αθήνα, 11-65
- 54 What is meant by ageism? <https://www.lco-cdo.org/en/our-current-projects/a-framework-for-the-law-as-it-affects-older-adults/older-adults-funded-papers/ageism-and-the-law-emerging-concepts-and-practices-in-housing-and-health/ii-ageism-concepts-and-theories/>
- 55 Global report on ageism, 2021, <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>
56. Hugo J, Ganguli M, Dementia and Cognitive Impairment: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment, *Clin Geriatr Med*. 2014 Aug; 30(3): 421–442
- 57 WHO . Alzheimer’s disease International. Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization, 2012
58. Chertkow H, Feldman HH, Jacova C, et al. Definitions of dementia and predementia states in Alzheimer’s disease and vascular cognitive impairment: consensus from the Canadian conference on diagnosis of dementia. *Alzheimers Res Ther* 2013;5(suppl 1):S2.
- 59 Μούγιας, Α. (2003). Πρώιμη διάγνωση της νόσου Alzheimer και συναφών ανοιών. Οδηγός για τη νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές άνοιας. *Mendor*, 67-100
60. Sheehan B, Assessment scales in dementia, *Ther Adv Neurol Disord*. 2012 Nov; 5(6): 349–358.
61. Μπαμπάτσικου Φ., Νοταρά Β., Κουρή Μ., Καμπά Ε., Ζυγά Σ. και Κουτής Χ., (2016). «Άνοια και

- Τρίτη Ηλικία: Σύγχρονη μελέτη σε αστικό και ημι-αστικό πληθυσμό», *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 15 (3), 258-273.
62. Robinson L, Tang E, Taylor JP. Dementia: timely diagnosis and early intervention. *BMJ*.2015;350:h3029
63. Cunningham E, McGuinness B,1,2 Herron B, and Passmore A, Dementia, , *Ulster Med J*. 2015 May; 84(2): 79–87
64. WHO, 2019 guidelines on risk reduction of cognitive decline and dementia.  
[https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/risk\\_reduc](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/risk_reduc)
65. [Assal F](#), History of Dementia, 2019, [Frontiers of Neurology and Neuroscience](#) 44:118-126 In book: *A History of Neuropsychology* (pp.118-126)
66. HISTORY OF DEMENTIA- WHEN DID IT ALL START, 2017,  
<https://dementiatalk.net/history-of-dementia-when-did-it-all-start/>
67. [Yang H D](#), [Kim, D H](#) [Lee S B](#), et al., .History of Alzheimer's Disease, [Dement Neurocogn Disord](#). 2016 Dec; 15(4): 115–121
- 68 Inouye S K, Studenski S, Tinetti M E et al, Kuchel G, Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept, *J Am Geriatr Soc*,. 2007 May;55(5):780-91
- 69 .Meyer A M, Becker I, Siri G et al. , The prognostic significance of geriatric syndromes and resources, *Aging Clin Exp Res*. 2020 Jan;32(1):115-124
70. Arvanitakis Z, . Shah R C, . Bennett D A, Diagnosis and Management of Dementia: A Review, *JAMA*. 2019 Oct 22; 322(16): 1589–1599
71. Types of dementia ,<https://www.dementia.org.au/information/about-dementia/types-of-dementia>
72. Galasko D, The diagnostic evaluation of a patient with dementia, *Continuum (Minneap Minn)*,. 2013 Apr;19(2 Dementia):397-410.
73. <http://canadiangeriatrics.ca/2017/04/update-the-public-launch-of-the-geriatric-5ms>
74. Emmady P; Tadi P, *Dementia*, StatPearls Publishing
- 75 WHO, Dementia 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
76. Bobrow K, Xia F, Hoang T,Valcour V et al. HIV and risk of dementia in older veterans *AIDS* 2020 Sep 1;34(11):1673-1679.
- 77 [Turner R. S](#), [Stubbs T](#), [D Davies D. A](#) et al. ,\_Potential New Approaches for Diagnosis of Alzheimer's Disease and Related Dementias, *Front Neurol* . 2020 Jun 5;11:496.
78. Duong S, Patel T, Chang F, Dementia. What pharmacists need to know, *Can Pharm J (Ott)*,2017

Feb 7;150(2):118-129.

79. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan E. Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group. *Neurology*. 1985;34:939–944.
80. James B D, Bennett D A, Causes and Patterns of Dementia: An Update in the Era of Redefining Alzheimer's Disease, *Annu Rev Public Health*, 2019 Apr 1;40:65-84
81. Hackenhaar F S, Josefsson M, Adolfsson A N et al., Short leukocyte telomeres predict 25-year Alzheimer's disease incidence in non-APOE  $\epsilon$ 4-carriers, *Alzheimers Res Ther*. 2021; 13: 130.
82. Iaccarino L, Sala A, Caminiti S.P, and Perani D, . The emerging role of PET imaging in dementia, *F1000Res*, 2017; 6: 1830.
83. Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, et al., EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia 2012, *European Journal of Neurology*,19, 1159-1179
84. Liu S, Suzuki H, Ito H et al., Serum levels of proteins involved in amyloid- $\beta$  clearance are related to cognitive decline and neuroimaging changes in mild cognitive impairment, *Alzheimers Dement (Amst)*. 2019 Dec; 11: 85–97.
85. Ismail Z, Luis Agüera-Ortiz L, Brodaty H, et al, The Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C): A rating scale for neuropsychiatric symptoms in pre-dementia populations, *J Alzheimers Dis*. 2017; 56(3): 929–938.
86. Risk factors for dementia 2016  
[https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/pdf/factsheet\\_risk\\_factors\\_for\\_dementia.pdf](https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/pdf/factsheet_risk_factors_for_dementia.pdf)
- 87 Kim J, Basak J M, Holtzman D M, The Role of Apolipoprotein E in Alzheimer's Disease, *Neuron*. 2009 Aug 13; 63(3): 287–303
- 88 Maccora J, Peters R, Anstey K J, What does (low) education mean in terms of dementia risk? A systematic review and meta-analysis highlighting inconsistency in measuring and operationalising education, *SSM - Population Health*, 12, December 2020, 100654
89. Castellani R J., Perry G, Dementia Pugilistica Revisited, *J Alzheimers Dis*. 2017; 60(4): 1209–1221.
90. Byers A L, Yaffe K, Depression and Risk of Developing Dementia, *Nat Rev Neurol*. 2011 May 3; 7(6): 323–331
91. Rubio J G, Radiofrequency Electromagnetic Fields (RF-EMF) and Neurodegenerative Diseases: Is there any Connection? *J Dement* 2017, 1(2): e104
92. Hayden K M, Norton M C, Darcey D et al., Occupational exposure to pesticides increases the risk of incident AD, *Neurology*. 2010 May 11; 74(19): 1524–1530.
93. Morris, M. C., Nutrition and risk of dementia: overview and methodological issues, *Ann N Y*

Acad Sci. 2016 Mar; 1367(1): 31–37

94. Rosenberg A, Mangialasche F, Ngandu T et al, Multidomain Interventions to Prevent Cognitive Impairment, Alzheimer's Disease, and Dementia: From FINGER to World-Wide FINGERS, *J Prev Alzheimers Dis*, 2020;7(1):29-36.

95. Rosenberg A, Ngandu T, Rusanen M, et al. Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: The FINGER trial. *Alzheimer's & Dementia*. 2018 Mar;14(3):263-270.

96. Kivipelto M, Mangialasche F, Snyder H M et al, World-Wide FINGERS Network: A global approach to risk reduction and prevention of dementia *Alzheimers Dement*, 2020 Jul;16(7):1078-1094

97. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A et al., A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;385:2255-2263.

98. Turabian J L , Relevant Characteristics for Elderly Patient Biopsicosocial Care in General Medicine, *Archives of Community and Family Medicine* 2, 1, 2019, 48-55

99. APA Releases New Practice Guidelines on the Use of Antipsychotics in Patients with Dementia <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/apa-releases-new-practice-guidelines-on-the-use-of-antipsychotics-in-patients-with-dementia>

100. Steinberg M, Lyketsos C, Atypical antipsychotic use in patients with dementia: managing safety concerns *Am J Psychiatry* . 2012

101. Magierski R, Sobow T, Schwertner E, et all , Pharmacotherapy of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: State of the Art and Future Progress, *Front Pharmacol*. 2020; 11: 1168.

102. [Breijyeh Z](#), [Karaman R](#), Comprehensive Review on Alzheimer's Disease: Causes and Treatment, . *Molecules* . 2020 Dec 8;25(24):5789.

103. Sakka P, Bougea A, Efthymiopoulou E, Vasilakou I, Psychosocial Intervention In Dementia, July 2020, *Journal of the Hellenic Neurological Society*

[https://www.researchgate.net/publication/342987446\\_PSYCHOSOCIAL\\_INTERVENTIONS\\_IN\\_DEMENTIA](https://www.researchgate.net/publication/342987446_PSYCHOSOCIAL_INTERVENTIONS_IN_DEMENTIA)

104. Moniz-Cook E., Vernooij-Dassen M., Woods B., Orrell, M., “Psychological interventions in dementia care research: The INTERDEM manifesto”, *Aging & Health* 15: 283-290.

105. National Center for Complementary and Alternative Medicine. Complementary, alternative, or integrative health: what’s in a name? National Institutes of Health, 2008.

<http://nccam.nih.gov/health/whatiscaam?nav=gsa>

106. Duong S, Patel T, Chang F, Dementia. What pharmacists need to know, *Can Pharm J* (Ott). 2017 Mar-Apr; 150(2): 118–129.
107. Sheehan B, Assessment scales in dementia, *Ther Adv Neurol Disord*. 2012 Nov; 5(6): 349–358.
108. Moniz-Cook E., Vernooij-Dassen M., Woods B., Orrell, M., “Psychological interventions in dementia care research: The INTERDEM manifesto”, *Aging & Health* 15: 283-290.
109. Weinert BT, Timiras PS. [Invited review: theories of aging](#). *Appl Physiol*. 2003; 95: 1706–1716.
110. Dean W. Neuroendocrine Theory of Aging: Chapter 2 Adaptive Homeostat Dysfunction. from <https://warddeanmd.com/articles/neuroendocrine-theory-of-aging-chapter-2/>
111. Harman, D. Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *J Gerontol*. 1956;11 (3): 298–300.
112. Zs.-Nagy I. The Membrane Hypothesis of Aging. Florida: CRC Press, 1994.
113. Zs.-Nagy I, Nagy K. On the role of cross-linking of cellular proteins in aging. *Mech Ageing Dev*. 1980; 14 (1–2): 245-251.
114. Kydd A, Fleming A, Gardner S, Hafford-Letchfield T, 2018. Ageism in the third age. In Ayalon, L. and Tesch-Römer, C. (eds.) *Contemporary perspectives on ageism. International perspectives on aging*, 19. Cham: Springer, 115-130.
115. Kirkwood, T. (2014). Biological determinants and malleability of ageing. In T. B. L. Kirkwood & G. Cooper (Eds.), *Wellbeing in later life* (pp. 31–52). West Sussex: Wiley Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118539415.wbwell080>
116. Notthoff N, Reisch P, Gerstorf D, Individual characteristics and physical activity in older adults, *Gerontology* 2017;63:443-459.
117. Meyer A M, Becker I, Siri G, Brinkkötter P T, Benzing T, Pilotto A, Polidori M.C, The prognostic significance of geriatric syndromes and resources, *Aging Clin Exp Res*. 2020 Jan;32(1):115-124.
118. Flacker J M, What Is A Geriatric Syndrome Anyway?, 2003 *Journal of the American Geriatrics society*, 51, 4, 573-577.
119. Lancet Commission, *THE LANCET*, 386, P413-446, AUGUST 08, 2020.
120. Holtz, C. (Ed.). (2008). *Global health care: issues and policies*. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
121. Kerry dos Santos D, Coelho de Souza Lago M, The dispositif of age, the historical production of the old age, and regimes of subjectification: A genealogical tracking, *PhicpologicalUSP*, 2016, 27,1,133-144
122. Turner R. S, Stubbs T, Davies D. A, Albeni B. C, Potential New Approaches for Diagnosis of Alzheimer's Disease and Related Dementias, *Front Neurol* . 2020 Jun 5;11:496.

123. Rosenberg A, Ngandu T, Rusanen M, et al. Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: The FINGER trial. *Alzheimer's & Dementia*. 2018 Mar;14(3):263-270.
124. Andrieu S, Guyonnet S, Coley N, et al, Effect of long-term omega 3 polyunsaturated fatty acid supplementation with or without multidomain intervention on cognitive function in elderly adults with memory complaints (MAPT): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Neurol* 2017;16:377-389.
125. Hayden K M, Norton M C, Darcey D et al., Occupational exposure to pesticides increases the risk of incident AD, *Neurology*. 2010 May 11; 74(19): 1524–1530.
126. Kivipelto M, Mangialasche F, Snyder H M et al, World-Wide FINGERS Network: A global approach to risk reduction and prevention of dementia *Alzheimers Dement*, 2020 Jul;16(7):1078-1094.
127. Ngandu T, Lehtisalo J, Solomon A et al., A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;385:2255-2263.
128. Rueda A B, Cabaco A S, Justo-Henriques S, and Carvalho J O, Improvement of the Quality of Life in Aging by Stimulating Autobiographical Memory, *J Clin Med*. 2021 Jul; 10(14): 3168.
129. Cai Y, Li L, Xu C, Wang Z, The Effectiveness of Non-Pharmacological Interventions on Apathy in Patients With Dementia: A Systematic Review of Systematic Reviews, *Worldviews Evid Based Nurs* 2020 Aug;17(4):311-318.
130. Irazoki E., García-Casal J.A., Sánchez-Meca J., Franco-Martín M. Efficacy of group reminiscence therapy for people with dementia. Systematic literature review and meta-analysis. *Rev. Neurol*. 2017;65:447–456.
131. WHO, Risk reduction of cognitive decline and dementia, 2019.
132. Ning H, Li R, Ye X et al, view on Serious Games for Dementia Care in Ageing Societies, *IEEE J Transl Eng Health Med*. 2020; 8: 1400411.
133. Zheng X. C. J., Application of game intervention in rehabilitation in rehabilitation nursing of elderly patients with dementia: A literature review, *J. Nursing Sci.*, vol. 31, no. 15, pp. 100–103, 2016.
134. Tarraga L., A randomised pilot study to assess the efficacy of an interactive, multimedia tool of cognitive stimulation in Alzheimer's disease, *J. Neurol., Neurosurgery Psychiatry*, vol. 77, no. 10, pp. 1116–1121, Jun. 2006.
135. Πολίτης, Α., Μούγιας Μ, Πετρούλια Ι και ά.(Ομάδα εργασίας Φιλικών Κοινοτήτων για την

- Άνοια), Ευρωπαϊκή Κοινή Δράση: Φιλικές Κοινότητες προς την άνοια στην Ελλάδα, το πρόγραμμα «Αινείας», *Ψυχιατρική* 31 (1), 2020 82-90.
136. Suh-Mian Wu , Hsiu-Li Huang , Yi-Chen Chiu , et al, Dementia-friendly community indicators from the perspectives of people living with dementia and dementia-family caregivers, . *J Adv Nurs*. 2019 Nov;75(11):2878-2889.
137. WHO, (2020), Promoting dementia-inclusive communities. A strategic communications toolkit.
138. WHO, 2007, Global Age-friendly Cities: A Guide 2007.
139. Βασιλάκου Ι, Ο ρολος της Διατροφής στην εμφάνιση νοητικών Διαταραχών και στην Διαχείριση του ατόμου με άνοια, *Νευρολογία* 29:1-2020, 19-23.
140. Suh-Mian Wu , Hsiu-Li Huang , Yi-Chen Chiu , et al, Dementia-friendly community indicators from the perspectives of people living with dementia and dementia-family caregivers, . *J Adv Nurs*. 2019 Nov;75(11):2878-2889.
141. Cheng C, Baker G. B , Dursun S M , Use of multisensory stimulation interventions in the treatment of major neurocognitive disorders, *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29, 4, 2019, 916-921.
142. Ambali A, Choudari P, Dementia care in elderly people – vital role of a nurse, *Annals of Geriatric Education and Medical Sciences*, January-June, 2017;4(1):1-4.
143. Yous M L, Ploeg J, Kaasalainen S, Nurses' Experiences in Caring for Older Adults With Responsive Behaviors of Dementia in Acute Care, *SAGE Open Nurs*, 2019 Apr 24;5:2377960819834127.
144. Monthaisong D. experiences in providing care for people with dementia: An integrative literature review. *Journal of Nursing and Care*, 2018, 7(2): 1–6.
145. Steinberg M, Lyketsos C, Atypical antipsychotic use in patients with dementia: managing safety concerns, *Am J Psychiatry* . 2012 Sep;169(9):900-6.
146. Guerrero J G, Practice Rationale Care Model: The Art and Science of Clinical Reasoning, Decision Making and Judgment in the Nursing Process, *Open Journal of Nursing* , 2019, 9, 79-88
147. Μαργιώτη, Ε, Διαχείριση του φορτίου των περιθαλπόντων ατόμων με άνοια-ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για περιθάλποντες, *Νευρολογία* 29:1-2020, 29-33
148. Μούγιας Α., *Άνοια και Ποιότητα Ζωής στην Τρίτη Ηλικία*, Διδακτορική Διατριβή, Ιωάννινα, 2011.
149. Κελεβετζίδου Δ, Μπιάγκης Ν, Ζησιμοπούλου Β, Παπαγεωργίου Δ, Μέτρα πρόληψης για την αποφυγή ή την επιβράδυνση της νόσου Alzheimer, *Το Βήμα Του Ασκληπιού*, 2021, 20, 1, 12-30.



- 150 Zacharopoulou V, Zacharopoulou G, Karkoulis K et al, Atherosclerosis as a risk factor for dementia and Alzheimer's disease, *Hellenic Atherosclerosis Society*, 2017 ,8,18-27.
- 151.WHO, Ageing and health, 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- 156.WHO., Obesity and overweight 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- 157.WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment Geneva (Switzerland), 2005.
- 158.Ευθυμιοπούλου Ε, Μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις για τα συμπεριφορικά και ψυχιατρικά συμπτώματα στην άνοια (BPSD), *Νευρολογία*, 29, 1, 2020, 24-29.
- 159.Ευθυμιοπούλου Ε, Μπουγέα Α, Μη φαρμακευτικές γνωστικές παρεμβάσεις στην άνοια, *Νευρολογία*, 29, 1, 2020, 9-14.
- 160.Μπουγέα Α, Συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες, *Νευρολογία*, 29, 1, 2020, 14-19.
- 161.Μαργιώτη Ε, Διαχείριση του φορτίου των περιθαλπόντων ατόμων με άνοια – Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για περιθάλποντες, *Νευρολογία*, 29, 1, 2020, 29-33.
162. McCrory V, An overview of the role of the district nurse caring for individuals with complex needs, *Br J Community Nurs* . 2019 Jan 2;24(1):20-26.
163. Kitamura T, Tanimoto C, Oe S, Kitamura M, Hino S, Familial caregivers' experiences with home-visit nursing for persons with dementia who live alone, *Psychogeriatrics*, 21, 5, 2021.
- 164.Fortinsky R, Delaney C, Harel O, et al., Results and Lessons Learned from a Nurse Practitioner-Guided Dementia Care Intervention for Primary Care Patients and Their Family Caregivers, *Res Gerontol Nurs*. 2014 May 1; 7(3): 126–137.
164. Ono K, Tsuji M, Protofibrils of Amyloid-β are Important Targets of a Disease-Modifying Approach for Alzheimer's Disease, *Int J Mol Sci*. 2020 Feb; 21(3): 952.
165. Kantarci K, Lowe V, , Chen Q et al. , β-Amyloid PET and neuropathology in dementia with Lewy bodies, *Neurology*, 2020 Jan 21;94(3):e282-e291.
166. Keshavan A, Pannee J, Karikari T et al. , Population-based blood screening for preclinical Alzheimer's disease in a British birth cohort at age 70, *Brain*, . 2021 Mar 3;144(2):434-449.
167. . Holst G, Hallberg I, Exploring the meaning of everyday life, for those suffering from dementia, *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18, 6, 2003