

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ



ΝΟΣΟΣ
«ALZHEIMER»
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ



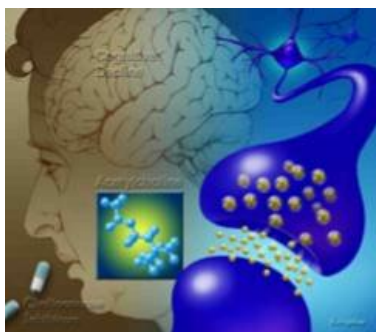
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ
ΝΙΚΟΣ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΜΠΑΚΟΠΟΥΛΟΥ
ΑΘΗΝΑ



ΠΑΤΡΑ 2007



ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ:
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
« ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ»

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ: ΜΠΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΘΗΝΑ

ΠΑΤΡΑ

2007

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<i>Σελίδα</i>
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1. Ορισμός της Νόσου <i>ALZHEIMER</i>	7
1.2. Περιγραφή της Νόσου	8
1.3. Ιστορικά Στοιχεία	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1. Επιδημιολογικά Χαρακτηριστικά	13
2.2. Ο επιπολασμός της γνωσιακής έκπτωσης ηλικιωμένων ατόμων	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

3.1. Αιτιολογία της Νόσου <i>ALZHEIMER</i>	17
3.2. Η Νόσος ως προς την Κληρονομικότητα	17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

4.1. Διάγνωση	19
4.2. Διαφορική Διάγνωση	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

5.1. Συμπτωματολογία της Νόσου - Κλινικές Εκδηλώσεις	23
5.2. Στάδια νόσου <i>ALZHEIMER</i>	26

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6°

6.1. Εργαστηριακά Ευρήματα	30
6.2. Αιματολογικός – Βιοχημικός Έλεγχος	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7°

Πρόγνωση της Νόσου <i>ALZHEIMER</i>	32
-------------------------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8°

8.1. Θεραπεία της Νόσου <i>ALZHEIMER</i>	33
8.1.1.Νευροληπτικά φάρμακα	33
8.1.2.Αντικαταθλιπτικά φάρμακα	34
8.1.3.Υπνωτικά φάρμακα	34
8.2. Προοπτικές για το μέλλον	34
8.3. Μη φαρμακευτική θεραπεία	34

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

1.1. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	36
1.2. Αρχές Νοσηλευτικής Φροντίδας	37
1.3. Φροντίδα Αρρώστου Μέσα στην Οικογένεια	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2°

2.1. Πρόληψη	40
2.2. Προληπτικές Παρεμβάσεις Νοσηλευτικής Φροντίδας	41

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3°

3.1. Νοσηλευτική Αντιμετώπιση της Νόσου - Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις	42
3.1.1. Νοσηλευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που αφορούν τον κινητικό τομέα και που επηρεάζουν καθημερινές δραστηριότητες του ασθενούς	42
3.1.2. Νοσηλευτική παρέμβαση των συμπτωμάτων που αφορούν τον νοητικό τομέα	53
3.1.3. Νοσηλευτική παρέμβαση όσον αφορά τις διαταραχές στον συναισθηματικό τομέα	58
3.1.4. Νοσηλευτική παρέμβαση στον ψυχικό τομέα	61
3.2. Πρόσφατες Εξελίξεις στην Αντιμετώπιση - Θεραπεία - Πρόληψη της Νόσου <i>ALZHEIMER</i>	65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4°

Νοσηλευτική διεργασία	70
-----------------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5°

5.1. Υπηρεσίες Φροντίδας Ηλικιωμένων	84
5.1.1. Κέντρα περίθαλψης ηλικιωμένων – ΚΑΠΗ	84
5.1.2. Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων - ΑΣΥΛΑ	85
5.2. Διδασκαλία ασθενή για την έξοδο από το νοσοκομείο	85

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	87
---------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88
---------------------	----

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Στο παρακάτω κείμενο περιγράφεται η νόσος του Alzheimer.

Η μελέτη αυτή έχει σκοπό τα εξής

1. Να γίνουν γνωστές οι διαστάσεις που έχει πάρει η νόσος του Alzheimer.
2. Να γίνει ενημέρωση των επιπτώσεων της νόσου στη συμπεριφορά του ασθενή.
3. Να γίνει κατανοητή η σημαντικότητα της φροντίδας του ασθενή από το οικογενειακό του περιβάλλον και κυρίως από το νοσοκομειακό περιβάλλον, ώστε να μπορέσει να ωφεληθεί ο ίδιος ο ασθενής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νόσος του Alzheimer είναι μία ανίατη εκφυλιστική ασθένεια του εγκεφάλου και η πιο κοινή μορφή άνοιας.

Γνωστό είναι πως η επιστήμη έχει κάνει μεγάλες προόδους, παρόλα αυτά ακόμη και στις μέρες μας, δυστυχώς, υπάρχουν ασθένειες για τις οποίες δεν έχουν βρεθεί τα αίτια και οι κατάλληλοι τρόποι αντιμετώπισής τους. Σαφώς μία από αυτές είναι και η νόσος που θα μας απασχολήσει παρακάτω η νόσος του Alzheimer.

Σύμφωνα με τελευταίες πληροφορίες η ασθένεια Alzheimer αποτελεί την 4^η σημαντικότερη αιτία θανάτου στους ενήλικες μετά τις καρδιακές ασθένειες, τον καρκίνο και τα εγκεφαλικά επεισόδια.

Αυτός είναι ένας από τους λόγους που μας απασχόλησε έτσι ώστε να πραγματοποιηθεί αυτή μελέτη.

Για αυτό λοιπόν θα περιγράψουμε αναλυτικά τη νόσο Alzheimer, τα επιδημιολογικά της χαρακτηριστικά, τα αίτια που την προκαλούν καθώς επίσης και τις κλινικές τις εκδηλώσεις – συμπτώματα.

Τέλος θα επικεντρωθούμε στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και στην νοσηλευτική αντιμετώπιση του ασθενή που πάσχει από τη νόσο του Alzheimer, με σκοπό τα καλύτερα αποτελέσματα για τον ίδιο.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η νόσος του Alzheimer είναι μια οργανική διανοητική διαταραχή η οποία αποτελεί την σοβαρότερη μορφή άνοιας¹.

Η άνοια είναι η εμφάνιση πολλαπλών γνωσιακών διαταραχών όπως:

1) **διαταραχή της μνήμης** : διαταραχή απομνημόνευσης νέων πληροφοριών ή διαταραχή ανάκλησης πληροφοριών που έχουν διδαχτεί παλαιότερα π.χ. το όνομα του γιατρού, η χρονολογία που γεννήθηκαν κλπ .όπως και διαταραχές του προσανατολισμού.

2) **διαταραχές του λόγου**: π.χ. χρησιμοποιεί όλο και λιγότερες λέξεις για μία φράση καθώς και διαταραχές γραφής .Αργότερα παρουσιάζει και διαταραχές και στην κατανόηση του λόγου.

3) **ανικανότητα συγχρονισμένων κινήσεων παρά την ακεραιότητα κινητικών λειτουργιών**: αρχίζει δηλ. να μην μπορεί να ντυθεί καλά, να πλυθεί, να μαγειρέψει κ.α.

4) **αδυναμία αναγνώρισης αντικειμένων**: αν δείξεις για παράδειγμα ένα μολύβι, ένα ρολόι, οι ασθενείς δεν μπορούν να απαντήσουν στην ερώτηση ``τι είναι αυτό ;``

5) **διαταραχές στην ικανότητα εκτέλεσης λειτουργιών όπως σχεδιασμός, αφαίρεση** : κυρίως εδώ κυριαρχεί αδυναμία εκτέλεσης αριθμητικών πράξεων.

Όλες οι παραπάνω διαταραχές προκαλούν σημαντικά προβλήματα στις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες του ασθενούς².

1.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η ασθένεια Alzheimer ονομάστηκε έτσι από το Γερμανό παθολόγο Alois Alzheimer, που την ανακάλυψε το 1907, περιγράφοντας τα συμπτώματα μίας κυρίας ηλικίας 51 ετών, η οποία υπέφερε από άνοια, ενώ σε αυτοψία παρατηρήθηκε η παρουσία γεροντικών πλακών και NFT's (neurofibrillary tangles)³.



Είναι μία ανίατη εκφυλιστική ασθένεια του εγκεφάλου και η πιο κοινή μορφή άνοιας. Προκαλείται από σταδιακές αλλαγές στα νευρικά κύτταρα. Κλινικοπαθολογικές μελέτες, που διεξήχθησαν το 1960, απέδειξαν μία καθολική σχέση ανάμεσα στην άνοια και στην παρουσία γεροντικών πλακών σε ηλικιωμένους αλλά και σε νεότερους ασθενείς με άνοια και η άποψη που έχει επικρατήσει τελευταία είναι ότι η ασθένεια Alzheimer και η γεροντική άνοια τύπου A.D. είναι μία και μόνη ασθένεια ⁴.

Η ασθένεια φθείρει τη μνήμη του ατόμου και την ικανότητα του να σκέφτεται τη λογική του καθώς και τη συντονισμένη κίνηση. Αυτές οι νοητικές και κινητικές ικανότητες χάνονται ακριβώς κατά την αντίθετη σειρά και στην ίδια χρονική διάρκεια περίπου που αυτές επιτεύχθηκαν στα « εύπλαστα » χρόνια ⁵.

Διαφορές μεταξύ της νωρίς εμφανιζόμενης και αργά εμφανιζόμενης έναρξης της ασθένειας, επίσης αντανακλούν τη νευροχημική παθολογία, η οποία είναι πιο διαδεδομένη σε ασθενείς με πρόωρη έναρξη της ασθένειας. Αυτές οι διαφορές έχουν αποτελέσει τη βάση μίας διάκρισης ανάμεσα στην αργά εμφανιζόμενη A.D. (type1) και την νωρίς εμφανιζόμενη A.D. (type 2) .Το αν είναι συσχέτιση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών με την ηλικία μάλλον παρά μία συγκεκριμένη νοσολογική διαφορά, δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο ⁶.

Παρά το γεγονός ότι η ασθένεια συνήθως προσβάλλει ανθρώπους ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, μπορεί να αρχίσει σε ένα άτομο στα 50 ή 40 χρόνια της ζωής του ή σε σπάνιες περιπτώσεις στα 30. (Σχεδόν όλα τα άτομα που έχουν

σύνδρομο Down, εμφανίζουν και την ασθένεια Alzheimer's στη ζωή τους μετά τα 40 τους χρόνια ⁷.

Σήμερα πλέον αναγνωρίζεται ότι η ασθένεια Alzheimer's είναι μία κύρια αιτία άνοιας και ότι το 20% των ασθενών υποφέρουν από άνοια μετά την ηλικία των 80 ετών και περίπου το 70% αυτών θα αναπτύξουν ασθένεια Alzheimer's ,είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό με αγγειακή ασθένεια ⁸.

1.3. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στο 37^ο Συνέδριο των Γερμανών Ψυχιάτρων, που έγινε το 1906 στο Tübingen, ο Alois Alzheimer παρουσίασε μια περίπτωση άνοιας σε γυναίκα 51 ετών. Είχε νοσηλευθεί στο Νοσοκομείο της Φρανκφούρτης από το 1901 μέχρι το θάνατο της το 1905, και έμελλε να τροφοδοτήσει την απαρχή μιας νέας νοσολογικής οντότητας. Πρόσφατα, οι Bowler et al ανακάλυψαν και δημοσίευσαν τα σχετικά αρχεία, παρουσιάζοντας την Auguste D ως πρώτη περίπτωση νόσου Alzheimer. Καθώς είχε αμφισβητηθεί από παλιά το είδος της νόσου σε εκείνη την πρώτη ανακοίνωση του Alzheimer, τα νέα ευρήματα επανέφεραν το θέμα στην επικαιρότητα. Έτσι, τονίστηκε και πάλι το γεγονός ότι στα παθολογοανατομικά ευρήματα του περιστατικού του Alzheimer υπήρχε και η αρτηριοσκλήρυνση, κριτήριο αποκλεισμού, σήμερα από τη διάγνωση. Οι ανακαλύψεις, όμως, συνεχίστηκαν από άλλη ομάδα Γερμανών νευροβιολόγων, που εντόπισε 250 παθολογοανατομικά παρασκευάσματα του εγκεφάλου της Auguste D στο Μόναχο. Στον εγκέφαλο της υπήρχαν, όντως, «δύο από τα κλασσικά παθολογοανατομικά σημεία της νόσου: οι αμυλοειδείς πλάκες και οι νευροϊνιδιακοί κόμβοι».

Νέες λεπτομέρειες προστέθηκαν από την έρευνα του Mathias Weber. Σε εκείνο το Συνέδριο των Γερμανών Ψυχιάτρων, η ανακοίνωση του Alzheimer δεν προσέελκυσε κανένα ενδιαφέρον. Στα πρακτικά αναγράφεται ότι δεν ακολούθησε καμία συζήτηση, ενώ, σε αντίθεση με άλλες ανακοινώσεις, δημοσιεύτηκε μόνο σε περίληψη. Άλλωστε, πρόθεση του Alzheimer να περιγράψει μόνο μια μορφή «άτυπης γεροντικής ψύχωσης σε νέο άτομο» και όχι κάποια νέα κλινική οντότητα. Εντούτοις, μελετώντας τις άνοιες το 1898, είχε κιόλας παρουσιάσει μια περίπτωση που «θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως προγεροντική άνοια με ελάχιστη αθηρωμάτωση και κληρονομική αδυναμία του ΚΝΣ, λόγω πρώιμης ατροφίας των νευρώνων», καθώς έγραφε. παρά το στοιχειώδες των πληροφοριών, εδώ βλέπει ο Weber την πρώτη περιγραφή της νόσου που θα πάρει το

όνομα του, θα προσθέσει ότι ούτε ο ίδιος ο Alzheimer ούτε οι σύγχρονοι του διείδαν την παραδειγματική σημασία των ευρημάτων.

Η ανακοίνωση του Alzheimer στο προαναφερθέν Συνέδριο δημοσιεύτηκε το 1907 ως άρθρο με τίτλο: «Μια χαρακτηριστική νόσος του εγκεφαλικού φλοιού». Όπως παρατηρεί ο Beach, αυτή τη φορά σημειώνει: «νομίζουμε ότι τα ευρήματα αντιπροσωπεύουν μια μοναδική οντότητα». Η επισήμανση αυτή δεν είχε ούτε βάθος ούτε συνέχεια, μέχρι που ο Emil Kraepelin «δημιούργησε» τη νόσο Alzheimer. Η ονομασία δόθηκε το 1909, στην 8η έκδοση του διάσημου Εγχειριδίου Ψυχιατρικής του. Ο Kraepelin δεν βασίστηκε, βέβαια, σε κάποιο επαρκές πλήθος αντικειμενικών ευρημάτων, αλλά στην ιδέα του περί νοσολογικών οντοτήτων. Ήταν αυτό που του επέτρεψε να δει διαφορετικά τα ευρήματα.

Διατυπώθηκε η άποψη πως, με τη δημιουργία μιας ξεχωριστής νοσολογικής οντότητας, ο Kraepelin ενίσχυσε τη θέση του οργανικισμού έναντι του φροϋδισμού. Υποστηρίχθηκε ακόμα ότι η πρόκριση του ονόματος εμπεριείχε ευθεία βολή εναντίων της σχολής της Πράγας, που είχε επικεφαλής τον Arnold Pick και μέλος της τον Otto Fischer. Ο τελευταίος δεν παραδεχόταν την ανεξάρτητη θέση της νόσου, χαρακτηρίζοντας την πρεσβυοφρενική άνοια. Οι δυο αυτές υποθέσεις μάλλον δεν στέκουν. Η πρώτη δεν αντιστοιχεί στην πραγματική φάση των σχέσεων των δυο ψυχιατρικών ρευμάτων. Όσο για τη δεύτερη, είναι μεν γεγονός η αντιπαλότητα των δύο Σχολών και η εύνοια προς τον Alzheimer, πλην όμως στη σκέψη του Kraepelin υπήρχε κάτι το αντικειμενικό, για να υποστηρίξει την αυτόνομη οντότητα μιας νέας νόσου.

Την απόδειξη εντοπίζει ο Beach στο ακόλουθο παράθεμα από το Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής του Kraepelin. «Η κλινική εξήγηση αυτής της νόσου του Alzheimer είναι ακόμα αβέβαιη. Αν και τα ανατομικά ευρήματα μας υποδεικνύουν ότι η κατάσταση αυτή σχετίζεται με μια ιδιαίτερα βαριά μορφή γεροντικής άνοιας, εντούτοις, μερικά περιστατικά εναντιώνονται σε αυτό, πρόκειται για το γεγονός ότι αυτή η νόσος μπορεί να εμφανίζεται ακόμα και στο τέλος της πέμπτης δεκαετίας. Τέτοιες περιπτώσεις μπορούν να περιγραφούν με όρους *senium praecox*, εκτός αν είναι προτιμητέο να τη θεωρήσουμε ως νόσο, λίγο ή πολύ ανεξάρτητη της ηλικίας».

Ήταν πανάρχαιη η αντίληψη, που κρατάει ίσαμε σήμερα, ότι σε κάθε περίοδο της ζωής αντιστοιχούν ορισμένες ασθένειες. Η επέκταση της αντίληψης αυτής στην Ψυχιατρική του 19ου αιώνα ήταν κάτι το αυτονόητο. Η νέα νόσος ήταν, λοιπόν, ένα γήρας πριν την ώρα του, ένα *senium praecox*, όπως η *dementia praecox*, ήταν μια άνοια πριν την ώρα της.

Ταυτόχρονα ο Kraepelin αμφέβαλλε, άφηγε ένα περιθώριο ότι μπορεί και να πρόκειται για νόσο ανεξάρτητη της ηλικίας. Δεν αμφέβαλλε, βέβαια για το αν έχει ηλικία το γήρας ούτε μπορούσε να αποδείξει ότι η νέα νόσος διέφερε από το γήρας.

Το 1911, ο Alzheimer δημοσίευσε και δεύτερο περιστατικό, κοντά στα ευρήματα του οποίου συμπαρέθεσε και παραδείγματα από τις ιστοπαθολογικές εικόνες τις Auguste D. Στο σχετικό αρχείο βρέθηκε και η διάγνωση νόσος Alzheimer, γραμμένη με το χέρι του στο βιβλίο του παθολογοανατομικού εργαστηρίου, αν και στη δημοσίευση «δείχνει να ξαφνιάζεται» για τη χρησιμοποίηση του ονόματος του από τον Kraepelin, αποδεχόμενος, βέβαια το διαχωρισμό της νόσου από τη γεροντική άνοια.

Τα επόμενα χρόνια, σε Ευρώπη και Αμερική, δεν θα ξεχωρίζουν τη νόσο Alzheimer από την Γεροντική άνοια, παρά μόνο στο «βαθμό και την ηλικία έναρξης». Ο Ιταλός Lugaro δεν θα παραλείψει, μάλιστα να αναφερθεί το 1916 στο «βιαστικό βάπτισμα» της νόσου. Στη σύγχρονη εποχή υποστηρίζεται ότι αντιμετωπίζουμε ένα «σύνδρομο Alzheimer και όχι τη νόσο Alzheimer» και αναφερόμαστε πλέον σε άνοια τύπου Alzheimer.

Μέχρι πριν από μερικά χρόνια, δύο ήταν οι απόλυτες γνώσεις στα θέματα του νευρικού συστήματος: (α) ότι οι νευρώνες δεν πολλαπλασιάζονται και (β) ότι η νοητική έκπτωση κατά το γήρας οφείλεται σε σημαντική απώλεια νευρώνων. Ως προς την πρώτη βεβαιότητα, εντελώς πρόσφατες είναι οι διαπιστώσεις ότι κάποιος πολλαπλασιασμός νευρωνικών κυττάρων υφίσταται, ακόμα και στον ενήλικα άνθρωπο. Ως προς το δεύτερο, κλασική ήταν για πολλά χρόνια η ανασκόπηση σχετικών εργασιών στα τέλη της δεκαετίας του 80', από τους Coleman και Flood. Παρά τις κάποιες μικρές επιφυλάξεις, οι συγγραφείς βεβαίωναν ότι κατά το γήρας επέρχεται απώλεια των νευρώνων του ιππόκαμπου της τάξης του 25-50%.

Τότε βέβαια στις εργασίες καταμετρούσαν την πυκνότητα των νευρώνων σε μια ορισμένη δομή και όχι τον αριθμό τους, όπως σήμερα. Δέκα χρόνια μετά, η ανάπτυξη νέων τεχνικών μέτρησης επέτρεψε την αλλαγή και της δεύτερης απόλυτης βεβαιότητας μας. Η ελάττωση του αριθμού των νευρώνων δεν είναι σημαντική κατά το γήρας, ακόμα κι όταν υπάρχει νοητική έκπτωση τουλάχιστον στον ενδορρινικό φλοιό και στον ιππόκαμπο. Δεν χρειάζεται βέβαια να υπενθυμίσουμε ότι παρατηρούνται διαταραχές μνήμης κατά το γήρας, μόνο που προέχει τώρα να τονίσουμε ότι αυτές οι διαταραχές δεν οφείλονται σε αθρόο κυτταρικό θάνατο ούτε στην ύπαρξη γεροντικών πλακών ή νευροϊνιδιακών εκφυλίσεων, αλλά σε ποσοτικές και ποιοτικές τροποποιήσεις στη λευκή ουσία και τις συνάψεις. Ποικίλα είναι τα συζητούμενα αίτια, όπως απώλεια συνάψεων, διακοπή της συνέχειας της μυελίνης, παραμόρφωση των δενδριτών, ιδιαίτερη όμως θέση κατέχει σήμερα στη συζήτηση η ικανότητα της συναπτικής πλαστικότητας, που μετέχει

στην αποθήκευση νέων αναμνήσεων και η οποία μειώνεται με την ηλικία. Η ικανότητα αυτή μελετάται μάλιστα τελευταίως ως προς ορισμένες ψυχωσικές εκδηλώσεις, όπως το παραλήρημα, αλλά και ως προς τους νευροβιολογικούς μηχανισμούς που διευκολύνουν την ψυχοθεραπεία. Ως παράδειγμα αναφέρεται ο καλός προσανατολισμός του ηλικιωμένου εντός του οικείου περιβάλλοντος του και η αδυναμία του να προσανατολιστεί σε ένα νέο, εξαιτίας ακριβώς της αδυναμίας του να σχηματίσει νέα νευρωνικά δίκτυα.

Η ραγδαία, κατά τα τελευταία χρόνια, συσσώρευση γνώσεων στον τομέα των νευροεπιστημών δεν είναι άμοιρη συνεπειών. «Εδώ και 30 περίπου χρόνια, με ολοένα και ταχύτερο ρυθμό, προστίθενται νέες γνώσεις, που δικαίως κινητοποιούν αισθήματα θαυμασμού και ελπίδας: θαυμασμού για την αποκρυπτογράφηση επτασφράγιστων μυστικών της φύσης και ελπίδας για την προσδοκώμενη συμβολή των νέων γνώσεων στην ανακούφιση των ανθρώπων από τα δεινά της νόσου Alzheimer και των υπόλοιπων ανοιών»⁹.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

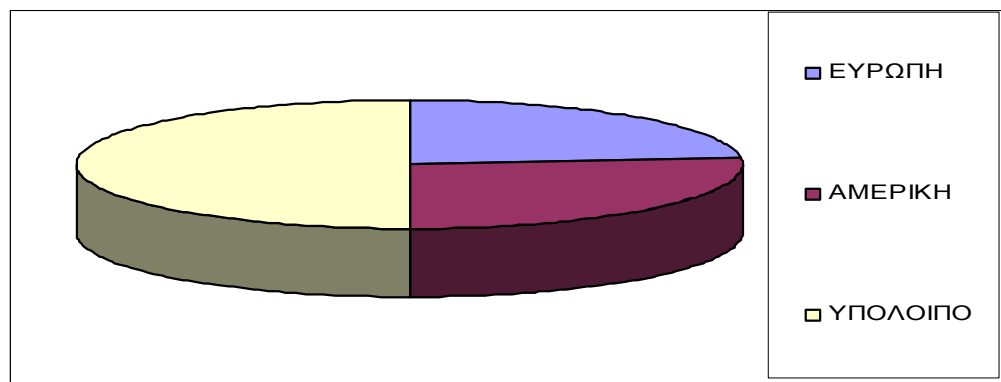
2.1. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η νόσος Alzheimer είναι η συνηθέστερη νόσος που προκαλεί άνοια στους ηλικιωμένους, αφού αντιπροσωπεύει περίπου το 56% των περιπτώσεων άνοιας που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της ζωής¹⁰.

Η νόσος Alzheimer διακρίνεται σε γεροντική και προγεροντική, όπως αναφέρθηκε. Η γεροντική άνοια προσβάλλει περίπου το 10% των ατόμων άνω των 65 ετών, το 20% των ατόμων άνω των 80 ετών και 22-35% των ατόμων άνω των 85 ετών. Η ετήσια επίπτωση της νόσου είναι 0,5%, ενώ στο 10% των περιπτώσεων η νόσος αρχίζει πριν από το 65^ο έτος της ηλικίας.

Η νόσος δεν έχει φυλετική, εθνολογική ή γεωγραφική κατανομή και προσβάλλει και τα δυο φύλλα, αλλά δυο φορές περισσότερες γυναίκες³. Αυτό αποτελεί στατιστικό λάθος, διότι οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 6 χρόνια περισσότερο από τους άνδρες. Λαμβάνοντας υπόψη το στοιχείο αυτό, ο κίνδυνος άνοιας σε γυναίκες 65 ετών είναι 35% ενώ για τους άνδρες 15%¹¹.

Σε όλο τον κόσμο πάσχουν από τη νόσο Alzheimer 15 εκατομμύρια στην Ευρώπη 3,5 και 4 εκατομμύρια στην Αμερική. Ποσοστιαία, οι πιθανότητες να προσβληθεί κανείς από τη νόσο Alzheimer είναι μια στις 1000 για ηλικία από 40 έως 65 ετών. Μια στις 10 για την ηλικία 65 έως 85 ετών και μια στις 5 για ηλικίες πάνω από 85 ετών¹².



Από έρευνες που έχουν γίνει στη Μεγάλη Βρετανία, Ηνωμένες Πολιτείες και

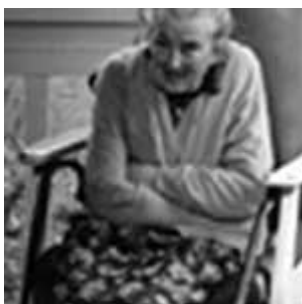
Καναδά προκύπτει ότι:

- Στη Μεγάλη Βρετανία 670.000 άτομα έχουν κάποιο τύπο άνοιας, ενώ περισσότεροι από τους μισούς πάσχουν από τη νόσο Alzheimer.
- Στον Καναδά 350.000 άτομα πάσχουν από τη νόσο Alzheimer, 12-15% των ατόμων είναι ηλικίας 65 ετών και άνω και το 50% των ατόμων άνω των 85 ετών.
- Στις Ηνωμένες Πολιτείες 4.000.000 άνθρωποι πάσχουν από νόσο Alzheimer ενώ 1.000.000 απ' αυτούς βρίσκονται στα ιδρύματα.

Σήμερα η νόσος Alzheimer αποτελεί το τέταρτο συχνότερο αίτιο θανάτου για του ηλικιωμένους. Δεν υπάρχουν επιδημιολογικά στοιχεία για την επίπτωση της νόσου στην Ελλάδα και επομένως μπορεί να ειπωθεί ότι η νόσος παρουσιάζει ανάλογα ποσοστά εμφάνισης με τα διεθνή.

Μέχρι το έτος 2030, 9 άτομα στα 100 ηλικίας 65, θα πάσχουν από τη νόσο Alzheimer. Αυτό σε απόλυτους αριθμούς σημαίνει ότι σε 35 χρόνια, 678 εκατομμύρια άνθρωποι σε ολόκληρο τον πλανήτη θα είναι καταδικασμένοι σε έναν αργό και βασανιστικό θανάτου¹³.

Ένας στους πέντε ηλικιωμένους άνω των 80 ετών προσβάλλεται από άνοια



Alzheimer.

Αθήνα: Οι πιθανότητες να εκδηλώσει κάποιος τη νόσο Alzheimer είναι μία στις είκοσι για τα άτομα άνω των 65 χρόνων, σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα, ενώ υπολογίζεται ότι ένας στους πέντε ηλικιωμένους πάνω από 80 ετών θα προσβληθεί από άνοια. Στη χώρα μας το 6% των ηλικιωμένων άνω των 70 ετών υποφέρει από άνοια τύπου

Alzheimer. Απώλεια μνήμης, διαταραχές στη συμπεριφορά, αδυναμία αντίληψης και κρίσης, «βασανίζουν» δεκαοκτώ εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο, οι οποίοι πάσχουν από τη νόσο Alzheimer. Όσο αυξάνεται μάλιστα ο μέσος όρος ζωής, η πάθηση αποτελεί «απειλή» όλο και για περισσότερους ανθρώπους, καθώς δείχνει ιδιαίτερη...

προτίμηση στα άτομα της 3ης και της 4ης ηλικίας. Όπως υπογράμμισαν σε συνέντευξη Τύπου οι ειδικοί επιστήμονες, η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη, ωστόσο σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζουν η κληρονομικότητα και διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Η νόσος εμφανίζεται αρχικά με διαταραχές της μνήμης και ήπιες διαταραχές της προσωπικότητας. Στη συνέχεια, προσβάλλει τις ανώτερες εγκεφαλικές λειτουργίες όπως είναι η σκέψη και τελικά την ικανότητα οργάνωσής της. Η τελική κατάληξη είναι η κινητική αδυναμία. Ο ασθενής δεν αυτοεξυπηρετείται και μπορεί σε έξι με οκτώ χρόνια να οδηγηθεί ακόμη και στο θάνατο.

Εκτός όμως από τους ασθενείς, υποφέρουν και οι συγγενείς τους, οι άνθρωποι δηλαδή που έχουν αναλάβει το δύσκολο έργο της φροντίδας τους. Άνθρωποι που αναγκάζονται από τη μία στιγμή στην άλλη να αλλάξουν όλη τους τη ζωή και να βάλουν σε δεύτερη μοίρα τις δικές τους ανάγκες¹⁴.

2.2. Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ ΕΚΠΤΩΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΕ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ ΟΡΙΟΘΕΤΗΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Η εκτίμηση του επιπολασμού της γνωσιακής έκπτωσης σε γεωγραφικά οριοθετημένο Ελληνικό πληθυσμό ηλικιωμένων εξετάστηκε, σύμφωνα με τους δημοτικούς καταλόγους, πόρτα-πόρτα όλα τα άτομα ηλικίας 60 χρόνων και άνω καθώς και εκείνα που βρίσκονταν σε ιδρύματα. δόθηκε τυποποιημένο ερωτηματολόγιο, ως δοκιμασία διαλογής, από ειδικά εκπαιδευμένα επισκέπτη Υγείας. Ορίστηκε ως "οριακή τιμή" για την ανίχνευση γνωσιακής έκπτωσης το 23/24. Δεδομένου όμως ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει την επίδοση στο ερωτηματολόγιο, υποδιαιρέσαμε το υλικό σε δύο υποομάδες: ≤ 6 έτη εκπαίδευσης (ομάδα Α) και > 6 έτη εκπαίδευσης (ομάδα Β) με "οριακή τιμή": 17/18 και 23/24 αντίστοιχα. Εξετάστηκαν 608 άτομα, 283 άνδρες (46.6%) και 325 γυναίκες (53.4%), μέσης ηλικίας 72.4 έτη. Η μέση ηλικία των ανδρών ήταν 72.7 και η μέση ηλικία των γυναικών ήταν 72.1. Από το σύνολο των εξετασθέντων 560 άτομα (92.1%) είχαν ≤ 6 έτη εκπαίδευσης, ενώ 48 άτομα (7.9%) είχαν > 6 έτη εκπαίδευσης. Στην ομάδα Α αντιστοιχούσαν 245 άνδρες (43.7%) και 315 γυναίκες (56.3%). Εξάλλου στην ομάδα Β αντιστοιχούσαν 38 άνδρες (79.2%) και 10 γυναίκες (20.8%). Η κατανομή των ατόμων κατά ηλικιακά φάσματα (60-69, 70-79, 80+) στην ομάδα Α ήταν: 3.4%, 5.9% και 25.9% ενώ η αντίστοιχη κατανομή στην ομάδα Β ήταν: 4.8%, 7.7% και 28.6%. Ο επιπολασμός σε ηλικιωμένα άτομα που παρατηρήσαμε στην μελέτη μας και η προοδευτική αύξησή της με την ηλικία συμβαδίζει, αδρά με τα διεθνή δεδομένα¹⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη. Σε μερικές περιπτώσεις (περίπου στο 2% των ασθενών) έχει αποδειχτεί σαφής κληρονομικότητα. Πιστεύεται ότι γεννητικοί παράγοντες (π.χ. παρουσία του APOEε 4 στο χρωματόσωμα 19) είναι συνδεδεμένοι με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου¹⁶.

Παρά την αδυναμία των ερευνητών να βρουν το αίτιο της νόσου, σημαντική πρόοδος έχει επιτευχθεί στο επίπεδο της καταρρίψεως των μύθων και της βαθύτερης κατανόησης της νόσου. Έτσι σήμερα γνωρίζουμε ότι:

- η νόσος δεν είναι φυσιολογική διεργασία της γηράνσεως,
- δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηριών, ούτε από υπόξινα του εγκεφάλου,
- δεν είναι μεταδοτική
- είναι νόσος του εγκεφάλου, και δεν θεωρείται ψυχική νόσος ή μορφή τρέλας¹⁷.

3.2. Η ΝΟΣΟΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Η νόσος Alzheimer τύπου πρώιμης έναρξης (δηλαδή εμφάνιση νόσου πριν από τα 65 χρόνια) πολύ σπάνια κληρονομείται με τον αυτοσωματικό επικρατούντα χαρακτήρα. Οι ταχείες εξελίξεις στη μοριακή βιολογία και στη γενετική της νόσου Alzheimer φέρνουν στο προσκήνιο την πιθανότητα ανακάλυψης μιας δοκιμασίας μοριακής γενετικής για την διάγνωση αυτής της νόσου. Για κάποιες άλλες σπάνιες νόσους που συνοδεύονται και με άνοια π.χ. νόσος Huntington η άνοια είναι κληρονομική : οι ασθενείς μεταβιβάζουν την νόσο κατά μέσο όρο κατά 50% στα παιδιά τους².

Ελάχιστες οικογένειες στον κόσμο (15 περίπου) έχουν γενετικό σφάλμα στο χρωμόσωμα 21, το οποίο επηρεάζει την παραγωγή της πρωτεΐνης (β - αμυλοειδούς),

η οποία έχει συνδεθεί με τη νόσο. Οι πιο πολλές οικογένειες παρουσιάζουν γενετικό σφάλμα στο χρωμόσωμα 14 που ευθύνεται για την πρόωμη έναρξη της νόσου 35 έως 65 ετών και με πιθανότητα εκδήλωσής της 1 προς 1000 άτομα¹⁸.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Στη διάγνωση δεν υπάρχουν αντικειμενικά ευρήματα παρά μόνο στο τελικό στάδιο της νόσου, η συνεχής ανάπτυξη διαγνωστικών κριτηρίων υπαινίσσεται ότι δεν υπάρχει ασφαλές διαγνωστικό κριτήριο. Κατά την αυτοψία με ιστοπαθολογικές μεθόδους ανευρίσκονται γεροντικές πλάκες του εγκεφαλικού φλοιού που αποτελούνται από νευρώνες τυλιγμένους γύρω από αμυλοειδή πυρήνα, νευροϊνιδιακούς κόμβους – ελικοειδή ινίδια που εμπλέκονται με τους νευρώνες, κοκκιοκενοτοπιώδης εκφύλιση των νευρικών κυττάρων¹⁹.

Πρέπει να σημειωθεί ότι η άνοια μπορεί να είναι μικτής μορφής δηλαδή να υπάρχουν και αγγειακοί παράγοντες που προστίθενται σε εκφυλιστικούς παράγοντες. Οι τελευταίες πρόοδοι των νευροαπεικονιστικών μεθόδων έχουν συμβάλει στη διάγνωση της νόσου και μάλιστα στα αρχικά στάδια²⁰.

Η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό του ασθενούς και σε μια λεπτομερή νευρολογική εξέταση η οποία πρέπει να περιλαμβάνει και ψυχομετρικές δοκιμασίες. Οι απεικονιστικές μέθοδοι ΑΤΕ (Αξονική Τομογραφία Εγκεφάλου) και ΜΤΕ (Μαγνητική Τομογραφία Εγκεφάλου) θα αναδείξουν την φλοιο-υποφλοιώδη ατροφία. Ο παρακλινικός έλεγχος θα πρέπει να επεκταθεί έτσι ώστε να αναδείξει άλλα πιθανά αίτια που μπορεί να προκαλέσουν συμπτωματολογία άνοιας¹⁶.

Διαγνωστικοί ιατρικοί χειρισμοί ανοϊκού ασθενούς :

A. Ιστορικό, φυσική εξέταση, εξέταση γνωσιακών λειτουργιών.

Νευρολογική εξέταση για τον εντοπισμό νόσων που παρουσιάζουν και ανοϊκές διαταραχές.

B. Σύντομη εξέταση νοητικής κατάστασης : Κλίμακα Mini Mental State Examination

1. Έλεγχος προσανατολισμού : τι έτος έχουμε, τι μήνα, τι εποχή, ποια ημερομηνία, ποια μέρα της εβδομάδας, σε ποια χώρα βρισκόμαστε, σε ποια πόλη σε ποια περιοχή ή διεύθυνση, σε ποιο νοσοκομείο, σε ποιο όροφο.

2. Καταγραφή: Θα σας πω τρεις λέξεις και θα επαναλάβετε μετά από εμένα και να τις θυμάστε όταν θα σας ξανακάνω την ερώτηση.
3. Συγκέντρωση / δυνατότητα αριθμητικών πράξεων. Π.χ. αφαιρέστε από το 100 διαδοχικά 7 μονάδες κάθε φορά.
4. Ανάκληση: Επαναλάβετε τις 3 λέξεις που σας είχα ζητήσει παραπάνω.
5. Κατονομασία: Δείχνουμε στον ασθενή δύο αντικείμενα και ζητούμε να τα κατονομάσει.
6. Επανάληψη: Ζητήστε από τον ασθενή να επαναλάβει μετά από εσάς Αχ! «Το' να χέρι νίβει τ' άλλο».
7. Εκτέλεση εντολής τριών σταδίων: Δώστε στον ασθενή ένα λευκό χαρτί και πείτε του:
 - ι) «Πάρτε το χαρτί στο δεξί σας χέρι.»
 - ιι) «Διπλώστε το στη μέση.»
 - ιιι) «Αφήστε το στο πάτωμα.»
8. Αντίδραση: Δείξτε στον ασθενή ένα χαρτί που να γράφει με κεφαλαία «κλείσε τα μάτια σου» και πείτε: «Παρακαλώ κάντε ότι γράφει στο χαρτί που σας δείχνω».
9. Αυτόματη γραφή: Δώστε στον ασθενή χαρτί και μολύβι και πείτε παρακαλώ γράφετε μία ολοκληρωμένη πρόταση, η οποία πρέπει να περιέχει υποκείμενο - ρήμα.
10. Αντιγραφή: Ζητήστε από τον ασθενή να αντιγράψει ένα σχήμα από δύο πεντάγωνα που τέμνονται.
11. Συνολικό άθροισμα: Έχει καθοριστεί σαν όριο άνοιας η βαθμολογία 23 σε σύνολο 30 σε άτομα με 8 χρόνια εκπαίδευσης².

4.2. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει να περιλαμβάνει όλα τα πιθανά αίτια που μπορεί να προκαλέσουν άνοια. Τα πιο σημαντικά από αυτά είναι η έλλειψη της βιταμίνης B12, παθήσεις του θυρεοειδούς -παραθυρεοειδούς αδένου, η υπογλυκαιμία, η υπερουριχαιμία κ.α.

Άλλες παθήσεις που εκδηλώνονται κυρίως με άνοια είναι:

- Γεροντική άνοια. Εμφανίζεται σε ηλικίες άνω των 65 ετών. Σύμφωνα με ορισμένους πρόκειται για την ίδια νόσο με αυτή του Alzheimer αλλά η αιτιολογία θα μπορούσε να είναι διαφορετική.
- Νόσος του Pick. Η εκφύλιση και η ατροφία του ΚΝΣ αφορά κυρίως τις μετωπο-κροταφικές περιοχές του εγκεφάλου. Χαρακτηρίζεται κυρίως από διαταραχές της συμπεριφοράς. Σε τελικό στάδιο η συμπτωματολογία είναι ίδια με εκείνη της Νόσου Alzheimer.
- Πολυεμφραγματική ή αγγειακή άνοια. Οφείλεται σε διάχυτη αρτηριοσκλήρυνση των αγγείων του εγκεφάλου η οποία οδηγεί σε πολλαπλά μικρά έμφρακτα κυρίως στις περικοιλιακές περιοχές.
- Νόσος Jacob - Creutzfeld, νόσος "τρελών αγελάδων" Στην περίπτωση αυτή η άνοια έχει ταχεία εξέλιξη¹⁶.

Οι κυριότερες νευροψυχολογικές διαταραχές στη νόσο του Alzheimer:

- Προϊούσα εγκατάσταση των διαταραχών της μνήμης
- Έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών
- Διαταραχές του θυμικού
- Εστιακές νευρολογικές διαταραχές
- Μυόκλονος
- Εμφάνιση εξωπυραμιδικών σημείων²¹.

ΔΙΑΧΩΡΙΣΜΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΓΗΡΑΣ ²²

	Ασθενής με άνοια	Φυσιολογικός Ηλικιωμένος
Ξεχνά	Όλο το γεγονός	Μέρος του γεγονότος
Καθυστερημένη ανάκληση ονομάτων	Συχνή	Σπάνια
Ακολουθεί προφορικές εντολές	Σταδιακή ανικανότητα	Συνήθως ικανός
Παρακολούθηση ιστορίας στην τηλεόραση	Σταδιακή ανικανότητα	Παραμένει η συνήθης Ικανότητα
Αριθμητικοί λογαριασμοί	Σταδιακή ανικανότητα	Μπορεί να είναι πιο αργός από πρώτα
Ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης	Σταδιακή ανικανότητα	Ικανός
Αντίδραση στο ότι Ξεχνά	Έλλειψη επίγνωσης	Τονίζει το πρόβλημα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Κάποια από τα πρώτα συμπτώματα της νόσου Alzheimer είναι τα εξής:

Απώλεια μνήμης που επηρεάζει τις δεξιότητες στην εργασία

Είναι φυσιολογικό για όλους να ξεχνούμε περιστασιακά κάτι που πρέπει να κάνουμε, ένα όνομα κάποιου συναδέλφου ή κάτι που μας έχει ανατεθεί. Όμως όταν κάποιος ξεχνά συχνά ή παρουσιάζει ασυνήθιστη σύγχυση, αυτό μπορεί να δείχνει ότι κάτι δεν πάει καλά.

Δυσκολία στην εκτέλεση συνηθισμένων, γνωστών εργασιών

Άτομα που είναι πολύ απασχολημένα μπορεί να ξεχάσουν και να αφαιρεθούν σε ορισμένες περιπτώσεις.

Για παράδειγμα είναι πιθανόν να ξεχάσουμε ένα φαγητό στο φούρνο και να ψηθεί περισσότερο απ' ό,τι πρέπει ή ακόμη να ξεχάσουμε να σερβίρουμε ένα μέρος του γεύματος.

Όμως τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο του Alzheimer, όχι μόνο μπορούν να ξεχάσουν να σερβίρουν ένα φαγητό αλλά ακόμη πιθανόν να ξεχάσουν ότι το έχουν ετοιμάσει.

Προβλήματα ομιλίας

Συμβαίνει σε όλους μας κάποτε να μη βρίσκουμε τη σωστή λέξη.

Ένας ασθενής με Alzheimer όμως, μπορεί να ξεχνά απλές λέξεις ή ακόμη να τις αντικαθιστά με ακατάλληλες λέξεις με αποτέλεσμα οι φράσεις του να γίνονται δύσκολες για να κατανοηθούν.

Αποπροσανατολισμός στο χώρο και στο χρόνο

Είναι φυσιολογικό σε κάποιες στιγμές να ξεχνούμε την ημέρα της εβδομάδας ή τι χρειαζόμαστε να αγοράσουμε όταν βρισκόμαστε σε ένα κατάστημα.

Σε αντίθεση οι ασθενείς με Alzheimer μπορούν να χαθούν μέσα στον δρόμο που είναι το σπίτι τους και να μη ξέρουν που βρίσκονται, πως έφθασαν εκεί και πως μπορούν να επιστρέψουν στο σπίτι τους.

Μείωση της ικανότητας κρίσης

Είναι φυσιολογικό κάποιος να ξεχάσει να φορέσει ένα τρικό ή ένα σακάκι σε μια κρύα νύχτα.

Τα άτομα με Alzheimer πιθανόν να ντύνονται ακατάλληλα, φορώντας για παράδειγμα πολλά πουκάμισα σε μια ζεστή μέρα ή να βγουν έξω να πάνε σε ένα κατάστημα φορώντας μια ρόμπα του μπάνιου.

Προβλήματα θεωρητικής σκέψης

Αρκετοί από εμάς έχουμε κάποιες δυσκολίες να κάνουμε μερικούς λογαριασμούς. Για τους ασθενείς με Alzheimer, η αναγνώριση των αριθμών ή η διεξαγωγή βασικών αριθμητικών πράξεων, μπορεί να είναι αδύνατη.

Τοποθέτηση αντικειμένων σε λανθασμένους χώρους

Στον καθένα μπορεί να συμβεί να έχει βάλει το πορτοφόλι ή τα κλειδιά του σε ένα λανθασμένο τόπο.

Οι ασθενείς με Alzheimer μπορεί να βάλουν τα κλειδιά τους στην κατάψυξη ή ακόμη το ρολόι τους στο δοχείο με τη ζάχαρη και μετά να μη ξέρουν πως αυτά βρέθηκαν εκεί.

Αλλαγές στη διάθεση και στη συμπεριφορά

Οι αλλαγές στην συναισθηματική κατάσταση μπορούν να συμβούν σε όλους. Οι ασθενείς με Alzheimer παρουσιάζουν πολύ πιο συχνές μεταβολές της ψυχικής τους κατάστασης χωρίς εμφανή λόγο.

Αλλαγές στην προσωπικότητα

Ενώ στους φυσιολογικούς ανθρώπους παρατηρούνται αλλαγές στην προσωπικότητα καθώς μεγαλώνουν στην ηλικία, στα άτομα με Alzheimer, παρατηρούνται δραστικές αλλαγές είτε ξαφνικά είτε σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Για παράδειγμα κάποιος που ήταν πάντα ήρεμος και ευχάριστος μπορεί ξαφνικά να γίνει εριστικός, να υποπτεύεται τους πάντες και να διακατέχεται συνεχώς από φόβους.

Έλλειψη πρωτοβουλιών

Είναι φυσιολογικό κατά καιρούς να παρουσιάζεται κόπωση σε σχέση με τις εργασίες στο σπίτι, στην εργασία ή στις κοινωνικές υποχρεώσεις. Σταδιακά η κόπωση αυτή παρέρχεται και οι περισσότεροι από εμάς αρχίζουν να βρίσκουν ξανά το ενδιαφέρον τους.

Στους ασθενείς με Alzheimer παρατηρείται μια συνεχής αδιαφορία και απουσία συμμετοχής σε πολλές από τις συνήθεις δραστηριότητές τους.

Κατά τη διαδρομή της νόσου τα συμπτώματα ποικίλουν από άρρωστο σε άρρωστο, ώσπου η νόσος να καταστήσει τα θύματά της ανίκανα για αυτοφροντίδα²³.

5.2. ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η πορεία της νόσου είναι προοδευτική κατά εικόνα. Έτσι η αρρώστια περνάει από το ένα στάδιο στο άλλο, με μια συστηματική σταθερότητα. Παρόλο που υπάρχουν μεγάλες διαφορές από ασθενή σε ασθενή, τα στάδια της νόσου συνήθως είναι επτά¹³.

Η G.D.S. είναι μια κλίμακα βαρύτητας της ανοϊκής νόσου. Διακρίνει 7 στάδια: από φυσιολογικό γνωστικό επίπεδο έως πολύ σοβαρή γνωστική αναταραχή. Η κλίμακα αυτή αποτελεί το σκελετό, στον οποίο θα στηριχθεί η συνέντευξη του εξεταστή με τον ασθενή. Παράλληλα, λαμβάνονται υπόψη πληροφορίες από συγγενικά πρόσωπα του ασθενή. 15 λεπτά περίπου. Ο εξεταστής μελετά προσεκτικά τα χαρακτηριστικά του κάθε σταδίου, θέτει τα ανάλογα ερωτήματα στον εξεταζόμενο και ανάλογα με τις απαντήσεις στο αντίστοιχο στάδιο βαρύτητας της νόσου από 0 έως 7².

ΣΤΑΔΙΟ 1°

Καμιά νοητική έκπτωση

Κανένα παράπονο νοητικής ανεπάρκειας. Δεν υπάρχει ένδειξη νοητικής ανεπάρκειας σε κλινικές εξετάσεις.

ΣΤΑΔΙΟ 2°

Πολύ ελαφρά νοητική έκπτωση

Το άτομο παραπονείται για ανεπάρκεια μνήμης, κυρίως στους παρακάτω τομείς:

- α) Ξεχνά που έχει τοποθετήσει γνωστά αντικείμενα,
- β) Ξεχνά ονόματα που γνώριζε μέχρι πρόσφατα καλά.

Καμιά αντικειμενική ένδειξη νοητικής ανεπάρκειας σε κλινικές εξετάσεις.

ΣΤΑΔΙΟ 3°

Ελαφρά νοητική έκπτωση

Η πρώτη σαφής ένδειξη εκδήλωσης ανεπάρκειας. Εκδηλώσεις σε περισσότερους από έναν τομείς:

- α) Ο ασθενής μπορεί να χάνεται όταν ταξιδεύει σε άγνωστες περιοχές
- β) Οι συνάδελφοι εντοπίζουν τη σχετικά χαμηλή απόδοση του ασθενή

- γ) Ανικανότητα στην εξεύρεση λέξεων και ονομάτων η οποία εντοπίζεται από τους οικείους
- δ) Ο ασθενής μπορεί να διαβάζει ένα κείμενο και να συγκρατεί πολύ λίγα απ' αυτό
- ε) Ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει μειωμένη ικανότητα στο να θυμάται ονόματα πρόσφατων γνωριμιών
- στ) Ο ασθενής μπορεί να χάνει ή να τοποθετεί σε λάθος μέρος κάποιο αντικείμενο αξίας
- ζ) Η ανικανότητα συγκέντρωσης μπορεί να είναι εμφανής κατά τις κλινικές εξετάσεις

Αντικειμενική ένδειξη νοητικής ανεπάρκειας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με υπερεντατική συνέντευξη. Φθίνουσα ικανότητα εκτέλεσης επαγγελματικών και κοινωνικών λειτουργιών. Η αρνητικότητα αρχίζει να εκδηλώνεται στον ασθενή. Ελαφριά έως μέτρια ανησυχία συνοδεύει τα συμπτώματα.

ΣΤΑΔΙΟ 4°

Μέτρια νοητική έκπτωση

Σαφείς ενδείξεις ανεπάρκειας σε κλινικές συνεντεύξεις. Οι ενδείξεις εμφανίζονται στους κατωτέρω τομείς:

- α) Ελαττωμένη γνώση πρόσφατων γεγονότων
- β) Ίσως εμφανιστεί μερική μείωση της μνήμης όσον αφορά την προσωπική του ιστορία.
- γ) Αδυναμία συγκέντρωσης στην εκτέλεση μαθηματικών πράξεων
- δ) Μειωμένη ικανότητα μετακίνησης, διαχείρισης των οικονομικών του, κ.λ.π.

Δεν εμφανίζεται τακτικά ανικανότητα στους παρακάτω τομείς:

- α) Προσανατολισμός στον χρόνο και στα πρόσωπα,
- β) Αναγνώριση προσώπων και φυσιογνωμιών
- γ) Ικανότητα μετακίνησης σε γνωστές περιοχές.

Ανικανότητα στην εκτέλεση σύνθετων εργασιών. Η αρνητικότητα κυριαρχεί ως μηχανισμός αυτοάμυνας. Άμβλυνση της επίδρασης και απόρριψη έντονων καταστάσεων.

ΣΤΑΔΙΟ 5°

Σχετικά σοβαρή νοητική έκπτωση

Ο ασθενής δεν μπορεί πια να επιβιώσει χωρίς κάποια βοήθεια. Ο ασθενής δεν μπορεί να θυμηθεί κατά τη διάρκεια των κλινικών συνεντεύξεων σοβαρά γεγονότα της πρόσφατης ζωής του όπως εξεύρεση διευθύνσεων, τηλεφώνων πολλών ετών, τα ονόματα εγγύτερων συγγενών (εγγόνια), τα ονόματα σχολείων, πανεπιστημίων από τα οποία απεφοίτησε ο ασθενής.

Τακτικά αποπροσανατολίζεται χρονικά (ημερομηνία, εποχή κ.λ.π.) ή τοπικά. Ένα μορφωμένο άτομο μπορεί να αντιμετωπίζει δυσκολία στην αντίστροφη μέτρηση από το 40 κατά τετράδες ή από το 2020 κατά δυάδες. Το άτομο στο στάδιο αυτό συγκρατούν τη γνώση πολλών κυρίων συμβάντων που αφορούν είτε τα ίδια είτε άλλα άτομα. Αναμφισβήτητα θυμούνται το όνομα τους και γενικά θυμούνται της συζύγου και των παιδιών τους. Δεν χρειάζονται βοήθεια για το πλύσιμο και το φαγητό αλλά μπορεί να εμφανίσουν κάποια δυσκολία στην επιλογή του σωστού ρούχου που θα φορέσουν.

ΣΤΑΔΙΟ 6°

Σοβαρή νοητική έκπτωση

Περιστασιακά μπορεί να ξεχνούν το όνομα της συζύγου τους από την οποία εξαρτάται η επιβίωση τους. Σε μεγάλο βαθμό δεν θυμούνται τα πρόσφατα γεγονότα και τις εμπειρίες της ζωής τους. Συγκρατούν κάποια γνώση της παρελθούσας ζωής τους αν και μόνο επιγραμματικά και συγκεχυμένα. Γενικά δεν γνωρίζουν το περιβάλλον τους, το χρόνο, την εποχή κ.λ.π. Μπορεί να αντιμετωπίσουν δυσκολία στο μέτρημα από και προς το 10 και παραπάνω. Θα χρειασθούν κάποια βοήθεια με την άσκηση των καθημερινών τους λειτουργιών όπως εμφάνιση ακράτειας. Θα χρειασθούν βοήθεια τις μετακινήσεις τους και περιστασιακά θα επιδείξουν ικανότητα μετακίνησης σε γνωστά μέρη. Εμφανίζονται διαταραχές του προγράμματος του ύπνου - εγρήγορσης. Σχεδόν πάντα θυμούνται το όνομα τους. Συχνά συνεχίζουν να διακρίνουν γνωστά από άγνωστα πρόσωπα του περιβάλλοντος τους.

Συμβαίνουν αλλαγές στην προσωπικότητα τους και στα συναισθήματα. Αυτές είναι ποικίλες και περιλαμβάνουν:

α) Παραίσθησιακή συμπεριφορά. Π.χ. οι ασθενείς μπορεί να κατηγορούν τις συζύγους τους σαν ψεύτες, μπορεί να μιλάνε με φανταστικά πρόσωπα στο χώρο τους ή με την εικόνα τους στον καθρέπτη

β) Ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα, όπως π.χ. ένα πρόσωπο μπορεί να εμφανίζει συνεχή επαναληπτική συμπεριφορά σε λειτουργίες προσωπικής υγιεινής

γ) Νοητική αβουλία, π.χ. απώλεια δύναμης - θέλησης γιατί δεν μπορεί να διατηρήσει μια σκέψη για μεγάλο χρονικό διάστημα έτσι ώστε να καθορίσει τον σκοπό των πράξεων του.

ΣΤΑΔΙΟ 7°

Πολύ σοβαρή νοητική έκπτωση

Όλες οι λεκτικές ικανότητες έχουν χαθεί. Συχνά δεν υπάρχει καθόλου έναρθρος λόγος μόνο μούγκρισμα. Ακράτεια ούρων και κοπράνων και χρειάζεται βοήθεια στο πλύσιμο και στο φαγητό. Βασική απώλεια ψυχοκινητικών ικανοτήτων, π.χ. ικανότητα βάδισης. Το μυαλό μοιάζει να μη μπορεί να πει πια στο σώμα τι να κάνει. Συχνά παρουσιάζονται γενικευμένα και φλοιώδη σημεία και συμπτώματα^{22,24}.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η αξονική τομογραφία αναδεικνύει όχι πάντοτε φλοιώδη ατροφία, ιδίως μετωπιαία και κροταφικά με πιθανή διάταση του κοιλιακού συστήματος. Δεν πρόκειται περί ειδικής εξέτασης για την ΝΑ γιατί ατροφία παρουσιάζεται και σε φυσιολογικά άτομα των ιδίων ηλικιών ενώ μπορεί να μην απεικονιστεί ατροφία σε αληθή ΝΑ.

Στα πρώτα στάδια η αξονική τομογραφία μπορεί να μην προσφέρει καμία βοήθεια.

Η μαγνητική τομογραφία έχει το ξεχωριστό πλεονέκτημα ότι μπορεί να δείξει όχι μόνο την διεύρυνση των αυλακών στο φλοιό του εγκεφάλου και την διάταση του κοιλιακού συστήματος, αλλά ακόμα και την λέπτυνση του φλοιού που συνοδεύει την ατροφία στην Alzheimer.

Το SPECT στην Alzheimer συνήθως δείχνει κροταφοβρεγματική ελάττωση της αιματικής ροής και μερικές φορές και μετωπιαία. Εκτός από την αξία του στην πρόωμη διάγνωση το SPECT χρησιμοποιείται για να εκτιμηθεί η ανταπόκριση στην φαρμακευτική αγωγή.

Το PET στη ΝΑ αναδεικνύει κροταφοβρεγματικό και μετωπιαίο υπομεταβολισμό που έχει τη δυνατότητα να βοηθήσει στην διάγνωση της νόσου ακόμα και σε πολύ πρώιμα στάδια. Αποτελεί εξέταση μεγαλύτερων δυνατοτήτων από το SPECT².

6.2. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ - ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Γενικές εξετάσεις αίματος, γενικές εξετάσεις ούρων, ΤΚΕ, ουρία, κρεατινίνη, σάκχαρο , SGOT, SGPT, γGT, TSH,T3, T4, ασβέστιο, αλκολική φωσφατάση, έλεγχος λοιμώξεων (VDRL, HIV κυρίως σε νέα άτομα), έλεγχος για παρανεοπλασματική εκδήλωση, έλεγχος για νοσήματα του κολλαγόνου όπως ερυθρηματώδης λύκος. Μέτρηση Β-12 βιταμίνης – φυλλικού: μελέτες έχουν δείξει χαμηλές τιμές σε ασθενείς με νόσο Alzheimer. Ομοκυστεΐνη : ένα θειούχο αμινοξύ ενδιάμεσο του μεταβολισμού της μεθιονίνης θεωρείται ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για αρτηριοσκλήρυνση και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Δεδομένου ότι τα αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης μπορούν εύκολα να ελαττωθούν με χορήγηση φυλλικού οξέως και βιταμινών Β12 και Β6 γίνεται κατανοητή η σημασία του προσδιορισμού των επιπέδων της με στόχο τον περιορισμό της εγκεφαλικής νόσου².

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η πορεία της νόσου είναι προοδευτική και τα ακραία όρια επιβίωσης είναι μεταξύ 2 και 10 ετών. Το ένα στάδιο διαδέχεται το επόμενο και τελικά ο ασθενής καταλήγει να μείνει στο κρεβάτι σε φυτική κατάσταση λόγω καχεξίας ή λοιμώδους νοσήματος. Η έγκαιρη διάγνωση πράγμα πολύ δύσκολο παίζει το σημαντικότερο ρόλο. Ο εργαστηριακός έλεγχος πρέπει να γίνεται στα αρχικά στάδια της νόσου και περιλαμβάνει το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, αξονική και μαγνητική τομογραφία και άλλες εξετάσεις που θα αποκλείσουν τυχόν οργανικό υπόστρωμα της νόσου.

Το σίγουρο είναι ότι όλοι ξεχνάμε που και που, αλλά ανακαλούμε αντικείμενα και πρόσωπα με λίγη προσπάθεια. Οι ασθενείς με νόσο Alzheimer ξεχνούν συχνά, δεν ανακαλούν ποτέ και ρωτούν συνεχώς τα ίδια και τα ίδια ξεχνώντας την απάντηση που τους έχει δοθεί²⁵.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Τα τελευταία έτη η θεραπεία της Νόσου Alzheimer βασίζεται σε φάρμακα που έχουν την ιδιότητα να αναστέλλουν την δράση της χολινεστεράσης ενός ενζύμου που διασπά τον νευροδιαβιβαστή ακετυλοχολίνη. Ακόμη, χορηγείται η μεμαντίνη ένα φάρμακο το οποίο αναστέλλει τους NMDA υποδοχείς των νευρώνων με σκοπό να περιορίσει την εκφύλισή τους. Η θεραπεία αυτή πιστεύεται ότι επιβραδύνει την εξέλιξη της νόσου και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στα πρώιμα στάδια της. Απαραίτητη είναι, επίσης, η θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου (κατασταλτικά, αντικαταθλιπτικά, αγχολυτικά φάρμακα) ανάλογα με την κατάσταση του ασθενούς¹⁶.

Από τα γενικά μέτρα που λαμβάνονται είναι δυνατόν να συμβάλουν στη •βραδύτερη πορεία της νόσου τα εξής :



- Η χορήγηση ανταγωνιστών ασβεστίου.
 - Η χορήγηση αντιχολινεστερασιακών παραγόντων.
 - Η χορήγηση της σελεγιλίνης
 - Η χορήγηση νοοτρόπων παραγόντων.
- Η χορήγηση αντιοξειδωτικών παραγόντων²¹.

8.1.1. ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Οι φαινοθειαζίνες και άλλα αντιψυχωτικά φάρμακα συνταγογραφούνται συχνά σε ασθενείς με νόσο Alzheimer, με σκοπό να ελαττώσουν τη διαταραχή της συμπεριφοράς. Όμως πολλά νευροληπτικά έχουν αντιχολινεργική δράση και είναι πιθανό ότι αυτό επιταχύνει την εξέλιξη των γνωστικών διαταραχών. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις ανεπιθύμητες ενέργειες των νευροληπτικών. Η τακτική είναι να ξεκινά με μικρές δόσεις, τις οποίες αυξάνει με αργό ρυθμό.

8.1.2. ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Τα παλαιά τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά έχουν σημαντική αντιχολινεργική δράση, ωστόσο η θεωρητική δράση τους στη γνωστική έκπτωση όσο και η πτωχή ανοχή που δείχνουν σε αυτά οι ηλικιωμένοι οδηγούν πολλούς ειδικευμένους ιατρούς να προτιμούν να χορηγούν τους εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονικής ως πρώτη θεραπευτική επιλογή.

8.1.3. ΥΠΝΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι οι β-ενδοδιαζεπίνες αυξάνουν τη σύγχυση στους ασθενείς με άνοια. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να αποφεύγονται όσο είναι δυνατόν. Τα νεότερα υπνωτικά είναι πιθανότητα προτιμότερα, ενώ στις περιπτώσεις άνοιας με διαταραχές του νυχτερινού ύπνου που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί η χλωρμεθειαζόλη²⁶.

8.2. ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Η έρευνα στη μοριακή βιολογία και τη γενετική της νόσου Alzheimer, υπόσχεται να οδηγήσει στην ανάπτυξη πιο ισχυρών θεραπειών, οι οποίες θα επιβραδύνουν την εξέλιξη ή πιθανώς θα μπορούν ακόμα και να προλαμβάνουν την εμφάνιση της ΝΑ. Αυτό θα επιτευχθεί:

- 1) Με εναπόθεση του αμυλοειδούς, και
- 2) Φωσφορυλίωση της πρωτεΐνης T²⁶.

8.3. ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Στη μη φαρμακευτική θεραπεία τεράστια σημασία έχει η σωστή εκπαίδευση των υπολοίπων μελών της οικογένειας στην αντιμετώπιση του ασθενούς και την τροποποίηση του περιβάλλοντος με στόχο την αποτροπή ατυχημάτων και τη δημιουργία κλίματος ηρεμίας και συναισθηματικής αποδοχής. Ακόμα, το

σημαντικότερο όλων, είναι η διαρκής προτροπή του ασθενούς στην εκτέλεση εργασιών όπως: π.χ. η ατομική του καθαριότητα, το περπάτημα, το διάβασμα και οτιδήποτε μπορεί να κρατήσει τις νοητικές διεργασίες του ασθενούς σε δράση²³.

Εκτός από την φαρμακευτική αγωγή και τη βοήθεια του περιβάλλοντος του ασθενούς, αποτελέσματα έχει και η φυσιοθεραπεία, κυρίως κινησιοθεραπεία, με σκοπό τη βελτίωση της κινητικότητας του ασθενούς ή τη διατήρηση της ήδη υπάρχουσας κινητικότητας και την πρόληψη επιπλοκών (αγκυλώσεις - λοιμώξεις).

Τέλος, συνταγογραφούνται από τον θεράποντα ιατρό, ειδικά αμαξίδια και μηχανήματα για την καλύτερη κινητικότητα του ασθενούς²⁷.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατευθύνονται ως εξής:

- *Πρώτον.* Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.
- *Δεύτερον.* Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνατή εξαρτημένη κατάσταση.
- *Τρίτον.* Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στην φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται²⁵.

Πιο αναλυτικά:

Οι άρρωστοι με άνοια τύπου Alzheimer συνήθως αντανακλούν το συναίσθημα των γύρων τους. Ένα εκνευρισμένο και βιαστικό πλησίασμα κάνει τον άρρωστο αγχώδη και αντιδραστικό. Ένα ευγενικό και ήρεμο, τον ανακουφίζει. Ο νοσηλευτής πρέπει να λέει ποιος είναι, να βλέπει στα μάτια τον άρρωστο και να βεβαιώνεται ότι κέρδισε την προσοχή του. Οι άρρωστοι με γνωστικές και μνημονικές διαταραχές έχουν ανάγκη να ακούν κάθε φορά το όνομα του νοσηλευτή. Καθαρή και χαμηλόφωνη ομιλία προς τον άρρωστο. Οι υψηλοί τόνοι φωνής δημιουργούν άγχος και ένταση σε αυτούς τους αρρώστους. Μια ερώτηση ή μια φράση πρέπει να λέγεται κάθε φορά με συντομία και απλές λέξεις, για ελάττωση της σύγχυσης, επανάληψη της ερώτησης αν ο άρρωστος δεν απαντά ή δεν φαίνεται να καταλαβαίνει, ενισχύει την κατανόηση.

Χρειάζεται υπομονετική αναμονή αν δεν απαντήσει ο άρρωστος και επανάληψη της ίδιας ερώτησης. Γι' αυτούς τους αρρώστους παίρνει χρόνο η επεξεργασία μιας πληροφορίας.

Διαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά.

Με τη λεκτική επικοινωνία ταυτόχρονη επίδειξη των κατάλληλων αντικειμένων ή εικόνων για ενίσχυση της κατανόησης των λεγομένων.

Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο. Διατήρηση φωτισμού και κατά τη νύχτα. Παροχή απαλής μουσικής. Στενή παρατήρηση του αρρώστου για κινήσεις που δείχνουν ότι πονά ή αισθάνεται δυσφορία, εφόσον δεν είναι ικανός να εκφράσει λεκτικά σκέψεις και συναισθήματα. Προώθηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα τοποθετώντας σε εμφανές μέρος μεγάλο ρολόι, ημερολόγιο, το διαιτολόγιο κάθε ημέρας το όνομα του νοσοκομείου και την πόλη. Τοποθέτηση γνωστών και αγαπημένων αντικειμένων του αρρώστου στο δωμάτιό του. Αποφυγή λογομαχίας και αμφισβήτησης της πραγματικότητας των παραπόνων του ή των μυθοπλαστικών διηγήσεών του. Εκπαίδευση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για τον άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα. Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών που μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργία της μνήμης και να ελαττώσουν τη σύγχυση του αρρώστου. Έτσι διευκολύνεται η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ αρρώστων και των οικογενειών τους^{28,29}.

1.2. ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ολική και εξατομικευμένη εκτίμηση και φροντίδα του άρρωστου. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων διαφέρει από άτομο σε άτομο.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορούν να επηρεάσουν πολλές πλευρές της ζωής και της λειτουργικότητας του αρρώστου, π.χ. η διατήρηση του άρρωστου καθαρού και περιποιημένου τον κάνει κοινωνικά πιο παραδεκτό και προσελκύει την οικογένεια να τον επισκέπτεται και να τον πηγαίνει περίπατο.

Όσο μόνιμα κι αν είναι εγκατεστημένη η οργανική βλάβη, η σοβαρότητα της ποικίλλει και η συμπεριφορά του ατόμου εξαρτάται από τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος. Γενικά ο άρρωστος μπορεί να χειριστεί ευκολότερα και πιο επιδέξια τα οικεία πράγματα και ερεθίσματα παρά τα καινούργια ή ξένα.

Καμιά οργανική ψυχική διαταραχή δεν είναι στατική. Στην πορεία του χρόνου, η λειτουργία του εγκεφάλου αναμένεται να αλλάξει - είτε να χειροτερεύσει είτε να βελτιωθεί.

Συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν έξαρση των συμπτωμάτων.

Ο άρρωστος αυτός είναι οριακός στην προσαρμογή και αναμένεται να έχει λιγότερη ανοχή στο σωματικό, ψυχολογικό ή κοινωνικό στρες και λιγότερη ικανότητα να αλλάξει ή να προσαρμόζεται σε αλλαγές.

Οι οικογένειες που μπορούν να κατανοούν την αλλαγμένη συμπεριφορά του αρρώστου, είναι λιγότερο πιθανό να παίρνουν προσωπικά τη συμπεριφορά του και πιο ικανές να συνεχίσουν να ενδιαφέρονται και να τον υποστηρίζουν.

Η αποποίηση του περιβάλλοντος βοηθάει στη μεγιστοποίηση των ικανοτήτων και της ανεξαρτησίας του αρρώστου.

Η οργανική ψυχική διαταραχή ελαττώνει την ικανότητα του αρρώστου να επιτύχει την επιδοκιμασία των άλλων. Συνεπώς ο άρρωστος εξαρτάται από την αποδοχή των άλλων για να διατηρηθεί κάποια κοινωνική επαφή.

Η αρρώστια αυτή ελαττώνει την ικανότητα του ατόμου να κάνει κρίσεις, σχέδια και επιλογές. Γι' αυτό πρέπει να μη προκαλείται ή υποχρεώνεται να παίρνει αποφάσεις και να κάνει επιλογές, για τις οποίες δεν είναι πλέον ικανός. Για παράδειγμα πληροφορημένη συγκατάθεση δεν μπορεί να δοθεί αν το άτομο είναι ανίκανο να αναγνωρίσει και κατανοήσει τις συνέπειες της συμπεριφοράς ή επιλογής του.

Αποφυγή τιμωρίας του ατόμου με συμπεριφορά ή στάση για αλόγιστες ή επικίνδυνες ενέργειες που είναι συμπτώματα της μειωμένης ικανότητας να ξεχωρίσει και να κρίνει. Συνίσταται οργάνωση του περιβάλλοντος ώστε να είναι ασφαλές και να διευκολύνει την επιθυμητή συμπεριφορά.

Επικέντρωση της προσοχής στο σήμερα και ενθάρρυνση της χρησιμοποίησης δεξιοτήτων και αναμνήσεων από το παρελθόν.

Χρησιμοποίηση απαλής μουσικής ως ερέθισμα για συναισθηματική δόνηση και κινητοποίηση του ενδιαφέροντος. Ερευνητικές νοσηλευτικές μελέτες, απέδειξαν ότι η μουσική ασκεί θεραπευτική επίδραση και σε προχωρημένα στάδια της άνοιας²⁹.

1.3. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕΣΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Όσο κι αν συνεχίζονται οι έρευνες για την πρόληψη και την θεραπεία της αρρώστιας, παραμένει το πρόβλημα της καθημερινής φροντίδας του αρρώστου που αποτελεί και πρόκληση για τη νοσηλευτική. Το βάρος της φροντίδας πέφτει κυρίως στα μέλη της οικογένειας. Επειδή μικρό ποσοστό ηλικιωμένων με άνοια άνω των 65 ετών νοσηλεύονται σε ιδρύματα. Οι οικογένειες τους κρατούν επί μακρό χρονικό διάστημα για να αποφύγουν την εισαγωγή σε ίδρυμα. Τα ευρήματα ερευνών, που μελετούν τη φροντίδα των ηλικιωμένων αυτών αρρώστων, δείχνουν ότι τα μέλη της οικογένειας τους παθαίνουν κόπωση στην προσπάθεια να ανταποκριθούν στη φροντίδα τους. Οι περισσότεροι που φροντίζουν ηλικιωμένους με άνοια είναι η σύζυγος ή οι θυγατέρες του αρρώστου αλλά και ο σύζυγος στην περίπτωση άρρωστης γυναίκας και οι γιοί. Οι σύζυγοι είναι συχνά και αυτοί μεγάλοι σε ηλικία και μπορεί να έχουν σωματικές αρρώστιες, ψυχολογικά κοινωνικό-οικονομικά προβλήματα ώστε να μην μπορούν να ανταποκριθούν στην 24ωρη καθημερινή φροντίδα του αρρώστου.

Η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικά πρόσωπα βοηθάει αποτελεσματικά την οικογένεια σε στρεσογόνες καταστάσεις. Αλλά η υπερβολική απασχόληση και ευθύνη, η ανικανότητα των φίλων να αντιμετωπίσουν τον άρρωστο με άνοια και η απώλεια της κύριας πηγής υποστήριξης που ήταν ο άρρωστος, μειώνουν τα επίπεδα υποστήριξης της οικογένειας τότε που τη χρειάζεται.

Για τη βοήθεια της οικογένειας που φροντίζει ηλικιωμένο άτομο με άνοια τύπου Alzheimer έχουν δοκιμασθεί ορισμένα προγράμματα νοσηλευτικής παρέμβασης με καλά αποτελέσματα. Π.χ. συμβουλευτική υπηρεσία, προγράμματα ψυχικής αγωγής και σταθμοί ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων.

Η εκτεταμένη αναφορά της φροντίδας του ηλικιωμένου με άνοια τύπου Alzheimer μέσα στην οικογένεια κρίθηκε απαραίτητη, διότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προς αυτήν την κατεύθυνση προσανατολίζεται. Η νοσηλευτική μπορεί να παίζει ηγετικό, αποφασιστικό ρόλο στην εκπαίδευση και την υποστήριξη της οικογένειας, αλλά και σε ερευνητικές μελέτες για να απαντηθούν τα φλεγόμενα ερωτήματα²⁹.

2.1. ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Εφ' όσον η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη δεν υπάρχουν ειδικές συμβουλές για την πρόληψή της. Χρήσιμες είναι οι συμβουλές για τους συγγενείς ώστε να αντιμετωπίζουν όσο το δυνατόν καλύτερα τα προβλήματα συμπεριφοράς του πάσχοντος.

Δεδομένων των διαταραχών της πρόσφατης μνήμης, θα πρέπει τα αντικείμενα στο σπίτι του πάσχοντος να μην αλλάζουν θέση και να μην του αναθέτονται εργασίες που απαιτούν ιδιαίτερες μνημονικές ικανότητες. Για παράδειγμα είναι εύκολο ο ασθενής να ξεχάσει το φαγητό στην φωτιά. Οι καθημερινές ασχολίες είναι καλό να προγραμματίζονται σε μία συγκεκριμένη ώρα κάθε μέρα. Αυτό ισχύει και για τον βραδινό ύπνο ώστε να αποφευχθεί το ενδεχόμενο αϋπνίας. Σε πιο προχωρημένο στάδιο οι διαταραχές της συμπεριφοράς είναι έκδηλες και ο ασθενής μπορεί να επιμένει σε ορισμένες ιδέες ή σκέψεις, οι οποίες δεν είναι αναγκαστικά ορθές. Παραδείγματος χάριν να πιστεύει ότι κάποιος οικείος του τον κλέβει. Η περίπτωση αυτή θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με κατανόηση και υπομονή. Βέβαια, σε περίπτωση ψυχοκινητικής διέγερσης θα πρέπει να απευθύνεστε στον ιατρό του.

Σε προχωρημένο στάδιο οι διαταραχές μνήμης είναι πλέον σοβαρές και ο ασθενής μπορεί να μην αναγνωρίζει ακόμη και τα παιδιά του. Παρ' όλα αυτά η αντιμετώπιση με αγάπη και κατανόηση είναι σημαντική για τον ασθενή. Σε τελικό στάδιο δεν υπάρχει πλέον δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και ο ασθενής έχει ανάγκη μόνιμης φροντίδας είτε κατ' οίκον είτε σε ειδικό ίδρυμα¹⁶.

2.2. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι προληπτικές παρεμβάσεις που προγραμματίζονται για τη νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή συνήθως είναι:

- Να μη σηκώνεται ο ηλικιωμένος από το κρεβάτι για την πρόληψη ατυχήματος.
- Να τεθούν προφυλακτήρες στο κρεβάτι όταν ο ασθενής είναι συγχυτικός ή διεγερτικός για περισσότερη ασφάλεια.
- Να τεθεί μόνιμος καθετήρας κύστεως για τον έλεγχο των ούρων και την πρόληψη κατακλίσεων.
- Να τεθεί Ε.Φ. ορός για τη διατήρηση της υδατοηλεκτρολυτικής ισορροπίας και τη διευκόλυνση της ενδοφλέβιας χορήγησης φαρμάκων¹⁹.

3.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ



3.1.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΗΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΚΑΘΗΜΕΡΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση για προβλήματα προσωπικής υγιεινής (μπάνιο, ξύρισμα, περιποίηση στοματικής κοιλότητας, ντύσιμο)

Άτομα που πάσχουν από άνοια, είναι επόμενο να χρειάζονται ολοένα και περισσότερο βοήθεια στην προσωπική τους υγιεινή. Καθώς η ασθένεια εξελίσσεται, μπορεί να χάσουν την ικανότητα χειρισμού αντικειμένων, όπως χτένες και οδοντόβουρτσες.

Μπορεί επίσης να ξεχάσουν τι είναι αυτά τα αντικείμενα, σε τι χρησιμεύουν, να ξεχάσουν ότι κάποια δουλειά πρέπει να γίνει ή να χάσουν το ενδιαφέρον τους στο να είναι καθαροί και περιποιητικοί.

Πώς να αντιμετωπίσετε δυσκολίες που σχετίζονται με την προσωπική υγιεινή

1. Σεβαστείτε την ανάγκη για ηρεμία και την αξιοπρέπεια του ατόμου που πάσχει από άνοια.
2. Παρέχετε επαρκή βοήθεια, χωρίς να του στερείτε την ανεξαρτησία του.
3. Καθησυχάστε τον σχετικά με τη θερμοκρασία και το βάθος του νερού, την ολισθηρότητα.
4. Μην επιμένετε να κάνει μπάνιο συχνότερα απ' ό,τι έχει συνηθίσει και αρκεστείτε σε ένα ντους, αν το μπάνιο είναι πολύ δύσκολο.

5. Κάντε το μπάνιο μια ευχάριστη δραστηριότητα.
6. Σκεφθείτε τη χρήση ηλεκτρικής ξυριστικής μηχανής αντί για το παραδοσιακό ξυράφι, μπορεί να δυσκολεύονται να το χειριστούν και κατά συνέπεια, να κοπούν.
7. Σκεφτείτε τρόπους να βελτιώσετε την αυτοπεποίθηση του. Π.χ. μανικιούρ, βερνίκι νυχιών ή ένα νέο χτένισμα, αν πρόκειται για γυναίκα.
8. Προσπαθήστε να βρείτε ένα εύκολο χτένισμα.
9. Διαχωρίστε το μπάνιο από το λούσιμο, αν είναι δύσκολο να γίνουν και τα δύο ταυτόχρονα.
10. Προσέχετε τα νύχια στα δάκτυλα των ποδιών και των χεριών.
11. Κάντε το χώρο του μπάνιου ένα ασφαλές περιβάλλον³⁰.

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση για τη διατήρηση της στοματικής υγιεινής

1. Ενημερώστε τον άρρωστο και ζητείστε τη συνεργασία του.
2. Πλύνετε τα χέρια σας.
3. Δώστε στον άρρωστο πλάγια ή καθιστή θέση.
4. Τοποθετείστε την πετσέτα γύρω από τον τράχηλο και το νεφροειδές κοντά, ανάλογα με τη θέση του.
5. Βουρτσίστε τα δόντια προς όλες τις κατευθύνσεις.
6. Βοηθήστε να ξεπλύνει το στόμα του με το ποτήρι ή καλαμάκι και να κάνει γαργάρες με αντισηπτικό διάλυμα.
7. Αν η κατάσταση του δεν επιτρέπει βούρτσισμα, τυλίξτε βαμβάκι στην σπάτουλα., εμβαπτίστε το σε αντισηπτικό διάλυμα και καθαρίστε τις επιφάνειες του στόματος.
8. Επαλείψτε τα χείλη με γλυκερίνη αν κρίνετε αναγκαίο.
9. Ελέγχετε τη στοματική κοιλότητα για πιθανή στοματίτιδα, έλλειψη αισθητικότητας, αιμορραγία, πόνο³¹.

Φροντίδα τεχνητής οδοντοστοιχίας

1. Πλύνετε τα χέρια σας και φορέστε γάντια.
2. Αφαιρέστε πρώτα την κάτω οδοντοστοιχία όταν υπάρχει και τοποθετείστε την πάνω σε καθαρή ή αποστειρωμένη γάζα ή χαρτοβάμβακο.

3. Τοποθετείστε νεφροειδές στο νιπτήρα για να μην πέσει και σπάσει. Βουρτσίστε με οδοντόκρεμα ή σαπουνίστε - σύμφωνα με τη συνήθεια του αρρώστου - και ξεπλύνετε καλά, πάνω από το νεφροειδές. Τοποθετήστε την σε καθαρό ατομικό ποτήρι.
4. Βοηθείστε τον άρρωστο να κάνει γαργάρες με αντισηπτικό διάλυμα.
5. Τοποθετείστε πρώτα την επάνω και έπειτα την κάτω οδοντοστοιχία²⁸.

Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με δυσκοιλιότητα

Κύριος αντικειμενικός σκοπός των νοσηλευτικών παρεμβάσεων για διευθέτηση της δυσκοιλιότητας είναι η εκκένωση του εντέρου από το περιεχόμενο και η επαναφορά του στις φυσιολογικές συνήθειες αφόδευσης.

Νοσηλευτικά μέτρα που αποβλέπουν στην διευθέτηση του προβλήματος της δυσκοιλιότητας είναι:

1. Ενθάρρυνση του ηλικιωμένου για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.
2. Προτροπή για πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών.
3. Χορήγηση τροφών με υπόλειμμα.
4. Έλεγχος των χορηγούμενων φαρμάκων που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
5. Διδασκαλία σχετικά με την κατάχρηση των υπακτικών.
6. Καθιέρωση προγράμματος ασκήσεων.
7. Διευθέτηση ψυχολογικών προβλημάτων.

Η εκτέλεση τακτικών ασκήσεων αποτελεί σημαντικό μέρος του νοσηλευτικού προγράμματος. Όταν χρόνια προβλήματα όπως νευρολογικές διαταραχές, γενικευμένη κακουχία, αρθροπάθειες κ.ά., ακινητοποιούν τον ηλικιωμένο στο κρεβάτι, τότε το πρόγραμμα τροποποιείται ανάλογα με την περίπτωση.

Με τη χορήγηση επαρκούς ποσότητας υγρών καθίστανται τα κόπρανα μαλακά, γι' αυτό και συνιστάται η χορήγηση τους τόσο μεταξύ των γευμάτων όσο και κατά την κατάκλιση. Ο καφές, το τσάι, οι χυμοί και ειδικότερα ο χυμός του

σταφυλιού, επειδή δρουν όπως τα διουρητικά καλό είναι να αποφεύγονται ή να περιορίζονται.

Η συμβολή των φυτικών ινών για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας είναι σημαντική. Οι φυτικές ίνες συγκρατούν νερό, τα κόπρανα μαλακώνουν γίνονται βαρύτερα και διέρχονται από το έντερο με μεγαλύτερη ευκολία. Σιτία πλούσια σε φυτικές ίνες αφθονούν. Ενδεικτικά αναφέρονται τα μπρόκολα., τα φασολάκια, τα ξερά βερίκοκα, οι γλυκές πατάτες και το σιταρένιο ψωμί το οποίο υπερέχει πολλών άλλων σιτηρών.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες εξετάζονται προσεκτικά. Η μείωση της κοινωνικής μονώσεως αποκαθίστανται με την κοινωνικοποίηση του ηλικιωμένου και τη συμμετοχή του σε θεραπευτική ομάδα. Επίσης διδάσκεται ο ηλικιωμένος και οι συγγενείς πώς να αξιολογούν την κινητικότητα του εντέρου, ώστε να αποφεύγονται εσφαλμένα συμπεράσματα²⁵.

*Ø Νοσηλευτική παρέμβαση σε ακράτεια ούρων και κοπράνων.
Νοσηλευτική παρέμβαση ακράτειας ούρων.*

1. Όταν η απώλεια ούρων οφείλεται σε παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις στρέφονται στην άρση του αιτίου.
2. Ενθαρρύνεται ο ασθενής να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και αρκετό νερό.
3. Διδάσκεται τι σημαίνουν τεχνικές συμπεριφοράς και ποιο το αναμενόμενο αποτέλεσμα.
4. Οι τεχνικές αρχίζουν με ασκήσεις των μυών της πυέλου και με τη χρησιμοποίηση προς το τέλος και της συσκευής της βιοεπανατροφοδότησεως του Kegel. Συνεχίζονται με την επανεκπαίδευση της κύστεως, την αναχαίτιση του αισθήματος για ούρηση.
5. Τελικά όταν τα αναφερόμενα μέσα δεν αποβούν αποτελεσματικά τότε τοποθετείται εξωτερικός ή εσωτερικός καθετήρας Folley μόνιμος. Το μέτρο αυτό χρησιμοποιείται εφόσον αποκλείεται η χειρουργική παρέμβαση ή ο διακεκομμένος καθετηριασμός²⁵.

ΠΡΑΚΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

- I. Χορηγείστε υγρά κατά την διάρκεια της ημέρας.
- II. Σταματήστε τη χορήγηση υγρών τρεις ώρες πριν από την κατάκλιση.
- III. Δώστε τη δυνατότητα στον ηλικιωμένο να πηγαίνει στην τουαλέτα σε τακτικά χρονικά διαστήματα., συνήθως κάθε δύο ώρες.
- IV. Αποθαρρύνετε τη συχνότερη ούρηση.
- V. Καταγράψτε τη συχνότητα της ακράτειας και ενημερώστε το γιατρό.
- VI. Επιλέξτε κατάλληλα ενδύματα, ώστε να αφαιρούνται γρήγορα και να μην προκαλούν καθυστέρηση κατά την ούρηση.
- VII. Εξασφαλίστε μοναχικότητα και αρκετό χρόνο, ώστε να αδειάσει η κύστη καλά.
- VIII. Χορηγείστε τα διουρητικά τις πρωινές ώρες, για να αποφεύγεται η νυχτερινή διούρηση.
- IX. Επιλέξτε μια θέση για τον ηλικιωμένο να είναι πλησίον της τουαλέτας.
- X. Τοποθετείστε υπερυψωμένη τουαλέτα.
- XI. Ρυθμίστε το ύψος του κρεβατιού για να μπορεί να σηκώνεται εύκολα.
- XII. Αποφύγετε τη χορήγηση υγρών που ερεθίζουν την κύστη και προκαλούν γρήγορη εκκένωση της, όπως καφές, τσάι, κόκα-κόλα, χυμό φρούτων και οينوπνευματώδη ποτά.
- XIII. Αποφύγετε το κάπνισμα στο δωμάτιο του ηλικιωμένου διότι αναφέρεται ότι ερεθίζει την κύστη και την καθιστά ευαίσθητη.
- XIV. Αντικαταστήστε τις πάνες όταν παλιώνουν ώστε να είναι αποτελεσματικές.
- XV. Διατηρείστε το δέρμα καθαρό και στεγνό.
- XVI. Χρησιμοποιείτε σαπούνι μη ερεθιστικό καθώς και μαλακές και βαμβακερές πάντες.
- XVII. Προτού τοποθετείστε την πάνω και αφού έχετε στεγνώσει το δέρμα επαλείψτε το με μια κρέμα δέρματος.
- XVIII. Μη χρησιμοποιείτε πούδρα.
- XIX. Όταν εντοπίστε σημεία φλεγμονής, ειδοποιείτε το γιατρό σας³².

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση ακράτειας κοπράνων

1. Εξάλειψη της δυσκοιλιότητας.
2. Διευθέτηση της κοπροστάσεως με δακτυλική εξέταση ορθού.
3. Διευθέτηση της συγχύσεως όπου υπάρχει.
4. Διακοπή φαρμάκων που συμβάλλουν στο πρόβλημα.
5. Υποκλυσμός μέχρι το έντερο να καθαρίσει.
6. Διδασκαλία του ατόμου για αλλαγή τρόπου ζωής και καθορισμό τακτής ώρας που θα πηγαίνει στην τουαλέτα.
7. Χρησιμοποίηση απορροφητικού υλικού μιας χρήσεως και σχολαστική φροντίδα περινέου.
8. Χρησιμοποίηση αποσμητικών συσκευών για την εξουδετέρωση της κακοσμίας.
9. Σχολαστική ατομική υγιεινή και φροντίδα του δέρματος για την πρόληψη των κατακλίσεων και λοιμώξεων³³.

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση στο ντύσιμο

1. Προσπαθήστε να παρέχετε βοήθεια χωρίς να παίρνετε τον έλεγχο.
2. Δώστε στον ασθενή αρκετή ώρα για να ντυθεί.
3. Περιορίστε την επιλογή σε δύο ρούχα.
4. Αφήνετε διακριτικά τα καθαρά ρούχα.
5. Εξαφανίστε τα ακατάλληλα ρούχα από την ντουλάπα.
6. Να είστε διακριτικοί σε περιπτώσεις ακράτειας ή ανικανότητας του να αλλάξει λερωμένα ρούχα.

A) Χρήσιμα είναι τα αυτοκόλλητα κουμπώματα, μακριά φερμουάρ, παντοφλέ παπούτσια, στηθόδεσμοι που κουμπώνουν μπροστά, φαρδιά ρούχα με φαρδιά μανίκια.

B) Μπορεί να δημιουργήσουν δυσκολίες κουμπιά ή κόπιτσες, δετά παπούτσια, ζώνες, μάντες, στηθόδεσμοι που κουμπώνουν πίσω, εφαρμοστά ρούχα, σφιχτά καλσόν³¹.

Ø Νοσηλευτική αντιμετώπιση των κατακλίσεων

Προληπτικά μέτρα κατακλίσεων:

1. Άρση πίεσης,
2. Αποφυγή σύγχρονου τριβής και πίεσης,
3. Έλεγχος υγρασίας,
4. Πρόληψη τραυματισμών του δέρματος,
5. Δίαιτα.

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση

1. Ενημερώστε και προετοιμάστε τον άρρωστο όπως και στην πρόληψη κατακλίσεων.
2. Τοποθετείστε παραβάν ή τραβήξτε τις κουρτίνες γύρω από το κρεβάτι αν υπάρχουν.
3. Δώστε στον άρρωστο την κατάλληλη θέση, πλάγια, πρηνή ή ύπτια ανάλογα με το σημείο που θα φροντίσετε.
4. Τοποθετείστε κατάλληλα τα τετράγωνα στην περιοχή που θα φροντίσετε. Ένα στο κάτω σεντόνι και το άλλο στο επάνω.
5. Σαπουνίστε καλά με σταθερές κυκλικές κινήσεις και στεγνώστε πολύ καλά το δέρμα. Μη περιορίζετε το σαπούνισμα μόνο στο σημείο της ερυθρότητας αλλά σε ευρύτερη περιοχή.
6. Αποφύγετε το μασάζ στα χείλη της εξέλκωσης και σε ήδη ερεθισμένη περιοχή διότι επιδεινώνεται η υπάρχουσα ιστική βλάβη.
7. Καθαρίστε καλά την ελκωτική επιφάνεια με αντισηπτικό διάλυμα και ξεπλύνετε με φυσιολογικό ορό.
8. Αφαιρέστε υπάρχοντα νεκρώματα αν υπάρχει δυνατότητα.
9. Στεγνώστε καλά με αποστειρωμένη γάζα, τοποθετείστε αλοιφή και καλύψτε με γάζες .

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση επιληπτικών κρίσεων

1. Αγωγή του αρρώστου που βρίσκεται σε κατάσταση σπασμών.

Παρέμβαση:

- α) Προστασία από βλάβη,
- β) Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού με τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση,
- γ) Η συνείδηση επέρχεται μέσα σε 2-5 min,
- δ) Επαναπροσανατολισμός του άρρωστου μετά την κρίση,
- ε) Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης,
- στ) Διαπίστωση και άρση παράγοντα που προκαλεί την κρίση.

2. Άριστη νοσηλευτική αγωγή για πρόληψη και έλεγχο των επιληπτικών κρίσεων.

Παρέμβαση:

A) Διαγνωστική

- ο Διενεργείται ακριβής παρατήρηση, λαμβάνεται ιστορικό και γίνεται φυσική εξέταση.
- ο Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και άλλες εξετάσεις.
- ο Εξηγούνται οι διαγνωστικές εξετάσεις και ο άρρωστος ετοιμάζεται γι' αυτές.

B) Θεραπευτική

Παρακολουθείται για αποτελεσματικότητα των αντισπασμωδικών.

- ο Παρακολούθηση για ανεπιθύμητες ενέργειες.

Γ) Παροχή συμβουλευτικής και εκπαίδευση άρρωστου, οικογένειας και κοινότητας.

- ο Βοήθεια του άρρωστου να καταλάβει τη φύση των επιληπτικών κρίσεων και τον ρόλο του στην αγωγή.

Παρέμβαση:

- Διδασκαλία του άρρωστου πώς να διαχειρίζεται τα φάρμακα.
- Επεξήγηση των λόγων που βρίσκονται πίσω από κάθε περιορισμό: κολύμβηση, οδήγηση και χειρισμός βαριών μηχανημάτων απειλούν τη ζωή του άρρωστου, αν κατά τη διάρκεια τους συμβεί επιληπτική κρίση³⁴.

Ø *Νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προάγουν και διευκολύνουν την κινητικότητα του ηλικιωμένου*

Αναφέρονται νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προάγουν και διευκολύνουν την κινητικότητα του ηλικιωμένου.

- Παροχή επαρκούς χρόνου στον ηλικιωμένο για εκτέλεση των δραστηριοτήτων του. Ευαισθησία και λεπτότητα για τη μειωμένη ταχύτητα αντίδρασης. Μεγάλης σημασίας είναι η συνεχής υποστήριξη του υπερήλικα από το Νοσηλευτή και την οικογένεια του.
- Επαρκής προετοιμασία του υπερήλικα για την αντιμετώπιση νέων καταστάσεων, όπως διαγνωστικές εξετάσεις, εισαγωγή στο νοσοκομείο, ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες πρόκλησης σύγχυσης.
- Ενθάρρυνση για απομάκρυνση από το περιβάλλον του ηλικιωμένου μικρών χαλιών για αποφυγή πτώσεων. Στερέωση χαλιών που χρησιμοποιούνται σε σκαλοπάτια.
- Χρησιμοποίηση κάθε μέσου (γηριατρικών καρεκλών, προσθετικών μηχανημάτων βάδισης) για βοήθεια στην ανεξάρτητη βάδιση και ασφάλεια³³.
- Τροποποίηση αρχιτεκτονικών εμποδίων, όπως σκαλοπάτια, ανώμαλο έδαφος, ανεπαρκής φωτισμός.
- Απομάκρυνση εμποδίων από το χώρο που διέρχεται ο ηλικιωμένος όπως επιπλέον έπιπλα, κουβάδες κ. ά.
- Σχολαστική φροντίδα του δέρματος για την πρόληψη κατακλίσεων.

- Φυσιοθεραπεία για την διατήρηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων.
- Περιοδική αξιολόγηση της ψυχολογικής τους κατάστασης.
- Να μην κρατούν ογκώδη και βαριά αντικείμενα²⁵.

Εκπαίδευση ηλικιωμένων για την πρόληψη ατυχημάτων

- Να φορούν παπούτσια με χαμηλό τακούνι και καλή εφαρμογή που δεν γλιστρούν και κατά προτίμηση, όχι δερμάτινα.
- Να καλούν συχνά τον ειδικό για την φροντίδα των κάτω άκρων.
- Να επισκέπτονται τον οφθαλμίατρο και να διατηρούν την όραση τους σε καλή κατάσταση.
- Όταν παρουσιάζουν αστάθεια βαδίσματος να χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα όπως μαστούνι, πατερίτσες, περιπατητικά τετράποδα ή τρίποδα, σιδερένιες μπάρες στους τοίχους και στηρίγματα στο λουτρό και την τουαλέτα.
- Να αποφεύγουν να περπατούν σε συνωστισμένους χώρους.
- Να εφαρμόζουν προσαρμοστικές συμπεριφορές όπως:
- Να μην σηκώνονται απότομα όταν είναι ξαπλωμένοι.
- Όταν μετακινούνται από το σκοτάδι στο φως να κλείνουν για λίγο τα μάτια για να προσαρμοστούν στο φως.
- Όταν βαδίζουν μέσα στο σπίτι, να στηρίζονται σε σταθερά έπιπλα.
- Να βαδίζουν προσεκτικά σε ανώμαλο έδαφος και να μη φορούν μακριές ρόμπες²⁵.

Ø *Νοσηλευτική παρέμβαση για αποφυγή διαταραχών θρέψεως*

1. Καλή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας (καθαριότητα δοντιών, φροντίδα ουλών και γλώσσας).
2. Χρησιμοποίηση ξένης οδοντοστοιχίας που εφαρμόζει καλά ιδιαίτερα τις ώρες των γευμάτων.

3. Όταν δεν είναι δυνατή η χρησιμοποίηση οδοντοστοιχίας, η τεμαχισμένη τροφή είναι πιο ορεκτική από την κονσερβοποιημένη παιδική.
4. Η χρησιμοποίηση των γυαλιών την ώρα του φαγητού ενισχύει την διάθεση για φαγητό και το άτομο απολαμβάνει την τροφή του.
5. Οι τυφλοί υπερήλικες πρέπει να προσανατολίζονται για τη θέση των ειδών τροφής στο δίσκο.
Η πολύ απλή εκπαίδευση όπως «το φρούτο είναι στη θέση 12 της πλάκας του ρολογιού, το μπιφτέκι στη θέση του αριθμού 6, κ.λ.π.», βοηθούν το άτομο να γίνει πιο ανεξάρτητο και να ευχαριστηθεί το γεύμα.
6. Προγραμματισμός των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, έτσι ώστε το άτομο να έχει μικρή περίοδο ανάπαυσης πριν από τα γεύματα, που θα το βοηθήσει να έχει δυνάμεις και επομένως διάθεση για φαγητό.
7. Εάν ο υπερήλικας μπορεί να φάει μόνος του ενισχύεται να το κάνει, έστω και αν χρειασθεί προετοιμασία περιβάλλοντος (προστατευτική ποδιά ρούχων, προστασία δαπέδου, κ.ά.), ειδικά σκεύη (όπως πιάτα, σερβίτσια) και περισσότερος χρόνος.
8. Όταν η μοναξιά περιορίζει τη διάθεση του υπερήλικα για φαγητό, η συντροφιά και η κοινωνικοποίηση κατά τα γεύματα βοηθάει στη μείωση της κατάθλιψης και διεγείρει τη διάθεση για φαγητό.
8. Η διδασκαλία θα πρέπει να επικεντρώνεται στη βοήθεια του ηλικιωμένου να οργανώσει το καθημερινό διαιτολόγιο, ώστε να είναι περιεκτικό σε θρεπτικά συστατικά, ευχάριστο στη γεύση και να ανταποκρίνεται στις οικονομικές του δυνατότητες.
9. Η προσφορά έτοιμων γευμάτων σε υπερήλικες που αντιμετωπίζουν προβλήματα προετοιμασίας τους λύνει το πρόβλημα της διατροφής.
10. Η χρησιμοποίηση μικρής ποσότητας ποτού κατά ή πριν από το φαγητό διεγείρει τη διάθεση για φαγητό.

3.1.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΝΟΗΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Ø Νοσηλευτική αντιμετώπιση σε διαταραχές της μνήμης

- Λεπτή, φιλική και ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου. Οι άρρωστοι με άνοια τύπου Alzheimer αντανακλούν το συναίσθημα των γύρω τους. Ένα εκνευριστικό και βιαστικό πλησίασμα κάνει τον άρρωστο αγχώδη και αντιδραστικό. Ένα ευγενικό και ήρεμο, τον ανακουφίζει.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να λέει ποιος είναι, να βλέπει στα μάτια τον άρρωστο και να βεβαιώνεται ότι κέρδισε την προσοχή του. Οι άρρωστοι με γνωστικές και μνημονικές διαταραχές έχουν ανάγκη να ακούν κάθε φορά το όνομα του νοσηλευτή. Αν δεν κερδηθεί η προσοχή τους, παρερμηνεύουν τα λόγια και τις πράξεις των νοσηλευτών και γίνονται συγχυτικοί και τρομαγμένοι.
- Καθαρή και χαμηλόφωνη ομιλία προς τον άρρωστο. Οι υψηλοί τόνοι φωνής δημιουργούν άγχος και ένταση σ' αυτούς τους αρρώστους.
- Κλείσιμο του ραδιοφώνου και της τηλεόρασης όταν ο νοσηλευτής μιλά στον άρρωστο. Η υπερφόρτιση με ερεθίσματα του προκαλούν σύγχυση.
- Μια ερώτηση ή μια φράση πρέπει να λέγεται κάθε φορά με συντομία και απλές λέξεις για ελάττωση της σύγχυσης, βελτίωση της συγκεντρώσεως και αύξηση της διάρκειας της προσοχής.
- Επανάληψη της ερώτησης αν ο άρρωστος δεν απαντά ή δεν φαίνεται να καταλαβαίνει. Χρησιμοποίηση όμως των ίδιων ακριβώς λέξεων.

Η επανάληψη ενισχύει την κατανόηση. Η αλλαγή των λέξεων προκαλεί μεγαλύτερη σύγχυση. Όταν είναι δυνατόν να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις που ζητούν απαντήσεις, ναι ή όχι και αποφυγή ερωτήσεων που απαιτούν επιλογές ή λήψη

κάποιας απόφασης.

Υπομονετική αναμονή αν δεν απαντήσει ο άρρωστος και επανάληψη της ίδιας ερώτησης. Γι' αυτούς τους αρρώστους παίρνει χρόνο η επεξεργασία μιας πληροφορίας.

Διαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά.

Με τη λεκτική επικοινωνία ταυτόχρονη επιδίωξη των κατάλληλων αντικειμένων ή εικόνων για ενίσχυση της κατανόησης των λεγομένων.

Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο. Διατήρηση φωτισμού και κατά τη νύχτα. Παροχή απαλής μουσικής. Στενή παρατήρηση του αρρώστου για κινήσεις που δείχνουν ότι πονά ή αισθάνεται δυσφορία, εφόσον δεν είναι ικανός να εκφράσει λεκτικά σκέψεις και συναισθήματα.

Προώθηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα τοποθετώντας σε εμφανές μέρος μεγάλο ρολόι, ημερολόγιο, το διαιτολόγιο κάθε ημέρας, το όνομα του νοσοκομείου και την πόλη. Έτσι ενισχύεται η οπτική μνημονική λειτουργία, ο προσανατολισμός και αγνωστικές λειτουργίες.

Τοποθέτηση γνωστών και αγαπητών αντικειμένων του αρρώστου στο δωμάτιο του π.χ. φωτογραφίες της οικογένειας με το όνομα του κάθε προσώπου σε αντίστοιχη ετικέτα, για ενίσχυση της άνεσης, της εμπιστοσύνης και της μνήμης.

Απασχόληση του αρρώστου με συχνές αναμνηστικές ασκήσεις αναθεωρώντας παλιές εμπειρίες κατά προτίμηση ευχάριστες. Έτσι χρησιμοποιείται η λειτουργική μακρόχρονη παλιά μνήμη και δημιουργούνται αισθήματα ευχάριστα ενώ ελαττώνονται η μοναξιά, η δυσθυμία, ο θυμός κ.ά.

Αποφυγή λογομαχίας και αμφισβήτησης της πραγματικότητας των παραπόνων του ή των μυθοπλαστικών διηγήσεων του. Μπορεί να εκφραστούν κάποιες διορθώσεις με πολλή ευγένεια και διάκριση και να αποσπασθεί η προσοχή του αρρώστου σε κάτι άλλο. Σκοπός είναι η ελάττωση του άγχους και η πρόληψη διέγερσης ή επιθετικότητας.

Εκπαίδευση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για τον άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα. Η γνώση των ικανοτήτων και ορίων του αρρώστου βοηθά τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση. Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών που μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργία της μνήμης και να ελαττώσουν τη σύγχυση του αρρώστου. Έτσι διευκολύνεται η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ αρρώστων και των οικογενειών τους³⁵.

Ø Νοσηλευτικές παρεμβάσεις που αφορούν ασθενείς με αφασία ή διαταραχές λόγου

1. Ανάπτυξη μέσων επικοινωνίας με τον άρρωστο, χρησιμοποίηση χειρονομιών και γλώσσας σημείων.
2. Εξέταση με την οικογένεια άλλων μέσων επικοινωνίας, όπως ζωγραφιές ή σχέδια.
3. Συνέχιση παροχής οπτικοακουστικής διέγερσης³³.
4. Ακόμα ο νοσηλευτής θα πρέπει να υιοθετεί απέναντι στον ασθενή ευγενική στάση.
5. Να προσφωνεί τον ασθενή με το όνομα του.
6. Αποφεύγει οποιαδήποτε ένδειξη εκνευρισμού ή απογοήτευσης από την επίδοση και τη συμπεριφορά του ασθενή.
7. Επιβράβευση του ασθενή, όταν τα καταφέρνει σε προσπάθειες επικοινωνίας, ενθάρρυνση για προσπάθεια επικοινωνίας, ακόμα και αν αυτές δεν είναι πάντοτε επιτυχείς, υπενθύμιση προηγούμενων επιτυχιών βοηθούν σημαντικά τον ασθενή³¹.

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση για τη διευκόλυνση επικοινωνίας με τον ασθενή

A) Αποπροσανατολισμός

1. Προσφέρετε εξασφάλιση.
2. Προσπαθήστε να βρείτε τρόπους για να βοηθήσετε το άτομο με άνοια να καταλάβει το χρόνο.
3. Δημιουργήστε συνήθειες.
4. Προσαρμόστε το περιβάλλον στις ανάγκες του ατόμου με άνοια και μετά αποφύγετε τις αναίτιες αλλαγές.

B) Περιπλάνηση

1. Αποφύγετε να αντιπαρατίθεστε με τον ασθενή, να χρησιμοποιείτε σωματικά περιοριστικά μέτρα, ή να τον αποπαίρνετε.
2. Προσπαθήστε να αποσπάσετε την προσοχή του ατόμου με άνοια.
3. Μην πανικοβάλλεστε.
4. Επικοινωνήστε με την τοπική αστυνομία αν παραστεί ανάγκη.
5. Αποφύγετε τα φάρμακα.
6. Διατηρήστε σταθερό περιβάλλον.
7. Δώστε περισσότερο βοήθεια όταν ο ασθενής βρίσκεται σε άγνωστο περιβάλλον.
8. Σιγουρευτείτε ότι ο ασθενής έχει πάνω του πάντοτε κάποια μορφή ταυτότητας³¹.

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση για αποτελεσματικότερη επικοινωνία με τους ασθενείς

1. Να μιλάτε σε κανονικό ρυθμό και τόνο.
2. Να χρησιμοποιείτε γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.
3. Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοικτές ερωτήσεις.
4. Να αποφεύγετε το απαγορευτικό «μη» και να δίνετε θετικές οδηγίες.
5. Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.
6. Να δίνετε απλές οδηγίες που δεν χρειάζεται να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μίας πράξεις.
7. Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.
8. Να περιμένετε να απαντήσει την ερώτηση που του κάνατε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.
9. Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί, τότε επαναλάβετε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο, διαφορετικά θα του αυξήσετε την σύγχυση.
10. Αν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί μαζί σας, τότε να μην τον πιέζετε.
11. Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που

κάνετε με άλλους ανθρώπους.

12. Να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στον ασθενή, διαφορετικά θα ζημιώσετε τη συμπεριφορά του απέναντι σας.
13. Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία²⁵.

3.1.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΝ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Ø Νοσηλευτική αντιμετώπιση άγχους

1. Καθησυχάστε το άτομο και προσπαθήστε να έχετε σωματική επαφή.
2. Ανταποκριθείτε στα εκφραζόμενα αισθήματα του.
3. Εάν είναι δυνατό, προσπαθήστε να του αποσπάσετε την προσοχή, απομακρύνετε την αιτία του άγχους.
4. Εάν το πρόβλημα είναι πάρα πολύ έντονο, συμβουλευτείτε γιατρό.
5. Προσπαθήστε να διατηρήσετε ένα σταθερό περιβάλλον και δημιουργήσετε συνθήκες ρουτίνας (συγκεκριμένο καθημερινό πρόγραμμα).
6. Προσπαθήστε να περιορίσετε πιθανές πηγές άγχους.
7. Προσπαθήστε να έχετε καλή διάθεση .

Ø Νοσηλευτική αντιμετώπιση για την διατήρηση του αισθήματος της ασφάλειας

A) Αποφεύγεται η χρήση χημικών ή φυσικών περιορισμών προσλήψεως της αφαιρετικής συμπεριφοράς. Επιτρέπεται στον ασθενή να διατηρείται σε ασφαλές περιβάλλον. Χρησιμοποιείτε ενημερωτικό περιδέραιο. Η χρήση των περιοριστών μέτρων επισπεύδει τη διανοητική και φυσική επιδείνωση και αυξάνει το αίσθημα απογοήτευσης και δυσπιστίας.

B) διατηρείται το περιβάλλον ασφαλές:

1. Το κρεβάτι τοποθετείται σε χαμηλή θέση, αν είναι απαραίτητο αφαιρούνται οι τροχοί και τοποθετούνται φρένα.
2. Εκτιμάται η ανάγκη τοποθέτησεως σιδερένιων κιγκλιδωμάτων. Ο κίνδυνος κακώσεων είναι μεγαλύτερος με τα σιδερένια κιγκλιδώματα.
3. Διευθετείται η θέση των επίπλων, ούτως ώστε να βαδίζει και να μετακινείται ο ασθενής με τον καλύτερο τρόπο.
4. Τοποθετείται μη ολισθηρό χαλί στο μπάνιο και τοποθετούνται χειρολαβές.
5. Ασφαλίζονται τα εύφλεκτα υλικά, τα αιχμηρά αντικείμενα, τα χημικά και άλλα.
6. Τοποθετείται κάλυμμα στο θερμοστάτη.
7. Ελαττώνεται η θερμοκρασία της κεντρικής θερμάνσεως.
8. Εξετάζεται αν λειτουργεί καλά η σόμπα.
9. Απομακρύνονται τα διάφορα δηλητήρια, χημικά και τα καθαριστικά από το περιβάλλον.
10. Παρακολουθείται ο ασθενής για σημεία κοπώσεως. Αν υπάρχουν τότε ο ασθενής θα πρέπει να περπατάει μπροστά στην καρέκλα, ή στο κρεβάτι και θα δείξουμε στον ασθενή πώς να κάθεται ή να ξαπλώνει¹.

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση για την αντιμετώπιση της επιθετικότητας

1. Παραμείνετε ήρεμοι και με αυτοκυριαρχία.
2. Προσπαθήστε να αποσπάσετε τον ασθενή.
3. Αποφύγετε να τον αντιμετωπίσετε ή προσπαθήστε να τον συγκρατήσετε.
4. Φροντίστε για τη δική σας ασφάλεια (αφήνετε πάντα στον εαυτό σας μια έξοδο κινδύνου).

5. Βρείτε κάποιον εκπαιδευμένο να σας διδάξει πώς να αποφύγετε ένα δυνατό κράτημα.
6. Μιλήστε για το τι συνέβη και για τα συναισθήματα σας με κάποιον που εμπιστεύεστε.
7. Προσπαθήστε να βρείτε την αιτία που προκάλεσε αυτήν την κατάσταση, ώστε να την εμποδίσετε να συμβεί πάλι στο μέλλον .

Ø Νοσηλευτική αντιμετώπιση της φοβίας

Η Νοσηλευτική παρέμβαση συνιστάται στην κατανόηση των προβλημάτων της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς, στην ικανοποίηση αυτών των αναγκών, στην ψυχολογική και ηθική υποστήριξη.

Σκοπός μας είναι να βοηθήσουμε τον ασθενή να αποκτήσει πρωτοβουλία και συναισθηματική ανεξάρτηση.

Η φοβία είναι απόρροια άγχους ως εκ τούτου η νοσηλευτική παρέμβαση έχει κοινά σημεία μ'αυτήν του άγχους.

Η συμβουλευτική αγωγή επίσης βοηθάει πολύ τους ασθενείς με φοβία. Τα συμπτώματα του ασθενούς δεν υποχωρούν αμέσως αλλά βοηθείται στο να μειωθούν. Η σταδιακή έκθεση των ασθενών στα φοβογόνα αντικείμενα και όταν αυτό γίνεται κάτω από έλεγχο μας δίνει αργά αλλά θετικά αποτελέσματα^{36,37}.

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση απάθειας

1. Μην αναγκάζετε το άτομο με άνοια να κάνει κάτι χωρίς τη θέληση του.
2. Ενθαρρύνετε δραστηριότητες στις οποίες τα καταφέρνουν και οι οποίες ασκούν το μυαλό και το σώμα.
3. Ενθαρρύνετε τον να κάνει κάτι στο οποίο τα καταφέρνει.
4. Συγχαρείτε το γι'αυτό που κατόρθωσε.
5. Αφήστε το να σταματήσει μόλις κουραστεί ή το θελήσει.
6. Προσπαθήστε να κινήσετε το ενδιαφέρον του (ευχάριστες δραστηριότητες, περίπατοι, μουσική, κ.λ.π.)³¹.

3.1.4. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΝ ΨΥΧΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

Ø Νοσηλευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης

- Ο βαθμός της νοσηλευτικής φροντίδας που χρειάζεται εξαρτάται από τη σοβαρότητα της κατάθλιψης.
- Ο ασθενής που βρίσκεται σε απάθεια ή ο καθυστερημένος, σε σημείο να μην είναι ικανός να φροντίζει τον εαυτό του, πρέπει να νοσηλεύεται στο κρεβάτι, τουλάχιστον μέχρι την θεραπεία, να βελτιωθεί η κατάθλιψη του. Σ'αυτή τη φάση πρέπει να είναι η κατάλληλη διαίτα, να παίρνει την ορισμένη ποσότητα υγρών, να προλαμβάνονται οι κατακλίσεις και οι άλλες επιπλοκές των κατακεκλιμένων.
- Οι λιγότερο καθυστερημένοι ασθενείς μπορεί να ζητάνε βοήθεια για να φάνε, να ντυθούν και για την τουαλέτα, αλλά πρέπει να γίνεται κάθε προσπάθεια να τους ενθαρρύνουμε να κάνουν όλες αυτές τις δουλειές μόνοι τους. Αν θέλουμε να αποφύγουμε την ιδρυματοποίηση πρέπει να αναπτύξουμε την ικανότητα του ασθενούς.
- Είναι ίσως δύσκολο να πεισθούν οι ασθενείς με κατάθλιψη να παίρνουν την κατάλληλη διαίτα. Όταν ένας ασθενής αρνείται να φάει, πρέπει να προσπαθήσουμε να ανακαλύψουμε την αιτία της άρνησης του. Στη δεύτερη περίπτωση πρέπει να προσπαθούμε να προσφέρουμε ελκυστικά φαγητά, εκείνα που στο παρελθόν ήταν τα αγαπημένα του πιάτα. Θα χρειασθεί ίσως να συμπληρωθεί η διαίτα του με βιταμίνες. Ο ασθενής πρέπει να ζυγίζεται τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα³⁸.

Ø Νοσηλευτική παρέμβαση στις ψευδαισθήσεις

1. Προσπαθήστε να εξηγήσετε και να επιβεβαιώσετε τον ασθενή σας, χωρίς να προκαλείτε τα «πιστεύω» του. Επιμένοντας στην άποψη σας το μόνο που θα καταφέρετε είναι να αποθαρρύνετε και να απογοητεύσετε τον ασθενή.

Μπορεί να τον βοηθήσετε, καθησυχάζοντας τον και προσπαθώντας να τον κάνετε να νιώσει άνετα. Μια άλλη προσέγγιση είναι να του εξηγήσετε ότι εσείς δεν έχετε την ικανότητα να ακούσετε ή να δείτε αυτό που εκείνος ακούει

ή βλέπει αλλά παρ' όλα αυτά, καταλαβαίνετε πως θα πρέπει να νιώθει.

2. Προσπαθήστε να του αποσπάσετε την προσοχή. Αν αυτό δεν είναι δυνατό, θα πρέπει να έχετε το άτομο σε κάποια απόσταση, έτσι ώστε να μην κινδυνεύετε εσείς.
3. Μην χρησιμοποιείτε φυσικούς περιορισμούς, διότι δεν είναι ξεκάθαρο πως θα ερμηνευθεί αυτό.
4. Μην αμφισβητείτε αμέσως τα «πιστεύω» του σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι σωστά.
5. Συμβουλευθείτε γιατρό. Οι ψευδαισθήσεις πολλές φορές, ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα κάποιας λοίμωξης ή από παρενέργεια κάποιου φαρμάκου. Είναι σημαντικό να επικοινωνήσετε με το γιατρό ώστε να ελέγξει αυτές τις πιθανότητες.
6. Προσπαθήστε ν' ανακαλύψετε την αιτία και αλλάξτε το περιβάλλον. Ανακαλύπτοντας την αιτία που έχει πυροδοτήσει την ψευδαίσθηση, μπορείτε να την εμποδίσετε από το να επαναληφθεί. Για το λόγο αυτό είναι καλό να προσπαθήσετε να απομακρύνετε αντικείμενα τα οποία δεν είναι απαραίτητα, φροντίζοντας οι αλλαγές που θα κάνετε στο χώρο να μην είναι ακραίες και δημιουργήσουν την αίσθηση ενός άγνωστου περιβάλλοντος .

Ø Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με μανία

Ο ασθενής με μανία συχνά παρουσιάζει ένα δύσκολο πρόβλημα νοσηλείας. Για μικρά χρονικά διαστήματα η συντροφιά του μπορεί να είναι ευχάριστη και ζωντανή, αλλά η αδιάκοπη δραστηριότητα του, η ανάμιξη στις δουλειές των άλλων, η ασταμάτητη φλυαρία του γρήγορα κουράζουν τρομερά. Επί πλέον η ευχάριστη διάθεση του μπορεί γρήγορα να μεταβληθεί σε ερεθιστικότητα και επιθετικότητα, αν τον εμποδίσουμε στα σχέδια του.

Ο νοσηλευτής πρέπει να βρει κατάλληλη εκτόνωση για την υπερβολική του δραστηριότητα και να δεχθεί το γεγονός ότι το ενδιαφέρον του γρήγορα χάνεται και πρέπει να βρεθούν νέες δραστηριότητες για να απασχοληθεί. Πρέπει

να ασκείται σωματικά όσο είναι δυνατόν, αλλά να αποφεύγονται οι ανταγωνιστικές καταστάσεις.

Ο μανιακός χρειάζεται αρκετά σταθερή μεταχείριση και δεν ωφελεί να τον αγριεύουμε. Όσο πιο πολύ τον πιέζουμε προς μια κατεύθυνση, τόσο πιο επίμονα κινείται προς άλλη³⁹.

Ø Νοσηλευτική αντιμετώπιση ασθενούς με σεξουαλικά ανάρμοστη συμπεριφορά

1. Προσπαθήστε να μη δείξετε ότι σοκαριστήκατε ή ενοχληθήκατε, καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια υπερβολική αντίδραση από την πλευρά του ασθενούς.
2. Αν το άτομο αυνανίζεται, προσπαθήστε να το πείσετε να κάνει κάτι άλλο, δώστε του κάτι άλλο να ασχοληθεί, αποσπάστε την προσοχή του ή πάρτε το μακριά από δημόσιους χώρους ή άλλους ανθρώπους.
3. Αν το άτομο κάνει μια ανάρμοστη σεξουαλική επίθεση, προσπαθήστε να μείνετε ήρεμοι, πληροφορήστε το, ευγενικά, ότι οι προτάσεις του δεν είναι αποδεκτές ή ότι έκανε κάποιο λάθος, μη πάρετε το θέμα προσωπικά, μη ρίξετε το φταίξιμο στον εαυτό σας και το τέλος συζητήστε το με κάποιο άτομο που εμπιστεύεστε.
4. Ψάξτε για μια πιθανή εξήγηση για τη συμπεριφορά αυτή, καθώς μπορεί να μην είναι κατά βάθος σεξουαλική.

Για παράδειγμα μια συνεχής ανησυχία που μοιάζει με αυνανισμό μπορεί να προέρχεται από την προσπάθεια του ασθενούς να χαλαρώσει τα ρούχα του και να πάει τουαλέτα. Το να βγάλει τα ρούχα του, μπορεί να θεωρηθεί αναξιοπρεπές, ενώ στην πραγματικότητα το άτομο μπορεί να ζεσταίνεται και προσπαθεί να δροσιστεί. Η φαγούρα μπορεί να οφείλεται σε μια λοίμωξη του ουροποιητικού ή στο ότι κάποιο ρούχο είναι άβολο. Η στενή επαφή, τέλος, μπορεί να αντανakλά την ανάγκη για ασφάλεια, ζεστασιά ή ανθρώπινη επαφή.

*Ø Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς
με διαταραχές ύπνου*

Αρχικά οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν το πρόβλημα της αϋπνίας αιτιολογικά. Όλες οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος με την κατάλληλη για την εποχή θερμοκρασία και καλό αερισμό και χαμηλό φωτισμό.

Διερευνώνται πιθανές ψυχολογικές αιτίες, όπως άγχος, ανησυχία, κατάθλιψη και αντιμετωπίζονται με την ανάπτυξη σχέσεως μεταξύ νοσηλευτή - ηλικιωμένου και θετική διαπροσωπική επικοινωνία.

Όταν εντοπίσουν βιολογικές ανάγκες όπως πείνα, δίψα, πόνος καλύπτονται. Η δυσλειτουργία του εντέρου και της κύστεως δημιουργούν ή επιτείνουν το υπάρχον πρόβλημα της αϋπνίας. Ο έλεγχος της λειτουργίας του εντέρου και της κύστεως έχει μεγάλη σημασία για την εξασφάλιση του ύπνου⁴⁰.

Η οικογένεια παροτρύνεται να ενθαρρύνει τον ηλικιωμένο να διατηρήσει τις συνήθειες του, πριν από την κατάκλιση και διδάσκεται πως θα εκτελεί τις διάφορες ασκήσεις που αρμόζουν για το συγκεκριμένο ασθενή.

Όταν οι αναφερόμενες παρεμβάσεις δεν αποδώσουν, η επόμενη φάση περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή που θα οριστεί και την παρακολούθηση του ηλικιωμένου για παρενέργειες⁴¹.

3.2 ΠΡΟΣΦΑΤΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ - ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Σωματική άσκηση

Η σωματική άσκηση μπορεί να μειώνει κατά 30% έως 40% τον κίνδυνο προσβολής των ηλικιωμένων από τη νόσο του Alzheimer.

Ακόμη και σε ασθενείς που βρίσκονται στα πρώτα στάδια της νόσου, η σωματική άσκηση βοηθά συμβάλλοντας στην επιβράδυνση επιδείνωσης των δυνατοτήτων σκέψης τους.

Το σημαντικό συμπέρασμα που προέκυψε είναι ότι τα άτομα που εξασκούνταν σωματικά 3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα, έστω και για 15 λεπτά κάθε φορά, είχαν 30% έως 40% λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν Alzheimer σε σύγκριση με αυτούς που έκαναν σωματική άσκηση λιγότερο από 3 φορές την εβδομάδα.

Πολύ σημαντική είναι επίσης η διαπίστωση που προέκυψε ότι τα άτομα που ήταν τα πλέον αδύναμα στην αξιολόγηση των πνευματικών τους ικανοτήτων κατά την έναρξη της μελέτης, επωφελούνταν το περισσότερο από τη σωματική άσκηση.

Βασικά αυτό σημαίνει ότι ακόμη και εάν η νόσος του Alzheimer αρχίζει να εκδηλώνεται σε κάποιον, η σωματική άσκηση είναι σε θέση να τον ωφελεί και να επιβραδύνει την επιδείνωση.

Επίσης για ηλικιωμένους που ποτέ δεν είχαν κάμει παλιότερα συστηματικά σωματική άσκηση, δεν είναι αργά να αρχίσουν διότι αυτό θα έχει αξιόλογες θετικές για αυτούς επιδράσεις. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η σωματική άσκηση βελτιώνει την κατάσταση της δομής του εγκεφάλου που ονομάζεται ιππόκαμπος. Ο εκφυλισμός του ιππόκαμπου στους ηλικιωμένους βρέθηκε να μειώνεται από την άσκηση⁴².

Το φάρμακο "memantine"



Το φάρμακο "memantine" κατάφερε να επιβραδύνει την πνευματική και σωματική επιδείνωση που παρατηρείται σε ασθενείς με τη νόσο του .

Η memantine δρα με ένα πολύ διαφορετικό τρόπο από άλλα φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν μέχρι σήμερα για την αντιμετώπιση της ασθένειας του Alzheimer. καταστέλλει τη δράση της γλουταμάτης η οποία είναι μια χημική ουσία του εγκεφάλου που διεγείρει τους νευρώνες και προκαλεί βλάβες στα εγκεφαλικά κύτταρα τα οποία σχετίζονται με τη μνήμη και τη μάθηση⁴³.

Εμβόλιο



Έχει τώρα αναπτυχθεί ένα εμβόλιο, σε πειραματικό στάδιο, το οποίο φαίνεται να προστατεύει από την περαιτέρω εξέλιξη της ασθένειας όπως επίσης φαίνεται να μειώνει τις ήδη δημιουργηθείσες βλάβες στον εγκέφαλο.

Το εμβόλιο αυτό λειτουργεί δημιουργώντας αντισώματα εναντίον της β-αμυλοειδούς πρωτεΐνης η οποία συσσωρεύεται στον εγκέφαλο των ασθενών με Alzheimer. Η πρωτεΐνη αυτή εναποτίθεται μέσα στα κύτταρα του νευρικού κεντρικού συστήματος με αποτέλεσμα να προκαλεί σοβαρές και προοδευτικές βλάβες στις διάφορες καίριες εγκεφαλικές λειτουργίες⁴⁴.

Φάρμακα που καθυστερούν την επιδείνωση της νόσου



Φάρμακα που μειώνουν τη χοληστερόλη στο αίμα, οι στατίνες, μπορεί να είναι σε θέση να καθυστερούν την προοδευτική επιδείνωση των πνευματικών ικανοτήτων και άλλων λειτουργιών του εγκεφάλου που παρατηρούνται στη νόσο του Alzheimer.

Υπάρχουν επιδημιολογικά και πειραματικά δεδομένα που στηρίζουν τη θέση ότι ανωμαλίες του μεταβολισμού της χοληστερόλης προδιαθέτουν στην εκδήλωση της νόσου Alzheimer. Με βάση τα εν λόγω στοιχεία, εδώ και μερικά χρόνια, οι γιατροί

διερευνούν κατά πόσο τα φάρμακα που μειώνουν τα λιπίδια στο αίμα, είναι δυνατόν να επηρεάζουν την εξέλιξη της νόσου ή ακόμη εάν θα μπορούσαν να συμβάλλουν στην πρόληψη της.

Σε μια πρόσφατη κλινική έρευνα, γιατροί από τη Λίλλη της Γαλλίας, εξέτασαν την απώλεια των εγκεφαλικών λειτουργιών σε 342 ασθενείς με νόσο Alzheimer. Η διάρκεια της έρευνας ήταν 3 χρόνια. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 73 χρόνια. Από το σύνολο των ασθενών, οι 129 είχαν ανωμαλίες των επιπέδων χοληστερόλης. Από αυτούς, οι μισοί λάμβαναν θεραπεία αποκλειστικά με στατίνες. Από τους υπόλοιπους ασθενείς, οι 105 είχαν ανωμαλίες της χοληστερόλης αλλά δεν λάμβαναν θεραπεία. Οι 108 ασθενείς που απέμεναν είχαν φυσιολογικά επίπεδα χοληστερόλης.

Κατά τη διάρκεια των 3 ετών της έρευνας, όλοι οι ασθενείς παρουσίασαν επιδείνωση. Όμως στους ασθενείς που λάμβαναν τις στατίνες, τα φάρμακα για τη μείωση χοληστερόλης αίματος, η επιδείνωση ήταν σημαντικά λιγότερη.

Στην επιδείνωση της νόσου Alzheimer στους ασθενείς που λάμβαναν στατίνες δόθηκε ο βαθμός 1,5 ετησίως. Σε αυτούς που δεν λάμβαναν θεραπεία για τη χοληστερόλη δόθηκε ο βαθμός 2,4 ετησίως ενώ σε αυτούς με κανονικά επίπεδα χοληστερόλης δόθηκε ο βαθμός 2,6.

Βέβαια πιστεύουμε ότι είναι πολύ νωρίς για να δεχθούμε οριστικά ότι οι στατίνες για μείωση της χοληστερόλης, αποτελούν μια κατάλληλη θεραπευτική αγωγή για αντιμετώπιση της νόσου⁴⁵.

Θεραπεία με αρώματα και με έντονο φως

Η θεραπεία με αρώματα και με έντονο φως πιθανόν να έχουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς σε άτομα που πάσχουν από διάφορες μορφές άνοιας όπως η ασθένεια του Alzheimer.

Η θεραπεία με αρώματα και με έντονο φως, αποδείχτηκαν ευεργετικές για την καταστολή των διαταραχών που παρουσιάζουν οι ασθενείς αυτοί. Σε 3 θεραπευτικές δοκιμές που έγιναν κατά τους τελευταίους 12 μήνες φάνηκε ότι η θεραπεία με άρωμα λεμονιού και με λεβάντα κατέστειλαν με επιτυχία τα προβλήματα συμπεριφοράς καθώς και τις ψυχιατρικές διαταραχές. Οι θεραπείες αυτές δεν είχαν καθόλου παρενέργειες. Οι ασθενείς συμμορφώνονταν με τις οδηγίες για τις εναλλακτικές αυτές θεραπείες, οι οποίες μπορούσαν να χορηγηθούν είτε με εισπνοές είτε δια μέσου δερματικών εφαρμογών.

Ακόμη 3 άλλες θεραπευτικές δοκιμές που έγιναν με τη χρήση έντονου φωτός, έδειξαν επίσης ωφέλιμα αποτελέσματα στους ασθενείς. Φάνηκαν ιδιαίτερα χρήσιμες στη ρύθμιση των προβλημάτων του ύπνου

Οι ασθενείς με νόσο του Alzheimer είναι πολύ ευάλωτοι. Τα προβλήματα που παρουσιάζουν χρήζουν άμεσης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης. Τα διάφορα φάρμακα που χρησιμοποιούνται βοηθούν μόνο σε μέτριο βαθμό και συνοδεύονται από πολλές παρενέργειες. Οι θεραπείες με αρώματα και με το έντονο φως είναι ασφαλείς, δεν προκαλούν επιπλοκές και πιθανόν να μπορούν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στην φροντίδα και αντιμετώπιση των προβλημάτων συμπεριφοράς των ασθενών που πάσχουν από διάφορες μορφές άνοιας⁴⁶.

Ο τρόπος ζωής συμβάλει στην ασθένεια του Alzheimer

Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η ασθένεια οφείλεται σε ένα συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η ύπαρξη ορισμένων γονιδίων σε ασθενείς, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την εγκατάσταση της ασθένειας. Όμως από μόνες τους, οι ανωμαλίες στα γονίδια δεν είναι αρκετές για να εξηγήσουν όλα τα περιστατικά. Για παράδειγμα μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από τη νόσο του Alzheimer, φάνηκε σε ορισμένες έρευνες ότι το 67% από αυτούς είχαν το γονίδιο της απολιποπρωτεΐνης E-e4 (ApoE-e4). Μεταξύ ατόμων που δεν έπασχαν από την ίδια ασθένεια, μόνο το 21% παρουσίαζαν στο γενετικό τους υλικό, ανάλογες ανωμαλίες. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι άλλοι παράγοντες, σε σχέση με το περιβάλλον ή τον τρόπο ζωής, επιδρούν στον εγκέφαλο και προκαλούν τη νόσο, όταν υπάρχει ή όχι το ανώμαλο γονίδιο. Οι διαπιστώσεις αυτές οδήγησαν τους γιατρούς να ψάξουν τους άλλους παράγοντες οι οποίοι όταν συνυπάρχουν με το ανώμαλο γονίδιο, δημιουργούν τις εκφυλιστικές αλλαγές στον εγκέφαλο που παρατηρούνται στη νόσο Alzheimer.

Μια σειρά ερευνών που παρουσιάστηκαν στο πρόσφατο ετήσιο, διεθνές συνέδριο για τη νόσο Alzheimer και τις άλλες εκφυλιστικές παθήσεις του εγκεφάλου που έγινε στη Στοκχόλμη, έδειξαν το ρόλο που παίζει η διατροφή, η σωματική εξάσκηση, η υψηλή πίεση, η υψηλή χοληστερόλη και ο διαβήτης στη γένεση της νόσου.

Οι ασθενείς που έχουν το γονίδιο ApoE-e4, κινδυνεύουν 4,5 φορές περισσότερο για να προσβληθούν από τη νόσο, σε σύγκριση με τα άτομα τα οποία δεν φέρουν το παθολογικό γονίδιο. Μεταξύ των ασθενών που έχουν το γονίδιο, εκείνοι οι οποίοι έχουν μια διατροφή πλούσια σε λιπαρές ουσίες, κινδυνεύουν 7 φορές περισσότερο να παρουσιάσουν, σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς το γονίδιο.

Βλέπουμε λοιπόν ότι μια διατροφή πλούσια σε λίπη, συνεργεί με το παθολογικό γονίδιο οδηγώντας στις γνωστές βλάβες του εγκεφάλου που παρατηρούνται στη νόσο. Άλλες έρευνες έδειξαν ότι παίζει καθοριστικό ρόλο η διατροφή που έχουμε όταν είμαστε μεταξύ 40 και 50 ετών. Φαίνεται ότι οι τοξικές επιδράσεις μιας κακής ποιότητας διατροφής στην ηλικία αυτή αρχίζει να δημιουργεί τις προϋποθέσεις εκδήλωσης της νόσου.

Με βάση τα δεδομένα που προκύπτουν από τις διάφορες πρόσφατες έρευνες που παρουσιάστηκαν στο ετήσιο συνέδριο, πολλοί ειδικοί συστήνουν για σκοπούς πρόληψης της ασθένειας μια διατροφή πλούσια σε αντι-οξειδωτικές φυτικές ουσίες δηλαδή με πολλά φρούτα και λαχανικά καθημερινά.

Επίσης για να είναι όσο το δυνατό πιο υγιής και χωρίς επιπρόσθετους κινδύνους η γήρανση, είναι σημαντικό να γίνεται ορθή ρύθμιση της υψηλής πίεσης και του διαβήτη εάν υπάρχουν, να διατηρείται ένα κανονικό βάρος σώματος και να καταπολεμούνται τα υψηλά επίπεδα συνολικής και κακής χοληστερόλης LDL στο αίμα.

Η διατροφή δεν πρέπει να είναι πλούσια σε λίπη και κρέας αλλά να περιέχει αρκετό ψάρι. Το ψάρι και βιταμίνες Β όπως το φυλλικό οξύ, έχουν προστατευτικές ιδιότητες για τον εγκέφαλο.

Το φυλλικό οξύ ανήκει στην ομάδα των βιταμινών Β. Περιέχεται μέσα στα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, στα δημητριακά, στα φασόλια, στα αβοκάντο, στις μπανάνες, στο χυμό πορτοκαλιού, στα σπαράγγια, στη ζύμη, στα μανιτάρια, στους ξηρούς καρπούς, στα φρούτα και στα όσπρια⁴⁴.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

1^η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Στις 07/02/2007 εισήχθη στην παθολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου η κυρία Γ.Σ., 81 ετών.

Η κυρία Γ.Σ. είναι συνταξιούχος Ο.Γ.Α. Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας - νόσου Alzheimer, η οποία προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω αναιμίας, χωρίς άλλα συνοδά συμπτώματα εκτός της καταβολής. Από τη φυσική εξέταση διαπιστώθηκαν ωχρότητα δέρματος και επιπεφυκότων, οιδήματα στα κάτω άκρα, ενώ η δακτυλική εξέταση από το ορθό ήταν αρνητική για αίμα ή μέλαμα.

<i>Αντικειμενικά ευρήματα:</i>	
Α.Π.	120/60 mmHg
Σ.Φ	85/min.
Θερμ.	36,4
Αν.	19/min
<i>Εργαστηριακά ευρήματα:</i>	
Ht.	21,4gr%
Hb	9gr%
Λευκά	9.300 κ.ε. αίματος
Τ.Κ.Ε	42
Ουρία	49 md/dl
Σάκχαρο	98 md/dl
Κ	3,9 mEq/lit.
Na	135 mEq/lit.
Ερυθρά	2.500.000 κ.ε. αίματος

Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών και ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου (σιδηρούχος δεξτρόνη). Επίσης, και με την κατάλληλη αντιμετώπιση που χρειάζεστε ένας ασθενής που πάσχει από τη νόσο του Alzheimer.

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της παρέμεινε απύρετη, αιμοδυναμικά σταθερή, χωρίς να εμφανίσει πρόβλημα από το καρδιοαναπνευστικό.

Η θεραπευτική αγωγή η οποία ξεκίνησε από την πρώτη ημέρα της νοσηλείας της, ήταν η ακόλουθη:

Turb. Dracanyl 2 εισπνοές X 4
Inh. Atrotent 0,5 ml X3
TTS Pancoran 1X1
Tabl. Tildiem 60 mg. 1X2
Tabl. Moduretic 1 κάθε δεύτερη ημέρα
Amb. Infeon 1 ml. Κάθε δεύτερη ημέρα

Στη συνέχεια αναφέρονται τα κυριότερα προβλήματα, οι νοσηλευτικές φροντίδες, καθώς και τα αποτελέσματα που επέφερε η παρέμβαση της νοσηλευτικής ομάδας.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Αύξηση της αρτηριακής πίεσης (150/80 mm Hg)	Μείωση της αρτηριακής πίεσης και διατήρησή της σε φυσιολογικά επίπεδα.	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή λήψη και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης. • Χορήγηση αντιυπερτασικών φαρμάκων. • Χορήγηση ελαφράς διαίτας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Γίνεται τρίωρη λήψη και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης. • Χορηγήθηκε 1/2 amp Catapresan μετά από ιατρική εντολή. Το 	<ul style="list-style-type: none"> • 1/2 ώρα μετά την χορήγηση Catapresan, η αρτηριακή πίεση έπεσε (130/70 mmHg). • Συνεχίζεται η παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης.

			Catapresan εξαιτίας της αγγειοδιαστολής που προκαλεί, επιφέρει πτώση της πίεσης.	
--	--	--	---	--

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νος. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Δύσπνοια.	Απαλλαγή της ασθενούς από τη δύσπνοια.	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθέτηση της ασθενούς σε ανάρροπη θέση. • Χορήγηση O₂. 	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε τοποθέτηση της ασθενούς σε ανάρροπη θέση. • Χορηγήθηκε O₂ με ρινικό καθετήρα (3 litra). • Γίνεται παρακολούθηση των αερίων αίματος και των ηλεκτρολυτών του ορού για την έγκαιρη διάγνωση μεταβολών στην οξεοβασική ισορροπία. • Εξασφαλίστηκε δροσερός αέρας στο θάλαμο της ασθενούς με συχνό αερισμού αυτού. 	<ul style="list-style-type: none"> • Παρατηρήθηκε βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας. • Συνεχίζεται η χορήγηση O₂.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νος. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Διέγερση.	Καταστολή της διέγερσης.	Χορήγηση ηρεμιστικών.	<ul style="list-style-type: none"> • Έγινε μεταφορά σε μοναχικό δωμάτιο. • Ενημερώθηκαν οι συγγενείς να μην την επισκέπτονται πολλοί μαζί. • Χορηγήθηκε 1/2 amp. Stedon μετά από ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μία ώρα μετά τη χορήγηση του Stedon η ασθενής άρχισε να ηρεμεί.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Κίνδυνος μυϊκής ατροφίας.	Επαρκής κάλυψη των θερμιδικών αναγκών της ασθενούς και παθητικές ακήσεις.	Προγραμματισμός παθητικών ασκήσεων.	<ul style="list-style-type: none"> • Προγραμματίστηκε αρχικά φυσιοθεραπεία 1 φορά την ημέρα. • Έγινε διδασκαλία και ενημέρωση του οικογενειακού περιβάλλοντος για το πρόγραμμα της φυσιοθεραπείας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά τις φυσιοθεραπείες η ασθενής αισθανόταν πιο δυνατή.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Δυσχέρεια στην λήψη τροφής.	Λήψη της απαραίτητης τροφής.	<ul style="list-style-type: none"> • Συντροφιά κατά το γεύμα. • Τεμαχισμένη τροφή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Δίνεται στην ασθενή τεμαχισμένη τροφή και όχι κονσερβοποιημένη έτσι ώστε να είναι πιο ορεκτική. • Η συντροφιά κατά το γεύμα διεγείρει τη διάθεση για φαγητό. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιτεύχθηκε λήψη επαρκούς ποσότητας τροφής.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νος. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Ακράτεια ούρων.	Αποφυγή της ακράτειας των ούρων.	Τοποθέτηση καθετήρα Foley.	Τοποθετήθηκε καθετήρας Foley.	Ούρηση μέσω καθετήρα.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νος. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων εξαιτίας της παρατεταμένης ακινησίας.	Αποφυγή της δημιουργίας κατακλίσεων.	<ul style="list-style-type: none"> • Συχνή αλλαγή θέσεως. • Διατήρηση στεγνού και καθαρού δέρματος. 	<ul style="list-style-type: none"> • Αλλάζεται η θέση της ασθενούς κάθε 2 ώρες, για την αποφυγή παρατεταμένης πίεσης στο ίδιο σημείο. • Γίνεται καθημερινή περιποίηση δέρματος. Ειδικά στις πιο ευαίσθητες στην δημιουργία κατακλίσεων περιοχές (πτέρνες, αγκώνες, ωμοπλάτες, ινίο κεφαλής, κόκκυγας). Οι περιοχές αυτές σαπουνίζονται με χλιαρό νερό και μαλακό σαπούνι. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επαλείφεται το δέρμα μετά από κάθε πλύση με προστατευτική αλοιφή. <ul style="list-style-type: none"> • Στεγνώνεται καλά το δέρμα (η υγρασία ευνοεί τη δημιουργία κατακλίσεων). • Τοποθετήθηκαν μαξιλάρια κάτω από τις πτέρνες και τη μέση για άρση της πίεσης στις περιοχές αυτές. • Η ασθενής δεν εμφάνισε κατάκλιση κατά την διάρκεια της νοσηλείας της στο νοσοκομείο.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Διαταραχές ύπνου.	Διατήρηση φυσιολογικών συνθηκών ύπνου.	<ul style="list-style-type: none"> • Καλός αερισμός του θαλάμου. • Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος. • Φαρμακευτική αγωγή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιδίωξη του καλού αερισμού του θαλάμου. • Εξασφάλιση ήρεμου και ήσυχου περιβάλλοντος βοηθώντας στον ύπνο της ασθενή. • Χορήγηση υπνωτικών φαρμάκων μετά από ιατρική εντολή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μετά τη χορήγηση του Stedon η ασθενής ηρέμησε και κοιμήθηκε.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Διαταραχές μνήμης.	Βοήθεια για διατήρηση της μνήμης της ασθενή.	<ul style="list-style-type: none"> • Φιλική και ήρεμη προσέγγιση στην ασθενή. • Καθαρή και χαμηλόφωνη ομιλία. 	<ul style="list-style-type: none"> • Θυμίζουμε συνεχώς στην ασθενή ποια είναι με φιλική και ήρεμη προσέγγιση. • Της μιλάμε με καθαρή και χαμηλόφωνη ομιλία, έχοντας υπομονή. 	<ul style="list-style-type: none"> • Με τη βοήθεια του νοσηλευτή δημιουργήθηκε φιλικό περιβάλλον για την ασθενή, για ομιλία μεταξύ τους βοηθώντας την να θυμάται ποια είναι και πού βρίσκετε.

2η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Στις 21/03/2007 εισήχθη στην παθολογική κλινική του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου, ο κύριος Γ. Σ. 83 ετών, συνταξιούχος ΙΚΑ, κάτοικος Κυπαρισσίας.

Ο ασθενής δεν δύναται να δώσει ιστορικό υγείας λόγω ασφαλείας και ως εκ τούτου το ιστορικό λαμβάνεται από τη θυγατέρα του. Ο ασθενής μία ημέρα προ της εισαγωγής του παρουσίασε αφασικές εκδηλώσεις για τις οποίες διεκομίσθη στο νοσοκομείο της Κυπαρισσίας. Εκεί διεγνώσθη αγγειακό επεισόδιο από όπου διεκομίσθη στο νοσοκομείο του Ρίου.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο ασθενής προ του επεισοδίου, ήταν περιπατητικός και χωρίς κανένα πρόβλημα.

Πρέπει ακόμα να σημειωθεί ότι πριν 1 έτος, έγινε χειρουργική επέμβαση για αιμάτωμα εγκεφάλου.

Έλεγχος κατά διαστήματα:

Πνεύμονες : Δύσπνοια.

Κοιλιά : Κοιλιακά αντανακλαστικά ελαττωμένα δεξιά.

Ορθόν : Μυϊκός τόνος ελαττωμένος δεξιά.

Άκρα : Δεξιά ημιπάρεση άνω και κάτω άκρου. Αντανακλαστικά

δεξιά νωθρά και αριστερά κατά φύση. Νευρικό : Αφασία εκπομπής

ενώ δεν παρατηρείται σημαντική αφασία

αντίληψης. Δεν παρατηρείται αυχενική δυσκαμψία. Οφθαλμοί :

Μυδρίαση οφθαλμού με σύνδρομο καταρράκτη και

καταργημένο αντανακλαστικό φωτός.

Αντανακλαστικό κόρης αριστερού οφθαλμού κατά φύση.

Στόμα : Πάρεση δεξιού κατώτερου προσωπικού νεύρου.

Καρδιά : Αρρυθμία.

Εργαστηριακές εξετάσεις:	
Ερυθρά	4.690.000 κ.ε. αίματος
Αιματοκρίτης	43,8 gr%
Αιμοσφαιρίνη	14,7 gr%
Λευκά	7.500 κ.ε. αίματος
Σάκχαρο	125 mg/dl
Ουρία	47 mg/dl

Διάγνωση : Πολλαπλά αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Σκληρυντική καρδιοπάθεια. Αποφρακτική
πνευμονοπάθεια.

Πορεία νόσου : Η κατάσταση του ασθενούς είναι βαρεία.

Δεν έχει κένωση από την ημέρα της εισαγωγής
του.

Στις 21/3/2007 βελτιώθηκε η επικοινωνία του με
το

περιβάλλον και άρχισε να επικοινωνεί με
νοήματα. Τρέφεται με πολτώδεις τροφές

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Οιδήματα κάτω άκρων.	Υποχώρηση των οιδημάτων.	<ul style="list-style-type: none"> • Ανύψωση των κάτω άκρων. • Εφαρμογή άναλου διαίτας. • Μέτρηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών. • Καθημερινό ζύγισμα του ασθενούς. • Ενημέρωση του ασθενούς να μην παίρνει πολλά υγρά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τοποθετήθηκαν μαξιλάρια κάτω από τα πόδια του ασθενούς ώστε να είναι ελαφρώς ανασηκωμένα. • Συγχρόνως χαλαρώθηκαν τα κλινοσκεπάσματα έτσι ώστε να μην ασκούν πίεση στα άκρα του ασθενούς. • Ο ασθενής άρχισε άναλο διαίτα • Μετρούνται και καταγράφονται καθημερινά τα προσλαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. 	<ul style="list-style-type: none"> • Τα οιδήματα άρχισαν να υποχωρούν από την τρίτη ημέρα της νοσηλείας του. • Ο ασθενής μετά την εφαρμογή της άναλου διαίτας είχε 1500 cc ούρων. • Την πέμπτη ημέρα της νοσηλείας του ο ασθενής ζύγισε 77 kgr.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Καταβολή δυνάμεων.	Σωματική τόνωση του ασθενούς, ανάκτηση των δυνάμεων του.	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του οικείων προσώπων του ασθενούς, να μην τον επισκέπτονται πολλοί μαζί. • Ενθάρρυνση του ασθενούς να κοιμάται αρκετά. • Εφαρμογή δίαιτας πλούσιας σε πρωτεΐνες. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημερώθηκαν οι οικείοι του ασθενούς να μην τον επισκέπτονται όλοι μαζί προς αποφυγή κόπωσης. • Ενημερώθηκε ο ασθενής για την ευεργετική δράση του ύπνου και ενθαρρύνθηκε να κοιμάται όσο πιο πολύ μπορεί. 	Σταδιακή ανάκτηση των δυνάμεων του ασθενούς.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
Έναρξη χορήγησης σιδηρούχου δεξτράνης στις 02/2/2007.	Να πάρει το φάρμακο χωρίς να εμφανίσει αντιδράσεις και επιπλοκές.	Να γίνεται συχνή λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.	Λαμβάνονται και καταγράφονται τα ζωτικά σημεία κάθε τρεις ώρες.	Ζωτικά σημεία: Φυσιολογικά:Α.Π.: 140/80 mmHgΑΝ.: 18/min, Σ.Φ.:85/min, Θερ.: 36,7° C.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός Νοσ. Φροντίδας	Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	Εκτίμηση Αποτελεσμάτων
<p>Κίνδυνος: έκχυσης του φαρμάκου εκτός της φλεβικής οδού. (Η σιδηρούχος δεξτράνη αν ενεθεί υποδόρια προκαλεί χρώση δέρματος γι' αυτό χορηγείται είτε ενδοφλέβια είτε βαθιά ενδοφλέβια).</p>	<p>Πρόληψη χρώσης δέρματος.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Επιλογή μεγάλης και σταθερής φλέβας. • Βεβαίωση αμέσως μετά την εισαγωγή της βελόνας στη φλέβα ότι βρισκόμαστε μέσα σε αυτή • Εναλλαγή του σημείου φλεβοκέντησης για την πρόληψη θρόμβωσης και καταστροφής της φλέβας. 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιλέχθηκαν για τη χορήγηση σιδήρου οι φλέβες της κοιλότητας του αγκώνα (μεσοβασιλική, βασιλική). Οι φλέβες αυτές ενδείκνυνται για ενδοφλέβια χορήγηση φαρμάκων. • Αμέσως μετά την εισαγωγή της βελόνας στη φλέβα και πριν την έγχυση του σιδήρου σε αυτήν εκτελείται αναρρόφηση για την επιβεβαίωση ότι η βελόνα ήταν στη φλέβα. • Κάθε δεύτερη μέρα, δηλαδή σε κάθε δόση άλλαξε το σημείο φλεβοκέντησης (εναλλάξ αριστερό και δεξί άκρο). 	<p>Δεν παρουσιάστηκε πρόβλημα χρώσης δέρματος κατά την διάρκεια χορήγησης σιδήρου ή άλλη αντίδραση.</p>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5.1. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

5.1.1. ΚΕΝΤΡΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ - ΚΑΠΗ

Ο ηλικιωμένος μπορεί να χρησιμοποιήσει όλες τις υπηρεσίες που διαθέτει η κάθε μία κοινότητα για τα μέλη της όπως: νοσοκομεία, κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων κ.τ.λ., όπως υπάρχουν στις οργανωμένες κοινότητες και υπηρεσίες που εξυπηρετούν ειδικά τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

Τα ΚΑΠΗ είναι κρατικά προγράμματα που έχουν καταρτιστεί για την εξυπηρέτηση του θεσμού «παραμονή στο σπίτι». Το 1979 στήθηκε πειραματικά το πρώτο κέντρο και μέχρι το τέλος του 1981 είχαν λειτουργήσει συνολικά οχτώ προγράμματα με φορείς εθελοντικές οργανώσεις. Στη συνέχεια τα ΚΑΠΗ, μέσα στα πλαίσια κρατικού πάντα προγραμματισμού, πέρασαν στην τοπική Αυτοδιοίκηση, πολλαπλασιάστηκαν και έφτασαν τα 120 λειτουργούντα σε όλη τη χώρα. Κυρίως όμως εδραιώθηκαν στη συνείδηση του λαού με τη χρησιμότητα και το δυναμισμό τους.

Σκοπός τους είναι:

1) Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων που θα τους βοηθήσει να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

2) Η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.

3) Η έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους.

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ είναι όμοιες με αυτές των Νοσοκομείων (φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, ιατροφαρμακευτική φροντίδα, ψυχαγωγία κ.ά.) αφού και τα ΚΑΠΗ αποτελούν είδος Νοσοκομείου ημερήσιας φροντίδας⁴⁷.

5.1.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΑ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ - ΑΣΥΛΑ

Τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων αποσκοπούν στην προστασία ατόμων με χρόνια προβλήματα και ενδιαφέρονται κυρίως για την ανακούφιση του πόνου μέσω ειδικών τεχνικών και υπηρεσιών. Έτσι τα ιδρύματα αυτά εξασφαλίζουν κατά κάποιο τρόπο τον ηλικιωμένο ώστε η τελική περίοδος της ζωής να διανύεται με το μεγαλύτερο δυνατό αίσθημα ευεξίας.

Τα ιδρύματα αυτά μπορεί να οργανωθούν από υγειονομικές οργανώσεις και να χρηματοδοτηθούν από ιδρύματα, δωρεές, εισφορές των ασθενών κ.ά. συχνά δε να ενισχυθούν από τις τοπικές υγειονομικές αρχές⁴⁸.

5.2. ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑ ΑΣΘΕΝΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η μέρα αποχωρήσεως του ασθενή από το νοσοκομείο δεν πρέπει να φτάνει χωρίς προετοιμασία και προειδοποίηση του ασθενούς και του περιβάλλοντος του. Κατά την αποχώρηση από το νοσοκομείο, ο ασθενής είναι δυνατό να έχει θεραπευθεί μερικώς, να χρειάζεται όμως ειδική φροντίδα, προκειμένου να επανέλθει πλήρως στην προηγούμενη κατάσταση του, π.χ. σε περίπτωση κατάγματος.

Αλλά είναι ακόμα δυνατό η έξοδος ασθενούς από το νοσοκομείο να μην είναι επακόλουθο θεραπείας, αλλά ανάγκη μεταφοράς του σε άλλο νοσηλευτικό ίδρυμα για τη συνέχιση ή συμπλήρωση της θεραπείας. Ακόμη, είναι δυνατό να υπάρχει ανάγκη μεταφοράς σε ίδρυμα ανιάτων νοσημάτων ή και μεταφοράς του στο σπίτι, εφόσον η παραμονή του στο νοσοκομείο δεν προσφέρει ειδική υπηρεσία σε αυτόν.

Ανάλογα με τις συνθήκες, κάτω από τις οποίες θα βγει ο ασθενής από το νοσοκομείο, γίνεται προετοιμασία τόσο του ιδίου όσο και του άμεσου περιβάλλοντος του για την καλύτερη προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον.

Ο χρόνος προετοιμασίας του ασθενούς και του περιβάλλοντος για την έξοδο από το νοσοκομείο ποικίλλει, και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την κατάσταση του, σωματική και ψυχολογική.

Σε περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής είναι ανίκανος να επιστρέψει στην εργασία του ή να συνεχίσει τις συνηθισμένες του δραστηριότητες, η κοινωνική

υπηρεσία του νοσοκομείου πληροφορείται την αναχώρηση του και τον βοηθά στην προσαρμογή του στις επιβαλλόμενες νέες καταστάσεις.

Τα αισθήματα που δοκιμάζει ο ασθενής κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, συνήθως είναι αισθήματα ικανοποίησης, χαράς και ευγνωμοσύνης. Παράλληλα όμως είναι διστακτικός, ανησυχεί και αμφιβάλλει για τη συνεχιζόμενη αποκατάσταση της υγείας του χωρίς την άμεση νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση, μέχρι σημείου να μη θέλει να βγει από το νοσοκομείο.

Ο /Η νοσηλευτής -τρια του δίνει την ευκαιρία να εκφράσει τους φόβους του και την ανησυχία του, να θέσει ερωτήσεις και του εκδηλώνει το ενδιαφέρον του-της για τα προβλήματα του.

Ο ασθενής που θα συνεχίσει τη λήψη φαρμάκων και μετά από την έξοδο του από το νοσοκομείο, πρέπει να πληροφορηθεί λεπτομερώς σχετικά με τη συχνότητα και τον τρόπο λήψεως τους οι οδηγίες συνιστάται να γράφονται λεπτομερώς πάνω στο φιαλίδιο του φαρμάκου. Για φάρμακο που μπορεί να έχει παρενέργεια, ενημερώνεται λεπτομερώς τόσο ο ασθενής, όσο και υπεύθυνο μέλος της οικογένειας για τα θεραπευτικά μέτρα που θα χρειαστεί να λάβουν.

Όταν κριθεί από τον ιατρό ότι ο ασθενής μπορεί να φύγει από το νοσοκομείο, ακολουθεί ειδοποίηση των συγγενών, χορήγηση ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών, ο ασθενής, ο οποίος αποφασίζει να φύγει από το νοσοκομείο χωρίς τη συγκατάθεση του ιατρού, υπογράφει δήλωση ότι φεύγει με τη συγκατάθεση του (και χωρίς έγκριση του ιατρού). Με τη δήλωση αυτή απαλλάσσονται της ευθύνης ο ιατρός και το νοσοκομείο.

Την ημέρα της αποχωρήσεως του ασθενή, εκδίδεται το υπογραφέν από τον ιατρό εξιτήριο και ο ασθενής φεύγει από το νοσοκομείο περιπατητικός, με φορητή καρέκλα ή και με φορείο. Στην τελευταία περίπτωση ειδοποιείται έγκαιρα ασθενοφόρο⁴⁹.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από τη μελέτη αυτή διαπιστώσαμε πως η νόσος του Alzheimer είναι μία από τις πιο συχνές και σημαντικές παθήσεις της Γηριατρικής και της Νευρολογίας. Και μία νόσος η οποία είναι συνεχές αυξανόμενη.

Οι επιπτώσεις της στην καθημερινή ζωή του ασθενή και της οικογένεια του, δείχνουν την κοινωνική διάσταση της νόσου και την συναισθηματική εμπλοκή του ασθενή και των μελών της οικογένειας.

Επίσης είδαμε πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η νοσηλευτική φροντίδα στη βελτίωση της ποιότητας των ανοιακών ασθενών, καθώς επίσης και η φροντίδα από τις ίδιες τις οικογένειες των ασθενών. Επειδή όμως η συνεχής φροντίδα του ασθενή εξαντλεί τα μέλη της οικογένειας είναι χρήσιμη η ύπαρξη κέντρων ημερήσιας περίθαλψης που θα αναλάμβανε την παροχή φροντίδας του ασθενή και θα ξεκουράζει την οικογένεια ώστε να μπορέσει να συνεχίσει το δύσκολο έργο παροχής φροντίδας.

Γι'αυτό το λόγο χρειάζεται να επανδρωθούν ειδικά κέντρα που θα αναλάβουν την ενημέρωση του κοινού, την προσέγγιση και την εκπαίδευση της οικογένειας του ασθενή και την συναισθηματική υποστήριξη των μελών που έχουν αναλάβει την φροντίδα αυτών των ασθενών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- [1]. Joan F. Needman. Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα. Εκδόσεις "ΕΛΛΗΝ" Αθήνα 1999, σελ.197:200
- [2]. Internet: Κώστας Οβάλες Νευρολόγος Friday 21/12/2006
- [3]. Clinical Neurology (Edited by Michael Swash, John Oxbury Vol 1)
- [4]. Brain's Diseases Of the Nervous System (Edited by John Walton)
- [5]. Modular Deficits in Alzheimer's Type Dementia
- [6]. Classification and diagnosis of Alzheimer's Disease
- [7]. Νευρολογία: John Walton 5η Έκδοση σελ. 152:155
- [8]. Advances in Alzheimer Researche : [http:// www. Alz. Org. / medical/ ainar/ 2. html](http://www.Alz.Org./medical/ainar/2.html)
- [9].Καραβάτος, Νόσος Alzheimer (Senium Praecox) <http://doctorw.in.gr> Θεσσαλονίκη 1999
- [10]. Τσίμος Ανδρέας Παραδόσεις από την ειδικότητα της Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιατρικής Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1995 σελ.52:96
- [11]. Μεντενόπουλος Γεώργιος Η Νόσος του Alzheimer, Εκδόσεις Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών Αρμενόπουλου 32, Θεσσαλονίκη 1999 σελ. 139:140:217:218:220
- [12]. The Search for the Key to Alzheimer "Nursing Times" July 1997 σελ. 39:40
- [13]. Internet: [www. domi. gr/ interdent/ periodicals/ teyxos 13](http://www.domi.gr/interdent/periodicals/teyxos13) 13/01/2007
- [14]. Internet: <http://health.in.gr/news/> 13/01/2007
- [15]. Internet: <http://www.novartis.gr> 24/02/2007

- [16]. *Ritchards S. S. Hendried H. C. Diagnosis management and treatment of Alzheimer Disease Arch, Intern Med 1999 159: 789-798*
- [17]. *Newborn V. Is it really Alzheimer's? Am J Nurs, 1991 σελ.51*
- [18]. *Mc Neil T. Untraveling Alzheimer's Am J Nurs 1997 σελ. 35: 36 :97*
- [19]. *Γεροντολογική Νοσηλευτική Χρυσάνθης Δ. Πλατή Έκδοση Αθήνα 2003 σελ. 354: 369*
- [20]. *Βασιλόπουλος Δ. Σύγχρονες απόψεις για την αιτιοπαθογένεια της νόσου Alzheimer 1996 70: 203: 205*
- [21]. *21ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο "Διαταραχές Μνήμης Προσοχής" Αθήνα 1995 σελ. 28: 29*
- [22]. *Internet Κώστας Οβάλες [www. isk. gr / Alzheimer](http://www.isk.gr/Alzheimer)*
- [23]. *Alzheimer's Association Family Caregiver Alliance δημοσίευση άρθρου 20/04/2002*
- [24]. *Πλατή Χρυσάνθη Γεροντολογική Νοσηλευτική Δ' Έκδοση Αθήνα 2000 σελ. 340: 356: 360: 361*
- [25]. *Pfizer Hellas A. C. Νόσος Alzheimer Ένας Πρακτικός Οδηγός Επιστημονικής Ενημέρωσης*
- [26]. *Simon Loveston: Μετάφραση – επιμέλεια Δρ. Σωκράτης Γ. Παπαγεωργίου, Πρώιμη Διάγνωση κ Θεραπεία της Νόσου Alzheimer. Εκδόσεις Βαγιονάκη – Λημ. Σαπουντζάκη, Αθήνα 2000 σελ. 59:60*
- [27]. *Internet: Ταμπακάκη www.tabakaki.gr 27/11/2006*
- [28]. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Αφροδίτη Χρ Ραγιά Γ' Έκδοση Αθήνα 2001 σελ. 339: 342*
- [29]. *Internet <http://web4health.info/el/answers/psy-com-alzheimer.htm> 09/12/2006*

- [30]. Τσολάκη Μάγδα "Ζώντας με τη νόσο Alzheimer" Πρακτικός Οδηγός για τους Περιθάλποντας Ασθενείς με νόσο Alzheimer Ελληνική Έκδοση Φαρμακευτική Εταιρία Novartis, Θεσσαλονίκη 1999 σελ. 34:47:51:84:122
- [31]. Αθανάτου Κ. Ελευθερία Κλινική Νοσηλευτική Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες Έκδοση Η' Αθήνα 1998 σελ. 70:91
- [32]. Πλατή Χ. Ειδικά Κλινικά Νοσηλευτικά
- [33]. Haman Z.L. Geriatric medication – How the aged are hurt by drugs meant to help RN, 1978 σελ. 41:57
- [34]. Σαχίνη Άννα - Καρδάση, Πάνου Μαρία Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική 3ος Τόμος, Β' Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα Ιατρικής, Εκδόσεις Μονοπρόσωπης ΕΠΕ, Αθήνα 1997 σελ. 323: 325
- [35]. Ραγιά Χρ. Αφροδίτη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Ψυχιατρική Νοσηλευτική Αθήνα 1993 σελ. 338:346
- [36]. Γιαννοπούλου Χρ. Ψυχιατρική Νοσηλευτική Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα σελ. : 149
- [37]. Σαπουντζή – Κρεπά Δέσποινα. Χρόνια ασθένεια κ Νοσηλευτική Φροντίδα μια Ολιστική Προσέγγιση. Εκδόσεις <<Έλλην>> - Γ. Πατρικός κ ΣΙΑ Ε.Ε. Αθήνα 1998, σελ.173
- [38]. Swanso A. "Comunicating with Depressed Persons" Perspectives in psychiatric care 1975 σελ. 63:67
- [39]. Rowe D. Helping the Depressed Patient Nursing Times London 1983 σελ. : 62
- [40]. Herbet S. The Normal Aging Praess Reviewed. In Nurs. Rev 1992 σελ.93
- [41]. Wyman J. Mobility and Safery. In An Aging Society (eds). D. Corr. Springr pub, co 1990 σελ.134
- [42]. Annals of Internal Medicine 2006 144(2):73-81, 17 Ιανουαρίου

- [43]. *The New England Journal of Medicine* 2003, 348:1333-1341 Απριλίου 2003
- [44]. *Alzheimer Association The National Institute of Neurological Disorders and Stroke*
- [45]. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 2005:76:1611:1613
Δεκέμβριος 2005 *Alzheimer Society*
- [46]. *British Medical Journal* 2002, 325: 1312- 1313, 7 Δεκεμβρίου 2002
- [47]. Κυριακίδη Ε. *Κοινωνική Νοσηλευτική Επίτομος Εκδόσεις "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα*
1997 σελ. : 338
- [48]. Τριχοπούλου Α. - Τριχόπουλος Α. *Προληπτική Ιατρική - Αγωγή Υγείας - Κοινωνική Ιατρική - Δημόσια Υγιεινή Επίτομος Εκδόσεις, Εκδόσεις Παρισιάνος, Αθήνα 1986 σελ. :284*
- [49]. Μαλγαρινού Μ. Α. – Κωνσταντινίδου Σ. Φ. 1995