

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER»



Εισηγητής: Πλαΐτης Εμμανουήλ

Σπουδάστρια: Τζιράκη Καλλιόπη

Ηράκλειο, Μάρτιος 2016

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER»



Εισηγητής: Πλαΐτης Εμμανουήλ

Σπουδάστρια: Τζιράκη Καλλιόπη

Ηράκλειο, Μάρτιος 2016

Αφιέρωση

Για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής θέλω να ευχαριστήσω τον κ. Πλαττή Μαρόλη, Προϊστάμενο Μονάδας Ογκολογίας – Αιματολογικής Κλινικής του Βενιζελείου Νοσοκομείου και Εργαστηριακός συνεργάτης του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, για τις πολύτιμες συμβουλές του και για τον χρόνο που διέθεσε όλο αυτό το διάστημα.

Επίσης θέλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του τμήματος Νοσηλευτικής της ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης, για την ποικιλότητα βοήθεια και κατανόηση τους. Τέλος ευχαριστώ τους δικούς μου ανθρώπους-την οικογένεια μου, κυρίως την κόρη μου, για την αμέριστη συμπαράσταση και στήριξη τους για την εκπλήρωση του στόχου μου αυτού.



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	III
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	IV
ΜΕΡΟΣ Α.....	1
1. Τι είναι λοιπόν η άνοια.....	1
1.1 Τι είναι η νόσος Alzheimer.....	2
2. Ιστορική αναδρομή της νόσου.....	2
3. Επιδημιολογικά στοιχεία.....	3
4. Αιτιολογικοί και προδιαθεσικοί παράγοντες.....	5
5. Παθοφυσιολογικά και παθολογοανατομικά στοιχεία.....	7
6. Κλινική εικόνα-συμπτώματα της νόσου Alzheimer και η πορεία της.....	9
6.1 Κλινική εικόνα και συμπτώματα.....	9
6.1.1 Στάδια της νόσου Alzheimer.....	11
6.1.2 Συμπεριφορικές μεταβολές της νόσου Alzheimer.....	13
6.2 Πορεία της νόσου.....	14
7. Ταξινόμηση της νόσου Alzheimer.....	15
8. Διάγνωση –διαφοροδιάγνωση.....	16
8.1 Διαφορική διάγνωση.....	18
9. Θεραπεία της νόσου Alzheimer.....	18
9.1 Μη φαρμακευτικές θεραπείες.....	21
9.1.1 Στόχοι και πλεονεκτήματα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στην άνοια.....	24
ΜΕΡΟΣ Β.....	26
1. Βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών με νόσο Alzheimer.....	26
2. Νόσος Alzheimer και η ψυχοκοινωνική της διάσταση.....	28
3. Προβλήματα και ανάγκες των ασθενών με νόσο Alzheimer.....	29
3.1 Βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες.....	30
3.2 Ανάγκη για επικοινωνία.....	31
3.3 Ανάγκη παραδοχής και κατανόησης από τους άλλους.....	31
3.4 Ανταπόκριση στο φόβο-άγχος του πάσχοντα.....	32
4. Δικαιώματα των ατόμων με νόσο Alzheimer.....	33
5. Η Ζωή με ένα ανοϊκό άτομο.....	34
5.1 Ο ανοϊκός ασθενής και η φροντίδα του.....	34
6. Αντιμετωπίζοντας ειδικότερα προβλήματα.....	36
6.1 Πώς θα οργανώσουμε την καθημερινότητα ενός ατόμου με νόσο Alzheimer;.....	36

7.	Η ιδρυματοποίηση στην άνοια αποτελεί λύση;.....	44
8.	Φροντίδα του πάσχοντα από τη νόσο Alzheimer στο σπίτι.....	45
9.	Ατυχήματα και η ασφάλεια του ατόμου με νόσο Alzheimer.....	47
10.	Πρόληψη της νόσου – προγράμματα άσκησης και νοητικής ενδυνάμωσης.....	51
10.1	Ο ρόλος της άσκησης στη νόσο Alzheimer.....	51
10.1.1	Άσκηση και πρόληψη της νόσου Alzheimer.....	51
10.1.2	Στόχοι και οφέλη της άσκησης.....	52
10.1.3	Ειδικές συστάσεις για την άσκηση.....	54
10.2	Προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης.....	54
11.	Φροντιστές.....	56
11.1	Γενικά για τον φροντιστή.....	56
11.2	Το φορτίο των φροντιστών.....	59
11.2.1	Πως επιδρούν στους φροντιστές τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν;.....	61
11.3	Ποιότητα ζωής των φροντιστών και παρεμβάσεις για την βελτίωση της.....	62
11.4	Που μπορείτε να απευθυνθείτε;.....	63
	ΕΠΪΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	64
	ΠΕΡΪΛΗΨΗ.....	66
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	67

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρείται ότι κάνουν την εμφάνιση τους ασθένειες οι οποίες ενώ παλιότερα ήταν σπάνιες, τώρα επηρεάζουν έντονα την ζωή μας. Αυτό οφείλεται στην ανεξέλεγκτη βελτίωση του βιοτικού επιπέδου του ανθρώπου καθώς και στην αύξηση του μέσου όρου ζωής.

Μία από τις ασθένειες αυτές είναι η νόσος Alzheimer. Η Ν.Α. επηρεάζει ολοένα και περισσότερους ανθρώπους μεγαλύτερης αλλά και νεότερης ηλικίας. Επίσης, δημιουργούνται προβλήματα κοινωνικής και οικονομικής φύσεως.

Καθώς αυξάνεται ο αριθμός των περιστατικών με νόσο Alzheimer, η κοινωνία θα πρέπει να δημιουργήσει νέες υποδομές και προϋποθέσεις για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών που θα εμφανιστούν.

Πλέον, έχουμε μια ξεκάθαρη εικόνα των συμπτωμάτων της άνοιας σε σχέση με εκείνη του γήρατος.

Αναγκαία, επίσης είναι η έγκαιρη πρόληψη και η αποτελεσματική αντιμετώπιση των δυσκολιών και των προβλημάτων που δημιουργούνται από την εμφάνιση της νόσου.

Σημαντικό είναι να διατηρήσουμε ένα καλό επίπεδο ποιότητας ζωής του ατόμου που πάσχει αλλά και των φροντιστών του, μιας και οι προσπάθειες που απαιτούνται τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από τα άτομα που τον φροντίζουν (οικογένεια-επιστημονικό προσωπικό) είναι ψυχοφθόρες και δαπανηρές.

Τα τελευταία μόλις χρόνια ο κόσμος έχει αρχίσει να έχει μια πιο ξεκάθαρη αντίληψη για την Ν.Α.. Αυτό συνεπάγεται με το ότι γίνεται αντιληπτός και κατανοητός ο αγώνας που δίδεται παγκοσμίως από την επιστήμη για την πρόληψη και την εξάλειψη της νόσου αυτής.

Εισαγωγή

« Ήταν πρωί, περίπου 8:30, όταν ένας ηλικιωμένος περίπου 80 χρονών, με ράμματα στον αντίχειρα , έφτασε στο νοσοκομείο. Είπε ότι ήταν βιαστικός και ότι είχε ένα άλλο ραντεβού στις 9:00. Η νοσοκόμα τον είδε να κοιτάει επίμονα το ρολόι του και επειδή δεν ήταν και πολύ απασχολημένη αποφάσισε να δει την πληγή του.

Ενώ φρόντιζε τα ράμματα τον ρώτησε αν είχε άλλο ραντεβού με γιατρό σήμερα. Ο ηλικιωμένος είπε πως δεν είχε άλλο ραντεβού με γιατρό, αλλά έπρεπε να πάει στο γηροκομείο για να φάει πρωινό με την σύζυγο του.

Η νοσοκόμα τον ρώτησε σε τι κατάσταση ήταν η υγεία της γυναίκας του. Ο ηλικιωμένος απάντησε ότι η γυναίκα του ήταν θύμα της νόσου Alzheimer's. Της είπε ακόμα πως η γυναίκα του δεν ήξερε ποιος ήταν και ότι δεν μπορούσε να τον αναγνωρίσει τα τελευταία 5 χρόνια.

Η νοσοκόμα έμεινε έκπληκτη και τον ρώτησε: « Και γιατί συνεχίζεις και πας κάθε πρωί; Αφού δεν ξέρει ποιος είσαι!»

Ο ηλικιωμένος χαμογέλασε, χάιδεψε το χέρι της νοσοκόμας και είπε : « Δεν με γνωρίζει αλλά εγώ εξακολουθώ να ξέρω ποια είναι!» [www.istologio.org]

Η μικρή αυτή ιστορία μπορεί να μας δώσει πολλά μηνύματα:

✚ Τους συγγενείς ή φίλους που πάσχουν από την νόσο Alzheimer's δεν πρέπει να τους εγκαταλείπουμε και να είμαστε αδιάφοροι επειδή δεν μας αναγνωρίζουν ή δεν θυμούνται πράγματα και καταστάσεις.

✚ Παρόλο που δεν θυμούνται, μια επίσκεψη ή μια απλή συζήτηση, μπορεί να δώσει χρώμα στην καθημερινότητά τους.

✚ Ο κύριος της ιστορίας αυτής, συνέχισε να επισκέπτεται την σύζυγο του παρά το γεγονός ότι εκείνη δεν τον αναγνώριζε. Αντιλαμβανόταν πως η σχέση τους και η κοινή τους πορεία στη ζωή δεν έπαψε να υπάρχει εξαιτίας της νόσου της συζύγου του. Έτσι καθημερινά αφιέρωνε χρόνο ώστε να διατηρήσει τη επαφή τους και εκείνη να έχει ευχάριστες ώρες στην "νέα" της ζωή.

Οι ασθενείς με εγκεφαλική νόσο είναι δυνατόν να παρουσιάσουν γενική συμπεριφερειολογική ανεπάρκεια με αποτέλεσμα να αδυνατούν να ανταπεξέλθουν σε

νοητικές απαιτήσεις σχετικές με την καθημερινή τους ζωή. Η άνοια για παράδειγμα συνεπάγεται μια γενική έκπτωση της νοητικής ικανότητας, με επακόλουθο την μείωση της οικονομικής και της κοινωνικής ικανότητας. Κλινικά διακρίνεται σε αμνησιακό τύπο, αφασικό τύπο, τύπο με προεξάρχουσες σωματοαντιληπτικές-οπτικοαντιληπτικές ελλείψεις και τέλος σε έναν αμιγή τύπο ο οποίος εκδηλώνεται με έκπτωση της αφαιρετικής σκέψης και της δυνατότητας επίλυσης προβλημάτων.

Μέχρι σήμερα έχουν καταγραφεί περισσότερες από εκατό (100) άνοιες με διαφορετική αιτιολογία η κάθε μια. Η πιο συχνή μορφή άνοιας είναι η τύπου Alzheimer's.

Με τον όρο άνοια περιγράφουμε σειρά συμπτωμάτων μιας ομάδας ασθενειών που προκαλούν έκπτωση στις νοητικές λειτουργίες του πάσχοντος ατόμου.

Η νόσος Alzheimer είναι η μορφή άνοιας που παρατηρείται κυρίως σε ηλικιωμένα άτομα. Ανήκει στις εκφυλιστικές νόσους του εγκεφάλου, στις οποίες καταστρέφονται τα εγκεφαλικά κύτταρα. [Τσολάκη Μ., 2006]

Οι λειτουργίες που προσβάλλονται είναι η μάθηση, η μνήμη, η κρίση, η γλώσσα, η επίλυση προβλημάτων, η γενική νοημοσύνη, ο προσανατολισμός στο χώρο και στο χρόνο, η αντίληψη, η συγκέντρωση, η προσοχή, οι κοινωνικές ικανότητες καθώς και η προσωπικότητα του ατόμου.[Kaplan et. all, 2000] Συνοπτικά, θα μπορούσαμε να αναφερθούμε στις παρακάτω κατηγορίες των συμπτωμάτων: 1) έκπτωση νοητικών λειτουργιών 2) ψυχιατρικά συμπτώματα κι διαταραχές συμπεριφοράς και 3) έκπτωση της καθημερινής λειτουργίας του ατόμου. [Εταιρεία Νόσου Alzheimer Και Συναφών Διαταραχών Αθηνών]

Για το 60% των περιπτώσεων που πάσχουν από άνοια ενοχοποιείται η Ν.Α. Έπειτα ακολουθούν η αγγειακή, η μετωποκροταφική άνοια και άλλες σπανιότερες μορφές (νόσος Huntington, νόσος Parkinson, άνοια από αλκοόλ κ.α). [Kaplan et. all, 2000] Για τα εβδομήντα περίπου αίτια που μπορούν να προκαλέσουν άνοια, η Ν.Α. θεωρείται υπεύθυνη για το 60 % των ανοϊκών συνδρόμων. Επηρεάζει όλες τις πληθυσμιακές ομάδες ανεξάρτητα από το κοινωνικό επίπεδο, το γεωγραφικό χώρο ή το φύλο καθώς μπορεί να εμφανιστεί και σε άτομα μικρότερης ηλικίας, κάτω των 65 ετών.[Μάνος Ν.,1997]

Η νόσος αυτή είναι ανίατη. Παρόλα αυτά όμως, υπάρχουν φάρμακα με τα οποία μπορούν να ελεγχτούν τα συμπτώματα της νόσου και να επιτευχθεί έτσι καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών συνεπώς και των φροντιστών τους. Εκτός από την φαρμακευτική αγωγή εφαρμόζονται και άλλες εναλλακτικές μέθοδοι με τον ίδιο πάντα

στόχο, την καλύτερη ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών. [Χριστοδούλου & Κονταξάκης,2000] Στην εργασία αυτή θα αναφερθούμε γενικότερα στην άνοια και ιδιαίτερα στη νόσο Alzheimer και πιο συγκεκριμένα στον ορισμό, στα συμπτώματα, τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου, στην αιτιολογία, την διάγνωση και θεραπεία της, στην νοσηλευτική παρέμβαση κ.α. τα οποία, όλα μαζί μας δίνουν μια σαφή εικόνα της νόσου Alzheimer.

Σκοπός μας είναι, μέσα από την εργασία να γνωρίσουμε και να κατανοήσουμε καλύτερα την νόσο αυτή. Από την παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση θα παρουσιάσουμε στοιχεία σχετικά με την ποιότητα ζωής ασθενών με νόσο Alzheimer. Επιμέρους στόχοι είναι η περιγραφή των κοινωνικών, οικογενειακών, ψυχολογικών και οικονομικών επιπτώσεων της νόσου τόσο στον ίδιο τον ασθενή όσο και στο οικογενειακό αλλά και κοινωνικό του περιβάλλον.

Θα αναφερθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών λαμβάνοντας υπόψη την ψυχολογική, οικονομική και κοινωνική σκοπιά καθώς και την ιατρική/γηριατρική πλευρά. Επίσης θα διατυπωθούν διάφορες προτάσεις που θα βοηθούσαν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανοϊκών ασθενών.

Τέλος θα γίνει αναφορά στις συνέπειες για την οικογένεια και τους φροντιστές των ασθενών αυτών και για τα προβλήματα που δημιουργούνται από την εμφάνιση την νόσου.

ΜΕΡΟΣ Α

1. Τι είναι λοιπόν η άνοια.

Άνοια είναι η σταδιακή έκπτωση των νοητικών λειτουργιών που εμφανίζεται με βραδεία αλλά προοδευτική έκπτωση της μνήμης. [Χριστοδούλου & Κονταξάκης,2000] Η νόσος, όπως αναφέραμε και στην εισαγωγή επηρεάζει τη μνήμη, την προσοχή, την ομιλία, την συγκέντρωση κ.α. που όλα αυτά έχουν αντίκτυπο στις καθημερινές λειτουργίες του ατόμου, μιας και επηρεάζουν τις δραστηριότητες του, την εργασία του, τις σχέσεις του καθώς και την αυτοεξυπηρέτηση του. Η άνοια είναι μια νόσος που δεν έχει την ίδια πορεία σε όλους τους πάσχοντες και αυτό οφείλεται στην αιτία πρόκλησης της καθώς και από το ποιές περιοχές του εγκεφάλου έχουν προσβληθεί.[Τσολάκη Μ., 2006]

Υπάρχουν πολλές διαφορετικές μορφές άνοιας. Αιτίες άνοιας που αναφέρονται είναι η νόσος Pick, η νόσος του Huntington, η νόσος του Parkinson, η νόσος Creutzfeldt-Jacob, ο ιός της ανθρώπινης ανοσοσφαιρίνης (HIV), τραύματα της κεφαλής και οι αγγειακές εγκεφαλικές παθήσεις.[Karlan et. all, 2000] Η πιο συχνή όμως είναι η νόσος Alzheimer η οποία σε συνδυασμό με τις αγγειακές άνοιες αποτελούν το 85% όλων των ανοιών.[Λογοθέτη Ι. και συν.,2004]



Εικόνα 1.1 Νοσήματα που προκαλούν άνοια.

Διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και άνοια δευτεροπαθείς με βάση την παθοφυσιολογία που προκαλεί τη βλάβη του εγκεφαλικού ιστού(πρωτοπαθείς εκφυλιστικές άνοιες και αγγειακές), σε αναστρέψιμες και μη αναστρέψιμες αναλόγως του προσδόκιμου της θεραπείας. Ανάλογα με το που εντοπίζεται η βλάβη διακρίνεται σε φλοιώδεις και υποφλοιώδεις (άνοια Alzheimer και άνοια σε έδαφος νόσου Parkinson) τέλος διακρίνονται σε πρώιμης ή όψιμης έναρξης ανάλογα με το έτος της ηλικίας που ξεκινούν (πριν ή μετά το 65° έτος). [Netter F. et. all, 2009]

1.1 Τι είναι η νόσος Alzheimer.

Νόσος Alzheimer ή ημίανια του τύπου του Alzheimer, είναι μια προοδευτική και επιδεινούμενη εγκεφαλική διαταραχή που επηρεάζει μνήμη, νόηση και ικανότητα για αυτοφροντίδα. [Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ.,2004] Είναι μια πάθηση που την χαρακτηρίζει η σταδιακή αποδιοργάνωση των πνευματικών λειτουργιών. Η περιγραφή της ως άνοια οφείλεται στις αλλοιώσεις των ιστών του εγκεφάλου. [Χριστοδούλου & Κονταξάκης,2004]

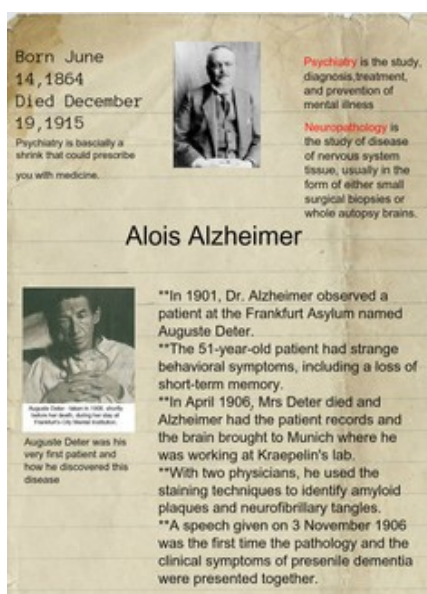
Θεωρείται η συχνότερη αιτία άνοιας των ηλικιωμένων ατόμων άνω των 65 ετών στο 60% των περιπτώσεων. Επίσης μπορεί να εμφανιστεί σε άτομα ηλικίας 40-50 ετών. Τότε μιλάμε για πρόιμη άνοια τύπου Alzheimer ή προγεροντική άνοια τύπου Alzheimer. [Ignatavicius et. all, 2008].

Στις μέρες μας η νόσος αυτή αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές παθολογικές διαταραχές, διότι έχει καταστροφικά αποτελέσματα τόσο για τον ασθενή όσο και για την οικογένεια του.[Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., 2004]

Σε κάποιους ασθενείς παρατηρείται ήπια γνωσιακή μειονεξία (επαναλαμβανόμενα κενά της βραχυπρόθεσμης μνήμης).Οι διαταραχές αυτές έχουν διάρκεια 1 έως 2 χρόνια και αξιολογούνται με ψυχολογικά τεστ.

Οι αλλοιώσεις αυτές αρχικά είναι ήπιες και μπορούν να παρατηρηθούν εύκολα από κάποιο άτομο που βρίσκεται κοντά στον ασθενή. [Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Ταξινόμηση των ψυχικά διαταραχών και διαταραχών συμπεριφοράς, Γενεύη 1992]

2. Ιστορική αναδρομή της νόσου



Εικόνα 2.1 Βιογραφικό Alois Alzheimer.

Το 1901, ένας γερμανός ψυχίατρος, ο Alois Alzheimer, παρατήρησε μια ασθενή 51 ετών, η οποία νοσηλευόταν σε άσυλο της Φρανκφούρτης. Η γυναίκα αυτή παρουσίαζε συμπεριφορικές διαταραχές και απώλεια μνήμης. Πέντε χρόνια μετά και αφού η ασθενής πέθανε, ο Δρ. Alzheimer έστειλε τον εγκέφαλο της για βιοψία όπου και αναγνωρίστηκαν αμυλοειδικές πλάκες και νευροϊνιδιακοί κόμβοι (tangles). Το 1907 δημοσίευσε αυτά τα ευρήματα για πρώτη φορά τα οποία παρουσίαζαν τις

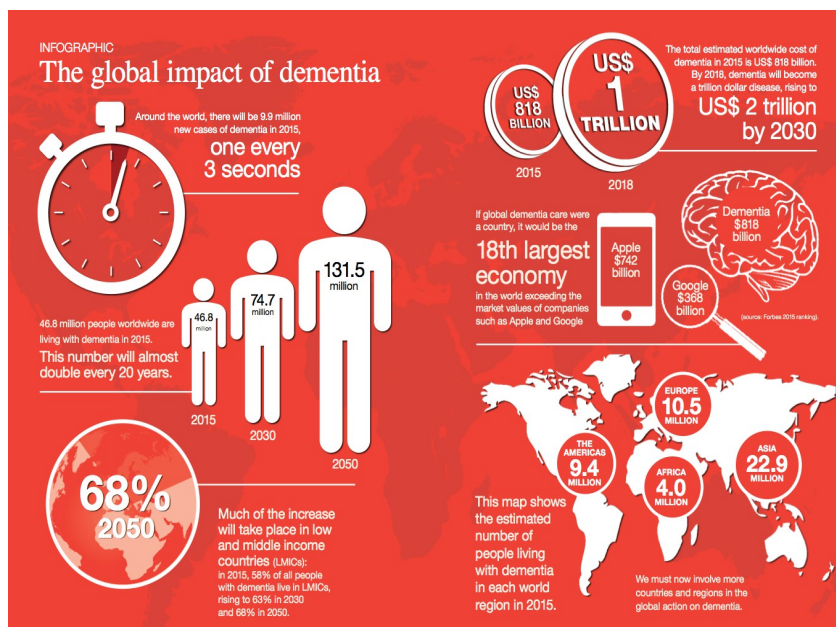
χαρακτηριστικές παθολογοανατομικές βλάβες. Έτσι περιέγραφε αυτό που σήμερα γνωρίζουμε ως νόσο Alzheimer.[ΔρΠαπαδοπούλουΜ.,2012,www.healthierworld.gr]

Ο Dr Alois Alzheimer,εκείνη την εποχή, εξέλαβε την νόσο ως άνοια που συναντάται σε ασθενείς νεότερης ηλικίας γι' αυτό και την ονόμασε προγεροντική άνοια. [Eby L., et all, 2010]

Η νόσος Alzheimer είναι μια πρωτοπαθής εκφυλιστική νόσος του εγκεφάλου, η οποία χαρακτηρίζεται από νευροπαθολογικά και νευροχημικά ευρήματα. Η αιτιολογία της μέχρι τώρα είναι άγνωστη.

Πρώτη φορά μπορεί να εκδηλωθεί στην μέση ενήλικη ζωή, οπότε την κατατάσσουμε στην πρώιμη άνοια τύπου Alzheimer, παρά το γεγονός ότι έχει μεγαλύτερη συχνότητα στις όψιμες ηλικίες. [Τσολάκη Μ., Επίκουρη Καθηγήτρια ΑΠΘ, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών]

3. Επιδημιολογικά στοιχεία.



Εικόνα 3.1 Infographic σχετικά με την παγκόσμια καταγραφή περιστατικών άνοιας.

παρητηρηθεί σε αναπτυσσόμενες χώρες. Το 58% των ατόμων που πάσχουν από άνοια ζουν ήδη σε αναπτυσσόμενες χώρες, όμως το 2050 το ποσοστό αυτό θα ανέρχεται στο 68%. Πάνω από 9,9 νέες περιπτώσεις άνοιας καταγράφονται κάθε χρόνο σε όλο τον κόσμο, γεγονός που συνεπάγεται με μια νέα περίπτωση κάθε 3,2 δευτερόλεπτα.

Υπολογίζεται ότι το έτος 2015, υπάρχουν 46.800.000 εκ. άνθρωποι στον κόσμο που ζουν με άνοια. Κάθε 20 χρόνια αυτός ο αριθμός θα διπλασιάζεται, φθάνοντας στα 74,7 εκ. το 2030 και 131.500.000 το 2050. Το μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης θα

Το εκτιμώμενο παγκόσμιο κόστος της άνοιας είναι 818 δις. δολάρια ΗΠΑ το 2015 το οποίο αντιπροσωπεύει το 1,09% του παγκόσμιου ΑΕΠ. Σε αυτό το ποσό περιλαμβάνονται το κόστος της άτυπης φροντίδας (μη αμειβόμενη φροντίδα παρεχόμενη από την οικογένεια), το άμεσο κόστος της κοινωνικής φροντίδας (φροντίδα από κοινοτικούς επαγγελματίες) και το άμεσο κόστος της ιατρικής περίθαλψης (κόστος στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη).

Το 20% των παγκόσμιων δαπανών άνοιας αντιπροσωπεύουν τις άμεσες δαπάνες της ιατρικής περίθαλψης, ενώ οι άμεσες δαπάνες της κοινωνικής και άτυπης φροντίδας αντιπροσωπεύει το 40%. Η συμβολή της άτυπης φροντίδας είναι μεγαλύτερη σε περιοχές της Αφρικής, της Βόρειας Αμερικής και Δυτικής Ευρώπης. Αντίθετα ισχύει για τις δαπάνες του κοινωνικού τομέα.

Αυτό σημαίνει ότι αν η παρεχόμενη φροντίδα ήταν μια χώρα, θα ήταν η 18^η μεγαλύτερη οικονομία παγκοσμίως. Ενώ οι ετήσιες δαπάνες θα υπερβαίνουν τις τιμές αγοράς μεγάλων εταιρειών στις ΗΠΑ, όπως η Google και η Apple με 368 δις \$ και 742 δις \$ αντίστοιχα. [www.alz.co.uk]

Η επικράτηση της νόσου Alzheimer εξαρτάται κυρίως από την ηλικία. Η επικράτηση μεταξύ των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών κυμαίνεται από 8%-10%, στους ηλικιωμένους πάνω από 75 ετών η επικράτηση φθάνει στο 18%-20%, ενώ στους 85 ετών και άνω φθάνει στο 40%. Σε ηλικιωμένους άνω των 90 ετών η επικράτηση δεν ξεπερνάει το 40%.

Επίσης, η επίπτωση της νόσου Alzheimer εξαρτάται και από την ηλικία. Μεταξύ των 65-75 ετών η επίπτωση (ο κίνδυνος ,δηλαδή , ανάπτυξης της νόσου, σε ένα άτομο που δεν πάσχει από την νόσο, κατά τον επόμενο χρόνο) είναι 0,25 % και διπλασιάζεται κάθε 10 χρόνια. Σύμφωνα με παγκόσμιες μελέτες, η επικράτηση και η επίπτωση της νόσου είναι σταθερές σε όλους τους πολιτισμούς.

Έχουν σημειωθεί αρκετές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις σχετικές με την Ν.Α. Αφορούν το κόστος της ιατρικής αλλά και κοινωνικής φροντίδας του ανοϊκού. Επίσης αφορούν τα μέλη της οικογένειας που τον φροντίζουν .[Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000]

Τέλος, όσον αφορά τον επιπολασμό της άνοιας, εκτιμάται ότι 5-10% του πληθυσμού πάνω από 65 ετών πάσχουν από Άνοια Τύπου Alzheimer, ενώ οι άλλοι τύποι ανοιών είναι λιγότερο συχνές. Ο επιπολασμός ειδικά της άνοιας τύπου Alzheimer,

αυξάνεται με την ηλικία. Κυρίως μετά την ηλικία των 75 ετών φθάνει το 20% και περισσότερο μετά τα 85. (βλ. πίνακα 1.1)

Ηλικία (έτη)	Εκτιμώμενος επιπολασμός της άνοιας	Ηλικία (έτη)	Εκτιμώμενη επίπτωση της άνοιας
>65	5-10%	65-74	0.5-1%
>75	10-20%	75-84	2-4%
>85	25-50%	85+	6-8%
>95	40-70%		

Πίνακας 1.1 Εκτιμώμενος επιπολασμός της άνοιας. [Netter F., 2009]

4. Αιτιολογικοί και προδιαθεσικοί παράγοντες

Μέχρι σήμερα, η αιτιολογία της Ν.Α. είναι άγνωστη. Έχουν όμως καταγραφεί διάφοροι παράγοντες οι οποίοι αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.[Ignatavicius et. all, 2008]

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) η Ν.Α. αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας. Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της νόσου είναι: η ηλικία, το φύλο, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, τοξικοί παράγοντες, η γενετική, ενδοκρινικοί και ορμονικοί παράγοντες καθώς και αγγειακός παράγοντας.

Η ηλικία: η ηλικία χαρακτηρίζεται ως ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου στην εμφάνιση της νόσου Alzheimer. Παρόλο που το γήρας έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές, δεν προκύπτουν ειδικά χαρακτηριστικά που να το συνδέουν με την νόσο. Κάποιες θεωρίες υποστηρίζουν πως η νόσος προκαλείται από την συσσώρευση βλαβών με την πάροδο τη ηλικίας.

Το φύλο: συνήθως οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα σε σχέση με τους άνδρες σε αναλογία 2/1. Μέχρι τώρα δεν υπάρχουν σαφή αποδεικτικά στοιχεία που να δικαιολογούν το φαινόμενο αυτό της αυξημένης συχνότητας εμφάνισης της νόσου Alzheimer στις γυναίκες. Ενδέχεται να οφείλεται στην μακροβιότητα των γυναικών, στους μη καθορισμένους περιβαλλοντικούς και ορμονικούς παράγοντες ή ακόμα και στην ύπαρξη περισσότερων προδιαθεσικών γονιδίων στο χρωμόσωμα X.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις: Ένας άλλος ενοχοποιητικός παράγοντας είναι οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, συνοδευόμενες από κόμα, χωρίς όμως να υπάρχει σαφής επιβεβαίωση.

Οι τοξικοί παράγοντες: Από διάφορες τοξικολογικές και επιδημιολογικές έρευνες προκύπτει ότι από τις τοξίνες του περιβάλλοντος, μόνο το αλουμίνιο μπορεί να βοηθήσει στην εμφάνιση της νόσου και αυτό αναφέρεται επιφυλακτικά.

Ενδοκρινικοί και ορμονικοί παράγοντες: Έχει αναφερθεί, χωρίς όμως να επιβεβαιώνετε από μελέτες, ότι τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα περιορίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Η θεραπεία με οιστρογόνα κατά την περίοδο της κλιμακτηρίου μειώνει επίσης τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα οιστρογόνα μειώνουν τα ποσοστά εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων και οστεοπόρωσης, δύο καταστάσεων που επηρεάζουν την Ν.Α.

Η γενετική: Πολύ σημαντική θέση για την πρόκληση την νόσου Alzheimer, έχουν οι γενετικοί όπως και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Στον ανθρώπινο οργανισμό υπάρχουν δυο τύποι γονιδίων τα οποία σχετίζονται με την εμφάνιση της Ν.Α.. Είναι τα γονίδια με τον αυτόσωμο επικρατητικό τύπο, τα οποία έχουν υποστεί μεταλλάξεις και τα γονίδια που ενεργούν συγχρόνως με άλλους παράγοντες κυρίως περιβαλλοντικούς.

Ο αγγειακός παράγοντας: Ο αγγειακός παράγοντας έχει επίσης σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου. Σε νεκροτομικές μελέτες έχει βρεθεί ότι η στεφανιαία νόσος με ή χωρίς έμφραγμα αυξάνει την συχνότητα της νόσου 6 φορές περισσότερο σε ηλικιωμένα άτομα με εναποθέσεις αμυλοειδούς στον εγκέφαλο τους. [Gauthier, 2000]

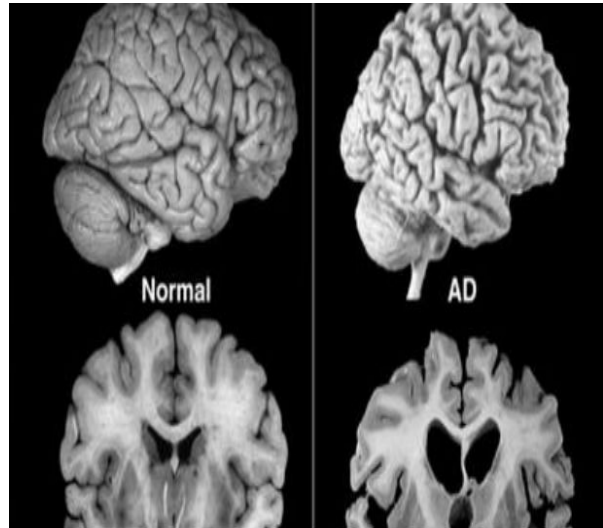
Μια νέα υπό μελέτη έρευνα κάνει αναφορά στη σύνδεση της Ν.Α. με τον σακχαρώδη διαβήτη. Σύμφωνα με την μελέτη αυτή, η έκπτωση των εγκεφαλικών κυττάρων και ο κυτταρικός θάνατος, είναι αποτέλεσμα του τρόπου με τον οποίο τα εγκεφαλικά κύτταρα χρησιμοποιούν την γλυκόζη. Τα διαβητικά άτομα που δεν έχουν σωστή ρύθμιση στα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν άνοια.[Eby et. all, 2008]

Επίσης αναφέρεται ότι η αρτηριοσκλήρυνση ανάλογα με την βαρύτητα της, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου Alzheimer, σε αντίθεση με την αρτηριακή πίεση η οποία ενοχοποιείται για την εμφάνιση της. Θεωρείται πως άτομα που πάσχουν από υπέρταση στην νεανική τους ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσουν

την νόσο σε μεγαλύτερη ηλικία, αφού γνωρίζουμε ότι στους πάσχοντες από άνοια η αρτηριακή πίεση έχει πτωτική τάση.[Θεοτοκά,2004]

5. Παθοφυσιολογικά και παθολογοανατομικά στοιχεία

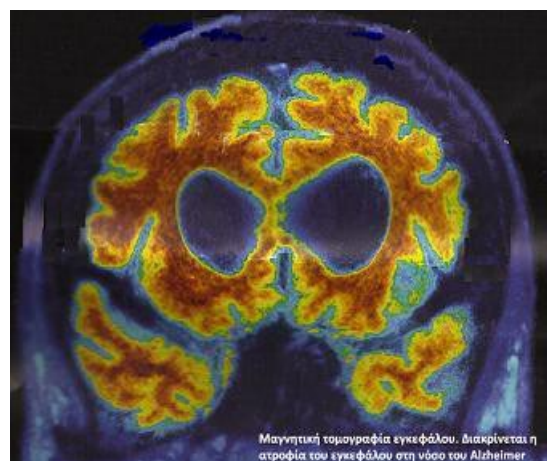
Είναι γνωστό ότι ο εγκέφαλος ενός ηλικιωμένου ατόμου ζυγίζει και καταλαμβάνει λιγότερο χώρο στην κρανιακή κοιλότητα σε σχέση με εκείνο ενός νεότερου ατόμου. Με την πάροδο της ηλικίας, φυσιολογικά, παρατηρούνται ορισμένες αλλαγές στον εγκέφαλο όπως διαπλάτυνση των εγκεφαλικών αυλάκων, λεπτόνωση των ελίκων και μεγέθυνση των κοιλιών του εγκεφάλου. Παρουσία όμως την Ν.Α. αυτές οι αλλαγές επιταχύνονται. Σημειώνεται σημαντική μείωση του



Εικόνα 4.1 Απεικόνιση φυσιολογικού εγκεφάλου (αριστερά) και εγκεφάλου με νόσο Alzheimer (δεξιά)

βάρους του εγκεφάλου με αποτέλεσμα ιδιαίτερη εγκεφαλική ατροφία. Οι φυσιολογικές αλλαγές που προαναφέραμε εντοπίζονται σε μεγαλύτερο μέγεθος σε σχέση με άλλα άτομα ίδιας ηλικίας χωρίς Ν.Α.[Ignatavicius et all, 2008]

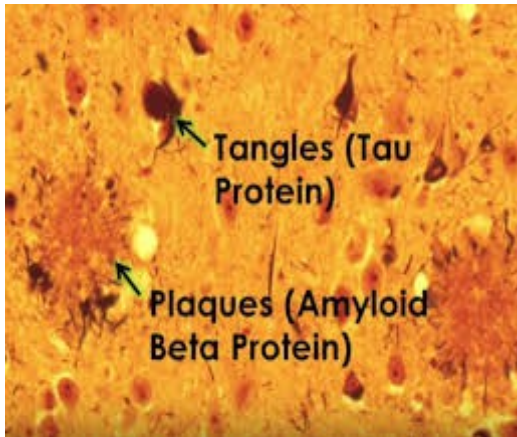
Κατά καιρούς έχουν δημοσιευθεί διάφορες μακρο - και μικροσκοπικές μελέτες εγκεφάλων με Ν.Α., όπως και μελέτες βασισμένες σε μαγνητική τομογραφία (MRI) και τομογραφίας με εκπομπή μονοφωτονίων (SPECT) και ουδετερονίων(PET). Σε αυτές τις μελέτες παρουσιάστηκαν οι εγκεφαλικές μεταβολές της νόσου Alzheimer οι οποίες προηγούνται του κλινικού συνδρόμου. Στην νόσο αυτή καταγράφεται μια βαθμιαία εγκεφαλική ατροφία με σημείο έναρξης τον κροταφικό λοβό, ιδίως στον ιππόκαμπο, και στη συνέχεια διαχέεται σε όλο τον εγκέφαλο.



Εικόνα 4.2 Μαγνητική τομογραφία. Διακρίνεται η ατροφία του εγκεφάλου στην νόσο Alzheimer.

Έπειτα από τον κροταφικό λοβό προσβάλλονται οι μετωπιαίοι και βρεγματικοί λοβοί και

οι υποφλοιώδεις πυρήνες όπως η περί τον υδραγωγό φαιά ουσία, ο locus ceruleus και ο θάλαμος.



Εικόνα 4.3 Διακρίνονται οι αμυλοειδικές πλάκες και νευροϊνώδης διαπλοκές.

Η νόσος παθολογοανατομικά χαρακτηρίζεται από την δημιουργία αμυλοειδών πλακών και περιοχές νευροϊνωδών διαπλοκών. Αυτά τα χαρακτηριστικά φαίνεται να συνυπάρχουν χωρίς να είναι όμως γνωστό ποιο προηγείται του άλλου. Οι ενδείξεις που προκύπτουν μέχρι τώρα είναι πως η εναπόθεση αμυλοειδούς πρωτεΐνης έρχεται πρώτη. Ο νευροϊνώδης διαπλοκές είναι αποτέλεσμα των ρηγμάτων που συμβαίνουν στον

κυτταροσκελετό του άξονα των νευρώνων. Εν τέλει καταλήγουμε στο γεγονός ότι, η διεργασία της νόσου σε συνδυασμό με την εναπόθεση των αμυλοειδών πλακών και τον σχηματισμό ινωδών διαπλοκών επιφέρουν το θάνατο των νευρώνων που με την σειρά του οδηγεί στην απώλεια των ειδικών νευροδιαβιβαστών.

Στην πορεία της η νόσος επηρεάζει πολλαπλά νευροδιαβιβαστικά συστήματα. Υποστηρίζεται επίσης, πως υπάρχει σχέση μεταξύ βλάβης ειδικών περιοχών του εγκεφάλου και ειδικών κλινικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα κάποιες κλινικοπαθολογοανατομικές συσχετίσεις της νόσου Alzheimer αφορούν την καταστροφή περιοχών του κροταφικού λοβού και διαταραχών ομιλίας, βλάβης του locus ceruleus και κατάθλιψης καθώς και διατήρησης των ντοπαμινεργικών συστημάτων της επιθετικότητας.

Σύμφωνα λοιπόν με τις μελέτες, η νόσος Alzheimer, είναι μια νόσος η οποία επεκτείνεται σε όλο τον εγκέφαλο και σταδιακά οδηγεί στην εμφάνιση πολλαπλών νοητικών, ψυχικών/συμπεριφερολογικών συμπτωμάτων. Τα συμπτώματα αυτά εξαρτώνται από τις περιοχές του εγκεφάλου που προσβάλλει η νόσος. [Χριστοδούλου & Κονταξάκης,2007]

6. Κλινική εικόνα-συμπτώματα της νόσου Alzheimer και η πορεία της.

6.1 Κλινική εικόνα και συμπτώματα

Συνείδηση, είναι η ικανότητα του εγκεφάλου να δέχεται, να επεξεργάζεται, να αποθηκεύει, να ανακαλεί και να διαχειρίζεται διάφορες πληροφορίες. Έτσι ο ασθενείς εξετάζεται για τις εξής διαταραχές:

- Κρίση και αντίληψη
- Μάθηση και μνήμη
- Ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών
- Προσήλωση και επικέντρωση
- Επικοινωνία και ομιλία.

Τα κύρια συμπτώματα που εκδηλώνει ένας ανοϊκός ασθενής αφορούν διαταραχές της μνήμης, της απομνημόνευσης και της ανάκλησης πληροφοριών εξαιτίας της δυσλειτουργίας που προκύπτει στις περιοχές του υποκάμπου, του μετωπιαίου και του βρεγματικού λοβού.[Ignatavicious et. all, 2008]

Βασικό χαρακτηριστικό της άνοιας είναι η ανάπτυξη γνωστικών ελλειμμάτων και η λειτουργική έκπτωση. Αυτά, συνήθως περιλαμβάνουν έκπτωση της μνήμης αλλά και κάποιες άλλες διαταραχές όπως: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας.[Μάνος,1997]

Από τα πρώτα στάδια της νόσου περιγράφεται διαταραχή του λόγου ή *αφασία*. Σε λίγο πιο προχωρημένη νόσο οι ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία ακόμα και στο να κατανοήσουν λεκτικές εκφράσεις.



Εικόνα 5.1 Αγνωσία. Τα χαρακτηριστικά του προσώπου δεν υπάρχουν γιατί ο πάσχων δεν τα αναγνωρίζει.

Στην *αγνωσία*, οι ασθενείς χάνουν την ικανότητα του να αναγνωρίσουν ένα σχέδιο. Κλασικό παράδειγμα είναι όταν οι ασθενείς που βλέπουν ένα πρόσωπο, αναγνωρίζουν τα μέρη του αλλά δεν μπορούν να το συνδέσουν με το άτομο στο οποίο ανήκει. Αυτό ονομάζεται προσωπο-αγνωσία. Επίσης, οι ασθενείς, σε αυτή τη φάση της νόσου, καταλαβαίνουν ότι υπάρχει διαταραχή στη μνήμη τους και στις νοητικές λειτουργίες όμως δεν μπορούν να κατανοήσουν την σημαντικότητα της βλάβης.

Στην *απραξία* έχουμε εμφανή σημάδια έκπτωσης ικανότητας κινητικών δραστηριοτήτων παρά το γεγονός ότι η κινητική λειτουργία παραμένει άθικτη. Αρχικά παρατηρείται *απραξία* στη χρήση κάποιων εργαλείων και στην ικανότητα ένδυσης, ενώ καθώς εξελίσσεται η νόσος έχουμε ανάπτυξη *απραξίας* στη βάδιση, μάσηση και κατάποση.

Επιπροσθέτως, στην νόσο Alzheimer έχουμε και *αμνησία*. Είναι η απώλεια της πρόσφατης μνήμης και σημειώνεται σε όλες τις περιπτώσεις της νόσου στο πρώιμο στάδιο της. Καθώς η νόσος εξελίσσεται η διαταραχή επηρεάζει και την μακροχρόνια μνήμη, η οποία με τη σειρά της εξελίσσεται σε διάχυτη και σοβαρή απώλεια μνήμης. [Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000] Καθώς η νόσος προχωρά ο ασθενής εκδηλώνει μείωση των συνειδησιακών ικανοτήτων και χάνει εντελώς την ικανότητα της αντίληψης και της επικοινωνίας.

Για να αξιολογηθούν αυτές οι διαταραχές χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία αξιολόγησης. Το πιο γνωστό είναι το Folstein's Mini-Mental State Examination (MMSE) ή «mini-mental», το οποίο αξιολογεί πέντε βασικά σημεία: καταχώρηση, προσανατολισμό, ανάκληση, προσήλωση-υπολογισμό, ομιλία.[Ignatavicius et. all, 2008]

Σε συνδυασμό με την νοητική διαταραχή αναπτύσσονται και «μη νοητικές» ψυχικές / συμπεριφερολογικές διαταραχές. Περισσότερο συνηθισμένα είναι τα συμπτώματα που αφορούν την διάθεση όπως, άγχος, ευερεθιστότητα ή ευφορία και κατάθλιψη. Επίσης έχουμε εκδήλωση και συνδρόμων διαταραχής της διάθεσης, ελάσσονα και μείζονα κατάθλιψη, μανία, παρανοϊκές ιδέες, ψευδαισθήσεις, διαταραχές άγχους των οποίων τα ποσοστά φαίνονται στον πίνακα 1.2

Σύνδρομο διαταραχής της διάθεσης	Ποσοστά εμφάνισης
Μείζον κατάθλιψη	20-25%

Ελάσσονα κατάθλιψη	27%
Μανία	2-4%
Παρανοϊκές ιδέες	35-40%
Ψευδαισθήσεις	15-20%
Διαταραχές άγχους	5-8%

Πίνακας 1.2 Ποσοστά εμφάνισης συνδρόμων διαταραχής της διάθεσης.

Αυτές οι διαταραχές αποτελούν σημαντικό πρόβλημα για το περιβάλλον όπου ζουν. Οπτικοακουστικές ψευδαισθήσεις είναι αρκετά συχνές. Τα ψυχωσικά συμπτώματα (κατάθλιψη, ψευδαισθήσεις, παρανοϊκές ιδέες) χαρακτηρίζονται από την επιθετικότητα. Η συμπεριφορά των ασθενών που πάσχουν από Ν.Α. περιγράφεται με απουσία συνεργασίας, ανταγωνιστικότητα με τον φροντιστή, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, περιπλανήσεις, αδικαιολόγητες φωνές και κλάματα. Οι περιπλανήσεις παρατηρούνται σε ποσοστό 18%-20% ενώ η επιθετικότητα είναι σε ποσοστό 15%-20%.

Τα ψυχικά /συμπεριφορολογικά συμπτώματα καθίσταται σημαντικά καθότι και η παρουσία τους είναι συχνή. Εκείνα ευθύνονται για την γρήγορη ιδρυματοποίηση των ασθενών όπως και για την αχρήστευση της πολύτιμης βοήθειας των φροντιστών. [Χριστοδούλου & Κονταξάκης,2000]

Η νόσος Alzheimer εξελίσσεται αργά, με αποτέλεσμα η φροντίδα που παρέχει ο φροντιστής, είτε στο οικείο περιβάλλον είτε στο ίδρυμα, να εξαρτάται εξ' ολοκλήρου από το στάδιο και τα συμπτώματα της νόσου. Στο παρακάτω υποκεφάλαιο θα αναφερθούμε αναλυτικά στα στάδια της νόσου Alzheimer.

6.1.1 Στάδια της νόσου Alzheimer.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της νόσου Alzheimer κατηγοριοποιούνται σε τρία στάδια ανάλογα με την εξέλιξη της νόσου. Η εξέλιξη της νόσου δεν εκδηλώνεται από το ένα στάδιο στο άλλο με κανονική σειρά. Ο κάθε ασθενής εκδηλώνει διαφορετική συμπτωματολογία αλλά και στάδιο. Έτσι τα στάδια διακρίνονται σε πρώιμο, ενδιάμεσο και όψιμο στάδιο. [Ignatavicius et. all, 2008]

Στο πρώιμο στάδιο, τα συμπτώματα της νόσου δεν είναι αντιληπτά από την οικογένεια ή μπορεί να τα εκλάβουν ως φυσιολογικό αποτέλεσμα του γήρατος. Η διάρκεια του σταδίου αυτού είναι από 2-4 χρόνια. Κατά την διάρκεια αυτή παρατηρείται σταδιακή απώλεια της βραχυπρόθεσμης μνήμης. Επίσης εμφανίζονται δυσκολίες στην

αντίληψη και τον προσανατολισμό. Με το φόβο ότι μπορεί να χαθούν τα ανοϊκά άτομα δεν απομακρύνονται από το χώρο τους. Ο ασθενής μπορεί να καταλάβει ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα με την μνήμη του γι' αυτό και κάνει προσπάθειες να ισορροπήσει την διαταραχή με το να αποφεύγει νέες καταστάσεις.

Το ενδιάμεσο στάδιο μετά την διάγνωση, έχει την μεγαλύτερη διάρκεια , από 2-10 έτη. Είναι το στάδιο που εκδηλώνεται πλέον έντονα η απώλεια μνήμης και η σύγχυση. Ο πάσχων συχνά δεν μπορεί να αναγνωρίσει συγγενικά ή φιλικά πρόσωπα. Είναι ιδιαίτερα ανήσυχος και εκδηλώνει διαταραχές στην οργάνωση και στη δομή της σκέψης. Ακόμα παρουσιάζει έντονα επεισόδια με ψευδαισθήσεις, παραληρήματα και συνήθως εκδηλώνει ανάρμοστη συμπεριφορά σε δημόσιους χώρους. Τέλος, οι ασθενείς που βρίσκονται σε αυτό το στάδιο, πολλές φορές χρησιμοποιούν την μυθοπλασία για να ξεφύγουν από την δύσκολη θέση του απαντήσουν σε κάτι όταν δεν γνωρίζουν την απάντηση.

Το τρίτο στάδιο είναι το όψιμο. Έχει διάρκεια από 1-3 έτη. Αυτό αποτελεί το πιο σοβαρό στάδιο της Ν.Α. αφού πλέον έχουμε απόλυτο αποπροσανατολισμό (ο πάσχων δεν αναγνωρίζει καθόλου τα συγγενικά του πρόσωπα ακόμα και τον εαυτό του). Η επικοινωνία είναι δύσκολη. Οι ασθενείς δεν αυτοεξυπηρετούνται και σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζουν **αυξημένο στοματικό αντανακλαστικό**, παρουσιάζουν δηλαδή συμπεριφορές βρεφικής ηλικίας και εξετάζουν τα πάντα με το στόμα. Αναπτύσσουν ακράτεια ούρων και κοπράνων και εξαρτώνται πλήρως από τον φροντιστή τους. Διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο εισρόφησης, μιας και το σημειώνετε απώλεια του αντανακλαστικού της κατάποσης, πνευμονίας και άλλων λοιμώξεων. Η κατάληξη του σταδίου αυτού είναι ο θάνατος, αφού ο ασθενής πλέον είναι κατακεκλιμένος στο κρεβάτι.

Μια καλή πρόταση για να δει και να γνωρίσει καλύτερα κανείς τα συμπτώματα και τα στάδια της Ν.Α. είναι η ταινία “ The Notebook” η οποία είναι βασισμένη στο μυθιστόρημα του Nicholas Sparks.[Eby et. all, 2010]

6.1.2 Συμπεριφορικές μεταβολές της νόσου Alzheimer.

Με την εξέλιξη της νόσου ο ασθενής εμφανίζει κάποιες προβληματικές συμπεριφορές. Αυτές είναι: περιπλάνηση, η άρνηση για μπάνιο, διαταραχές λόγου, φαινόμενο «δύσης του ηλίου», καταστροφικές αντιδράσεις, παράνοια. [Eby et all,2010]

Περιπλάνηση: Στην Ν.Α. η περιπλάνηση εκδηλώνεται εξαιτίας της σύγχυσης. Ο ασθενής περιφέρεται χωρίς λόγο πάνω-κάτω ή μπορεί να φύγει από το σπίτι ή τον χώρο

όπου νοσηλεύεται-φιλοξενείται (νοσοκομείο ή γηροκομείο). Συνήθως η περιπλάνηση ξεκινάει ως περίπατος, που όμως ο ασθενής ξεχνάει που πήγαινε ή να γυρίσει πίσω. Άλλος λόγος περιπλάνησης είναι η αναζήτηση ενός αντικειμένου που νομίζει ότι έχει χάσει. Πιστεύεται ότι, οι ασθενείς γνωρίζουν ότι έχει χαθεί κάτι σημαντικό, όμως αδυνατούν να καταλάβουν ότι αυτό που έχει χαθεί είναι οι μονάχα οι γνωστικές τους ικανότητες. Κάποιες άλλες αιτίες της περιπλάνησης είναι η αναζήτηση κάποιου ατόμου της οικογένειας ή όλης της οικογένειας, η ανία αφού δεν βρίσκουν κάτι ενδιαφέρον να κάνουν ή κάποια σωματική ανάγκη.

Άρνηση για μπάνιο: Συχνά οι ασθενείς αυτοί εκδηλώνουν έντονα άρνηση για μπάνιο ή ντούζ. Αυτή η άρνηση, όχι μόνο για το μπάνιο αλλά και για οποιαδήποτε άλλη καθημερινή δραστηριότητα αποτελεί προβληματική συμπεριφορά. Τέτοιου είδους δραστηριότητες, όπως είναι το μπάνιο, για τα άτομα θεωρείται απειλή. Εξαιτίας των αντιληπτικών διαταραχών, η μπανιέρα για τα άτομα αυτά φαντάζει σαν μια τρύπα χωρίς πάτο.

Εκτός από φόβο που νιώθουν για το μπάνιο, μπορεί να έχουν έκδηλη και την σεμνότητα πράγμα που τους κάνει να ντρέπονται να γδυθούν μπροστά στο άτομο που θα τους βοηθήσει.

Διαταραχές λόγου: Από τα πρώτα στάδια της νόσου οι διαταραχές στο λόγο είναι έκδηλες και εξελίσσονται προοδευτικά σε όλη την πορεία της νόσου και μπορεί να καταλήξουν σε πλήρη απουσία του λόγου (αφασία). Στα πρώτα στάδια τα άτομα αυτά δυσκολεύονται στο να βρουν τις κατάλληλες λέξεις ώστε να εκφράσουν την σκέψη τους. Συνήθως τότε καταφεύγουν στην χρήση *νεολογισμών*, δηλαδή στο να επινοήσουν λέξεις.

Επίσης, παρατηρείται ότι επαναλαμβάνουν πολλές φορές τις ίδιες ερωτήσεις ή λέξεις. Αποτελεί μια παθολογική κατάσταση στην οποία επαναλαμβάνεται συνεχώς η ίδια λεκτική απάντηση ή συμπεριφορά και καλείται *εμμονή*.

Με την εξέλιξη της νόσου παρατηρείται δυσκολία στη χρήση λέξεων με την αντίθετη φορά απ' ότι τις έχουν μάθει. Για του φροντιστές αλλά και για τους ίδιους τους ασθενείς οι διαταραχές του λόγου αποτελούν μια πολύ δύσκολη κατάσταση. Ο εκνευρισμός και η απογοήτευση γίνονται εμφανή μιας και η επικοινωνία μεταξύ των δυο δυσχεραίνει. Στα τελικά στάδια της νόσου οι ασθενείς είναι πιθανόν έχουν πλήρη αλαλία.

Φαινόμενο «δύσης του ηλίου»: Με το φαινόμενο αυτό μπορούμε να περιγράψουμε την έντονη σύγχυση που παρατηρείται στους ανοϊκούς ασθενείς κατά τις

απογευματινές ή βραδινές ώρες. Όταν το φως είναι λιγοστό, οι αντιληπτικές ικανότητες γίνονται πιο έντονες. Στον περιβάλλοντα χώρο του ατόμου επικρατούν σκιές και τα πράγματα έχουν ασαφή σχήματα με αποτέλεσμα να του προκαλούν φόβο. Έτσι τα ερεθίσματα που δέχεται το άτομο εκείνη την ώρα είναι πολλά και ξεπερνούν τα όρια της ατοχής του ασθενούς. Επομένως, έχουμε και επίταση της διέγερσης και της ευερεθιστότητας .

Καταστροφικές αντιδράσεις: Είναι μια κατάσταση που μπορεί να κάνει την εμφάνιση της οποιαδήποτε στιγμή στην πορεία της νόσου. Περιγράφεται σαν μια εκρηκτική αντίδραση δυσανάλογη με την κατάσταση που την προκάλεσε. Χαρακτηρίζεται με κραυγές-φωνές, κλάματα, φτύσιμο, χτυπήματα, λακτίσματα κ.α. Οι ασθενείς δεν μπορούν να θέσουν σε έλεγχο τα συναισθήματα τους εξαιτίας των εγκεφαλικών μεταβολών. Ακόμα το τμήμα του εγκεφάλου που ελέγχει δεν έχει φυσιολογική λειτουργία με αποτέλεσμα ο ασθενείς να αδυνατεί να ελέγξει την συμπεριφορά του. Τέλος, είναι δυνατόν να εκδηλώσουν *συναισθηματική αστάθεια*, μεταβολή δηλαδή της διάθεσης χωρίς προφανή λόγο, όπως κλάμα ή γέλιο χωρίς αιτία.

Παράνοια: Η παράνοια ή καχυποψία είναι μια ακόμα προβληματική συμπεριφορά των ατόμων με Ν.Α. Μπορεί να κρύβουν κάποια πράγματα για να μην τους τα κλέβουν ή να κατηγορούν άλλους και κυρίως τους συγγενείς τους ότι τους κλέβουν τα πράγματα τους. Εξαιτίας της διαταραχής στη βραχυπρόθεσμη μνήμη, δεν έχουν την δυνατότητα μετά να εντοπίσουν τα πράγματα που οι ίδιοι έχουν κρύψει. Έτσι κατηγορούν άλλους ότι τα παίρνουν.

6.2 Πορεία της νόσου

Η πορεία της νόσου είναι χαρακτηριστική. Ο τρόπος έναρξης της είναι ασαφής και επιδεινώνεται σταδιακά. Έχουν καταγραφεί περιπτώσεις όπως η άνοια Creutzfeldt-Jakob, με ταχύτερη πορεία αλλά και περιπτώσεις με αυτόματη βελτίωση ή μετά από αγωγή. Στην νόσο Alzheimer, όμως η εξέλιξη είναι προβλέψιμη και σταδιοποιείται. [Netter et. all, 2009]

Η 8^η δεκαετία της ζωής θεωρείται η τυπική ηλικία έναρξης της νόσου. Όμως έχουν καταγραφεί και περιπτώσεις στην 4^η (30ρηδων) και 10^η (90ρηδων) δεκαετία. Ένα μικρό ποσοστό ασθενών παρουσιάζει άτυπη πορεία. Δηλαδή μπορεί να εκδηλώσει πρώτα συμπεριφερολογικές διαταραχές και έπειτα νοητικές διαταραχές. [Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000]

Ο μέσος όρος ζωής των ασθενών με Ν.Α. κυμαίνεται από 8-10 έτη μετά την διάγνωση ενώ τίθεται 3-4 χρόνια μετά από την εκδήλωση των πρώτων συμπτωμάτων.

Τέλος, η πιο συχνή αιτία θανάτου των ασθενών αυτών είναι η πνευμονία από εισρόφηση, σηψαιμία από τις κατακλίσεις και τις λοιμώξεις ουροποιητικού και ατυχήματα.[Netter et all, 2009]

7. Ταξινόμηση της νόσου Alzheimer.

Υπάρχουν διάφορες ταξινομήσεις σχετικά με την νόσο Alzheimer. Σύμφωνα με μια από αυτές τις ταξινομήσεις διακρίνεται σε γεροντική, προγεροντική και άτυπος μορφή. [Kydd et all, 1998 / Τσολάκη Μ., 2000]

Γεροντική άνοια της νόσου Alzheimer (νόσος Alzheimer τύπου 1)

Είναι η άνοια της Ν.Α. η οποία έχει κλινική έναρξη μετά το 65^ο έτος της ηλικίας. Συνήθως εκδηλώνεται στο τέλος της 8^{ης} δεκαετίας. Έχει βραδεία αλλά προοδευτική εξέλιξη με κύριο χαρακτηριστικό την διαταραχή μνήμης. Για την διάγνωση της, οι ειδικοί βασίζονται στην παρουσία άνοιας που περιγράψαμε νωρίτερα.

Προγεροντική άνοια της νόσου Alzheimer (νόσος Alzheimer τύπου 2)

Η προγεροντική άνοια εκδηλώνεται νωρίτερα από το 65^ο έτος της ηλικίας και έχει ταχεία εξέλιξη. Χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση αλλά και από διαταραχές των φλοιωδών λειτουργιών του εγκεφάλου. Σε πολλές περιπτώσεις καταγράφονται αφασία, απραξία, αλεξία και αγραφία. Η διάγνωση της βασίζεται στην άνοια που περιγράψαμε παραπάνω, με έναρξη πριν τα 65 χρόνια και ταχεία εξέλιξη. Αξιολογούνται επίσης, μα χωρίς να είναι απαραίτητα, η τρισωμία 21, η λεμφωμάτωση και το οικογενειακό ιστορικό.

Άτυπη ή μικτή μορφή της νόσου Alzheimer

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι άνοιες που δεν τηρούν τις κλινικές περιγραφές για την διάγνωση της άνοιας Alzheimer. Επίσης περιλαμβάνει άνοιες όπως Alzheimer και αγγειακές άνοιες.

8. Διάγνωση –διαφοροδιάγνωση.

Η λήψη ιστορικού από τον ασθενή ή άλλο ανεξάρτητο άτομο από το οικείο περιβάλλον του (π.χ. σύζυγος ή παιδιά) έχει ιδιαίτερη σημασία στην πρώιμη ανίχνευση

της άνοιας. Απαραίτητο είναι ο διαγνωστικός έλεγχος να περιλαμβάνει φυσική εξέταση με ιδιαίτερη βαρύτητα στον έλεγχο των γνωστικών λειτουργιών και στην νευρολογική εξέταση.

Στόχος του διαγνωστικού ελέγχου είναι να αποκλειστούν άλλες παθήσεις, να διασαφηνιστεί ο τύπος της άνοιας και να αναγνωριστούν οι θεραπεύσιμες ή αναστρέψιμες μορφές άνοιας.[Netter et. all, 2009]

Η κλινική εκτίμηση χαρακτηρίζεται από διαγνωστική αξιοπιστία και ειδικότητα και έχει σκοπό να αναγνωρίσει αν ο ασθενής πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια της Ν.Α. όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 1.3.

Διαγνωστικά κριτήρια της νόσου Alzheimer
I. Εμφάνιση πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων που εκδηλώνονται με έκπτωση μνήμης και μια ή περισσότερες γνωστικές διαταραχές (αφασία, απραξία, αγνωσία, διαταραχές οργανωτικής δραστηριότητας.
II. Κάθε ένα από τα παραπάνω γνωστικά ελλείμματα προκαλεί έκπτωση στην επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου.
III. Τα γνωστικά ελλείμματα δεν οφείλονται σε άλλες καταστάσεις του ΚΝΣ, σε καταστάσεις από χρήση ουσιών και από άλλες καταστάσεις που είναι γνωστό ότι προκαλούν άνοια(όγκος εγκεφάλου, νόσος Parkinson, νόσος Huntington κτλ)
IV. Η διαταραχή δεν αποδίδεται καλύτερα σε μια άλλη διαταραχή όπως σχιζοφρένεια.
V. Τα ελλείμματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά την πορεία ενός ντελίριου.
VI. Η πορεία της νόσου χαρακτηρίζεται από σταδιακή έναρξη και συνεχή γνωστική έκπτωση.

Πίνακας 1.3 Διαγνωστικά κριτήρια νόσου Alzheimer. (Kaplan et all, Ψυχιατρική, Αθήνα , 2000)

Η διάγνωση στηρίζεται σε τρία επίπεδα: [Χριστοδούλου & Κονταξάκης,2000]

1. *Σίγουρη Ν.Α.*: Σε αυτό το επίπεδο ο ασθενής παρουσιάζει κλινικό σύνδρομο συνοδευόμενο με παθολογοανατομική επιβεβαίωση των διαπλοκών, των προσδοκώμενων πλακών και της απώλειας νευρώνων.

2. *Πιθανή Ν.Α.*: Εκδηλώνεται τυπική πορεία της νόσου παρόλο που δεν έχουμε παθολογοανατομική επιβεβαίωση.

3. *Δυνητική Ν.Α.*: Εδώ η νόσος εκδηλώνεται με λιγότερο τυπική πορεία, όμως δεν υπάρχει εναλλακτική διάγνωση. Συνήθως η διάγνωση της τίθεται μόνο μετά από νεκροτομή ή βιοψία.

Διάφορες μελέτες επιβεβαιώνουν πως η κλινική διάγνωση πιθανής Ν.Α. συνδυάζεται σε ποσοστό 90%-95% των περιπτώσεων με παθολογοανατομική επιβεβαίωση, ενώ η πιθανότητα δυνητικής επιβεβαίωσης είναι στο 70%-75% των περιπτώσεων. Σημαντικό ρόλο επίσης, στην κλινική διάγνωση έχει και το ιστορικό του ασθενούς. Χρειάζεται λεπτομερείς εξέταση του οικογενειακού ιστορικού, του ιατρικού ιστορικού, προσωπικού ιστορικού καθώς και ιστορικού χρήσης ουσιών. Απαραίτητος στη διάρκεια λήψης του ιστορικού είναι και ένας εξωτερικός πληροφοριοδότης, διότι οι ασθενείς με άνοια δεν είναι ικανοί να περιγράψουν και να τοποθετήσουν σωστά χρονολογικά τα συμπτώματα που βιώνουν. Επίσης, οι περισσότεροι από αυτούς έχουν νοσοαγνωσία (δεν έχουν αυτογνωσία της νόσου) άρα αρνούνται κάθε μνημονική ή νοητική απόκλιση.

Όπως αναφέραμε παραπάνω, η εξέταση ενός ατόμου για εκτίμηση της νόσου βασίζεται στην νευρολογική και ψυχική εξέταση. Η νευρολογική εξέταση στοχεύει στον εντοπισμό εστίας η οποία να στηρίζει την ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου ή διαταραχής βάδισης κ.α.. Στους περισσότερους ασθενείς η νευρολογική εξέταση είναι φυσιολογική, μη εστιακή και με φυσιολογικό βάδισμα.

Απαραίτητη είναι και η ψυχική εξέταση, ώστε να αποκλειστεί η πιθανή παρουσία κάποιας ψυχικής νόσου. Διάφορες τέτοιες ψυχικές διαταραχές οι οποίες είναι δυνατόν να προκαλέσουν απώλεια μνήμης ή κάποιο τύπο άνοιας είναι η μείζονα κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, αμνησιακές διαταραχές κ.α..

Τέλος, στην διάγνωση περιλαμβάνεται και ο εργαστηριακός έλεγχος. Περιλαμβάνει ειδικές εργαστηριακές δοκιμασίες, εξετάσεις ΕΝΥ, γενετικές μελέτες, ηλεκτροεγκεφαλογραφία, απεικόνιση εγκεφάλου. Ορισμένες διαγνωστικές δοκιμασίες όπως, γενική αίματος, κρεατινίνη πλάσματος, ηλεκτρολύτες ορού, ουρία αίματος, ηπατικές δοκιμασίες κ.α. , χρειάζονται ώστε να αποκλειστεί η ύπαρξη άλλων αιτιών. Τοξικολογικές εξετάσεις γίνονται σε ασθενείς με ιστορικό χρήσης ουσιών. Ακόμα, η παρακέντηση ΕΝΥ, το ΗΕΓ, και οι γενετικές μελέτες είναι απαραίτητες μόνο για να αποκλειστούν άλλες αιτίες.

8.1 Διαφορική διάγνωση

Στην διαφορική διάγνωση της έκπτωσης της μνήμης θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας: α) αμνησιακό σύνδρομο: έκπτωση της βραχυπρόθεσμης μνήμης χωρίς όμως ιδιαίτερη έκπτωση σε άλλες γνωστικές λειτουργίες, β) διανοητική καθυστέρηση: μειωμένη διανοητική ικανότητα, η οποία εμφανίστηκε πριν το 18^ο έτος της ηλικίας, γ) ψευδοάνοια: είναι γνωστή και ως αμνησιακό σύνδρομο της κατάθλιψης. Η γνωστική έκπτωση εμφανίζεται στα πλαίσια μιας άλλης ψυχιατρικής νόσου και είναι αποτέλεσμα μικρής προσπάθειας του ασθενούς να ανταπεξέλθει στα διαγνωστικά test ή μειωμένης συγκέντρωσης, (50% → άνοια σε 3-5 έτη) δ) υποδεκτική αφασία: διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών εξαιτίας της αδυναμίας κατανόησης του λόγου, ε) οργανικό ψυχοσύνδρομο: αλλιώς παραλήρημα. Αποτελεί διαταραχή της συνείδησης και της προσοχής με αποτέλεσμα μια συστάδα γνωστικών ελλειμμάτων και τέλος ζ) γεροντική έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών: η ήπια γνωστική έκπτωση, η καλοήθης λυσμοσύνη και η γεροντική έκπτωση της μνήμης αποτελούν ήπιες διαταραχές της μνήμης που σχετίζονται με διάφορες λειτουργικές διαταραχές.[Netter et all, 2009]

9. Θεραπεία της νόσου Alzheimer

Κάποιες μορφές άνοιας θεωρούνται θεραπεύσιμες. Μόλις τεθεί η διάγνωση, ο ασθενείς θα πρέπει να υποβληθεί σε πλήρη σωματική εξέταση και εργαστηριακό έλεγχο καθώς και να συμπληρωθεί το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς.[Kaplan et all, 2000]

Στην διάθεση μας υπάρχουν αρκετά φάρμακα τα οποία χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση των βασικών συμπτωμάτων της νόσου, όπως κατάθλιψη, άγχος, αϋπνία, ταραχή, ψευδαισθήσεις, σύγχυση. Έχουν ενεργή δράση σε περιορισμένο αριθμό ασθενών, για σύντομο χρονικό διάστημα και μερικές φορές προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες. Για τους λόγους που προαναφέραμε, είναι καλύτερο να χορηγείται κάποιο είδος αγωγής μόνο αν κρίνεται απαραίτητο.[Τσολάκη & Καζής, 2005].

Ερευνητές έχουν ανακαλύψει κάποιες φαρμακευτικές αγωγές που μπορούν να παρατείνουν το αρχικό και ενδιάμεσο στάδιο της νόσου. Τα φάρμακα αυτά είναι από την κατηγορία των αναστολέων χοληστενεράσης, γνωστά ως ανοϊκά φάρμακα. Τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα ακετυλοχολίνης, μιας χημικής ουσίας που καθίσταται υπεύθυνη για τη μεταβίβαση μηνυμάτων από το ένα κύτταρο στο άλλο, και έχει σημαντικό ρόλο στην μνημονική διαδικασία. Το 50% των περιπτώσεων που λαμβάνουν αναστολείς χοληστενεράσης παρουσιάζουν βελτίωση της συμπεριφοράς, της λειτουργικότητας και των γνωστικών λειτουργιών [Eby et all, 2010]. Επίσης

υπάρχουν ενδείξεις ότι επιβραδύνουν προσωρινά την επιδείνωση των συμπτωμάτων, όμως δεν σταματούν ή αναστρέφουν την κυτταρική καταστροφή. Δηλαδή, θεραπεύουν τα συμπτώματα όχι όμως την νόσο [Τσολάκη &Καζής, 2005].

Στον πίνακα παρακάτω παρουσιάζονται κάποια από τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια:

Φάρμακο	Μηχανισμός δράσης	Ανεπιθύμητες ενέργειες	Νοσηλευτικές ευθύνες
Τακρίνη (cognex)	Αναστολέας χολιστενεράσης	Διάρροια, ναυτία, βραδυκαρδία, ηπατική βλάβη, αιμορραγία πεπτικού	Χορηγείται μετά τα γεύματα και παρακολουθείται η καρδιακή λειτουργία, η γνωστική λειτουργία, και τα ηπατικά ενζύμα. Χρήση των ΜΣΑΦ με ιδιαίτερη προσοχή.
Ριβοστιγμίνη	Αναστολέας χοληστενεράσης	Απώλεια βάρους, γαστρικές ενοχλήσεις, ναυτία έμετος	Παρακολούθηση των γνωστικών λειτουργιών και για γαστρεντερικές διαταραχές. Υπευθυμίζουμε στον ασθενή ότι το κάπνισμα μειώνει τα επίπεδα του φαρμάκου στο αίμα. Προσεκτική χορήγηση ΜΣΑΦ και εκπαίδευση του ασθενούς και του φροντιστή για την σωστή χρήση του φαρμάκου. Χορηγείται μετά το φαγητό.
Βιταμίνη Ε	Συμπλήρωμα διατροφής	Ναυτία και κράμπες με υψηλές δόσεις /απουσία σοβαρών προβλημάτων με χαμηλές όσεις	Ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με ασπιρίνη ή συμπληρώματα διατροφής με ginkgo πιθανόν να παρουσιάσουν αυξημένη αιμορραγική τάση. Οι πάσχοντες θα πρέπει να εκπαιδεύονται σχετικά με την αντιπηκτική δράση της βιταμίνης.
Γκαλανταμίνη	Αναστολέας χοληστενεράσης	Απώλεια βάρους, βραδυκαρδία, ναυτία, έμετος	Παρακολούθηση των γνωστικών λειτουργιών και της καρδιακής συχνότητας. Επίσης παρακολουθείται και για γαστρεντερικές διαταραχές. Χορηγείται με το πρωινό και βραδινό γεύμα. Παρότρυνση του ασθενούς να καταναλώνει 6-8 ποτήρια νερό ημερησίως.

Μεμαντίνη (eбixα)	Ανταγωνιστής υποδοχέων NMDA (N-μεθυλ- D-ασπαρτικού)	Σύγχυση, δυσκοιλιότητα, ζάλη, καφαλαλγία, αναιμία	Ο ασθενής παρακολουθείται όσον αφορά τον αιματοκρίτη, την αιμοσφαιρίνη και τις γνωστικές λειτουργίες. Ο ασθενείς και η οικογένεια του εκπαιδεύονται για πιθανές πτώση από ζάλη.
Δονεπεξίλη	Αναστολέας χοληστενεράσης	Βραδυκαρδία, διάρροια, ναυτία έμετος, κεφαλαλγία	Χρήση των ΜΣΑΦ να γίνεται με προσοχή. Επιβάλλεται έλεγχος για εκδήλωση φαρμακευτικών αλληλεπιδράσεων. Χορηγείται πριν τον βραδινό ύπνο. Υπογλώσσια διάλυση του δισκίου και μετά λήψη απαραίτητως νερού. Τέλος παρακολούθηση των γνωστικών λειτουργιών και την καρδιακής συχνότητας

Πίνακας 2. Φάρμακα που χορηγούνται για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer.[Eby et all, Η νοσηλευτική στην ψυχική υγεία, Αθήνα, 2010]

Άλλα φάρμακα που έχουν εγκριθεί για χορήγηση στους πάσχοντες με άνοια, εκτός από τα προαναφερθείσα στον πίνακα 4., είναι η πιπερίνη (Aricept), μια φαινυλ-καρβαμάτη (Exelon) και ένα αλκαλοειδές της φαινανθρένης (reminyl) [Πολίτης, 2000].

Η θεραπεία με τα παραπάνω φάρμακα αποσκοπεί σε αποτελέσματα τους έξι πρώτους μήνες. Έπειτα αναμένεται η σταθεροποίηση και καθυστέρηση του ρυθμού εξέλιξης της νόσου. Σε περίπτωση που εκδηλωθούν ανεπιθύμητες ενέργειες γίνεται μείωση της χορηγούμενης δόσης και αν επιμένουν γίνεται αλλαγή του αναστολέα. Όταν όμως αναφέρεται από τους φροντιστές ότι δεν υπάρχει βοήθεια από τα φάρμακα αυτά, διακόπτεται η θεραπεία. {Τσολάκη &Κάζης, 2005]

9.1 Μη φαρμακευτικές θεραπείες

Εκτός από την φαρμακευτική θεραπεία, σημαντικό ρόλο έχουν και διάφορες άλλες θεραπείες. Σε δοκιμαστικό στάδιο βρίσκονται περίπου διακόσιες διαφορετικές θεραπείες. Μια από αυτές είναι η προσέγγιση της χορήγησης νευροτρόπων παραγόντων μέσω της ρινικής οδού. Αυτή η μέθοδος είναι πολύ σημαντική γιατί ο παράγοντας χορηγείται από την ρινική κοιλότητα, περνάει κατευθείαν στην εγκεφαλική ουσία και βοηθάει τα

εγκεφαλικά κύτταρα να ζήσουν περισσότερο. Επίσης, γίνονται προσπάθειες προσέγγισης στα βλαστοκύτταρα του οργανισμού.[Σαρρήs Μ., Κοινωνιολογία της υγείας.]

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί πολλές μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις με στόχο την ενδυνάμωση των νοητικών λειτουργιών και αντιμετώπιση των συμπεριφορικών διαταραχών. Οι παρεμβάσεις αυτές σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή βοηθούν τον ασθενή να παραμείνει λειτουργικός και να διατηρήσει την ποιότητα ζωής του σε ικανοποιητικά επίπεδα. Τέτοιες θεραπείες είναι: η νοητική ενδυνάμωση, λογοθεραπεία, εργοθεραπεία, γυμναστική, δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου, θεραπείες τέχνης, τις οποίες θα δούμε παρακάτω αναλυτικά.

1. Νοητική ενδυνάμωση: ο κύριος στόχος της είναι η σταθεροποίηση της γνωστικής έκπτωσης και η ενίσχυση της λειτουργικότητας του. Συνήθως τα προγράμματα της νοητικής ενδυνάμωσης είναι ομαδικά ή ατομικά και περιλαμβάνουν: α) νοητικές ασκήσεις: αποσκοπούν στην ενδυνάμωση της μνήμης, του λόγου, της κριτικής σκέψης και της προσοχής. Γίνονται είτε με μολύβι και χαρτί είτε με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή. β) προσανατολισμό στο χώρο το χρόνο και την επικαιρότητα: δίδονται στον ασθενή πληροφορίες σχετικά με τον χώρο, το χρόνο και τα πρόσωπα ώστε να μπορεί να προσανατολιστεί στην διάρκεια της ημέρας. γ) εκπαίδευση στη χρήση εξωτερικών μνημονικών βοηθημάτων και επανεκμάθηση_πληροφοριών: ο ασθενής μαθαίνει να χρησιμοποιεί κάποιο ημερολόγιο ή σημειωματάριο ώστε να μπορεί να αντισταθμίσει τα ελλείμματα στη μνήμη του. δ) θεραπεία δι' αναμνήσεων: περιλαμβάνει συζητήσεις για το παρελθόν, τις καθημερινές συνήθειες του ατόμου και εμπειρίες. Συνήθως χρησιμοποιούνται σε αυτή τη μέθοδο τραγούδια, φωτογραφίες, βίντεο και διάφορα άλλα μέσα ώστε να επιτύχουν ανάκληση της μνήμης από το παρελθόν.

2. Λογοθεραπεία: οι διαταραχές επικοινωνίας στους πάσχοντες με άνοια είναι αρκετά συχνές. Έκπτωση του λεξιλογίου και δυσκολίες στο να κατονομάσει αντικείμενα παρατηρούνται στα πρώτα στάδια, ενώ με την εξέλιξη της νόσου εκδηλώνονται αδυναμία κατανόησης απλών και σύνθετων εντολών, χρήση ασυνάρτητων λέξεων, δυσαρθρία και ο λόγος τους γίνεται αλλόκοτος και χωρίς περιεχόμενο. Αναλογικά με τις δυσκολίες του κάθε ασθενούς, η παρέμβαση στοχεύει στην ικανοποιητική επαναφορά των ικανοτήτων έκφρασης λόγου και κατανόησης, με την βοήθεια πάντα λογοθεραπευτή. Ένας ακόμα στόχος της λογοθεραπείας είναι η διατήρηση της επικοινωνίας του ατόμου με την χρήση εξωλεκτικών τεχνικών εκφράσεων, όπως εκφράσεις προσώπου, χειρονομίες κ.α.

3. Εργοθεραπεία: όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενες παραγράφους στην άνοια παρατηρείται και λειτουργική έκπτωση. Μπορεί να αφορά σύνθετες δραστηριότητες, μαγείρεμα-ψώνια, ή απλές, χρήση τηλεφώνου, ντύσιμο ή μπάνιο, ανάλογα με το στάδιο. Οι δραστηριότητες που ακολουθούνται συνήθως στην εργοθεραπεία είναι, κολάζ, χειροτεχνίες, ζωγραφική, μαγείρεμα, κηπουρική κ.α. Στόχος



Εικόνα 6.1 Κηπουρική μια από τις δραστηριότητες της εργοθεραπείας.

των προγραμμάτων της εργοθεραπείας είναι να δραστηριοποιήσουν και να κινητοποιήσουν τους πάσχοντες και να τους ενθαρρύνουν στην αυτοεξυπηρέτηση και την αυτονομία τους. Αναγκαίο είναι να εκπαιδευτούν και φροντιστές για την συνέχιση της παρέμβασης και στο σπίτι. Επίσης, στο χώρο του ασθενούς πρέπει να γίνουν κάποιες εργονομικές αλλαγές για την ασφάλεια του ατόμου και την αποφυγή ατυχημάτων.

4. Γυμναστική: περιλαμβάνει δραστηριότητες όπως μουσική ενδυνάμωση, περπάτημα, ποδήλατο, χορό και ασκήσεις ισορροπίας. Τα οφέλη της σωματικής άσκησης για αυτούς τους ανθρώπους είναι ότι διατηρούν σε καλό επίπεδο την φυσική τους κατάσταση, καταπολεμούν τα συμπτώματα της κατάθλιψης και έχουν λιγότερες πιθανότητες να εξαρτώνται από άλλα άτομα. Επιπλέον, και η φυσικοθεραπεία είναι χρήσιμη κυρίως σε πάσχοντες με κινητικές διαταραχές.

5. Θεραπείες τέχνης: περιλαμβάνουν δραστηριότητες όπως η γλυπτική, ζωγραφική, χορό, θέατρο. Αυτές οι θεραπείες βοηθούν το άτομο στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του. Η μουσικοθεραπεία είναι μια από τις θεραπείες τέχνης. Μπορεί να γίνεται σε ομαδική ή ατομική συνεδρία. Οι δραστηριότητες της συγκεκριμένης θεραπείας περιλαμβάνει τη χορωδία, τραγούδι και άκουσμα συγκεκριμένης μουσικής. Η κλασική μουσική κυρίως έχει θετική επίδραση στη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς αλλά και στην μείωση εμφάνισης συμπεριφορικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων (κατάθλιψη, άγχος, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα).

6. Δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου: οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις γίνονται



Εικόνα 6.2 Δραστηριότητα για τον ελεύθερο χρόνο και νοητική εξάσκηση.

πάντα με την βοήθεια κάποιου ειδικού. Υπάρχουν και δραστηριότητες τις οποίες ο φροντιστής μπορεί να ξεκινήσει από μόνος του. Κάποιες από αυτές είναι : το διάβασμα – εφημερίδες, περιοδικά, μικρά άρθρα αποτελούν κάποια από τα κείμενα που μπορεί να διαβάσει ο ασθενής μόνος του ή μαζί με τον φροντιστή του. Στα πιο προχωρημένα στάδια μπορεί να διαβάσει παιδικά βιβλία. Επιτραπέζια παιχνίδια – σκάκι, τάβλι, σκράμπλ ή κάποιο πάζλ βοηθάει στην εξάσκηση του μυαλού, στο να είναι ο ασθενής ευδιάθετος και στην κοινωνικοποίηση του. Παιχνίδια με μολύβι και χαρτί – η τρίλιζα, κρεμάλα, γρίφοι, σταυρόλεξα είναι μερικά από αυτά. Ένα νέο παιχνίδι, το σουντόκου, αποτελεί καλή νοητική δραστηριότητα. Τηλεόραση – αποτελεί έναν εύκολο τρόπο νοητικής εξάσκησης, μέσα από την παρακολούθηση ενημερωτικών εκπομπών, ντοκιμαντέρ για την φύση την επιστήμη, ειδήσεις. Γυμναστική – η γυμναστική έχει πολλά οφέλη. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν μπορεί ή δεν θέλει να ενταχθεί σε κάποια ομάδα άσκησης, μπορεί ο φροντιστής να τον παρακινήσει να περπατάνε μαζί καθημερινά. Μέσα από την φυσική άσκηση παρατηρείται μείωση των ανεπιθύμητων συμπεριφορικών διαταραχών. Οικιακές δραστηριότητες - μέσα στο σπίτι βοηθούν τον ασθενή να μην μένει αδρανής. Μπορεί να ασχοληθεί με την κηπουρική, την μαγειρική ή ακόμα και να βοηθήσει σε δουλειές του σπιτιού. Χόμπι – καλό θα ήταν οι ασθενείς αυτοί να έχουν ένα χόμπι όπως κέντημα ή πλέξιμο κ.α. Η καθημερινή ενασχόληση με τέτοιου είδους δραστηριότητες, βοηθάει στην βελτίωση της διάθεσης του καθώς και στην μείωση των συμπεριφορικών διαταραχών. Τέλος, κοινωνικές δραστηριότητες – σημαντικό είναι ο πάσχων να έχει συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και να διατηρεί φιλικές σχέσεις. Μπορεί να βγαίνει από το σπίτι μαζί με τον φροντιστή και να πάει στο θέατρο, το σινεμά ή επίσκεψη σε κάποιο φίλο.

9.1.1 Στόχοι και πλεονεκτήματα των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στην άνοια.

Στόχος των μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων είναι να ενισχύσουν την φαρμακευτική δράση και να βελτιώσουν το αποτέλεσμα της θεραπείας. Αυτές οι παρεμβάσεις επιδρούν θετικά στα παρακάτω: [Σακκά & Ντανάση,Εταιρείανόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, μη φαρμακευτικές θεραπείες στην άνοια,Α.Α. ΛΙΒΑΝΗ,Αθήνα]

- Στις νοητικές λειτουργίες όπως

- αντίληψη
- προσοχή
- προσανατολισμό
- μνήμη
- γλώσσα
- συγκέντρωση
- επιλεκτικές λειτουργίες
- Στην διάθεση:

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις έχουν θετική επίδραση στη διάθεση του ασθενούς και ως εκ τούτου μείωση των επιπέδων του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

- Στην λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής:

Με την εξέλιξη της νόσου έχουμε και επιδείνωση της νοητικής έκπτωσης, οπότε είναι αναγκαίο να διατηρηθεί η λειτουργικότητα του ατόμου σε σχέση με την καθημερινότητα του.

- Στην συχνότητα εμφάνισης των συμπεριφορικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων που θα εκδηλώσει ο ασθενής.

Τα πλεονεκτήματα των παρεμβάσεων αυτών είναι :

- Προσαρμόζονται ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς.
- Δεν εκδηλώνουν ανεπιθύμητες ενέργειες.
- Ο ασθενής έχει την δυνατότητα συμμετοχής στην αντιμετώπιση της νόσου.

Τέλος, οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις είναι ιδιαίτερα βοηθητικές, όμως δεν ταιριάζουν σε όλους. Πάντα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη της ιδιαιτερότητες του κάθε ένα από τους ασθενείς χωρίς να ασκούμε πίεση για να τον πείσουμε να συμμετέχει κάπου που δεν θέλει. Η πίεση φέρει αρνητικά αποτελέσματα.

ΜΕΡΟΣ Β

1. Βασικές αρχές νοσηλευτικής φροντίδας ασθενών με νόσο Alzheimer.

Οι ασθενείς με νόσο Alzheimer, έχουν ανάγκη από συνεχή υποστήριξη με νοσηλευτικές παρεμβάσεις που έχουν στόχο την αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιδράσεων της νόσου. Σπουδαίος είναι και ο ρόλος του νοσηλευτή στην υποστήριξη των ασθενών, παρέχοντας τους την απαιτούμενη εκπαίδευση και παραπέμποντας τους σε φορείς και υπηρεσίες για την σωστή συνέχιση της φροντίδας στα πλαίσια της κοινότητας.

Η προαγωγή της υγείας τους στοχεύει στη διατήρηση της λειτουργικότητας και στην προαγωγή της ασφάλειας. Σε περίπτωση που ο ασθενείς νοσηλευτεί στο σπίτι, θα πρέπει να φροντίσουμε ώστε να είναι ασφαλής καθώς και να ελέγξουμε κατά πόσο το άτομο που θα τον φροντίζει είναι ικανό να αντιμετωπίσει τις ανάγκες του, π.χ. την διατήρηση της υγιεινής του. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις είναι ανάλογες με το στάδιο της νόσου.[Lemon et all, 2006]

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν την φροντίδα του ασθενούς με Ν.Α. είναι δύσκολο να ειπωθούν. Και αυτό γιατί οι νοσηλευτές έχουν να αντιμετωπίσουν μια μακροχρόνια νόσο με ποικιλία από συμπτώματα που διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και με την εξέλιξη της νόσου.

Συνήθως το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας έχει δυο μέρη:

- την χορήγηση φαρμάκων για την μείωση του άγχους, την ανακούφιση από συμπτώματα όπως επιθετικότητα ή συμπτώματα κατάθλιψης και την βελτίωση της ποιότητας του ύπνου
- κατάλληλη διατροφή, κοινωνική δραστηριότητα, φυσική άσκηση, εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος και τον έλεγχο της κύστεως και του εντέρου.

Ειδικότερα, οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στοχεύουν στις εξής κατευθύνσεις:

- στην επικοινωνία με τον ίδιο τον ασθενή και τους οικείους του
- προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε δυνητικά εξαρτημένη κατάσταση

- παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στην φροντίδα του ασθενούς και να φροντίζει για την ασφάλεια από ατυχήματα και τάσης φυγής που κατέχουν τα άτομα αυτά.[Πλάτη, 2004].

Οι ανοϊκοί ασθενείς έχουν κοινά προβλήματα επικοινωνίας. Η ομιλία τους είναι αόριστη, χωρίς νόημα και αυτόματη, ενώ στο τελικό στάδιο ο ασθενής δεν μιλάει καθόλου. Η ανάγκη για επικοινωνία είναι τόσο απαραίτητη όσο είναι και η ανάγκη για νερό και τροφή. Σε κάποια μελέτη με θέμα την επικοινωνία ανοϊκών ασθενών – νοσηλευτών, αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές ξοδεύουν μόνο το 10% από το χρόνο τους για να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς, από την στιγμή που δαπανούν πολύ περισσότερο για συζητήσεις μεταξύ τους. Επίσης, τα επίπεδα απομόνωσης είναι εμφανώς αυξημένα σε σχέση με άλλους ηλικιωμένους. Το γεγονός ότι ελαττώνουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες αυξάνει την εξάρτηση τους από άλλα άτομα και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και φυσική του κατάσταση.[Πλάτη, 2004]

Για πιο αποτελεσματική επικοινωνία οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν σχήματα, σχέδια, εικόνες ή γραπτά μηνύματα. Όμως υπάρχουν και κάποιες οδηγίες που βοηθάνε στο να γίνει η επικοινωνία πιο εποικοδομητική. Αυτές είναι: [Πλάτη, 2004]

- να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο
- να χρησιμοποιείτε γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις
- να προτιμάτε τις κλειστές ερωτήσεις και όχι τις ανοιχτές
- να δίνεται οδηγίες που να μη χρειάζεται να θυμάται περισσότερες από μια πράξεις
- να αποφεύγετε τα απαγορευτικά όχι και μη
- να αποφεύγετε συζητήσεις που να χρειάζονται σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις
- να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνατε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε
- να είστε σίγουροι ότι σας ακούει και σας παρακολουθεί
- αν δεν ανταποκριθεί, να επαναλάβετε την ερώτηση με τον ίδιο τρόπο
- αν εκδηλώνει άρνηση στην συνεργασία μαζί σας μην τον πιέζετε. Ίσως, με πιο απλές ερωτήσεις να έχετε καλύτερη ανταπόκριση

- να προσπαθείτε να κάνετε τον ασθενή να συμμετέχει σε συζήτηση που έχετε με άλλους
- να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα γιατί του δημιουργείτε υποψίες και χάνετε την εμπιστοσύνη του
- οι καλοί τρόποι και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή.

Επίσης, θα πρέπει να υιοθετηθεί μια πιο θετική προσέγγιση. Η υπομονή, η ηρεμία και η μη επικριτική στάση του νοσηλευτή παροτρύνει το άτομο με Ν.Α. να προσπαθήσει περισσότερο στην επικοινωνία. Είναι πιθανό, όταν εμπλακεί σε συζητήσεις, ο λόγος του να είναι απλός με μικρές προτάσεις, είναι σημαντικό λοιπόν να μην αντιμετωπιστεί ως μικρό παιδί. Δέκα σημεία που μπορούν να βοηθήσουν στην προσέγγιση του ασθενούς είναι:

1. σταθείτε κοντά στον ασθενή
2. αγγίζετε το σώμα του
3. χρησιμοποιείται συχνά το όνομα του
4. σταθείτε στο ύψος του και κοιτάξτε τον στα μάτια
5. αποκτήστε και διατηρήστε την οπτική επαφή
6. μιλάτε αργά και καθαρά
7. χρησιμοποιήστε απλές, μικρές και συγκεκριμένες λέξεις
8. ο λόγος να συνοδεύετε από χειρονομίες
9. δώστε ένα μήνυμα κάθε φορά και
10. χρησιμοποιήστε καταφατικές προτάσεις.

Τα συναισθήματα που εκφράζονται στη διάρκεια μιας συζήτησης είναι περισσότερο σημαντικά από τις λέξεις και το λόγο που χρησιμοποιεί ο ασθενής. Για αυτό ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθεί να καταλάβει και να απαντήσει σε αυτό που πιστεύει πως εννοεί και νιώθει το άτομο. [Τσολάκη,1999]

2. Νόσος Alzheimer και η ψυχοκοινωνική της διάσταση.

Η Ν.Α. εκδηλώνεται συνήθως σε άτομα της τρίτης ηλικίας. Παρουσιάζουν αλλαγές στην συμπεριφορά, ψυχωσικά συμπτώματα ενώ έχουν μια γενικότερη εικόνα

οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Επίσης εκδηλώνουν άγχος, αβουλία στην ζωή τους και αϋπνία. Η νόσος, δεν επηρεάζει μόνο το πάσχων άτομο αλλά και τα μέλη της οικογένειας του.

Συχνά τα μέλη της οικογένειας που έχουν την ευθύνη της φροντίδας του ασθενούς, καταλήγουν να παραμελούν την δικιά τους υγεία. Έχουν έντονη συναισθηματική φόρτιση και ως εκ τούτου αδυνατούν να αντιληφθούν την ψυχική πίεση που δέχονται από όλη αυτή την κατάσταση που βιώνουν καθημερινά.[Θεοτοκάς, 2002]

Ακόμα, οι υψηλές απαιτήσεις της φροντίδας των ανοϊκών ασθενών επηρεάζει τις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες της οικογένειας.

Επιβαρύνονται σωματικά, οικονομικά και ψυχικά. Η ψυχική επιβάρυνση είναι η πιο σημαντική μιας και έχει καταγραφεί αυξημένη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων από τους φροντιστές.[Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών, Σακκά Π., Ντανάση Ε., Αθήνα]. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι, η κατάθλιψη κάνει την εμφάνιση της σε ποσοστό 20% των ασθενών με νόσο Alzheimer και σε 50% στα άτομα που τους φροντίζουν. [Eby et all, 2010]

Τα θύματα της Ν.Α. υφίστανται πολλές απώλειες. Μια από αυτές είναι η επικοινωνία με τους συνανθρώπους τους και θεωρείται η πιο σημαντική. Χαρακτηριστικά λέγεται: *«φαντάσου να ζεις σε ένα κόσμο που κάθε λεπτό της ζωής σου σβήνεται από την μνήμη σου καθώς το λεπτό αυτό περνάει. Φαντάσου πως η μνήμη σου σβήνεται τελείως ώστε να αρχίζεις να ξεχνάς πώς να μιλάς, πώς να φέρεσαι δημόσια, πώς να ντύνεσαι ακόμα και πώς να τρως. Φαντάσου πως θα ήταν η ζωή σου αν, ότι έμαθες κατά την διάρκεια της εξασθενούσε στη μνήμη σου»*. Οι τελευταίες έρευνες είναι περισσότερο ελπιδοφόρες όσων αφορά την κατανόηση των μηχανισμών και των παραγόντων που ευθύνονται για την καταστρεπτική διεργασία του εγκεφαλικού φλοιού.[Πλάτη, 2004]

3. Προβλήματα και ανάγκες των ασθενών με νόσο Alzheimer.

Καθώς η νόσος εξελίσσεται οι ασθενείς βιώνουν μια σταδιακή έκπτωση των δεξιοτήτων τους. Αυτή η έκπτωση επηρεάζει όλο και περισσότερο τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου για να εξελιχθεί σε πλήρη αδυναμία αυτόνομης διαβίωσης. Εξαιτίας των αναγκών και των προβλημάτων που βιώνουν καθημερινά αλλά και στο μέλλον, θεωρείται απαραίτητη η καθημερινή φροντίδα. Το είδος της φροντίδας αφορά κυρίως την κάλυψη καθημερινών αναγκών (ατομική υγιεινή, καθαριότητα, προετοιμασία του φαγητού και ψώνια, μετακίνηση μέσα και έξω από το σπίτι) κάλυψη

συναισθηματικών αναγκών (επικοινωνία, θετική ενίσχυση και υποστήριξη) καθώς και βοήθεια για την διαχείριση των οικονομικών αναγκών (αγορά φαρμάκων, εξόφληση λογαριασμών, λήψη σύνταξης κ.α.).[Τσολάκη & Καζής, 2005]

3.1 Βοήθεια στις καθημερινές δραστηριότητες.

Τα άτομα με άνοια καθημερινά χρειάζονται ολοένα και περισσότερη φροντίδα. Απαραίτητη είναι η βοήθεια για την προσωπική τους υγιεινή. Με την εξέλιξη της νόσου, τα άτομα αυτά χάνουν την ικανότητα χειρισμού αντικειμένων όπως χτένα, οδοντόβουρτσα, ξυριστική μηχανή. Μπορεί να ξεχάσουν τι είναι τα αντικείμενα αυτά, ποια είναι η χρήση τους ή να χάσουν το ενδιαφέρον τους για καθαριότητα και περιποίηση. Υπάρχουν στιγμές που αντιδρούν σε οποιαδήποτε βοήθεια, επειδή τους κακοφαίνεται που εξαρτώνται από άλλα άτομα και θεωρούν ότι διαταράσσεται η ηρεμία και η γαλήνη τους. Ακόμα, μπορεί να μη θεωρούν σημαντικό το κομμάτι της καθαριότητας και της εμφάνισης τους, πράγμα που σημαίνει ότι ο φροντιστής τους θα πρέπει να παρέχει σωστή βοήθεια ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες του ασθενούς χωρίς όμως να παραβλέπει και σέβεται την ανάγκη για ιδιωτική ζωή και ανεξαρτησία του ατόμου.[Τσολάκη, 2006]

Οι τρόποι παροχής βοήθειας ποικίλουν ανάλογα με το επίπεδο κατανόησης και ικανότητας του ατόμου. Όταν υπάρχει η δυνατότητα ο ίδιος ο ασθενής να φέρει εις πέρας κάποιες δραστηριότητες, τότε ο φροντιστής θα πρέπει να του το επιτρέπει ώστε να διατηρείται ο βαθμός αυτοεξυπηρέτησης του. Από μια άλλη οπτική, η υπερπροστατευτική στάση προς τον ανοϊκό ασθενή βοηθάει στην έκπτωση της λειτουργικότητας του και των ικανοτήτων του.[Μιχαλέρης & Λαμπίδης, 1999]

Κάποιες φορές ο ασθενής εκδηλώνει έλλειψη ενδιαφέροντος για μεγάλο χρονικό διάστημα, χωρίς να θέλει να ασχοληθεί με κάτι. Παρατηρείται κοινωνική απόσυρση προφανώς εξαιτίας της αδυναμίας του για ουσιαστική επικοινωνία με το περιβάλλον του. Παρά το γεγονός ότι θεωρείται αναμενόμενη αντίδραση, δημιουργεί αρνητική φόρτιση στο κοινωνικό και συγγενικό του περιβάλλον όπως και έντονη ανησυχία για την κατάσταση της υγείας του. Σε τέτοιες περιπτώσεις, ο ασθενής έχει την εικόνα του θλιμμένου και να έχει χάσει το ενδιαφέρον του για ζωή. Ο φροντιστής τότε θα πρέπει να εξοπλίζεται με υπομονή και επιμονή ώστε να τον ενθαρρύνει να συμμετέχει σε διάφορες καθημερινές δραστηριότητες. Ως εκ τούτου όμως, δεν θα πρέπει ο ασθενής να πιέζεται και να εξαναγκάζεται να συμμετέχει σε δράσεις χωρίς την θέληση του. επικοδομητικές

θεωρούνται οι δράσεις τις οποίες μπορεί να φέρει εις πέρας μόνος του, καθώς και αυτές που ασκούν σώμα και μυαλό [Μιχαλέρης & Λαμπίδης, 1999]

3.2 Ανάγκη για επικοινωνία.

Μερικές από τις ανάγκες των ανοϊκών ατόμων είναι η ανάγκη για επικοινωνία, σιγουριά και συναισθηματική ασφάλεια. Συνήθως οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν προβλήματα επικοινωνίας τα οποία γίνονται πιο έντονα καθώς η νόσος εξελίσσεται. Συχνά χρησιμοποιείται ο όρος «αφασία» για να περιγράψει την απώλεια ή την δυσκολία της ικανότητας χρήσης του γραπτού και προφορικού λόγου, η οποία είναι αποτέλεσμα βλάβης του αντίστοιχου νευρικού κέντρου. Περιγράφονται περιπτώσεις ασθενών με σύγχυση, απογοήτευση και θυμό, τα οποία οφείλονται στην εξέλιξη των γλωσσικών διαταραχών. Εξαιτίας της συμπεριφοράς των ατόμων αυτών, πολλές φορές δημιουργούνται παρεξηγήσεις από τα άτομα του περιβάλλοντος τους με αποτέλεσμα οι ασθενείς να απομονώνονται. Τα άτομα που πάσχουν από γνωστικές διαταραχές, έχουν ανάγκη από θετική προσέγγιση και ενίσχυση αλλά και ενθάρρυνση του συνομιλητή τους ώστε να ξεκινήσουν μια συζήτηση. [Μιχαλέρης & Λαμπίδης, 1999]

Απαραίτητη είναι η κατανόηση των συναισθημάτων και σκέψεων από τους περιθάλποντες, ώστε να μπορούν να διακρίνουν αν υπάρχει κάποιο σωματικό πρόβλημα που δυσχεραίνει την επικοινωνία. Πολλές φορές η επίτευξη της επικοινωνίας μπορεί να γίνει και με μη λεκτικούς τρόπους, όπως οπτική επαφή, ένα χάδι, κατάλληλη στάση του σώματος. Επίσης, γνωρίζουμε πως πολλά προβλήματα των ανοϊκών σχετικά με την επικοινωνία οφείλονται στην απώλεια μνήμης. Επομένως, πρέπει να γίνει υπενθύμιση κάποιων γεγονότων και δεδομένων αλλά και να δοθεί ο κατάλληλος χρόνος στο άτομο να τα επεξεργαστεί και να απαντήσει. [Μιχαλέρης & Λαμπίδης, 1999]

3.31 Ανάγκη παραδοχής και κατανόησης από τους άλλους.

Υπάρχουν στιγμές που τα άτομα με άνοια, νιώθουν ότι οι σχέσεις τους με τα άτομα του οικείου περιβάλλοντος τους έχουν αλλάξει. Επίσης, και οι φροντιστές μπορεί να εντοπίζουν αλλαγές στη σχέση τους με τον ασθενή αλλά και στο ίδιο το άτομο. Οι διάφορες συμπεριφορικές αλλαγές που συμβαίνουν (καχυποψία, παραληρητικές ιδέες, επιθετική συμπεριφορά κ.α.) επηρεάζουν αρνητικά κάθε είδους σχέση. Σε αυτή την φάση, οι ασθενείς έχουν ανάγκη από κατανόηση και αποδοχή ώστε να καταφέρουν να προσαρμοστούν οι ίδιοι αλλά και το περιβάλλον τους στις επικείμενες αλλαγές που θα επιφέρει η ασθένεια. [Τσολάκη, 2006]

Με αφορμή την απώλεια των ικανοτήτων και την εξάρτηση τους από άλλους, οδηγούνται συχνά σε απογοήτευση, απώλεια της αξιοπρέπειας και του αυτοσεβασμού για να καταλήξουν σε κατάσταση ανικανότητας. Αυτά μπορεί να αποφευχθούν ή να μην είναι τόσο έντονα για όσο διάστημα το ανοϊκό άτομο αισθάνεται ότι μπορεί να κάνει πράγματα χωρίς την βοήθεια των άλλων. Άρα, όποτε υπάρχει η δυνατότητα θα πρέπει να δίνονται στο άτομο από τους φροντιστές δραστηριότητες που θα μπορεί να βγάλει εις πέρας. Κάτι τέτοιο, μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή δημιουργίας αρνητικών συναισθημάτων (ντροπή, θυμό, θλίψη, απογοήτευση) αλλά και στη διατήρηση της λειτουργικότητας του ατόμου. [Τσολάκη, 2006]

Με την σταδιακή έκπτωση της μνήμης και των γνωστικών λειτουργιών ο ασθενής με άνοια έχει την ανάγκη επιβεβαίωσης και στήριξης από το οικείο περιβάλλον. Μια σημαντική ανάγκη των ανοϊκών είναι η σταθερότητα τόσο στη συμπεριφορά και τη στάση της οικογένειας και των φίλων όσο και στο εξωτερικό περιβάλλον που κινούνται. Οι περισσότερες γνωστικές διαταραχές χαρακτηρίζονται περισσότερο από έκπτωση της βραχύχρονης μνήμης και λιγότερο της μακρόχρονης. Έτσι το ανοϊκό άτομο έχει την ανάγκη από συνεχή υπενθύμιση προσώπων και γεγονότων της καθημερινότητας του από τον φροντιστή του. ο ρόλος δηλαδή του φροντιστή είναι να ανατροφοδοτεί τον ασθενή αλλά και να διατηρεί την ηρεμία και την σταθερότητα στο περιβάλλον του. [Τσολάκη, 2006]

3.4 Ανταπόκριση στο φόβο-άγχος του πάσχοντα.

Ο φόβος και το άγχος συχνά κυριεύουν τα άτομα με άνοια. Οι λόγοι που προκαλούν τα συναισθήματα αυτά είναι πολλοί. Το άγχος μερικές φορές μπορεί να οφείλεται στο ότι οι ανοϊκοί συγχέουν γεγονότα από το παρελθόν με αυτά του παρόντος. Επίσης το άγχος όπως και ο φόβος ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα παραληρητικών ιδεασμών ή ψευδαισθήσεων ακόμα και αποτέλεσμα σκέψεων ότι ο κόσμος που ζουν συνεχώς μεταβάλλεται για εκείνους. [Μιχαλέρης & Λαμπίδης, 1999]

Επειδή δεν είναι πάντα εύκολο να προσδιοριστεί η αιτία του άγχους και του φόβου, ο φροντιστής θα πρέπει να λειτουργεί καθησυχαστικά για το άτομο, να ενισχύει την μη λεκτική επικοινωνία ώστε να ανταποκρίνεται στις σκέψεις και τα συναισθήματα του ατόμου. Σε τέτοιες περιπτώσεις, καλό θα ήταν να απασχοληθεί με κάτι ο ασθενής για να αποσπασθεί η προσοχή του από την πηγή του άγχους και του φόβου. Όμως αν το πρόβλημα είναι τόσο έντονο που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τόσο του ασθενή

όσο και των φροντιστών του θα πρέπει να επισκεφτούν κάποιο γιατρό. Για την αποφυγή δημιουργίας αυτών των συναισθημάτων απαραίτητο είναι να υπάρχει ήρεμο και σταθερό περιβάλλον. [Μιχαλέρης & Λαμπίδης, 1999]

Γνωρίζουμε ότι τα άτομα με άνοια αποπροσανατολίζονται στο χώρο και το χρόνο. Μπορεί να οφείλεται στη σύγχυση που προκαλείται από τις αλλαγές στον εγκέφαλο, απώλεια μνήμης ή εξαιτίας της δυσκολίας αναγνώρισης ατόμων και αντικειμένων. Ακόμα και αν το άτομο δεν είναι πλήρως αποπροσανατολισμένο στο χώρο και το χρόνο, μπορεί να είναι αγχωμένο επειδή θεωρεί πως το ημερήσιο του πρόγραμμα δεν είναι σωστά οργανωμένο ή το περιβάλλον που βρίσκεται να του προκαλεί ανησυχία και να νομίζει ότι θα συμβεί οτιδήποτε κακό. [Τσολάκη, 2006]

Από όλα τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι τα προβλήματα που προκύπτουν και συνδέονται με την παροχή φροντίδας εξαρτημένων ηλικιωμένων ατόμων είναι ανάλογα με το βαθμό και τη μορφή εξάρτησης. Σημαντικό ρόλο έχει η ειδική αξιολόγηση της λειτουργικότητας ενός ηλικιωμένου ατόμου στην επιλογή του είδους της παρεχόμενης φροντίδας. Επίσης υπάρχουν κλίμακες αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται από γηριάτρους για να εκτιμηθεί η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει σε μια σειρά ενεργειών. Σε μια κοινωνία όπως είναι η ελληνική, οι φροντιστές καλούνται να αντιμετωπίσουν, υψηλές απαιτήσεις φροντίδας, που επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τους αλλά και τις κοινωνικές και επαγγελματικές τους δραστηριότητες. [Τσολάκη, 2006]

4. Δικαιώματα των ατόμων με νόσο Alzheimer.

9.1 Όπως όλοι οι άνθρωποι έτσι και οι πάσχοντες από την νόσο Alzheimer έχουν δικαιώματα που είναι απαραίτητο να τηρούνται για να αισθάνονται κοινωνικά όντα. Έτσι λοιπόν οι ασθενείς θα πρέπει : [Tarrriot, 2001]

1. να γνωρίζει για την διάγνωση της νόσου
2. να έχει την κατάλληλη και συνεχή φροντίδα
3. να αντιμετωπίζεται ως ενήλικας και όχι ως παιδί
4. να λαμβάνονται σοβαρά τα συναισθήματα του
5. να εργάζεται και να διασκεδάζει για όσο περισσότερο χρόνο μπορεί
6. να ζει σε ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον
7. να απολαμβάνει οτιδήποτε του γεμίζει την ημέρα του ευχάριστα

8. να μην γίνετε κατάχρηση ψυχοτρόπων πων φαρμάκων
9. να βγαίνει έξω συχνά και να έχει το δικαίωμα της σωματικής επαφής (αγκαλιά, χάδι)
10. να διατηρηθεί η επαφή με άτομα που γνωρίζουν την κουλτούρα του, την ιστορία της ζωής του και τις πεποιθήσεις του
11. και τέλος, η φροντίδα του να παρέχεται από άτομα που έχουν την κατάλληλη εκπαίδευση στη φροντίδα και περιποίηση της νόσου του Alzheimer.

5. Η Ζωή με ένα ανοϊκό άτομο.

5.1 Ο ανοϊκός ασθενής και η φροντίδα του.

5.1 Πολλές φορές η φροντίδα ενός ανοϊκού ασθενούς είναι πολύ δύσκολη. Ωστόσο, υπάρχουν τρόποι αντιμετώπισης της κατάστασης. Παρακάτω, δίδονται κάποιες οδηγίες που μπορούν να φανούν χρήσιμες. [Σακκά και συν, 2007]

- ο *Καθιερώστε ορισμένες συνήθειες, αλλά συνεχίστε τη ζωή φυσιολογικά.* Η ρουτίνα μπορεί να δημιουργήσει ένα τύπο οργάνωσης στην καθημερινή ζωή. Όμως, μπορεί και να δημιουργήσει αίσθημα ασφάλειας στο πάσχων άτομο. Είναι πολύ σημαντικό, η καθημερινή ζωή του ασθενούς αλλά και της οικογένειας να συνεχιστεί φυσιολογικά, ενώ η φροντίδα του θα πρέπει να συνεχιστεί όπως πριν την εμφάνιση της νόσου. *Υποστηρίξτε την ανεξαρτησία του ασθενούς.* Κρίνεται απαραίτητο ο ασθενής να παραμείνει ανεξάρτητος όσο το δυνατόν μεγαλύτερο διάστημα. Η εμπιστοσύνη, η ανάθεση απλών εργασιών και καθηκόντων καθώς και η επιβράβευση τον βοηθούν να διατηρήσει τον αυτοσεβασμό του αλλά να μειώσει και το φορτίο του φροντιστή του.

- ο *Αποφύγετε συγκρούσεις.* Οποιοδήποτε τύπου σύγκρουση μπορεί να προκαλέσει στρες όχι μόνο στο άτομο με νόσο Alzheimer αλλά και στον φροντιστή του. Για αυτό το λόγο δεν θα πρέπει να έχετε κριτική διάθεση, να μην εστιάζετε στις αποτυχίες και διατηρείτε ήρεμη στάση. Επίσης ο θυμός επιδεινώνει την κατάσταση Θυμηθείτε ότι φταίει η νόσος και όχι το άτομο.

- ο *Χρησιμοποιήστε βοηθήματα μνήμης.* Στα πρώτα στάδια της νόσου, η χρήση βοηθημάτων μνήμης βοηθούν τον ασθενή να θυμηθεί, να προλάβουν την σύγχυση και να οργανώσουν τις δραστηριότητες του. Για παράδειγμα: φωτογραφίες



Εικόνα 1.1 Χρήση φωτογραφίας ως βοήθημα μνήμης.

συγγενών με τα ονόματα τους εμφανώς γραμμένα (θυμάται ποιός είναι ποιός για επιτυχή σύνδεση προσώπων), απλοί χάρτες, λίστες κάθε είδους (ψώνια, δουλειές, επέτειοι), χρωματιστές ταμπέλες με ονόματα χώρων ή οδηγίες χρήσης αντικειμένων.

- *Διατηρήστε την επικοινωνία.* Με την εξέλιξη της νόσου η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και φροντιστή δυσχεραίνει. Για το λόγο αυτό: [Σακκά και συν, 2007]

- βεβαιωθείτε ότι ο ασθενής σας προσέχει πριν του μιλήσετε,

- βεβαιωθείτε ότι η όραση και η ακοή του ασθενούς είναι καλή (μπορεί να χρειάζεται καινούρια γυαλιά ή το ακουστικό να μην λειτουργεί),

- μιλάτε αργά, καθαρά και κοιτώντας τον ασθενή στα μάτια,

- προσοχή στη στάση του σώματος σας και την έκφραση του προσώπου σας(οι ασθενείς με προχωρημένη άνοια επικοινωνούν με μη λεκτικά μηνύματα),

- προσοχή στον τόνο της φωνής σας ώστε να μην εκφράζουν επιθετικότητα και εκνευρισμό,

- χρησιμοποιήστε συνδυασμούς λέξεων ή χειρισμούς που να διευκολύνουν την επικοινωνία με τον ασθενή,

- εκφράζετε αγάπη στοργή και ενθάρρυνση με χειρονομίες (αγκαλιές-χάδια) εφόσον ο ασθενής νιώθει καλά με αυτό.

- *Διατηρήστε την αίσθηση του χιούμορ.* Γελάστε παρέα με τον ασθενή..... όχι όμως εις βάρος του. το χιούμορ μπορεί να καταπραΰνει τις εντάσεις. [Σακκά και συν, 2007]



Εικόνα 1.2

- *Δημιουργήστε ασφαλές περιβάλλον.* Οι πιθανότητες τραυματισμού αυξάνονται με την απώλεια της μνήμης και του ελέγχου των κινήσεων, για αυτό ο χώρος του ασθενούς (σπίτι ή ίδρυμα) θα πρέπει να είναι τόσο πιο ασφαλές γίνεται.[Σακκά και συν, 2007]

- *Κάνετε τα πράγματα απλά.* Οι καθημερινές δραστηριότητες και ενέργειες του ασθενούς χρειάζεται να είναι απλές. Συγκεκριμένες εντολές και οδηγίες βήμα-βήμα διευκολύνουν την ανταπόκριση του. [Σακκά και συν, 2007]

- *Ενθαρρύνεται την καλή φυσική κατάσταση.* Η καλή φυσική κατάσταση σε πολλές περιπτώσεις βοηθάει στη διατήρηση των νοητικών και σωματικών ικανοτήτων του

ασθενούς. Το ποια άσκηση είναι κατάλληλη για αυτόν εξαρτάται από την κατάσταση του. Καλό θα ήταν να συμβουλευτείτε το γιατρό σας. [Σακκά και συν, 2007]

ο *Βοηθήστε τον ασθενή να εκμεταλλευτεί στο έπακρο τις υπάρχουσες ικανότητες του.* Η αξιοπρέπεια και η αυτοεκτίμηση του ασθενούς μπορούν να ενισχυθούν με απλές δραστηριότητες, δίνοντας έτσι στόχο και νόημα στη ζωή του. Ένας άνθρωπος που ήταν κηπουρός, οικοδόμος, επιχειρηματίας, ικανοποιείτε με το να χρησιμοποιεί ικανότητες σχετικά με την εργασία του. ωστόσο, η νόσος Alzheimer, είναι εξελισσόμενη νόσος και τα πράγματα που αρέσκετε ή όχι ο ασθενής μπορεί να αλλάζουν. Έτσι ο φροντιστής οφείλει να είναι προσεκτικός και παρατηρητικός όσον αφορά τον προγραμματισμό των δραστηριοτήτων του. [Σακκά και συν, 2007]

6. Αντιμετωπίζοντας ειδικότερα προβλήματα.

6.1 Πώς θα οργανώσουμε την καθημερινότητα ενός ατόμου με νόσο Alzheimer;

Σύμφωνα με την εμπειρία των φροντιστών, προκύπτουν κάποιες συμβουλές οι οποίες για κάποιους θα είναι δύσκολο να εφαρμοστούν. Όμως η προσπάθεια αρκεί....!



Εικόνα 2.1 Βοήθεια στην ατομική υγιεινή.

Πλύσιμο και προσωπική υγιεινή.

Το πάσχων άτομο με νόσο Alzheimer είναι δυνατόν να ξεχνά να πλυθεί ή να μην θυμάται πώς να το κάνει ακόμα και να μην αναγνωρίζει πλέον την ανάγκη αυτή. Σε μια τέτοια περίπτωση το άτομο που τον βοηθάει θα πρέπει να τον σέβεται και να προσέχει ώστε να μην θίξει την αξιοπρέπεια του.

- Διατηρήστε τις προηγούμενες συνήθειες του σχετικά με το πλύσιμο
- Προσπαθήστε το μπάνιο να είναι ευχάριστη και χαλαρωτική διαδικασία
- Αν αρνείται να κάνει μπάνιο μην τον πιέσετε, προσπαθήστε αργότερα που πιθανόν να έχει αλλάξει γνώμη
- Απλοποιήστε όσο το δυνατόν την διαδικασία
- Αν ντρέπεται, καλό είναι κάποια τμήματα του σώματος να μείνουν καλυμμένα

- Επιτρέψτε του να κάνει όσο περισσότερα πράγματα γίνετε κατά την διάρκεια του μπάνιου χωρίς βοήθεια
- Η διαδικασία του μπάνιου θα πρέπει να είναι ασφαλής. Για αυτό θα ήταν χρήσιμο να υπάρχει κάποια λαβή για να μπορεί ο ασθενής να στηριχτεί, έξτρα κάθισμα ή κάποιο μη ολισθηρό πλαστικό χαλάκι στην μπανιέρα
- Αν το μπάνιο είναι δύσκολη διαδικασία και προκαλούνται συγκρούσεις η λύση του ντους είναι πιο προσιτή
- τέλος, αν το μπάνιο δημιουργεί μονίμως εντάσεις, θα βοηθούσε το να αναλάβει την συγκεκριμένη δραστηριότητα κάποιο άλλο άτομο. [Σακκά και συν, 2007]

Τουαλέτα και ακράτεια.

Το άτομο με άνοια μπορεί να χάσει την ικανότητα να αναγνωρίζει πότε πρέπει να πάει τουαλέτα, που είναι ή τι πρέπει να κάνει εκεί.

- Αναπτύξτε ένα πρόγραμμα χρήσης της τουαλέτας
- Βάλτε στην πόρτα της τουαλέτα ταμπέλα με έντονα και μεγάλα γράμματα
- Αφήνετε την πόρτα ανοιχτή ώστε να μπορεί να την βρει εύκολα
- Περιορίστε την κατανάλωση υγρών πριν τον ύπνο
- Φροντίστε τα ρούχα που φοράει να βγαίνουν εύκολα
- Τη νύχτα αφήστε το φως της τουαλέτας αναμμένο και
- Κάποιες φορές βοηθάει και χρήση δοχείου νυκτός. [Σακκά και συν, 2007]

Ντύσιμο.

Συχνά ο ανοϊκός ασθενής δεν ξέρει να ντυθεί ή δεν αναγνωρίζει την ανάγκη να αλλάξει ρούχα. Υπάρχουν στιγμές που εμφανίζεται δημόσια ατημέλητος και με ακατάλληλα ρούχα.

- Ενθαρρύνετε την ανεξαρτησία του ατόμου στο ντύσιμο
- Τοποθετήστε τα ρούχα με την σειρά που πρέπει να φορεθούν

- Αποφύγετε παπούτσια με κορδόνια και ρούχα που κουμπώνουν δύσκολα
- Αν χρειαστεί επαναλάβετε τις οδηγίες πολλές φορές
- Αφήστε του όσο χρόνο χρειαστεί για να ντυθεί [Σακκά και συν, 2007]



Εικόνα 2.2 Παροχή βοήθειας κατά την διάρκεια σίτισης.

Διατροφή. Τα άτομα με Ν.Α. συχνά ξεχνούν εάν έχουν φάει ακόμα και τον τρόπο που χρησιμοποιούν το κουτάλι ή το πιρούνι. Σε προχωρημένα στάδια της νόσου, μπορεί να χρειάζονται κάποιον να τους ταΐσει. Κάποιες φορές παρατηρείται δυσκολία στη μάσηση και την κατάποση όπως επίσης χρειάζεται υπενθύμιση για λήψη υγρών.

- Ίσως χρειαστεί να του θυμίσετε πώς να φάει
- Χρησιμοποιήστε τροφή που να τρώγετε με τα δάκτυλα, τον διευκολύνει και δεν δημιουργεί ακαταστασία
- Το φαγητό να είναι σε μικρές μπουκιές για να μην πνιγεί ο ασθενής ενώ στα προχωρημένα στάδια καλό είναι η τροφή να διαλύετε ή να πολτοποιείτε.
- Θυμίστε του να τρώει αργά
- Σερβίρετε κάθε φορά μία μόνο μερίδα φαγητό
- Σε περίπτωση που δυσκολεύεται να καταπιεί ζητήστε από κάποιο ειδικό να σας δείξει μια τεχνική που να βοηθάει
- Πρέπει να θυμάστε ότι ο ασθενής δεν είναι πάντα σε θέση να διακρίνει το ζεστό από το κρύο και μπορεί να καεί από τροφές ή υγρά με υψηλή θερμοκρασία. [Σακκά και συν, 2007]

Μαγείρεμα. Οι ασθενείς με άνοια από νωρίς χάνουν την ικανότητα να μαγειρεύουν. Η απασχόληση με το μαγείρεμα κρύβει κινδύνους ατυχημάτων και αυτοτραυματισμού.

- Αξιολογήστε την ικανότητα του στο μαγείρεμα
- Συμμετέχετε και εσείς στην δραστηριότητα του μαγειρέματος
- Χρησιμοποιήστε ασφαλείς συσκευές

- Απομακρύνετε αιχμηρά αντικείμενα
- Προσφέρετε έτοιμα γεύματα και βεβαιωθείτε ότι καταναλώνει αρκετή ποσότητα θρεπτικής τροφής. [Σακκά και συν, 2007]

Δυσκολίες στον ύπνο. Συνήθως οι ασθενείς που πάσχουν από νόσο Alzheimer είναι ανήσυχοι τις βραδινές ώρες κάτι που ενοχλεί την υπόλοιπη οικογένεια! Αυτό αποτελεί και το κύριο πρόβλημα στο ρόλο του φροντιστή.

- Αποτρέψτε τον μεσημεριανό ύπνο
- Προσθέστε περισσότερη σωματική δραστηριότητα στη διάρκεια της ημέρας
- Κάντε τον ασθενή να νιώσει όσο το δυνατόν πιο άνετα στη διάρκεια του ύπνου
- Συζητήστε το πρόβλημα με τον γιατρό σας. Υπάρχουν φάρμακα που εξασφαλίζουν καλή ποιότητα ύπνου. [Σακκά και συν, 2007]

Αλκοόλ και κάπνισμα. Η κατανάλωση αλκοόλ επιτρέπεται σε μικρές ποσότητες ενώ το κάπνισμα απαιτεί μεγάλη προσοχή κυρίως για την αποφυγή πρόκλησης ατυχημάτων όπως εγκαύματα, πυρκαγιές κ.α.

- Επίβλεψη του ασθενούς κατά το κάπνισμα ή αποθάρρυνση από την συνήθεια αυτή – ίσως χρειαστεί και ιατρική εντολή
- Ενημερωθείτε για τυχόν αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων με την κατανάλωση αλκοόλ.

Οδήγηση. Η οδήγηση αποτελεί για τον ασθενή με άνοια επικίνδυνη δραστηριότητα δεδομένου ότι έχει πλέον ανεπαρκή κρίση και μειωμένα αντανακλαστικά. Θα βοηθούσε αν:

- Συζητούσατε το θέμα αυτό μαζί του ευγενικά
- Να του προτείνετε να χρησιμοποιεί τα μέσα μαζικής μεταφοράς
- Αν δεν τον πείθετε, είναι αναγκαίο να συμβουλευτείτε κάποιον ειδικό.

[Σακκά και συν, 2007]

Επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές. Ένα από τα χαρακτηριστικά της νόσου Alzheimer είναι ότι ο ασθενής ξεχνάει από την μια στιγμή στην άλλη αυτά που έχουν ειπωθεί με αποτέλεσμα να επαναλαμβάνει συνεχώς τις ίδιες ερωτήσεις και πράξεις.

- Αποσπάστε του την προσοχή, δίνοντας του κάτι άλλο να ασχοληθεί
- Γράψτε τις απαντήσεις στις συχνά επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις
- Έχετε υπομονή και απαντήστε όσο περισσότερες φορές μπορείτε.

[Σακκά και συν, 2007]



Εικόνα 2.3 Περιπλάνηση ατόμου με νόσο Alzheimer μέσα στο χώρο που ζει.

Περιπλάνηση. Αποτελεί ένα αρκετά ανησυχητικό πρόβλημα που ο φροντιστής καλείται να αντιμετωπίσει. Ο ασθενής μπορεί να τριγυρνά μέσα στο σπίτι ή να φύγει και περιπλανιέται στην γειτονιά. Κινδυνεύει να χαθεί για αυτό η ασφάλεια του είναι ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα ιδίως όταν βρίσκετε μόνος του στο σπίτι. Για την ασφάλεια

του λοιπόν μπορείτε να :

- Βεβαιωθείτε ότι φέρει πάντα μαζί του κάποιο χαρτί με τα στοιχεία του όπως και κάποια τηλέφωνα ή διεύθυνση επικοινωνίας
- Βεβαιωθείτε πως το σπίτι είναι ασφαλές, ο ασθενής νιώθει καλά εκεί που είναι και δεν μπορεί να απομακρυνθεί χωρίς να το γνωρίζετε
- Όταν χαθεί και συνέχεια βρεθεί, να τον δεχτείτε με ηρεμία και αγάπη όχι με θυμό
- Σε περίπτωση που χρειαστεί να τον αναζητήσετε καλό θα ήταν να χρησιμοποιήσετε πρόσφατη φωτογραφία. [Σακκά και συν, 2007]

Σεξουαλικές σχέσεις. Οι σεξουαλικές σχέσεις συνήθως δεν επηρεάζονται από την νόσο Alzheimer, ωστόσο η στάση του ασθενούς απέναντι στο σεξ μπορεί να αλλάξει. Οι αγκαλιές και οι τρυφερές χειρονομίες μπορούν να προσφέρουν ικανοποίηση και να σας δείξουν αν το άτομο έχει την διάθεση ή είναι ικανό να προχωρήσει παραπέρα. Ο ασθενής ενδέχεται να μην ανταποκρίνεται όπως πριν την εκδήλωση της νόσου. Εν τω μεταξύ, η σεξουαλική επαφή μπορεί να αποτελεί ικανοποιητικό μέρος της σχέσης για κάποια ζευγάρια. Όμως μπορεί να συμβεί και το αντίθετο. Ο ασθενής να έχει υπερβολικές απαιτήσεις σχετικά με την σεξουαλική επαφή ή η συμπεριφορά του να σας κάνει να αισθάνεστε άβολα.

- Μιλήστε σχετικά και συμβουλευτείτε άλλους φροντιστές
- Μην διστάσετε να συζητήσετε τέτοιου είδους ζητήματα με έναν επαγγελματία υγείας. [Σακκά και συν, 2007]

Ανάρμοστη σεξουαλική συμπεριφορά. Το άτομο με άνοια μπορεί ορισμένες φορές να παρουσιάσει προκλητική σεξουαλική συμπεριφορά, αυτό όμως συμβαίνει σπάνια. Μπορεί για παράδειγμα να βγάζει τα ρούχα του δημοσίως ή να προβαίνει σε ανάρμοστες πράξεις.

- θυμηθείτε ότι υπεύθυνη για αυτό είναι η νόσος οπότε και η συμπεριφορά σας θα πρέπει να μην είναι υπερβολική την δεδομένη στιγμή
- αποσπάστε του την προσοχή σε άλλη δραστηριότητα
- αποθαρρύνετε ευγενικά αλλά και επίμονα παρόμοιες συμπεριφορές. [Σακκά και συν, 2007]

Προσκόλληση. Συνήθως ένα άτομο με Ν.Α. μπορεί να εξαρτηθεί υπερβολικά από τον φροντιστή του και να τον ακολουθεί παντού. Είναι ενοχλητικό και δύσκολα αντιμετωπίζετε αφού παρεμβαίνει στην ιδιωτική ζωή του ατόμου που τον φροντίζει. Οφείλετε στην ανασφάλεια και τον φόβο που διακατέχει το πάσχων άτομο.

- Δώστε του κάτι που θα του τραβήξει την προσοχή την ώρα που φεύγετε
- Μοιραστείτε την φροντίδα του με άλλα μέλη της οικογένειας ώστε να έχετε προσωπικό χρόνο και ευκαιρίες για διασκέδαση και κυρίως για ξεκούραση. [Σακκά και συν, 2007]

Απώλεια αντικειμένων και κατηγορίες για κλοπή. Ο ασθενής με άνοια συχνά ξεχνά που αφήνει διάφορα αντικείμενα με αποτέλεσμα να κατηγορεί άλλους ότι τα έχουν πάρει. Οι συμπεριφορές αυτές οφείλονται στην ανασφάλεια οι οποίες σε συνδυασμό με την απώλεια της μνήμης και του ελέγχου επιδεινώνονται.

- Ανακαλύψτε αν έχει κάποια κρυψώνα
- Κρατάτε αντικείμενα ή αντίγραφα για ότι θεωρείτε σημαντικό π.χ. κλειδιά, ταυτότητες, συμβολαιογραφικές πράξεις
- Ελέγχετε την σακούλα των σκουπιδιών πριν την πετάξετε
- Απαντήστε ευγενικά στις κατηγορίες του ασθενούς, δίχως όμως να προσπαθήσετε να τον πείσετε για το αντίθετο

- Συμφωνήστε ότι το αντικείμενο που ψάχνει έχει χαθεί και βοηθήστε τον να το βρει

Παραλήρημα και ψευδαισθήσεις. Δεν είναι ασυνήθιστο ένα άτομο με άνοια να έχει παραλήρημα και ψευδαισθήσεις.

Το παραλήρημα είναι μια εμφανώς λανθασμένη αλλά επίμονη πεποίθηση. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι απειλείται από τους γείτονες ακόμα και από τον φροντιστή του. για εκείνον το παραλήρημα είναι πραγματικό, του προκαλεί φόβο και μπορεί να τον οδηγήσει σε υπερβολικές ενέργειες αυτοπροστασίας.

Αν έχει ψευδαισθήσεις μπορεί να βλέπει ή να ακούει πράγματα που δεν υπάρχουν, όπως ανθρώπους να του μιλάνε.

- Μην επιχειρηματολογείτε στον ασθενή σχετικά με την εγκυρότητα αυτών ου βλέπει ή ακούει

- Προσπαθήστε να τον καθησυχάσετε σε περίπτωση που νιώσει φόβο, μιλήστε του ήρεμα και κρατήστε του το χέρι

- Τραβήξτε του την προσοχή σε κάτι που συμβαίνει πραγματικά

- Ελέγξτε με τον γιατρό σας αν κάποιο από τα φάρμακα προκαλούν αυτό το πρόβλημα

- Υπάρχουν φάρμακα που βοηθούν στην εξάλειψη αυτών των φαινομένων. [Σακκά και συν, 2007]

Βία κα επιθετικότητα. Από στιγμή σε στιγμή, ο ασθενής μπορεί να θυμώνει και να γίνει επιθετικός ή βίαιος. Μπορεί να συμβαίνει για πολλούς λόγους, όπως την απώλεια της κοινωνικής επαφής, της κρίσης, της αδυναμίας να κατανοεί τις πράξεις και τις προθέσεις των άλλων καθώς και να εκφράσει τα αρνητικά του συναισθήματα με ασφαλή τρόπο. Αυτό, είναι ένα από τα δύσκολα προβλήματα που καλείται ο φροντιστής να αντιμετωπίσει.

- Διατηρήστε την ψυχραιμία σας

- Τραβήξτε την προσοχή του ασθενούς σε μια χαλαρωτική δραστηριότητα

- Δώστε του περισσότερο χώρο

- Βρείτε την αιτία της βίαιης συμπεριφοράς του και προσπαθήστε να την αποφύγετε στο μέλλον
- Αν τα επεισόδια βίας είναι συχνά ζητήστε βοήθεια, συζητήστε με τον γιατρό σας τρόπους αντιμετώπισης. Τα νεότερα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στην μείωση των επεισοδίων αυτών. [Σακκά και συν, 2007]

Κατάθλιψη και άγχος. Ο πάσχων από άνοια μπορεί να έχει κατάθλιψη, να είναι δυστυχής, αποσυρμένος, να μιλά και να σκέφτεται αργά. Όλα αυτά μπορεί να επηρεάσουν την καθημερινότητα του ατόμου, τον ύπνο και την όρεξη του.



Εικόνα 2.4 Απόσυρση του ατόμου λόγω κατάθλιψης ή άλλων συναισθημάτων.

- Δώστε περισσότερη προσοχή και υποστήριξη στον ασθενή
- Μιλήστε στον γιατρό σας, αν δεν μπορεί να σας βοηθήσει θα σας παραπέμψει σε ψυχολόγο ή ψυχίατρο
- Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να φανούν χρήσιμα
- Μην περιμένετε την άμεση επαναφορά του ασθενούς. [Σακκά και συν, 2007]

7. Η ιδρυματοποίηση στην άνοια αποτελεί λύση;

Η φροντίδα ενός ασθενούς με άνοια είναι μια μακρόχρονη και απαιτητική διαδικασία με πολλές παραμέτρους. Η δημιουργία ασφαλούς περιβάλλοντος και η διασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης για τον ασθενή αποτελούν κύριο μέλημα όλων μας. Εξίσου σημαντική είναι όμως και η διατήρηση της αυτονομίας και ανεξαρτησίας του ατόμου για όσο μεγαλύτερο διάστημα. Στήριγμα, πηγή αγάπης και φροντίδας για τον ασθενή είναι ο κύριος φροντιστής του, ο οποίος συνήθως είναι από το στενό οικογενειακό του περιβάλλον.

Η σχέση μεταξύ ασθενούς και φροντιστή έχει ιδιαίτερη σημασία. Η αρμονική συμβίωση τους βοηθάει στην διατήρηση και προαγωγή της ηρεμίας και της ασφάλειας. Πλέον όμως είναι κοινά αποδεκτό ότι οι φροντιστές καλούνται να επωμιστούν μεγάλο ψυχικό, οικονομικό και σωματικό φορτίο. Δεν είναι λίγες οι φορές που νιώθουν ενοχές

και απελπισία καθώς αναρωτιούνται αν φροντίζουν σωστά τον δικό τους άνθρωπο. Ο ασθενής, ως ιδιαίτερος άνθρωπος πια, έχει ανάγκη από συμπαράσταση, κατανόηση και υπομονή. Από την άλλη όμως είναι ο φροντιστής, ο οποίος ενώ πασχίζει να προσφέρει την καλύτερη δυνατή φροντίδα στον ασθενή, δεν παύει να έχει προσωπικές ανάγκες και ανησυχίες. Για να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της νόσου και στις ανάγκες του ασθενούς θα πρέπει να διαθέτει προσωπικό χρόνο, υποστήριξη από το οικογενειακό περιβάλλον μα κυρίως επαρκή πληροφόρηση.

Όταν η νόσος έχει φτάσει σε προχωρημένα στάδια, έχει ήδη δημιουργηθεί η ανάγκη συνεχούς επίβλεψης και παροχής υπηρεσιών που ξεπερνούν τις γνώσεις του φροντιστή. Οι φροντιστές έχουν τώρα να αντιμετωπίσουν νέα για αυτούς προβλήματα που εντείνουν την υπάρχουσα ψυχολογική πίεση. Στα τελικά στάδια της νόσου, οι ανάγκες του ασθενούς είναι τέτοιες που υπερκαλύπτουν αυτές του φροντιστή. Πλέον επικρατεί το δίλλημα αν οι συνθήκες επιτρέπουν την παραμονή του ασθενούς στο σπίτι ή είναι απαραίτητη η εισαγωγή του σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων.

Στην Ελλάδα, οι περισσότεροι εξαντλούν κάθε περιθώριο πριν αποφασίσουν την εισαγωγή του αγαπημένου τους προσώπου σε κάποιο ίδρυμα. Κάνουν ότι είναι δυνατό προκειμένου να κρατήσουν τον άνθρωπο τους στο σπίτι ακόμα και αν αυτό τους επιβαρύνει οικονομικά. Η πιο συχνή λύση είναι η πρόσληψη φροντίστριας η οποία αναλαμβάνει τη φροντίδα του ασθενούς τις ώρες που ο κύριος φροντιστής απουσιάζει. Η συνεργασία με ένα επαγγελματία φροντιστή, λύνει κάποια προβλήματα προσωρινά γιατί αργά ή γρήγορα και ανάλογα με τα προβλήματα και τις ανάγκες που προκύπτουν και αυτή η λύση είναι ανεπαρκής.

Ο χώρος του σπιτιού για τον ασθενή είναι το πιο ασφαλές μέρος, χωρίς όμως να αποτελεί και το σημαντικότερο κριτήριο για την παραμονή του εκεί. Όταν ο ασθενής είναι στα τελικά στάδια της νόσου και ο φροντιστής κρίνει ότι δεν είναι ικανός να του παρέχει την απαιτούμενη φροντίδα, τότε θα πρέπει να παρθεί η απόφαση για εισαγωγή του ατόμου σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων. Η χώρα μας, εν αντιθέσει με άλλες χώρες, δεν διαθέτει μονάδες που να απευθύνονται αποκλειστικά και μόνο σε ασθενείς με άνοια. Η πιο εφικτή λύση είναι τα ιδιωτικά ιδρύματα που έχουν δημιουργηθεί τα τελευταία χρόνια. Πολλά από αυτά τηρούν αυστηρά τους κανόνες υγιεινής και ασφάλειας καθώς στελεχώνονται από επαγγελματίες υγείας όπως γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους κ.α. Επίσης, οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν είναι υψηλού

επιπέδου και το περιβάλλον είναι φιλικό και όμορφο, κατάλληλο για τους ανοϊκούς ασθενείς.

Με το να εντάξει κάποιος τον άνθρωπο του σε ένα τέτοιο ίδρυμα δεν σημαίνει ότι τον εγκαταλείπει. Ο φροντιστής μπορεί να έρχεται σε επαφή με το αγαπημένο του άτομο όσο συχνά επιθυμεί. Μπορεί ακόμα να ενημερώνεται από τους υπευθύνους για την πορεία της νόσου. Την ένταξη και παραμονή του στο νέο χώρο βοηθούν οι ομάδες κοινωνικοποίησης και δημιουργικής απασχόλησης που πραγματοποιούνται στα πλαίσια της λειτουργίας των μονάδων φροντίδας, στις οποίες μπορούν να συμμετέχουν και οι φροντιστές τους. Η συζήτηση του θέματος με τον γιατρό, η αξιολόγηση των συνθηκών και των δυνατοτήτων αντιμετώπισης των προβλημάτων, οι διαθέσιμες επιλογές, θα βοηθήσουν τον φροντιστή να επιλέξει τον τρόπο παροχής της φροντίδας που χρειάζεται ο ασθενής στο στάδιο αυτό της νόσου. [Μαράτου, Δεκέμβριος 2008 – Φεβρουάριος 2009, www.alzheimerathens.gr]

8. Φροντίδα του πάσχοντα από τη νόσο Alzheimer στο σπίτι.

Η φροντίδα ενός ηλικιωμένου άρρωστου ατόμου μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμη, μεσοπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη. Στην περίπτωση ενός ανοϊκού ηλικιωμένου ατόμου μας αφορά η μακροπρόθεσμη φροντίδα, αφού με την εξέλιξη της νόσου εκδηλώνονται απροσδόκητες επιπλοκές. Άρα, οι ανάγκες του ασθενούς θα πρέπει να επαναπροσδιορίζονται συνεχώς. [Μίχου, 1997]

Σε αυτά τα άτομα, μπορεί η φροντίδα να δοθεί εκτός από το χώρο του νοσοκομείου / μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων από επαγγελματίες υγείας και στο χώρο του σπιτιού του ή κάποιου άλλου συγγενικού σπιτιού από μέλη της οικογένειας.

Όπου και αν παρέχεται όμως η φροντίδα, αυτό που μας ενδιαφέρει είναι (η φροντίδα) να αφορά τις ανάγκες του ασθενούς, φυσικές, συναισθηματικές, κοινωνικές και θεραπευτικές. Να σημειωθεί πως οι ανάγκες αυτές αλλάζουν από μέρα σε μέρα, από στάδιο σε στάδιο, επομένως απαραίτητη είναι και η βοήθεια από άλλα άτομα που να έχουν τις κατάλληλες γνώσεις ώστε να καλυφθούν. [Μίχου, 1997]

Τα τελευταία χρόνια, η φροντίδα τους γίνεται με την χρήση κατάλληλων τεχνικών και μεθόδων. Σύμφωνα λοιπόν με την θεωρία της σύγχρονης Νοσηλευτικής, ο πάσχων

ασθενείς με νόσο Alzheimer, αντιμετωπίζεται ως ολότητα βιοψυχο-κοινωνική και όχι σαν σύνολο συμπτωμάτων της νόσου.[Μίχου, 1997]

Για την εφαρμογή των τεχνικών και των μεθόδων στην φροντίδα του ασθενούς ακολουθούνται τα εξής στάδια:

- Εκτίμηση των αναγκών του ατόμου σύμφωνα με τις παρεχόμενες πληροφορίες από τον ίδιο και τους συγγενείς του
- Συμμετοχή του ασθενούς στη νοσηλευτική φροντίδα αν και εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση του
- Το σχέδιο της φροντίδας του θα πρέπει να επεκτείνεται στην στήριξη και ενθάρρυνση του, ώστε με το πέρασμα του χρόνου να καθίσταται όλο και πιο ανεξάρτητος
- Αξιολόγηση της φροντίδας για το αν έχουν καλυφθεί οι ανάγκες του ασθενούς διαφορετικά αναδιατυπώνεται.

Οι τεχνικές αυτές μπορούν να εφαρμοστούν ανεξάρτητα από το χώρο νοσηλείας του ατόμου.[Μίχου, 1997]

Η φροντίδα του ασθενούς με νόσο Alzheimer στο σπίτι έχει πολλά πλεονεκτήματα. Μένοντας στο σπίτι, στον δικό του γνώριμο περιβάλλον, νιώθει ασφαλής, κάτι που είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην φροντίδα αλλά και στην πορεία της νόσου. Έχει επίσης την ευκαιρία να δημιουργήσει καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τον φροντιστή του ακόμα και με τον έμμισθο φροντιστή και να αναπτύξει αίσθημα εμπιστοσύνης το οποίο εκτός του ότι θα τον κάνει να νιώσει άνετα [Μίχου,1997] θα βοηθήσει και τον φροντιστή να προσεγγίσει τον ασθενή συναισθηματικά.

Ωστόσο, η νοσηλεία του ανοϊκού ασθενούς στο σπίτι δεν είναι εύκολη υπόθεση. Το άτομο που φροντίζει τον ασθενή, θα πρέπει να έχει βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας και από υγειονομικές υπηρεσίες [Μίχου, 1997] καθώς θα πρέπει να ενημερώνεται και να εκπαιδεύεται συνεχώς για τον τρόπο παροχής της φροντίδας και αντιμετώπισης των προβλημάτων που δημιουργεί η νόσος ανάλογα με το στάδιο της.

9. Ατυχήματα και η ασφάλεια του ατόμου με νόσο Alzheimer.

Τα προβλήματα που εκδηλώνονται με την πάροδο της νόσου, όπως μνήμη, αστάθεια, κινητικότητα, όραση και άλλα, προκαλούν δυσκολίες στην λειτουργικότητα του ασθενούς με Ν.Α. και δημιουργούν κινδύνους όπως εγκαύματα, δηλητηριάσεις, πτώσεις

και τραυματισμούς. Για την ενίσχυση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς (ανεξαρτησία, ασφάλεια) και την βελτίωση των ενδοοικογενειακών σχέσεων, συμβάλλει το καλά οργανωμένο περιβάλλον διαβίωσης. Η άρση του περιβαλλοντικού περιορισμού, η καλύτερη οργάνωση του χώρου και η προσαρμογή των δραστηριοτήτων αφορούν απλές και σύνθετες παρεμβάσεις. [Καραμπέτσου & Κοντομήτρου, 2009]

Γενικοί κανόνες στο σπίτι.

- Στο δάπεδο να τοποθετηθούν αντιολισθητικές επιφάνειες, ανθεκτικές και εύκολα πλενόμενες
- Οι μοκέτες και τα χαλιά να είναι κολλημένα στο πάτωμα
- Τα καλώδια από τις ηλεκτρικές συσκευές να είναι καλά κρυμμένα ή στερεωμένα κατά μήκος του τοίχου
- Τα μικροέπιπλα να τοποθετηθούν σε σημεία που να μην εμποδίσουν το πέρασμα του ασθενούς
- Στα διαφορετικά επίπεδα του σπιτιού και στα σκαλιά να τοποθετηθούν ευδιάκριτα τελειώματα
- Επαρκής φωτισμός σε όλους τους χώρους
- Στις εσωτερικές ή εξωτερικές σκάλες να τοποθετηθούν κιγκλιδώματα για εύκολη άνοδο και κάθοδο
- Να τοποθετηθούν προστατευτικές σε χώρους που κινείται συχνά ο ασθενής ώστε να στηρίζεται, αν κρίνετε απαραίτητο
- Τα βοηθήματα κίνησης να βρίσκονται πάντα κοντά στον ασθενή ώστε να μπορεί να τα πιάσει εύκολα
- Να τοποθετηθεί σύστημα πυρασφάλειας, κυρίως σε χώρους υψηλού κινδύνου
- Να εγκατασταθεί κουδούνι κινδύνου για περίπτωση ανάγκης. Επίσης οι πόρτες να παραμένουν πάντα ανοιχτές, χωρίς κλειδιά, κυρίως του μπάνιου για εύκολη πρόσβαση του φροντιστή σε περίπτωση ατυχήματος. [Καραμπέτσου & Κοντομήτρου, 2009]

Ασφάλεια στην κουζίνα και το υπνοδωμάτιο.

Προτείνετε:

- Εγκατάσταση χρονοδιακόπτη στην ηλεκτρική κουζίνα για την αποφυγή πρόκλησης πυρκαγιάς
- Τοποθέτηση των συχνά χρησιμοποιούμενων αντικειμένων από τον ασθενή σε χαμηλά σημεία για την αποφυγή τραυματισμού ή πτώσης στην προσπάθεια του να τα πιάσει
- Χρήση κυλιόμενου τραπεζιού για την ασφαλή μεταφορά του φαγητού ή άλλων αντικειμένων
- Η τοποθέτηση λαβής στο κρεβάτι του ασθενούς, τον βοηθάει να γυρνάει με ευκολία το βράδυ και να σηκώνεται το πρωί. Το κρεβάτι του θα πρέπει να έχει το κατάλληλο ύψος ώστε να τον διευκολύνει και να είναι σταθερό για την ασφαλή χρήση του. [Καραμπέτσου & Κοντομήτρου, 2009]

Ασφάλεια στο μπάνιο.

Το μπάνιο είναι ο πιο επικίνδυνος χώρος του σπιτιού. Προτεινόμενα μέτρα:

- Αντιολισθητικό πατάκι εσωτερικά κα εξωτερικά από την μπανιέρα
- Λαβές ασφαλείας στην μπανιέρα για την στήριξη του ασθενούς
- Σανίδα μπάνιου ή αναδιπλούμενο σκαμνί τοίχου για το ντουζ
- Πλαίσιο τουαλέτας ή μπάρες στήριξης στα πλαϊνά της λεκάνης
- Ανυψωτικό κάθισμα λεκάνης ώστε το άτομο να κάθεται και να σηκώνεται με ευκολία και ασφάλεια
- Επίσης, ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται στο νερό. Να μην είναι σε πολύ υψηλή θερμοκρασία και προκληθεί έγκαυμα στον ασθενή που θα προσπαθήσει να ανοίξει την βρύση μόνος του. [Καραμπέτσου & Κοντομήτρου, 2009]

Ένδυση – υπόδηση.

- Προτιμώμενα είναι ρούχα άνετα, ευκολοφόρετα που δεν χρειάζονται σιδέρωμα. Να αποφεύγονται ρούχα εφαρμοστά. Να προτιμούνται ρούχα με φερμουάρ
- Τα παπούτσια να είναι χαμηλά, χωρίς τακούνι ή κορδόνι για ασφαλέστερο περπάτημα
- Το ντύσιμο να γίνεται σε καθιστή θέση και με καλή ισορροπία του ατόμου

- Η διαδικασία της ένδυσης είναι πιο εύκολη όταν ενδύεται πρώτα η αδύναμη πλευρά του ασθενούς ενώ κατά την απόδυση αφαιρούνται πρώτα από την ισχυρή πλευρά

- Βοηθήματα όπως καλτσοφορετής ή κόκαλο για τα παπούτσια εξυπηρετεί τον ασθενή που δυσκολεύεται να σκύψει, να ντυθεί με ασφάλεια. [Καραμπέτσου & Κοντομήτρου, 2009]

Προσωπική υγιεινή και φροντίδα εαυτού.

- Ένα δοχείο νυκτός είναι χρήσιμο όταν προκύπτει ανάγκη για τουαλέτα κατά την διάρκεια της νύχτας

- Ένα σφουγγάρι με μακριά λαβή αποτρέπει στο άτομο να σκύβει με κίνδυνο να χάσει την ισορροπία του στο μπάνιο

- Σπόγγοι με θήκες είναι επίσης χρήσιμοι για να μην πέφτει το σαπούνι

- Το μπουρνούζι προσφέρει αποτελεσματικό και ασφαλές σκούπισμα

- Η εφαρμογή κορδονιού για να κρεμά στο λαιμό τα γυαλιά του ή ο συχνός έλεγχος της μπαταρίας στα ακουστικά του είναι απαραίτητες διαδικασίες για την αποτελεσματική φροντίδα των βοηθημάτων του. [Καραμπέτσου & Κοντομήτρου, 2009]

Σίτιση και προετοιμασία φαγητού.

- Πλαστικά πιάτα και ποτήρια που δεν σπάνε είναι ασφαλέστερα στη χρήση από άτομα με άνοια

- Κονσέρβες δίνουν την δυνατότητα στο άτομο να γευματίσει όταν δεν αισθάνεται καλά

- Ένα «βοηθητικό χέρι» (reacher) επιτρέπει στον ασθενή να προσεγγίσει αντικείμενα που βρίσκονται ψηλά ή έχουν πέσει κάτω και δυσκολεύεται να τα πιάσει

- Υγρά ή άλλες ουσίες που πέφτουν στο πάτωμα θα πρέπει να καθαρίζονται άμεσα για την αποφυγή ατυχήματος

- Η εφαρμογή προγραμματισμού δράσης (π.χ. συγκέντρωση υλικών στον πάγκο για την προετοιμασία του γεύματος) κατά την διάρκεια του μαγειρέματος απλοποιεί την δραστηριότητα και την κάνει πιο ασφαλή

- Σταθεροποίηση των χεριών στο τραπέζι κατά την σίτιση επιτρέπει τους επιδέξιους χειρισμούς των μαχαιροπήρουνων ειδικά σε άτομα που υπάρχει τρόμος. [Καραμπέτσου & Κοντομήτρου, 2009]

Φροντίδα του σπιτιού και ψώνια.

- Η κατανομή του νοικοκυριού σε όλες τις ημέρες της εβδομάδας καθώς και η οργάνωση της εργασίας με ενδιάμεσα διαλείμματα αφήνουν ελεύθερο χρόνο για ανάπαυση
- Ένα υπερυψωμένο σκαμπό χρησιμεύει στην εκτέλεση δραστηριοτήτων από άνετη, ασφαλή καθιστή θέση
- Η χρήση καροτσιού λαϊκής για την μεταφορά των προϊόντων είναι απαραίτητη σε άτομα με προβλήματα αστάθειας. Επίσης ο περιπατητήρας με ρόδες (rollator) είναι κατάλληλος για κάποιον που πρέπει να χρησιμοποιεί βοήθημα βάδισης και να μεταφέρει αντικείμενα. [Καραμπέτσου & Κοντομήτρου, 2009]

Επικοινωνία.

- Η τηλεφωνική με μεγάλα κουμπιά είναι πιο εύχρηστη από τα ηλικιωμένα ανοϊκά άτομα
- Η ρύθμιση ταχείας κλήσης προς νούμερα έκτακτης ανάγκης διευκολύνει το άτομο να αναζητήσει βοήθεια σε περίπτωση ανάγκης
- Επίσης εξυπηρετεί ένας κατάλογος με χρήσιμα τηλέφωνα, με μεγάλα ευδιάκριτα γράμματα δίπλα στην τηλεφωνική συσκευή
- Η αυξημένη ένταση σε ένα κουδούνι ή μια συσκευή με φως όταν χτυπάει το τηλέφωνο ή η εξώπορτα βοηθάει το άτομο με μειωμένη ακοή να είναι αυτόνομο και συνεπές στην επικοινωνία του. [Καραμπέτσου & Κοντομήτρου, 2009]

Για την μετακίνηση.

- Το βοήθημα βάδισης που ενδεχομένως να χρησιμοποιεί ο ασθενής, να είναι στο κατάλληλο ύψος ανάλογα με την σωματική του διάπλαση και να έχει στη βάση λαστιχένιο παπουτσάκι για να μην γλιστράει.
- Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το άτομο που έχει ανάγκη από βοήθημα βάδισης να εκπαιδεύεται από θεραπευτή για την ορθή και ασφαλή χρήση του. [Καραμπέτσου & Κοντομήτρου, 2009]

10. Πρόληψη της νόσου – προγράμματα άσκησης και νοητικής ενδυνάμωσης

10.1 Ο ρόλος της άσκησης στη νόσο Alzheimer

Όπως έχουμε αναφέρει και σε προηγούμενα κεφάλαια η νόσος Alzheimer είναι μια προοδευτική νευρολογική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από νευροεκφυλιστικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο και η εξέλιξη της οδηγεί σε έκπτωση της μνήμης, του προσανατολισμού και άλλων γνωστικών λειτουργιών καθώς και αλλαγές στην προσωπικότητα, νοητική δυσλειτουργία και λειτουργική έκπτωση. Με την αύξηση του παγκόσμιου προσδόκιμου επιβίωσης οδηγούμαστε αυτόματα και στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων με νόσο Alzheimer. Έτσι προκύπτει και η άμεση ανάγκη ανεύρεσης μέσων για πρόληψη και έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου. Φαίνεται λοιπόν ότι η άσκηση αποτελεί ένα σημαντικό μη φαρμακευτικό μέσο, αφού μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου ή επιβραδύνει την έναρξη εκδήλωσης των συμπτωμάτων της σε άτομα της τρίτης ηλικίας. [Μαμαλετζή, 2013 / www.mednet.gr]

10.1.1 Άσκηση και πρόληψη της νόσου Alzheimer.

Έχει βρεθεί ότι παράγοντες όπως υποκινητικότητα, παχυσαρκία, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, κατάθλιψη και το άγχος συμβάλλουν στην ενίσχυση των νευροεκφυλιστικών αλλοιώσεων του εγκεφάλου. Επίσης η υποκινητικότητα οδηγεί σε φυσική ανεπάρκεια και έκπτωσης της λειτουργικότητας, με αποτέλεσμα την απώλεια αυτοεξυπηρέτησης, τη δύσκολη φροντίδα του ατόμου και την αύξηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας. Στα μη φαρμακευτικά μέτρα κυριαρχούσα θέση έχουν η μεσογειακή διατροφή, οι νοητικές δραστηριότητες και η άσκηση. Η συστηματική άσκηση, έστω και μέτριας έντασης, μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη ή τον περιορισμό εμφάνισης της Ν.Α. [Μαμαλετζή,2013 / www.mednet.gr]



Εικόνα 3.1 Ατομική άσκηση ηλικιωμένων ατόμων.

Η συστηματική άσκηση διατηρεί τον εγκέφαλο υγιή και παραγωγικό ενώ βελτιώνει την μνήμη και τις γνωστικές λειτουργίες σε άτομα της τρίτης ηλικίας. Ακόμα μελέτες έδειξαν ότι η μακρόχρονη και συστηματική άσκηση σε ηλικιωμένες γυναίκες συνδέεται με καλύτερες γνωστικές ικανότητες, όπως μνήμη προσοχή κ.α. [Μαμαλετζή, 2013 / www.mednet.gr]

Η νόσος Alzheimer συνδέεται με αυξημένα επίπεδα αγγειακού νευρικού οξειδωτικού στρες και μειωμένη αιματική ροή του εγκεφάλου. Έχει αποδειχθεί ότι η άσκηση, αυξάνει την αιματική ροή και τον εγκεφαλικό μεταβολισμό και μειώνει το οξειδωτικό στρες. Επίσης με την άσκηση προκαλείται αγγειογένεση, αυξημένη αιματική ροή της παρεγκεφαλίδας τον ιππόκαμπο και τον κινητικό φλοιό, άρα διατηρείται η εγκεφαλική λειτουργία, διεγείρεται η ανάπτυξη περιοχών που σχετίζονται με την προσοχή και αυξάνεται η παραγωγή νευροτροφικών παραγόντων με αποτέλεσμα την μείωση της κατάθλιψης, την αύξηση αντοχής στο άγχος και τη βελτίωση της μνήμης.[Μαμαλετζή, 2013 / www.mednet.gr]

Αφού η νόσος είναι εκφυλιστική και η ίαση της αδύνατη, στόχος των προγραμμάτων είναι η επιβράδυνση της εξέλιξης της και ο έλεγχος των συμπτωμάτων της. Μιας και οι φαρμακευτικές αγωγές δεν είναι αποτελεσματικές, όσον αφορά την θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου και την δευτερογενή πρόληψη, προτείνονται μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που επιδρούν στην πλαστικότητα του εγκεφάλου όπως διατροφή, νοητικές δραστηριότητες και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Φαίνεται ότι τα ερεθίσματα από την κίνηση και την άσκηση συμβάλλουν στην ενεργοποίηση των γνωστικών λειτουργιών και στην αναχαίτιση της γνωστικής έκπτωσης. [Μαμαλετζή, 2013 / www.mednet.gr]

10.1.2 Στόχοι και οφέλη της άσκησης.

Μιας και οι ασθενείς με νόσο Alzheimer εμφανίζουν συχνά επεισόδια τραυματισμών, πτώσεων, κινητικότητας, λειτουργική έκπτωση και μείωση της αυτοεξυπηρέτησης τους, τίθενται κάποιο στόχοι μέσω της άσκησης για την βελτίωση τους. Οι κύριοι λοιπόν στόχοι σε ασθενείς με νόσο Alzheimer είναι η βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών, η ικανότητα αντίληψης, η βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας, της ισορροπίας, της μυικής ισχύος και αντοχής, η πρόληψη της μυικής ατροφίας, των δυσκαμψιών και της απώλειας της ελαστικότητας των μυών καθώς και η πρόληψη νόσων που σχετίζονται τόσο με την υποκινητικότητα όσο και με την τρίτη ηλικία. [Μαμαλετζή, 2013 / www.mednet.gr]

Με την επίτευξη των στόχων αυτών επιτυγχάνεται η μείωση των πτώσεων και της απώλειας της κινητικότητας, η διατήρηση της λειτουργικότητας και της ανεξαρτησίας όπως και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής και των καθημερινών δραστηριοτήτων του ατόμου.[Μαμαλετζή, 2013 / www.mednet.gr]

Μακροπρόθεσμα, η άσκηση έχει θετική επίδραση στις παραμέτρους που ενοχοποιούνται στην παθολογία της νόσου Alzheimer. Επί πλέον, η άσκηση βοηθάει στην βελτίωση της συμπεριφοράς και του θυμικού, βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου, μειώνει άγχος και κατάθλιψη, ελαττώνει τον φόβο, διατηρεί την κοινωνικότητα και τα ενδιαφέροντα, προλαμβάνει τις διαταραχές ισορροπίας και τις πτώσεις, γενικά



Εικόνα 3.2 Συμμετοχή ηλικιωμένων ατόμων με νόσο Alzheimer σε ομαδικό πρόγραμμα άσκησης.

προβλήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία κ.α. Τα οφέλη που εισπράττουν οι ασθενείς από την άσκηση είναι δυνατόν να υφίστανται έως και ένα χρόνο έπειτα από την διακοπή του προγράμματος. [Μαμαλετζή, 2013 / www.mednet.gr]

διατηρεί την λειτουργικότητα του ατόμου και βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του. Σε ασθενείς με νόσο Alzheimer, που συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης, έχει διαπιστωθεί ότι μειώνονται οι άσκοπες περιπλανήσεις, οι νυχτερινές αφυπνίσεις και η διάρκεια τους. Η άσκηση, τέλος, συμβάλλει στην πρόληψη και αποκατάσταση συνυπαρχουσών νοσηρών καταστάσεων της τρίτης ηλικίας, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, μυοσκελετικά

10.1.3 Ειδικές συστάσεις για την άσκηση.

Για την εξασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των προγραμμάτων άσκησης σε άτομα με άνοια θα πρέπει να υπάρχει ορθός προγραμματισμός των συνεδριών και συνεχής επίβλεψη. Οι συνεδρίες θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στην φυσική κατάσταση, στην κατάσταση της υγείας, στις ιδιαιτερότητες και τις προτιμήσεις των ασθενών. Θα πρέπει να τίθενται στόχοι βραχυ – μακροπρόθεσμοι, να γίνεται κατανοητό το όφελος από την άσκηση, να εκτιμάται και να ανταμείβεται η προσπάθεια και η πρόοδος του ασθενούς. [Μαμαλετζή, 2013 / www.mednet.gr]

Επίσης, οι ασκήσεις θα πρέπει να είναι εύκολες, ποικίλες, απλές και διασκεδαστικές, με κατανοητά και ενίοτε αστεία παραγγέλματα. Σημαντικό είναι, το πρόγραμμα να μην προκαλεί άλγος, κόπωση ή εξάντληση. Η καταναγκαστική άσκηση προκαλεί έντονο στρες και αναιρεί τα αναμενόμενα οφέλη. Οι ασθενείς θα πρέπει να είναι κατάλληλα εξοπλισμένοι για τις δραστηριότητες και να ενυδατώνονται συχνά.

Η αποτελεσματική επικοινωνία, η άνεση και το ευχάριστο περιβάλλον, το αίσθημα ασφάλειας και ο διασκεδαστικός χαρακτήρας των προγραμμάτων άσκησης συμβάλλουν στην συστηματική συμμετοχή των ασθενών σε αυτά. Όμως υπάρχουν και αρνητική παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την συμμετοχή των ασθενών σε κάποιο πρόγραμμα. Τέτοιοι είναι η έλλειψη συνοδού, η δυσκολία πρόσβασης στο χώρο άσκησης, αρνητικό οικογενειακό περιβάλλον, η επιθετική συμπεριφορά του ίδιου του ασθενούς, ο τραυματισμός από πτώση κ.α. [Μαμαλετζή, 2013]

Ωστόσο, η αποτελεσματική πρόληψη και η θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου είναι δυνατόν να έχει σημαντικές προεκτάσεις στην ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και να συμβάλλει στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στην μείωση των οικονομικών, κοινωνικών και ατομικών επιβαρύνσεων. Άρα, απαραίτητη είναι η ενημέρωση του ασθενούς και της οικογένειας του για τα οφέλη της άσκησης, η επιστημονική συμμετοχή για την προαγωγή της υγείας και η ενθάρρυνση για φυσική δραστηριότητα. [Μαμαλετζή, 2013]

10.2 Προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης.

Όπως αναφέρθηκε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η φαρμακευτική αγωγή ως μέθοδος θεραπείας χρησιμοποιείται ευρέως τα τελευταία χρόνια για την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer. Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης αποτελούν μια νέα μη φαρμακευτική θεραπευτική προσέγγιση της νόσου, η οποία τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται όλο και περισσότερο από τους επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την άνοια. [Λυμπεροπούλου & Σακκά, 2006]

Όπως είναι γνωστό, ένα από τα αρχικά συμπτώματα που εμφανίζουν ασθενείς με Ν.Α. είναι η αποδυνάμωση των γνωστικών λειτουργιών, όπως μνήμη, κρίση, λόγος και προσοχή. Η αποδυνάμωση γίνεται σταδιακά. Στόχος των προγραμμάτων νοητικής ενδυνάμωσης είναι η αξιοποίηση των γνωστικών λειτουργιών του ασθενούς που παραμένουν ικανοποιητικό επίπεδο. Έτσι επιδιώκεται η σταθεροποίηση και η μείωση της

γνωστικής έκπτωσης του ατόμου, με απώτερο στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής του ίδιου αλλά και της οικογένειά του. [Λυμπεροπούλου & Σακκά, 2006]

Τα προγράμματα νοητικής ενδυνάμωσης είναι κατάλληλα για ασθενείς ήπιας ως μέτριας βαρύτητας άνοια καθώς οι ασθενείς σε αυτή τη φάση της νόσου διατηρούν γνωστικά αποθέματα που μπορούν να αξιοποιηθούν προς όφελος τους. Για την νοητική ενδυνάμωση χρησιμοποιούνται ποικιλία ερεθισμάτων και εξειδικευμένων μεθόδων ώστε να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ανάλογα με τις ικανότητες, τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες του κάθε ασθενούς, σχεδιάζεται ένα πρόγραμμα που περιλαμβάνει:

- Προσανατολισμό στο χώρο και το χρόνο
- Εκμάθηση ή επανεκμάθηση υλικού με τις κατάλληλες μεθόδους
- Συζήτηση για θέματα επικαιρότητας
- Εκπαίδευση στη χρήση εξωτερικών μνημονικών βοηθημάτων
- Ασκήσεις που ασκούν την μνήμη, την κρίση, το λόγο την προσοχή
- Θεραπεία δι' αναμνήσεων
- Θεραπεία τέχνης
- Επιτραπέζια παιχνίδια [Λυμπεροπούλου & Σακκά, 2006]

Η ευελιξία που διαθέτουν τα προγράμματα αυτά είναι ίσως το μεγαλύτερο πλεονέκτημα τους. Η θεραπευτική προσέγγιση που χρησιμοποιούν είναι απόλυτα προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ασθενούς, πραγματοποιούνται ατομικές ή ομαδικές συνεδρίες και μπορούν να αναπροσαρμοστούν με την εξέλιξη της νόσου.

Σημαντικό είναι πως με την συγκεκριμένη θεραπεία ο ασθενής ενθαρρύνεται να καταβάλλει προσπάθεια ώστε να βοηθήσει ο ίδιος τον εαυτό του. Έτσι δεν εναποθέτει τις ελπίδες του μόνο στη φαρμακευτική αγωγή, αλλά συμμετέχει στην προσπάθεια αντιμετώπισης της νόσου και νιώθει να αποκτά ξανά τον έλεγχο της ζωής του. το πρόγραμμα νοητικής ενδυνάμωσης δεν έρχεται να αντικαταστήσει την φαρμακευτική θεραπεία, αλλά στοχεύει στην συνδυαστική δράση, η οποία φαίνεται ότι μπορεί να ενισχύσει τη δράση των φαρμάκων, βελτιώνοντας έτσι το θεραπευτικό αποτέλεσμα. [Λυμπεροπούλου & Σακκά, 2006]

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, η συμμετοχή ασθενών με νόσο Alzheimer σε τέτοια προγράμματα βελτίωσε τόσο τις γνωστικές τους λειτουργίες όσο και την ικανότητα

τους να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις της καθημερινής τους ζωής. Τέλος, συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στην καταπολέμηση της απάθειας, της απόσυρσης και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων τα οποία εμφανίζονται σε μεγάλο αριθμό ανοϊκών ασθενών. [Λυμπεροπούλου & Σακκά, 2006]

11. Φροντιστές

11.1 Γενικά για τον φροντιστή.

Ο όρος «φροντιστής» αποδίδεται σε συγγενείς, φίλους ή άτομα πέρα από το οικογενειακό περιβάλλον, που φροντίζουν μέλος με ειδική ανάγκη όπως άνοια, καρκίνο, εγκεφαλική βλάβη ή ψυχική ασθένεια.

Η φροντίδα που προσφέρουν τα άτομα αυτά μπορεί να είναι σωματική, συναισθηματική ή οικονομική. [Ροβίθης, 2015 / www.e-classteicrete.gr]

Στην περίπτωση της νόσου Alzheimer, η διάγνωση επηρεάζει μαζί με το άτομο που νοσεί και το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Ο φροντιστής, ο άνθρωπος που φροντίζει για την καθημερινή κάλυψη των αναγκών του ασθενή σε όλη την διάρκεια της νόσου, έρχεται αντιμέτωπος με την δικιά του πλέον σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση.[Βλαχογιάννη, Δεκέμβριος 2014 – Μάρτιος 2015 / www.alzheimerathens.gr] Στην Ελλάδα, η οικογένεια είναι εκείνη που καλείται να αναλάβει την ευθύνη της φροντίδας του ανοϊκού ατόμου, ακόμα και όταν υπάρχουν επαγγελματίες βοηθοί ή φιλοξενούνται σε ιδρύματα. [Σακκά, Μάρτιος – Μάιος 2011 / www.alzheimerathens.gr]

Στην Ελλάδα, το 89% των ατόμων που πάσχουν από την νόσο, φροντίζονται στο σπίτι, ενώ το 77% των φροντιστών είναι γυναίκες.[Σακκά, 2013 / www.iatronet.gr]. Ακόμα, σε πληθυσμιακή μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε οικογένειες ηλικιωμένων του Καναδά, βρέθηκε ότι ο μέσος όρος της ηλικίας των φροντιστών ήταν το 62^ο έτος, ενώ το 36% από αυτούς ήταν πάνω από 70 ετών.[Σακκά & Ευθυμίου, Μάρτιος-Απρίλιος 2015 / www.alzheimerathens.gr]

Η περίοδος που ακολουθεί μετά την διάγνωση είναι περίοδος προσαρμογής, όπου η οικογένεια καλείται να αντιμετωπίσει την διάγνωση, να ενημερωθεί σχετικά με την νόσο και τελικά να την αποδεχτεί. Είναι μια περίοδος που απαιτεί χρόνο και συνοδεύεται από μια σειρά συναισθημάτων όπως άγχος, μοναξιά, λύπη, θυμό, ενοχή, ντροπή και απόγνωση. Είναι σημαντικό να γνωρίζει ο φροντιστής ότι τα συναισθήματα αυτά είναι

μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας της αποδοχής και ότι επανέρχονται με διαφορετική συχνότητα και ένταση σε όλη την διάρκεια της νόσου. Η κατανόηση αλλά και η αποδοχή τους διευκολύνει το δύσκολο έργο του φροντιστή.[Βλαχογιάννη, Δεκέμβριος 2014 / Ιανουάριος – Μάρτιος 2015 / www.alzheimerathens.gr] Παρακάτω αναλύονται μερικά από αυτά, ώστε να κατανοήσουμε το λόγο της εκδήλωσης του καθ' ενός.

- **Το πένθος:** είναι η ψυχική αντίδραση αυτού που βιώνει την απώλεια πραγματική ή συμβολική. Το άτομο που φροντίζει τον ανοϊκό ασθενή νιώθει ότι έχει χάσει τον γονέα του ή τον σύντροφο του. Με την εξέλιξη της νόσου, ο ασθενής δεν αναγνωρίζει κάποιες φορές ούτε τον φροντιστή του, τότε τα συναισθήματα του τελευταίου γίνονται ακόμα πιο οδυνηρά. Ο καλύτερος τρόπος να αντιμετωπίσουν αυτή την κατάσταση είναι να συμμετάσχουν σε ομάδες υποστήριξης.

- **Η ντροπή:** συνήθως οι ασθενείς με Ν.Α. αναπτύσσουν ανάρμοστη συμπεριφορά κάτι που θεωρείται φυσιολογικό, όμως ο φροντιστής νιώθει ντροπή. Η ενημέρωση σχετικά με την ασθένεια σε φίλους και σε γείτονες θα βοηθήσει ώστε να κατανοήσουν το πρόβλημα κυρίως όμως την συμπεριφορά του ασθενή.

- **Ο θυμός:** είναι ένα συναίσθημα που μπορεί να απευθύνεται στον θεό, στον ασθενή ακόμα και στην κατάσταση που βιώνει καθημερινά. Σημαντικό είναι να μπορεί να καταλάβει τι είναι αυτό που του προκαλεί τον θυμό. Μπορεί να είναι η ίδια η νόσος ή οι δυσκολίες της καθημερινότητας. Υπάρχουν στιγμές που οι φροντιστές δεν είναι ικανοί να ελέγξουν τον θυμό με αποτέλεσμα να κάνουν κακό στον ασθενή. Σε αυτή την περίπτωση θα πρέπει να αναζητήσει άμεσα βοήθεια από κάποιο ειδικό.

- **Η μοναξιά:** οι φροντιστές θεωρούν το αίσθημα της μοναξιάς αναμενόμενο. Τότε έχουμε κοινωνική απομόνωση και οι μόνη ενασχόληση τους είναι οι φροντίδα του ασθενούς. Για αυτό καλό είναι να διατηρηθούν οι κοινωνικές επαφές και δραστηριότητες του.

- **Η ενοχή:** η ενοχή είναι φυσιολογικό συναίσθημα των φροντιστών που νιώθουν ότι έχουν κουραστεί και δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του ατόμου που φροντίζουν. Επίσης ενοχές μπορεί να νιώσουν για την σκέψη του να εισάγουν το άτομο σε κάποιο ίδρυμα. Η συζήτηση με οικεία πρόσωπα για το θέμα αυτό μπορεί να τον βοηθήσει ώστε να βρει λύση στο πρόβλημα αυτό. [Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2003]

Συχνά, οι φροντιστές έχουν την τάση να αγνοούν τα συναισθήματα αυτά όπως και τις ανάγκες τους και να εστιάζουν την προσοχή τους αποκλειστικά στην φροντίδα του

αγαπημένου τους ανθρώπου. Έτσι, οδηγούνται στην σωματική και συναισθηματική κόπωση και στερούν από τον εαυτό τους δυνάμεις που είναι απαραίτητες στην παροχή της φροντίδας που επιθυμούν.[Βλαχογιάννη, Ιανουάριος – Μάρτιος 2015 / www.alzheimerathens.gr]

Η φροντίδα που χρειάζεται ένα ανοϊκό άτομο είναι απαιτητική, για αυτό οι φροντιστές έχουν ανάγκη από κατανόηση, ενθάρρυνση, αναγνώριση του έργου τους, υποστήριξη και βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας. Συχνά σκέφτονται ότι «κανένας άλλος δεν μπορεί να φροντίσει το αγαπημένο τους πρόσωπο όπως οι ίδιοι» ενώ συγχρόνως αμφιβάλλουν για το « αν τα καταφέρνουν καλά ή αν τα κάνουν σωστά». Τέτοιες σκέψεις εγκλωβίζουν τον φροντιστή στον ρόλο του, αυξάνουν το άγχος και επηρεάζουν αρνητικά τον τρόπο που αντιμετωπίζει την όλη κατάσταση. Σημαντικό είναι να αποφεύγονται οι αρνητικές σκέψεις και να επικεντρώνεται σε όσα μπορεί να κάνει. Μερικά σημεία που μπορούν να συμβάλλουν στην μείωση του άγχους είναι:

- ✘ έγκαιρη διάγνωση της νόσου,
- ✘ συχνή επικοινωνία με τον θεράποντα,
- ✘ παρατήρηση του ασθενούς,
- ✘ διαχείριση του στρες,
- ✘ αναζήτηση βοήθειας,
- ✘ αποδοχή των αλλαγών,
- ✘ ενημέρωση για τις υπάρχουσες δομές και υπηρεσίες,
- ✘ συμμετοχή σε ομάδες εκπαίδευσης,
- ✘ ρύθμιση νομικών, οικονομικών και άλλου είδους εκκρεμοτήτων,
- ✘ ρεαλιστικός καθορισμός στόχων.[Βλαχογιάννη, Ιανουάριος – Μάρτιος

2015 / www.alzheimerathens.gr]

11.2 Το φορτίο των φροντιστών

Ο όρος «φορτίο των φροντιστών» έχει επικρατήσει διεθνώς και αφορά τα σωματικά, συναισθηματικά ή οικονομικά βάρη που επωμίζονται οι φροντιστές ενός πάσχοντα με χρόνια νόσο που εξελίσσεται σε αναπηρία. Τόσο το ψυχολογικό και πρακτικό όσο και το οικονομικό φορτίο των φροντιστών είναι πολύπλευρο. Το κράτος

οφείλει να βοηθήσει με την δημιουργία δομών και υπηρεσιών κατάλληλες για τους ανοϊκούς ασθενείς.

Οι αυξημένες απαιτήσεις που έχει η φροντίδα των ανοϊκών, επιδρούν αυτόματα στην υγεία των φροντιστών όπως επηρεάζουν και τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες, κλονίζουν την κοινωνική τους θέση, περιορίζουν τον ελεύθερο τους χρόνο και το κυριότερο απειλείτε η οικονομική τους ασφάλεια.



Εικόνα 3.1 Σωματική και συναισθηματική καταπόνηση φροντιστή.

Οι προσπάθειες αποτίμησης του φορτίου των φροντιστών ξεκίνησαν σχετικά πρόσφατα. Ο ανθρώπινος παράγοντας παραμερίστηκε από το επιστημονικό ενδιαφέρον για την νόσο. Δεδομένου της αύξησης της συχνότητας της νόσου αλλά και των δαπανών ιατρικής φροντίδας, δίδεται πλέον και προσοχή στο «φορτίο» των φροντιστών.

Όπως αναφέρθηκε και πριν, η επιβάρυνση από την φροντίδα μπορεί να είναι σωματική, συναισθηματική ή οικονομική. Σημαντικότερη θεωρείται η συναισθηματική, μιας και έχει διαπιστωθεί ότι οι φροντιστές εκδηλώνουν αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης ενώ κάνουν αυξημένη χρήση ψυχότροπων φαρμάκων. Επίσης ιδιαίτερα ψυχοφθόρο είναι το διαρκές αίσθημα άγχους, τα καθημερινά απρόοπτα και η «έγνοια» για τον ασθενή και την ασφάλεια.



Εικόνα 3.2 Σύντροφος - φροντίστρια. Διακρίνεται η απόγνωση και η κούραση από την ζωή και την φροντίδα του ανθρώπου της.

Οι σύντροφοι-φροντιστές των ατόμων αυτών, κουβαλούν ήδη μια κλονισμένη υγεία και κούραση από την ζωή. Έτσι, η επιβάρυνση από την φροντίδα του ανθρώπου τους θέτει σε μια περίοδο πένθους, τους προκαλεί θυμό για την στέρηση μιας ξένοιαστης ζωής στα γηρατεία τους. Μερικές συμβουλές για την άμεση διαχείριση του θυμού είναι:

- Αποδοχή του θυμού
- Μάθετε να αναγνωρίζετε έγκαιρα τα σημάδια θυμού
- Απομονωθείτε και καθησυχάστε τον εαυτό σας λέγοντας « ας προσπαθήσω να ηρεμήσω»
- Αποσπάστε ην προσοχή σας με θετικές σκέψεις ή ευχάριστες εικόνες
- Αν νιώθετε ότι ο θυμός ξεφεύγει από τον έλεγχο σας, πάρτε αργές αναπνοές και μετρήστε ως το 10
- Αν ο θυμός γίνεται οργή, εκτονωθείτε. Απομακρυνθείτε από το χώρο του ασθενούς και ξεσπάστε με φωνές ή κλάματα ή ότι άλλο σας κάνει να νιώθετε ήρεμοι. Έπειτα προσπαθήστε να ηρεμήσετε χωρίς να νιώθετε ενοχές για το ξέσπασμα σας.

Το ρόλο του φροντιστή επίσης αναλαμβάνουν άτομα νεότερης ηλικίας των οποίων το ψυχικό βάρος είναι διαφορετικό αφού έχουμε αντιστροφή του γονεϊκού ρόλου. Συγχρόνως με την φροντίδα του ανοϊκού γονέα έχουν να διαχειριστούν και θέματα της δικιάς τους οικογένειας. Θα πρέπει να αναφερθεί εδώ ότι είναι σημαντικός ο φόβος σε αυτά τα άτομα για την κληρονομική προδιάθεση της νόσου για τους ίδιους αλλά και τα παιδιά τους.

Σχετικά με την σωματική υγεία των φροντιστών έχει βρεθεί ότι εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα χρόνιων παθήσεων, υπέρταση, αρθρίτιδες κ.α., καθώς κάνουν και ακαταλόγιστη χρήση συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Σε κοινωνικό επίπεδο εξασθενούν. Οι φιλίες, κοινωνικοί δεσμοί και ψυχαγωγίες περιορίζονται εξαιτίας του περιορισμού του ελεύθερου χρόνου τους.

Τέλος, σε ότι αφορά την οικονομική διάσταση, τα βάρη είναι μεγάλα, κυρίως όταν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενες υποδομές και υπηρεσίες πρόνοιας και περίθαλψης, όπως συμβαίνει στη χώρα μας. Επομένως οι φροντιστές είναι υποχρεωμένοι να συμμετέχουν οικονομικά στην φαρμακευτική και ιατρο – νοσηλευτική περίθαλψη των ανοϊκών ασθενών.

Από τα συμπτώματα της νόσου, οι διαταραχές συμπεριφοράς είναι αυτές που θεωρούνται ως ο κυριότερος παράγοντας επιβάρυνσης. Τέλος, το κλίμα μέσα στην οικογένεια κρίνεται ότι επηρεάζει την εξέλιξη της νόσου. Όσο πιο ήρεμο είναι το κλίμα στην οικογένεια τόσο πιο ομαλή είναι και η πορεία της νόσου.[Σακκά & Ευθυμίου, Μάρτιος-Απρίλιος 2014 / www.alzheimerathens.gr]

11.2.1 Πως επιδρούν στους φροντιστές τα αρνητικά συναισθήματα που βιώνουν;

Ο φροντιστής, που για μεγάλο χρονικό διάστημα βιώνει αρνητικά συναισθήματα, φτάνει κάποιες φορές στο σημείο να αδυνατεί να καλύπτει της ανάγκες του ασθενούς αλλά και να προκαλεί τον ίδιο του τον εαυτό. Όταν γίνετε εμφανή η συναισθηματική κόπωση, τότε δεν είναι ικανός να προσφέρει ήρεμη και σωστά δομημένη φροντίδα. [Σακκά & Ευθυμίου, Μάρτιος-Απρίλιος 2015 / www.alzheimerathens.gr]

Ορισμένα από τα αρνητικά συναισθήματα που συχνά βιώνουν οι φροντιστές είναι απογοήτευση, θυμός, κατάθλιψη, ενοχές, ματαίωση. Οι φροντιστές με επιβαρυσμένη σωματική και ψυχική υγεία είναι δύσκολο να διαχειριστούν την κοινωνική τους ζωή. Εξαιτίας της εξάντλησης των σωματικών και συναισθηματικών αποθεμάτων, δεν μπορούν να διατηρήσουν τις δραστηριότητες που είχαν πριν. Απομονώνονται κοινωνικά διότι θεωρούν πως δεν τους καταλαβαίνει κανένας.

Ένας αρνητικά φορτισμένος φροντιστής, αδυνατεί να παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα παρά τις καλές προθέσεις που μπορεί να έχει. Είναι σημαντικό να γνωρίζει ότι, ο ασθενής με άνοια, παρά τα προβλήματα κατανόησης και έκφρασης που μπορεί να εκδηλώνει, μπορεί να αντιληφθεί την συναισθηματικά φορτισμένη ατμόσφαιρα, κάτι που μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην συμπεριφορά και την διάθεση του. [Σακκά, 2013 / www.iatronet.gr]

11.3 Ποιότητα ζωής των φροντιστών και παρεμβάσεις για την βελτίωση της

Η ποιότητα ζωής των φροντιστών εξαρτάται από το πόσο οι ίδιοι προσέχουν την σωματική και ψυχική τους υγεία. Το να δεχτούν βοήθεια από τρίτους, η επαφή με Εταιρείες Alzheimer, η συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα των Κέντρων Ημέρας αλλά και ο τακτικός έλεγχος της υγείας τους, είναι παράγοντες που προάγουν την ποιότητα της ζωής τους.

Οι φροντιστές-σύζυγοι, συχνά διστάζουν να ζητήσουν βοήθεια από τρίτα άτομα όπως είναι τα παιδιά τους ή άλλα συγγενικά πρόσωπα. Σε αυτή την περίπτωση ο φροντιστής θα πρέπει να μάθει να διεκδικεί το δικαίωμα του για προσωπικό χρόνο, ζητώντας βοήθεια κυρίως από τα παιδιά του. Θα πρέπει να σκέφτεται ότι « έχω και εγώ

δικαίωμα για προσωπικό χρόνο και ξεκούραση» και όχι ότι τα παιδιά του έχουν φορτωμένο πρόγραμμα ή ότι θα ενοχληθούν. [Σακκά, 2013 / www.iatronet.gr]

Ο φροντιστής που φροντίζει τον εαυτό του και έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και ενημέρωση σχετικά με την νόσο Alzheimer μπορεί να παρέχει καλύτερη φροντίδα στο αγαπημένο του πρόσωπο.

Τι θα ήθελαν οι φροντιστές των ατόμων με νόσο Alzheimer:

- Ηρεμία, γαλήνη, ψυχολογική ευεξία
- Ελευθερία χρόνου και καθαρό μυαλό
- Καλή υγεία, καλή οικονομική κατάσταση.

Τι βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους;

- Καλή υγεία του ασθενούς
- Περισσότερη βοήθεια στην φροντίδα
- Ανεξαρτησία από τον ασθενή
- Εκπαίδευση στους τρόπους αντιμετώπισης του ασθενούς

Τι χειροτερεύει την ποιότητα ζωής του;

- Άγχος
- Ανησυχία για την εξέλιξη της νόσου και το μέλλον.

“Το να είσαι φροντιστής είναι μια απαιτητική και σκληρή δουλειά ”.

11.4 Που μπορείτε να απευθυνθείτε;

Αν εσείς ή κάποιο συγγενικό ή φιλικό σας πρόσωπο, πάσχετε από την νόσο Alzheimer, μπορείτε να απευθυνθείτε ή να ζητήσετε πληροφορίες από το Σωματείο Αλληλοβοήθειας ασθενών με Νόσο Alzheimer και Συναφών Διαταραχών.

Αυτό το σωματείο είναι μια οργάνωση μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ιδρύθηκε το 1997, από συγγενείς ασθενών που έπασχαν από την νόσο αυτή. Στην εταιρεία αυτή εργάζονται γιατροί όλων των ειδικοτήτων , κυρίως όμως Νευρολόγοι και Ψυχίατροι, οι οποίοι ασχολούνται με τα προβλήματα που προκαλεί η νόσος. Επίσης υπάρχουν και άλλες ειδικότητες όπως ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσικο-εργοθεραπευτές κ.α.

Σκοπός της εταιρείας αυτής είναι η προώθηση της υποστήριξης, της κατανόησης και της δράσης των ατόμων που έχουν οποιαδήποτε σχέση με την νόσο. Έτσι, με λίγα

λόγια, σκοπός είναι η φροντίδα και η αγάπη προς τους ασθενείς με νόσο Alzheimer, που πρέπει να προσφέρεται με ειλικρίνεια.

Ορισμένες χρήσιμες διευθύνσεις ανά την Ελλάδα είναι :

Αθήνα → Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών Αθηνών

Μ. Μουσούρου 89 και Στίλπωνος 33, 11636 Αθήνα (210 7013271)

Ελληνική Γεροντολογική & Γηριατρική Εταιρεία

Κάνιγγος 23, 10677 Αθήνα (2103811604)

Ψυχογηριατρική Εταιρεία «Ο Νέστωρ»

Ιωάννου Δροσοπούλου 22, 11257 Αθήνα (210 8235050)

Θεσσαλονίκη → Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών

Πέτρου Συνδίκας 13, 54643 Θεσ/νίκη. Γραμμή βοήθειας:

2310 909000

Σωματείο Alzheimer Μελέτης Νόσου Alzheimer & Αγγειακών

Ανοιών Κ. Μακεδονίας. Στ. Τάττη 10, 54621 Θεσ/νίκη

231 280707

Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών

Καλαμαριάς. Ν. Καπετανίδου 7, 55131 Καλαμαριά. 2310 414286

Ηράκλειο → Εταιρεία Νόσου Alzheimer Ηρακλείου «Άλληλεγγύη»

Νταλιάνη 22, 71306 Ηράκλειο. 2810 224427

Ρέθυμνο → Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών

Ρεθύμνου «Συμπαράσταση». Μάχης Ποταμών 9, 74100 Ρέθυμνο.

2831 101645

Χανιά → Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer & Συναφών Διαταραχών –

Παράρτημα Χανίων, Χρυσοπηγής 60, 73134 Χανιά. 28210 76050.

Επίσης υπάρχουν και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας όπως ο Βόλος, το Αγρίνιο, τα Ιωάννινα, η Λάρισα, η Πάτρα, η Ρόδος, η Χαλκίδα, η Χαλκιδική αλλά και στην Κύπρο.

Τέλος, υπάρχει Ευρωπαϊκός και Παγκόσμιος οργανισμός σχετικά με την νόσο τους οποίους μπορούμε να βρούμε εύκολα μέσω διαδικτύου από τα παρακάτω link :

Ευρωπαϊκή Εταιρεία Alzheimer (Alzheimer Europe) : www.alzheimr-europe.org

Παγκόσμιος Οργανισμός Alzheimer (ADI) : www.alz.co.uk .

Επίλογος – Συμπεράσματα

Για να ολοκληρώσουμε λοιπόν την εργασία, η οποία δεν είναι διεξοδική αλλά είχε στόχο να αναπτύξει τις θέσεις σχετικά με την νόσο Alzheimer και την εξέλιξη της, μιας και πλέον αποτελεί κομμάτι της καθημερινής ζωής των περισσότερων από εμάς. Καταλήξαμε ότι η Ν.Α. είναι μια διαταραχή του εγκεφάλου με προοδευτική και επιδεινούμενη εξέλιξη η οποία δεν θεραπεύεται πλήρως αλλά μπορεί να αντιμετωπιστεί με διάφορα φάρμακα. Η συμπεριφορά και ο χαρακτήρας του ατόμου που πάσχει μεταβάλλεται με την εξέλιξη της νόσου.

Μια εναλλακτική θεραπευτική σε άτομα με Ν.Α. είναι η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου. Αυτού του είδους αγωγή συμπεριλαμβάνει την συμμετοχή του ασθενούς σε ατομικά ή ομαδικά προγράμματα, τα οποία βοηθάνε τον ασθενή αλλά και την οικογένεια του να αντιμετωπίσει καλύτερα την νόσο.

Καταλήγουμε λοιπόν ότι η νόσος Alzheimer αντιμετωπίζεται αρχικά από τον ίδιο κι έπειτα από την οικογένεια και τα μέλη αυτής. Η προσπάθεια του ατόμου να «πολεμήσει» την νόσο αλλά και η βοήθεια από την οικογένεια έχει ως αποτέλεσμα την ψυχική ηρεμία του ασθενούς και πιθανόν την εξάλειψη της νόσου. Με την βοήθεια και υποστήριξη της οικογένειας προς το πάσχων άτομο, συμβάλλουν στην διατήρηση της ζωής του ατόμου με ή χωρίς την απώλεια μνήμης.

Περίληψη

Η άνοια τύπου Alzheimer, είναι μια πρωτοπαθής εκφυλιστική νόσος, που εκδηλώνεται για πρώτη φορά συνήθως μετά το 65^ο έτος της ηλικίας με μεγαλύτερη συχνότητα στο γυναικείο φύλο. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι να κατανοήσουμε την έννοια αυτή, να δούμε από τι προέρχεται αλλά και πως μπορεί να αντιμετωπιστεί.

Η νόσος χαρακτηρίζεται από χρόνια προοδευτική εκφύλιση του εγκεφαλικού φλοιού και κατά συνέπεια χρόνια προοδευτική νοητική έκπτωση. Τα αίτια παραμένουν άγνωστα, όμως ενοχοποιούνται διάφοροι παράγοντες όπως η γενετική προδιάθεση, περιβαλλοντικές τοξίνες, ο τρόπος ζωής αλλά και το άγχος. Τα αρχικά κλινικά σημεία της νόσου είναι η αλλαγή της πρόσφατης μνήμης και της συμπεριφοράς. Έπειτα εκδηλώνεται συναισθηματική αστάθεια και μεταβολή της προσωπικότητας. Η διάγνωση της τίθεται μέσω των εργαστηριακών ευρημάτων, την ψυχιατρική εξέταση και τις συνεντεύξεις. Η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου με ατομικά ή ομαδικά προγράμματα άσκησης, ενδυνάμωσης της μνήμης, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες κ.α. δίνουν μια άλλη διάσταση στην αντιμετώπιση της νόσου.

Σαν συμπέρασμα από όλα αυτά, διαπιστώνουμε ότι η νόσος Alzheimer, μπορεί αρχικά να αντιμετωπιστεί με αγάπη, υποστήριξη αλλά και με την θεραπεία που πρέπει να προσφέρουμε στους πάσχοντες, ώστε να τους εξασφαλίσουμε μια καλή ποιότητα ζωής και να συνεχίσουν να νιώθουν δημιουργικά μέλη μιας οικογένειας, μιας κοινότητας και όχι «ένας άλλος άνθρωπος»!

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι : άνοια τύπου Alzheimer, άνοια, διάγνωση, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, αίτια της νόσου, θεραπεία, φαρμακευτική αντιμετώπιση, ψυχοκοινωνική διάσταση, ποιότητα ζωής, φροντιστής ανοϊκών ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Eby L., Brown N., 2010. Η Νοσηλευτική στην Ψυχική Υγεία. 2th ed. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις ΛΑΓΟΣ.
2. Ignatavicious D. D., Workman M.L., 2008. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. Κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα, 4^{ος} τόμος – 5th ed., Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
3. Gauthier S., Καθηγητής Me Gill, Τμήμα Νευρολογίας και Νευροχειρουργικής Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Γενικής Ιατρικής, 2000. Κέντρο Σπουδών Γήρατος, Νοσοκομείο Douglas. Verdun, ouebec, Canada, Αθήνα. Ιατρικές εκδόσεις Βαγιονάκης.
4. Kaplan H. J., Sadock B. J., Grebb J. A., 2000. Kaplan and Sadock's Ψυχιατρική, 7th ed., Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
5. Lemon P., Burke K., 2006, Παθολογική –Χειρουργική Νοσηλευτική, τόμος IV 3th έκδοση. Ιατρικές εκδόσεις ΛΑΓΟΣ, Αθήνα.
6. Netter F., Runge M. S., Greganti M. A., 2009, Παθολογία Βασικές Αρχές, 2^{ος} τόμος Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ.
7. Tarriot R., Current status and new development in the of Alzheimer's disease. Expert Opin Pharmacother 2001, 2:2027-2049.
8. Αβεντισιάν - Παγοροπούλου Α., 2003. Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας. Αθήνα.
9. Θεοτοκάς, 2002. Νευρολογική εκτίμηση στη νόσο Alzheimer. 3th ed., Θεσσαλονίκη, University Studio Press, 2002, 300-350.
10. Λογοθέτη Ι., Μυλωνά Ι., 2004. Νευρολογία Λογοθέτη, 4th ed. Θεσσαλονίκη. University Studio Press.
11. Λυμπεροπούλου Ο., Σακκά Π., 2006. Νοητική ενδυνάμωση ασθενών με νόσο Alzheimer. Έκδοση Εταιρεία νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών.
12. Μάνος Ν., 1997, Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, αναθεωρημένη έκδοση University Studio Press.
13. Μίχου Γ., 1997. Νοσηλευτική Φροντίδα Ηλικιωμένων Ατόμων, Υγιών – Ασθενών. Αθήνα.

14. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Ταξινόμηση των Ψυχικών Διαταραχών και των Διαταραχών Συμπεριφοράς. Κλινικές περιγραφές και οδηγίες για την διάγνωση. Απόδοση στα Ελληνικά και επιμέλεια Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Γενεύη 1992 Επανεκδοση 1997.
15. Πλάτη Χ., 2004. Γεροντολογική Νοσηλευτική. Έκδοση ΣΤ΄ αναθεωρημένη. Αθήνα.
16. Πολίτης Α., 2000. Ψυχικές διαταραχές των ηλικιωμένων, Εκλογή. Αθήνα
17. Σακκά Π., Λυμπεροπούλου Ο., Νικολάου Κ., 2007. Εγχειρίδιο Φροντιστών. Έκδοση Εταιρεία νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών.
18. Σακκά Π., Ντανάση Ε., Εταιρεία νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών. Μη φαρμακευτικές Θεραπείες στην άνοια. Εκδόσεις Α.Α Λιβάνη. Αθήνα.
19. Σαρρής Μ., Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής. Σειρά:
 - Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία. Ποιότητα ζωής ασθενών «Αρρώστιες Πολιτισμού» και Χρόνιες Παθήσεις.
 - Ποιότητα ζωής ασθενών με Alzheimer.
20. Σαχίνη-Καρδάση Α., Πάνου Μ., 2004. ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ. Νοσηλευτικές διαδικασίες... φροντίδα αρρώστου με παθήσεις του νευρικού συστήματος, 3^{ος} τόμος – 2th ed., Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
21. Τσολάκη Μ., 1999. Ζώντας με την νόσο Alzheimer. Πρακτικός οδηγός. Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις Novartis.
22. Τσολάκη Μ., (Επίκουρος Καθηγήτρια Νευρολογίας & συν Τζήμος Α., Ψυχίατρος.) 2000. Σύγχρονη θεώρηση των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων στην άνοια, Θεσσαλονίκη. Δορυφορικό συμπόσιο.
23. Τσολάκη Μ., Καζής Α., 2005. Φαρμακευτική αντιμετώπιση της άνοιας. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
24. Τσολάκη Μ., 2006. Νόσος Alzheimer, Τι γίνεται μετά την διάγνωση; Πρακτικός οδηγός. Αθήνα. Εκδόσεις Mendor.
25. Χριστοδούλου Γ. Ν., Κονταξάκης Β. Π., 2007. «Η Τρίτη Ηλικία» 2th ed. Αθήνα : ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ:

1. www.istologio.org/?p=3791 Συζυγική αγάπη. Διαθέσιμο από <http://www.istologio.org> (τελευταία πρόσβαση 25/09/2015)
2. www.alzheimerathens.gr , Εταιρεία νόσου Alzheimer και Συναφών Διαταραχών Αθηνών. Διαθέσιμο από <http://www.alzheimerathens.gr> (τελευταία πρόσβαση 30/01/2016)
3. www.healthierworld.gr , Η νόσος Alzheimer. Dr. Παπαδοπούλου Μ. Διαθέσιμο από <http://www.healthierworld.gr> (τελευταία πρόσβαση 9/12/2015)
4. www.alz.co.uk Παγκόσμιος οργανισμός Alzheimer (Alzheimer's Disease International). Διαθέσιμο από www.alz.co.uk/research/statistics (τελευταία πρόσβαση 27/11/2015)
5. www.iatronet.gr , Το φορτίο των φροντιστών των ανοϊκών ασθενών. Διαθέσιμο από www.iatronet.gr/ygeia/psychiki-ygeia/article/21170/to-fortio-twn-frontistwn-twn-anoikwn-asthenwn.html (τελευταία πρόσβαση 05/02/2016)
6. www.mednet.gr Μαμαλετζή Δ., 2013. Ο ρόλος της άσκησης στην εμφάνιση και την αντιμετώπιση της νόσου Alzheimer. 2013,30(5):546-554. Διαθέσιμο από www.mednet.gr/archives/2013-5/pdf.546.pdf (τελευταία πρόσβαση 05/02/2016)
7. www.e-classteicrete.gr ,2015. Ροβίθης Μ., 2015. Εισήγηση 2, Χρόνια Ασθένεια και Αναπηρία. Διαθέσιμο από www.e-classteicrete.gr/main/portfolio.php (τελευταία πρόσβαση 10/02/2016)
8. www.alzheimerathens.gr/index.php/endypa/2014-06-01-10-42-27/item/5-teyxos-12 , Μαράτου Β., Ενημέρωση για την νόσο Alzheimer, Δεκέμβριος 2008-Φεβρουάριος 2009. Αθήνα (τελευταία πρόσβαση 01/02/2016)
9. www.alzheimerathens.gr/intex_php/endypa/2014-06-01-10-42-27/item/12-teyxos-21 , Σακκά Π., Ευθυμίου Α., Ενημέρωση για την νόσο Alzheimer, Μάρτιος-Απρίλιος 2001. Αθήνα (τελευταία πρόσβαση 01/02/2016)
10. www.alzheimerathens.gr/intex.php/entypa/2014-06-01-10-42-27/item/44-teyxos-32 , Βλαχογιάννη Α., Ενημέρωση για την νόσο Alzheimer, Δεκέμβριος 2014 / Ιανουάριος-Μάρτιος 2015. Αθήνα (τελευταία πρόσβαση 14/02/2016)

11. www.iatrikionline.gr/ergothe-37/05.pdf , Καραμπέτσου Μ., Κοντομήτρου Μ., 2009. Εργοθεραπευτικές οδηγίες για πρόληψη ατυχημάτων στο σπίτι ατόμων Γ' ηλικίας. Εργοθεραπεία, 2009, 37(1):27-33. (τελευταία πρόσβαση 12/02/2016).