# დემენციის მართვა პირველად ჯანდაცვაში

## დამხმარე სახელმძღვანელო ოჯახის ექიმებისთვის

| 📋 1. შეფასება-დემენციაზე ეჭვი<br>*(≥60 წლის პირებში, ან უფრო ახალგაზრდა ასაკში შესაბამისი კლინიკური ვარაუდის არსებობისას)* | 🔎 გამორიცხეთ სხვა მიზეზები შემდგომ მსვლელობამდე |
|---|---|
| » პირის, ოჯახის წევრის ან მომვლელის გადმოცემით: მეხსიერების გაუარესება, დეზორიენტაცია, ქცევითი ცვლილებები ან ყოველდღიური ფუნქციონირების დაქვეითება, რომლებიც 6 თვეზე მეტი ხნის განმავლობაში გრძელდება.<br>» აფერხებს თუ არა ეს გაუარესება ყოველდღიურ ფუნქციონირებას?<br>თუ დიახ, და განხილული და გამორიცხულია დელირიუმი, დეპრესია და მწვავე სამედიცინო მდგომარეობა, ივარაუდეთ დემენცია.<br>» თუ გაუარესება ყოველდღიურ ფუნქციონირებას არ აფერხებს, განიხილეთ მსუბუქი კოგნიტიური დარღვევა.<br>» სკრინინგი: გამოიყენეთ ვალიდირებული კოგნიტიური სკრინინგის ინსტრუმენტი - MMSE, MoCA ან Mini-Cog. პათოლოგიური შედეგის შემთხვევაში ჩაატარეთ დემენციის სრული შეფასება. | » გამორიცხეთ შესაძლო ალტერნატიული მიზეზები: დეპრესია (mhGAP, PHQ-9, ძირითადი სიმპტომები დათრგუნულობა, ინტერესისა და სიამოვნების განცდის დაკარგვა, ფუნქციონირების პრობლემები), დელირიუმი (მწვავე დასაწყისი), მედიკამენტების ზემოქმედება - განსაკუთრებით ანტიქოლინერგული და სედაციური პრეპარატები, ალკოჰოლის ან სხვა ფსიქოაქტიური ნივთიერებების საზიანო მოხმარება, ჰიპოთირეოზი.<br>» ასევე განიხილეთ ვიტამინ B12-ის დეფიციტი, სმენის ან მხედველობის დაქვეითება, ინსულტი, ინფექცია და მეტაბოლური დარღვევები. |

| შეაფასეთ ქცევითი და ფსიქოლოგიური სიმპტომები - შეფასების შედეგი განსაზღვრავს, რომელი პროტოკოლით უნდა იხელმძღვანელოთ. |
|---|
| » ქცევითი სიმპტომები: უმიზნო ხეტიალი, ღამის პერიოდში ქცევის დარღვევა, აგზნება, აგრესია.<br>» ფსიქოლოგიური სიმპტომები: ჰალუცინაციები, ბოდვითი იდეები, შფოთვა, უკონტროლო ემოციური აფეთქებები.<br>» უსაფრთხოება უპირველეს ყოვლისა: თუ არსებობს სუიციდის უშუალო რისკი ან თანმხლები ფსიქიკური, ნევროლოგიური ან ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული მდგომარეობა (MNS), პროტოკოლზე გადასვლამდე პირველ რიგში შეაფასეთ და მართეთ აღნიშნული მდგომარეობა.<br>» დაუყოვნებლივ შეაფასეთ სუიციდის რისკი - დასვით პირდაპირი კითხვა, მაგალითად: „გქონიათ თუ არა ბოლო ერთი თვის განმავლობაში სერიოზული ფიქრები სიცოცხლის დასრულებაზე ან შეგირჩევიათ სუიციდის გეგმა?“ — კითხვის დასმა რისკს არ ზრდის. ფიქრების არსებობის შემთხვევაში: არ დატოვოთ პაციენტი მარტო; შეუზღუდეთ წვდომა თვითდაზიანების საშუალებებთან; შეიმუშავეთ მოკლევადიანი უსაფრთხოების გეგმა; კონსულტაციისთვის მიმართეთ ფსიქიკური ჯანმრთელობის სპეციალისტს, თუკი ის ხელმისაწვდომია. ადგილობრივი კრიზისული სამსახურის საკონტაქტო ნომერი: _____<br>» უსაფრთხოების გეგმა უნდა მოიცავდეს პირის მიერ დასახელებულ საგანგაშო ნიშნებს, გამკლავების სტრატეგიებს, მხარდამჭერ კონტაქტებს, პროფესიონალური/კრიზისული დახმარების ცხელი ხაზის ნომერს და საშუალებებთან წვდომის შეზღუდვას. გეგმა უნდა შედგეს თავად პირის მონაწილეობით, მისი ასლი შეინახეთ და გადახედეთ განმეორებითი შეხვედრისას<br>არცერთი სიმპტომი არ აღინიშნება → იხელმძღვანელეთ პროტოკოლით 1 *(იხ. ქვემოთ, ჩარჩო 4).*<br>აღინიშნება ერთი ან მეტი სიმპტომი → იხელმძღვანელეთ პროტოკოლით 2 *(იხ. ქვემოთ, ჩარჩო 4).* |

## საგანგაშო ნიშნები - არსებობის შემთხვევაში საჭიროა სპეციალისტთან გადაუდებელი გადამისამართება

» კოგნიტიური ფუნქციების სწრაფი გაუარესება; ახლად განვითარებული კეროვანი ნევროლოგიური დეფიციტი; პირველად განვითარებული კრუნჩხვა; ასაკი <65 წელი; ცნობიერების მწვავე დაბინდვა ან დეზორიენტაცია - დელირიუმზე ეჭვის შემთხვევაში.
» » მძიმე ქცევითი დარღვევა; ჰალუცინაციები, რომლებიც ლევის სხეულაკებით დემენციაზე მიუთითებს; ნორმოტენზიულ ჰიდროცეფალიაზე ეჭვი; თავის ტრავმა; თავის ტვინის სიმსივნეზე ეჭვი; სუიციდის რისკი.
» სუიციდის რისკი: დაუყოვნებლივ შეაფასეთ (იხილეთ ზემოთ)

## 2. შეაფასეთ სხვა სამედიცინო მდგომარეობების არსებობა

აღენიშნება თუ არა პირს კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორები?
» კარდიოვასკულური რისკები: არტერიული ჰიპერტენზია, ქოლესტერინის მომატებული დონე, შაქრიანი დიაბეტი, თამბაქოს მოხმარება, სიმსუქნე, გულის დაავადება, ანამნეზში ინსულტი ან გარდამავალი იშემიური შეტევა (TIA) → შეამცირეთ და სათანადოდ მართეთ კარდიოვასკულური რისკ-ფაქტორები.
აღენიშნება თუ არა პირს საკვების არასაკმარისი მიღება, არასრულფასოვანი კვება ან ანემია?
» კვებითი მდგომარეობა: საკვების არასაკმარისი მიღება, არასრულფასოვანი კვება ან ანემია → გაზარდეთ საკვების კვებითი ღირებულება და რეგულარულად აკონტროლეთ სხეულის მასა.

## გადაამისამართეთ სპეციალისტთან თუ სახეზეა

» ადრეული დასაწყისი: სიმპტომების გამოვლენა 60 წლამდე ასაკში.
» ნევროლოგიური ან ტრავმული ანამნეზი: სიმპტომების დაწყება დაკავშირებულია თავის ტრავმასთან, ინსულტთან, ცნობიერების შეცვლასთან ან დაკარგვასთან.
» ენდოკრინული ნიშნები: ჩიყვი, შენელებული პულსი ან კანის სიმშრალე (სავარაუდო ჰიპოთირეოზი).
» ინფექციების ანამნეზი: სქესობრივი გზით გადამდები ინფექციის, მათ შორის აივ ინფექციის/შიდსის, ანამნეზი.

## 3. შეაფასეთ მომვლელის აუცილებლობა

» მომვლელთა რესურსებისა და საჭიროებების შეფასება: დაადგინეთ, ვინ არის მთავარი მომვლელი, კიდევ ვინ მონაწილეობს ზრუნვაში და რა ფუნქციებს ასრულებს თითოეული მათგანი; რა არის ყველაზე რთული სამართავი და განიცდის თუ არა მომვლელი შემოსავლის დაკარგვას ან დამატებით ფინანსურ ხარჯებს → შეისწავლეთ ადგილობრივი ფინანსური დახმარებისა და შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირთა მხარდაჭერის სერვისებზე წვდომის შესაძლებლობები.
» მომვლელის კეთილდღეობა: შეაფასეთ, უჭირს თუ არა მომვლელს მდგომარეობასთან გამკლავება, განიცდის თუ არა გადატვირთვას, ძლიერ სტრესს ან დაქვეითებულ გუნება-განწყობას → ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში განიხილეთ დროებითი ჩანაცვლებითი მოვლა, თემზე დაფუძნებული მხარდაჭერის ქსელები და ოჯახური ან ინდივიდუალური ფსიქოთერაპია.

| 4. პროტოკოლი 1- დემენცია ქცევითი/ფსიქოლოგიური სიმპტომების გარეშე | პროტოკოლი 2-დემენცია ქცევითი/ფსიქოლოგიური სიმპტომებით |
|---|---|
| » ფსიქოსოციალური მხარდაჭერა: უზრუნველყავით პირისა და მისი მომვლელების ფსიქოგანათლება; წაახალისეთ მომვლელის მონაწილეობით განხორციელებული კოგნიტიური ინტერვენციები; ხელი შეუწყვეთ პირის დამოუკიდებლობის, ყოველდღიური ფუნქციონირებისა და მობილობის შენარჩუნებას; უზრუნველყავით მომვლელთა მხარდაჭერა.<br>» მედიკამენტური მკურნალობა: განიხილეთ მხოლოდ იმ გარემოში, სადაც შესაძლებელია ალცჰაიმერის დაავადების ზუსტი დიაგნოზის დასმა და ხელმისაწვდომია სპეციალისტის ზედამხედველობა და სათანადო მონიტორინგი. | » იხელმძღვანელეთ პროტოკოლით 1 და დამატებით უშუალოდ მართეთ ქცევითი და ფსიქოლოგიური სიმპტომები.<br>» თუ არსებობს პირისთვის ან მომვლელისთვის ზიანის მიყენების უშუალო რისკი, ხოლო სიმპტომები გრძელდება ან საფრთხე გარდაუვალია, განიხილეთ ანტიფსიქოზური მედიკამენტის გამოყენება მხოლოდ შესაბამისი კლინიკური ჩვენებითა და სათანადო მონიტორინგის პირობებში; შესაძლებლობისთანავე გადაამისამართეთ სპეციალისტთან. |

| 5. ფსიქოგანათლება | ქცევითი & ფსიქოლოგიური სიმპტომების მართვა |
|---|---|
| » **დიაგნოზის შესახებ ინფორმირება:** ჰკითხეთ პირს, სურს თუ არა დიაგნოზის ცოდნა და ვისთან სურს ამ ინფორმაციის გაზიარება. მიაწოდეთ მკაფიო და არსებითი ინფორმაცია ისე, რომ ზედმეტი დეტალებით არ გადატვირთოთ.<br>» **ძირითადი გზავნილები:** დემენცია თავის ტვინის დაავადებაა, რომელსაც დროთა განმავლობაში პროგრესირების ტენდენცია ახასიათებს. ამჟამად მისი სრულად განკურნება შეუძლებელია, თუმცა პირის მდგომარეობისა და ცხოვრების ხარისხის გასაუმჯობესებლად ბევრი რამის გაკეთება შეიძლება. კონკრეტული პრობლემებისა და ქცევითი ცვლილებების მართვა შესაძლებელია მათი გამოვლენის შესაბამისად, რაც ხელს უწყობს პირის კომფორტის გაუმჯობესებას და ამცირებს მომვლელთა დატვირთვას.<br>» **ცხოვრების წესი:** წაახალისეთ რეგულარული ფიზიკური აქტივობა და ჯანსაღი კვება; ურჩიეთ თამბაქოსა და ალკოჰოლის მოხმარების შეწყვეტა და ჯანმრთელობის რეგულარული შემოწმება. რეკომენდებულია დავალებებისა და ვიზიტების ჩანიშვნა, ჩვეული ინტერესებისა და ჰობის გაგრძელება, ახალი გონებრივი მასტიმულირებელი აქტივობების შესრულება, აგრეთვე ოჯახთან, მეგობრებთან და თემთან სოციალური კავშირების შენარჩუნება. | » გამოავლინეთ და უმკურნალეთ ქცევითი ცვლილებების შესაძლო ფიზიკურ გამომწვევ მიზეზებს, მათ შორის ტკივილსა და ინფექციას; საჭიროების შემთხვევაში გადაამისამართეთ სპეციალისტთან.<br>» გამოავლინეთ და შეცვალეთ ის გარემოებები ან მოვლენები, რომლებიც წინ უძღვის ქცევით სიმპტომებს ან აძლიერებს მათ -მაგალითად, ხალხმრავალი გარემო ან მარტო გასვლა. განიხილეთ გარემოს ადაპტაცია, მათ შორის მოსახერხებელი დასაჯდომი ადგილების, უსაფრთხო სივრცეებისა და მკაფიო საინფორმაციო ნიშნების უზრუნველყოფა, მაგალითად, საპირფარეშოს აღმნიშვნელი ნიშნები.<br>» წაახალისეთ პირისთვის სასიამოვნო, დამამშვიდებელი ან ყურადღების გადამტანი აქტივობები, როგორიცაა გასეირნება, მუსიკის მოსმენა ან საუბარი, განსაკუთრებით აგზნების დროს.<br>» მსუბუქი ან საშუალო სიმძიმის დეპრესიის შემთხვევაში განიხილეთ კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია, ინტერპერსონალური თერაპია, სტრუქტურირებული კონსულტირება ან ქცევითი აქტივაცია. |

| კოგნიტიური ფუნქციები, ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობები და საზოგადოებრივ ცხოვრებაში მონაწილეობა | მომვლელების მხარდაჭერა |
|---|---|
| **კოგნიტიური ფუნქციების მხარდამჭერი არაფარმაკოლოგიური ინტერვენციები:** განიხილეთ კოგნიტურ-ქცევითი თერაპია, კოგნიტიური სტიმულაციის თერაპია და კოგნიტიური ვარჯიში.<br>» **კომუნიკაცია**: რეგულარულად შეახსენეთ პირს კვირის დღე, თარიღი, დრო და გარშემომყოფთა სახელები; მეხსიერებისა და საუბრის სტიმულირებისთვის გამოიყენეთ გაზეთები, ფოტოები და ნაცნობი საყოფაცხოვრებო ნივთები. ისაუბრეთ მოკლე და მარტივი წინადადებებით, შეამცირეთ ფონური ხმაური, შეინარჩუნეთ თანმიმდევრული ყოველდღიური რეჟიმი და შეძლებისდაგვარად მოერიდეთ უცნობ გარემოში მოხვედრას.<br>» **ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობები:** მაქსიმალურად შეუწყვეთ ხელი პირის დამოუკიდებლობის შენარჩუნებას. შეინარჩუნეთ ტუალეტით სარგებლობის ჩვეული რეჟიმი, დაარეგულირეთ სითხის მიღება და შეუკავებლობის მუდმივ მდგომარეობად მიჩნევამდე გამოიკვლიეთ მისი ყველა შესაძლო მიზეზი. დაცემის პრევენციის მიზნით საცხოვრებელი გარემო გაათავისუფლეთ ზედმეტი ნივთებისგან და საჭიროებისამებრ უზრუნველყავით მოაჯირები, პანდუსები და მკაფიო ნიშნები. რეკომენდებულია ფიზიკური ვარჯიში კვირაში 3-4-ჯერ, თითო სესია 30-45 წუთის განმავლობაში, სულ მცირე 12 კვირის მანძილზე. სენსორული დეფიციტის შემთხვევაში გამოიყენეთ შესაბამისი დამხმარე საშუალებები, მათ შორის სათვალე და სმენის აპარატი. ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში გადაამისამართეთ ოკუპაციურ თერაპევტთან. | » **მომვლელისთვის ინფორმაციის მიწოდება:** მიაწოდეთ დემენციის შესახებ ინფორმაცია, რომელიც მორგებულია მომვლელის საჭიროებებსა და გაგების დონეზე. შეაფასეთ, რა გავლენას ახდენს ზრუნვის ტვირთი მის ოჯახურ ცხოვრებაზე, დასაქმებაზე, სოციალურ აქტივობებსა და ჯანმრთელობაზე.<br>» **მომვლელის ფსიქიკური ჯანმრთელობა:** რეგულარულად შეაფასეთ მომვლელში დეპრესიისა და შფოთვის ნიშნები და შესაბამისი მდგომარეობა მართეთ mhGAP-ის რეკომენდაციების მიხედვით. წაახალისეთ მომვლელი, სირთულეების შემთხვევაში დროულად ითხოვოს დახმარება. ნებისმიერ ვითარებაში დაიცავით დემენციის მქონე პირის ღირსება და უფლებები.<br>» **მომვლელთა მხარდაჭერა:** ხელმისაწვდომობის შემთხვევაში შესთავაზეთ დროებითი ჩანაცვლებითი მოვლა, თემზე დაფუძნებული მხარდაჭერის ქსელები და მომვლელებზე ორიენტირებული ფსიქოსოციალური ინტერვენციები, მათ შორის გაცნობიერებულ ყურადღებაზე დაფუძნებული მიდგომები, მრავალკომპონენტიანი პროგრამები, ფსიქოგანათლება, ფსიქოთერაპია ან კონსულტირება.<br>» **პრაქტიკული უნარების განვითარება**: ასწავლეთ მომვლელს კონკრეტული უნარები, მაგალითად, რთული ქცევის მართვა როლური თამაშებისა და პრაქტიკული სავარჯიშოების გამოყენებით. შეისწავლეთ, აქვს თუ არა პირს ან მის ოჯახს შეზღუდული შესაძლებლობის სტატუსთან დაკავშირებული მომსახურებებისა და ფინანსური მხარდაჭერის მიღების უფლება. |

## 6. ფარმაკოლოგიური ინტერვენციები

» **ქცევითი სიმპტომების არარსებობის შემთხვევაში:** ქოლინესტერაზის ინჰიბიტორები-დონეპეზილი, გალანტამინი, რივასტიგმინი - ან მემანტინი რუტინულად არ გამოიყენოთ. მათი დანიშვნა განიხილეთ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როდესაც შესაძლებელია ალცჰაიმერის დაავადების ზუსტი დიაგნოზის დასმა და უზრუნველყოფილია სპეციალისტის სათანადო ზედამხედველობა და მონიტორინგი. შესაბამის შემთხვევებში: ალცჰაიმერის დაავადებაზე ეჭვისას, მჭიდრო მონიტორინგის პირობებში, განიხილეთ ქოლინესტერაზის ინჰიბიტორი ან მემანტინი; სისხლძარღვოვანი დემენციის შემთხვევაში-მემანტინი.

» **ქცევითი ან ფსიქოლოგიური სიმპტომების შემთხვევაში:** პირველ რიგში გამოიყენეთ ფსიქოსოციალური ინტერვენციები. თუ არსებობს პირისთვის ან მომვლელებისთვის ზიანის მიყენების უშუალო რისკი, განიხილეთ ანტიფსიქოზური მედიკამენტის გამოყენება. იხელმძღვანელეთ პრინციპით-„დაიწყეთ დაბალი დოზით და გაზარდეთ ნელა“; მკურნალობის რეჟიმს გადახედეთ, სულ მცირე, თვეში ერთხელ; გამოიყენეთ ყველაზე დაბალი ეფექტური დოზა და აკონტროლეთ ექსტრაპირამიდული გვერდითი მოვლენები. მოერიდეთ ჰალოპერიდოლის ინტრავენურად გამოყენებასა და დიაზეპამის დანიშვნას.

| 7. თუ პირი სტაბილურია | თუ არასტაბილურია |
|---|---|
| **რეკომენდებული შემდგომი კონტაქტი:** სულ მცირე 3 თვეში ერთხელ; მედიკამენტური მკურნალობის შემთხვევაში -თვეში ერთხელ.<br>» **მდგომარეობა სტაბილურია -გააგრძელეთ:** შეინარჩუნეთ მართვის მიმდინარე გეგმა და შემდგომი შეფასება ჩაატარეთ სულ მცირე 3 თვეში ერთხელ. | » **თუ პაციენტი მედიკამენტურ მკურნალობას არ იღებს:** შესაბამისი ჩვენების არსებობის შემთხვევაში განიხილეთ ფარმაკოლოგიური მკურნალობის დაწყება.<br>» **თუ პაციენტი მედიკამენტურ მკურნალობას იღებს:** შეაფასეთ მკურნალობის რეჟიმის დაცვა, შესაძლო გვერდითი მოვლენები და დოზირების სისწორე; საჭიროებისამებრ განიხილეთ დოზის კორექცია ან ალტერნატიული პრეპარატის შერჩევა.<br>» **დამატებით**: ხელახლა შეაფასეთ ფსიქოსოციალური ინტერვენციები და გამოიკვლიეთ ახლად განვითარებული ან მანამდე გამოუვლენელი სამედიცინო პრობლემები. მედიკამენტური მკურნალობის შემთხვევაში შემდგომი შეფასება ჩაატარეთ თვეში ერთხელ. |

## რეგულარულად შეაფასეთ ყოველი შემდგომი ვიზიტის დროს

» **მედიკამენტების გვერდითი მოვლენები:** თუ პაციენტი იღებს ანტიფსიქოზურ პრეპარატს, შეაფასეთ ექსტრაპირამიდული სიმპტომების არსებობა; მათი გამოვლენის შემთხვევაში შეწყვიტეთ პრეპარატი ან შეამცირეთ დოზა.

» **თანმხლები მდგომარეობები:** შეაფასეთ სამედიცინო და სხვა ფსიქიკური, ნევროლოგიური ან ფსიქოაქტიური ნივთიერებების მოხმარებასთან დაკავშირებული თანმხლები მდგომარეობები, აგრეთვე ახლად განვითარებული ქცევითი ან ფსიქოლოგიური სიმპტომები.

» **ფუნქციონირება:** შეაფასეთ პირის შესაძლებლობა, მონაწილეობდეს მისთვის მნიშვნელოვან აქტივობებში — სოციალურ ურთიერთობებში, დასვენებით საქმიანობასა და ყოველდღიური ცხოვრების აქტივობებში — და როგორ უმკლავდება საკუთარ როლებსა და იდენტობასთან დაკავშირებულ ცვლილებებს.

» **უსაფრთხოების რისკები:** დაავადების პროგრესირების შემთხვევაში განიხილეთ ქცევისა და ყოველდღიური აქტივობების შესაბამისი შეზღუდვა ან ადაპტაცია, მაგალითად, ავტომობილის მართვის ან საჭმლის მომზადების შეზღუდვა.

» **ფსიქიკური მდგომარეობა და მომვლელთა საჭიროებები:** შეაფასეთ დეპრესიის სიმპტომები, თვითდაზიანების ან სუიციდის უშუალო რისკი და მომვლელთა საჭიროებები.

» **უწყვეტი ზრუნვა:** განაგრძეთ პირის ფუნქციონირების ხელშეწყობა და ფსიქოგანათლების უზრუნველყოფა (იხ. ზემოთ, ჩარჩო 5).

## მულტიდისციპლინური ზრუნვა

| ოჯახის ექიმის პასუხისმგებლობა | სპეციალისტი ((ნევროლოგი/ფსიქიატრი) | ოჯახის & მზრუნველის როლი | სოციალური სერვისი |
|---|---|---|---|
| **სკრინინგი & შეფასება**<br>» დემენციაზე ეჭვის მიტანა თუ კოგნიტური გაუარესება ზეგავლენას ახდენს ფუნქციონირებაზე (>6 თვის მანძილზე). | **დიაგნოზის დადასტურება & მკურნალობის გეგმა**<br>» დემენცია ადრეულ ასაკში (<60 წელზე). | **დაკვირვება & მხარდაჭერა**<br>» მეხსიერების გაუარესების, დეზორიენტაციის, ქცევითი და | **საზოგადოებრივი ორგანიზაციები**<br>» ოჯახების დაკავშირება დაბერებისა და უნარშეზღუდულობის |

| | | | |
|---|---|---|---|
| » კოგნიტური სკრინინგის ჩატარება (MMSE, MoCa, Mini-Cog).<br>» სამედიცინო, მეტაბოლური მიზეზების და დეპრესიის გამორიცხვა | » დიაგნოზის დადასტურება & კომპლექსური დიფ.დიაგნოზი (მაგ. ვასკულური დემენცია, ლევის სხეულაკების დემენცია). | ფუნქციური ცვლილებების აღწერა.<br>» დახმარება ორიენტირებასა და ყოველდღიურ რუტინაში. | ადგილობრივი რესურსების ქსელთან |
| **მიმდინარე მონიტორინგი & მეთვალყურეობა**<br>» სტაბილურ სემთხვევაში მეთვალყურეობა 3 თვეში ერთხელ<br>» არასტაბილური/მედიკამენტურ მკურნალობაზე - ყოველთვიური მეთვალყურეობა<br>» ყოველდღიური ფუნქციონირების,ა უსაფრთხოების რისკების (ავტომობილის მართვა, სადილის მომზადება), და დეპრესიული სიმპტომების შეფასება . | **სპეციალიზებული ჩარევები & მართვა**<br>» დაავადებისთვის სპეციფიკური მედიკამენტებით (ქოლინესთერაზას ინჰიბიტორები, მემანტინი) მკურნალობის დაწყება/კორექტირება<br>» მძიმე ქცევითი/ ფსიქოლოგიური სიმპტომების ან სწრაფი კოგნიტური გაუარესების მართვა | » მართვის გეგმაზე დამყოლობის და მეთვალყურეობის ვიზიტებზე გამოცხადების მხარდაჭერა.<br>» მზრუნველით გაშუალებული კოგნიტური სტიმულაციის და სტრუქტურურებული კომუნიკაციის დანერგვა | **მხარდაჭერა მზრუნველთა დროებით ჩანაცვლებაზე**<br>» მზრუნველის ჩამნაცვლებელ პროგრამებზე (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) ხელმისაწვდომობის უზრუნველყოფა მზრუნველის „გადაწვის“ თავიდან არიდების მიზნით |
| **მზრუნველის კეთილდღეობა & მხარდაჭერა**<br>» მზრუნველის რეგულარული სკრინინგი დეპრესიაზე/შფოთვაზე<br>» ოჯახურ ცხოვრებაზე, სამსახურსა და ჯანმრთელობაზე ზეგავლენის შეფასება.<br>» დემენციის შესახებ პერსონალიზებული ინფორმაციის მიწოდება. | **მაღალი რისკის & მწვავე სიტუაციები**<br>» სწრაფი კოგნიტური გაუარესება, მწვავე ფოკალური ნევროლოგიური დეფიციტი, პირველად განვითარებული გულყრა.<br>» მძიმე ქცევითი დარღვევები ან სუიციდის რისკი, რაც მოითხოვს სასწრაფო ჰოსპიტალიზაციას. | **თვითზრუნვა & დახმარების მოძიება**<br>» საზოგადოებრივ მხარდამჭერ ქსელებში გაერთიანება<br>» პროფესიული კონსულტირების ან ფსიქოლოგიური მხარდაჭერის მოძიება რთულ სიტუაციებში | **ფინანსური და სოციალური მხარდაჭერა**<br>» შეზღუდული შესაძლებლობების პირთა შემწეობების, საპენსიო უზრუნველყოფის ან შემოსავლის დაკარგვის საფრთხის ქვეშ მყოფი მზრუნველების ფინანსური კომპენსაციის მოძიების საკითხებში დახმარება |