

ΠΑΤΡΑ
2009

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

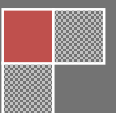
ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ALZHEIMER ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

SUBJECT: ALZHEIMER AND NURSING
INTERVANTION

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:
ΒΕΛΙΣΣΑΡΗ ΙΩΑΝΝΑ
ΚΑΛΙΑΚΜΑΝΗ ΝΙΚΟΛΙΤΣΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:
ΖΗΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	- 4 -
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	- 6 -
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ	- 7 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο	- 7 -
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ.....	- 7 -
1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	- 8 -
1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER	- 9 -
1.4 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	- 10 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο	- 12 -
2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER	- 12 -
2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	- 13 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο	- 17 -
3.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	- 17 -
3.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	- 17 -
3.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ	- 18 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο	- 19 -
4.1 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	- 19 -
4.2 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ-ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	- 20 -
4.2.1 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ-ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	- 20 -
4.2.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ	- 20 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο	- 23 -
5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	- 23 -
5.2 ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΙΝΙ ΜΕΝΤΑΛ STATE EXAMINATION	- 25 -
5.2.1 ΑΛΛΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ.....	- 29 -
5.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ	- 30 -
5.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	- 31 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο	- 33 -
6.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	- 33 -
6.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	- 34 -
6.3 ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ.....	- 35 -
6.3.1 ΝΕΥΡΟΛΗΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	- 37 -
6.3.2 ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	- 37 -
6.3.3 ΥΠΝΩΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	- 37 -
6.3.4 ΝΕΥΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ-ΝΕΥΡΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ	- 38 -
6.4 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ	- 38 -
6.5 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	- 39 -

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ⁰	- 44 -
7.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER.....	- 44 -
7.2 ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ	- 47 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ⁰	- 51 -
8.1 ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	- 51 -
8.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ.....	- 51 -
8.3 ΑΙΤΙΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ	- 53 -
8.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	- 54 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 ⁰	- 56 -
9.1 ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER	- 56 -
9.1.1 ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΔΙΑ ΜΕΣΟΥ ΤΩΝ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΣΤΑΔΙΩΝ.....	- 57 -
9.1.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	- 59 -
9.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	- 59 -
9.2.1 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	- 59 -
9.2.2 ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER	- 61 -
9.3 ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΥ ΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ	- 62 -
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ	- 64 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 ⁰	- 64 -
10.1 ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	- 64 -
10.2 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	- 65 -
10.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ.....	- 68 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 ⁰	- 71 -
11.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΗΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ.....	- 71 -
11.1.1 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ.....	- 71 -
11.1.2. ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ	- 72 -
11.1.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	- 73 -
11.1.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ.....	- 74 -
11.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ.....	- 76 -
11.2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ.....	- 76 -
11.2.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ.....	- 77 -
11.2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ.....	- 78 -
11.2.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΡΡΟΙΑ.....	- 80 -
11.2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΜΙΟΤΗΤΑ	- 80 -
11.2.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΜΙΟΤΗΤΑ	- 81 -

11.2.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ	- 81 -
11.2.8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ..	- 82 -
11.2.9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΝΤΥΣΙΜΟ	- 83 -
11.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΝΟΗΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ	- 84 -
11.3.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΜΙΑΣ ΚΑΛΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ	- 84 -
11.3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ.....	- 86 -
11.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΟ ΤΟΜΕΑ	- 89 -
11.4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ.....	- 89 -
11.4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΑΘΕΙΑΣ	- 89 -
11.4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΓΧΟΥΣ	- 90 -
11.4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΙΣ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ.....	- 90 -
11.4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΑΝΑΡΜΟΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.....	- 91 -
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12⁰	- 94 -
12.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	- 94 -
12.1.1 ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	- 94 -
12.1.2 ΔΕΥΤΕΡΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ.....	- 99 -
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	- 103 -

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η νόσος Alzheimer σύμφωνα με τα τελευταία επιδημιολογικά δεδομένα αποτελεί την τέταρτη αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες, μετά από τις καρδιακές παθήσεις, τον καρκίνο και τα εγκεφαλικά επεισόδια. Εμφανίζεται σε ηλικία μεταξύ τα 45-65 έτη, με μέσο όρο τα 53 έτη.

Συγκαταλέγεται στις άνοιες. Με άλλα λόγια πρόκειται για βαθμιαία επιδείνωση των νοητικών λειτουργιών, όπως η μνήμη, η μάθηση, ο προσανατολισμός στο χώρο και στο χρόνο, η αντίληψη και η επεξεργασία των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος, η σκέψη, η κρίση και η ικανότητα του ατόμου να βγάζει συμπεράσματα και να επιλύει προβλήματα.

Οι ασθενείς εμφανίζουν μεταβολές στον τρόπο της συναισθηματικής τους αντίδρασης, καθώς και στην προσωπικότητα και συμπεριφορά τους. Επίσης, εμφανίζουν και άλλες διαταραχές λόγω της εκφύλισης του εγκεφάλου, όπως δυσκολία στο συντονισμό των κινήσεων και τη βάδιση.

Η αιτιολογία της νόσου Alzheimer δεν είναι γνωστή. Ωστόσο υπάρχουν αρκετοί παράγοντες κινδύνου που ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της νόσου, όπως η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα, ιστορικό κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης κ.α.

Η διάγνωση της νόσου στηρίζεται κυρίως στα ευρήματα από την κλινική εξέταση και τον ψυχομετρικό έλεγχο.

Ριζική θεραπεία της νόσου Alzheimer δεν υπάρχει. Έχουν, ωστόσο, γίνει αξιολογες θεραπευτικές προσπάθειες, με στόχο την αύξηση της διαθέσιμης ακετυνοχολίνης, στον εγκέφαλο μέσω της χορήγησης φαρμάκων που επιβραδύνουν τη χημική διάσπαση της.

Η νόσος Alzheimer είναι μια δύσκολη ασθένεια καθώς πλήττει, όχι μόνο τον πάσχοντα, αλλά και την οικογένεια του. Το γεγονός ότι πρόκειται για μια χρόνια πάθηση σημαίνει ότι οι ασθενείς χρειάζονται μεγάλης διάρκειας φροντίδα.

Η συνεργασία των νοσηλευτών με την οικογένεια στη φροντίδα του αρρώστου είναι επιβεβλημένη γιατί πρέπει να τους γνωρίζουν το φάσμα των κινδύνων που διατρέχει ο άρρωστος, αλλά και τον τρόπο που μπορούν να δημιουργήσουν ένα ασφαλές και άνετο περιβάλλον.

Σκοπός της κοινοτικής βοήθειας είναι να επιτρέψει στα άτομα με νόσο Alzheimer να ζήσουν όσο περισσότερο και όσο πιο πλήρης γίνεται στα σπίτια τους, αλλά και να προσφέρουν κάποιες λύσεις για τους ανθρώπους που φροντίζουν στο σπίτι κάποιον συγγενή με άνοια.



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην σύγχρονη εποχή, με το σταθερό αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής στο Δυτικό κόσμο, η νόσος Alzheimer αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ιατρικά αλλά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Είναι ένα νευροεκφυλιστικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από συνεχώς επιδεινούμενη εγκεφαλική δυσλειτουργία και εκφράζεται με ποικίλα νευρολογικά και ψυχιατρικά συμπτώματα, που οδηγούν σε σταδιακή απώλεια της ικανότητας να ζει κανείς ανεξάρτητος και τελικά στο θάνατο.

Προσβάλλει πάνω από 20.000.000 ανθρώπους στον κόσμο και η συχνότητά της αναμένεται να αυξηθεί δραματικά τα επόμενα χρόνια, καθώς ο γηραιός πληθυσμός είναι ένα από τα ταχύτερα αναπτυσσόμενα τμήματα της κοινωνίας μας. Με την αύξηση του πληθυσμού άνω των 65 ετών υπάρχει συνακόλουθη αύξηση του επιπολασμού των νόσων που σχετίζονται με την ηλικία, μιας και το γήρας είναι αδιαχώριστα συνδεδεμένο με την παθογένεια των περισσότερων νευροεκφυλιστικών διαταραχών^[1].

Η νόσος Alzheimer είναι μια χρόνια, εκφυλιστική πάθηση, που διαβρώνει τη ζωή και την προσωπικότητα του ανθρώπου. Δεδομένης της μεγάλης επιβάρυνσης που επιφέρει σε προσωπικό και οικογενειακό επίπεδο, γίνεται κατανοητό ότι είναι μια νόσος που μας αφορά όλους.

Ωστόσο, η πρόοδος της ιατρικής μας οδηγεί στην καλύτερη κατανοητή και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπισή της, γεγονός που μας επιτρέπει να είμαστε αισιόδοξοι για το μέλλον^[2].

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΟΙΑΣ

Στο σύνδρομο της άνοιας ανήκουν καταστάσεις που είναι αποτελέσματα οργανικών βλαβών του εγκεφάλου σε άτομα που στο παρελθόν ήταν φυσιολογικά με καλά αναπτυγμένη νοητική ικανότητα. Στις άνοιες περιλαμβάνονται εγκεφαλικές παθήσεις που προκαλούν βαθμιαία έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και γενικότερα της νοημοσύνης, κυρίως από εκφυλιστικές και αγγειακές βλάβες ή και άλλες μη ανατάξιμες γενικές ιατρικές παθήσεις. Κύριος εκπρόσωπος των εκφυλιστικών ανοιών είναι η νόσος Alzheimer^[3,4,5,6,7].

Στην άνοια δεν παρατηρούνται μόνο διαταραχές των νοητικών-γνωστικών λειτουργιών, για τις οποίες έχουν δημιουργηθεί και σταθμιστεί κλίμακες από τις αρχές του αιώνα της, αλλά παρατηρούνται και λειτουργικές διαταραχές του συναισθήματος καθώς μεγαλύτερη των 6 μηνών. Σύμφωνα με τα τελευταία κριτήρια του Αμερικάνικου Ψυχιατρικού Συλλόγου στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών(Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders,DSM-IV), η άνοια χαρακτηρίζεται από διαταραχές μνήμης και είτε και από τις γνωστικές διαταραχές είτε από διαταραχές προσωπικότητας. Αυτές οι διαταραχές είναι αρκετές για να επηρεάσουν τις συνθήκες καθημερινές δραστηριότητες και τις κοινωνικές σχέσεις των ασθενών.^[20]

1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Ο Alois Alzheimer, ο οποίος διέγνωσε την νόσο, γεννήθηκε στις 14 Ιουνίου 1864 στην Κάτω Φρανκονία και πέθανε στο Breslau της Γερμανίας σε ηλικία 51 ετών από μια ασήμαντη ίωση .Ο πατέρας του ήταν συμβολαιογράφος .Δεν άφησε πίσω του πολλά στοιχεία για τη ζωή του. Το όνομα του δόθηκε στη γνωστή ασθένεια γεροντικής άνοιας από τον καθηγητή του ,ψυχίατρο Emil kraepelin ,ο οποίος ήθελε να τιμήσει το μαθητή για τις έρευνές του.



Dr. Alois Alzheimer

Με την περιουσία που άφησε η γυναίκα του ,η οποία ήταν εβραία με καταγωγή από πλούσια οικογένεια ,ήταν σε θέση να χρηματοδοτήσει ο ALZHEIMER εκτεταμένες ψυχιατρικές έρευνες ,τα αποτελέσματα των οποίων τον οδήγησαν στην έδρα ψυχιατρικής του πανεπιστημίου BRESLAU. Προηγουμένως είχε ασχοληθεί στη Φραγκφούρτη με άτομα μεγάλης ηλικίας που έδειχναν συμπτώματα ολικής αποβλάκωσης. Μετά το θάνατό τους διαπίστωσε ο ALZHEIMER κατά την εξέταση του εγκεφάλου τους ,ότι οι περιοχές του εξωτερικού φλοιού είχαν υποστεί σημαντικές αλλοιώσεις.

Το 1906 δημοσίευσε ο ερευνητής τις παρατηρήσεις του σε επιστημονικά περιοδικά ,στις οποίες δεν δόθηκε όμως από την ιατρική

κοινότητα σημασία ,γιατί το φαινόμενο ήταν αρκετά σπάνιο ,μια και λίγοι σχετικά άνθρωποι έφταναν τότε σε αρκετά μεγάλες ηλικίες . Στα τέλη του 20ου αιώνα ,με τη σημαντική αύξηση του μέσου όρου ζωής στην Ευρώπη και την Αμερική ,υπολογίζεται ότι υπάρχουν μερικές δεκάδες εκατομμύρια ηλικιωμένων ανθρώπων που παρουσιάζουν τα συμπτώματα που περιέγραψε ο ALZHEIMER .[21]

1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΟΙΑΣ ΤΥΠΟΥ ALZHEIMER

Η άνοια τύπου Alzheimer είναι μία εκφυλιστική νόσος, η οποία αργά και προοδευτικά καταστρέφει εγκεφαλικά κύτταρα[7]. Χαρακτηρίζεται από αβληχρή έναρξη και σταδιακή απώλεια μνήμης και άλλων γνωσιακών ικανοτήτων. Υπάρχει διάχυτη προσβολή των φλοϊκών λειτουργιών, όπως ακολούθως :

- 1) Αφασία : απώλεια ή μείωση του λόγου λόγω εγκεφαλικής δυσλειτουργίας
- 2) Απραξία : ανικανότητα εκτέλεσης μαθημένων κινήσεων σε παραγγελία
- 3) Αγνωσία : ανικανότητα νοηματικής αναγνώρισης ή σύνδεσης κατόπιν αισθητικού ερεθίσματος
- 4) Αναριθμησία : ανικανότητα εκτέλεσης αριθμητικών υπολογισμών
- 5) Αγραφία : ανικανότητα γραφής
- 6) Αλεξία : ανικανότητα ανάγνωσης [8].

Η νόσος Alzheimer δεν είναι ούτε μολυσματική ούτε μεταδοτική. Είναι μια ανίατη νόσος, η οποία προκαλεί μια γενική αποδιοργάνωση στην υγεία [7]. Μέχρι το 2050 ο αριθμός ανοϊκών ασθενών αναμένεται να

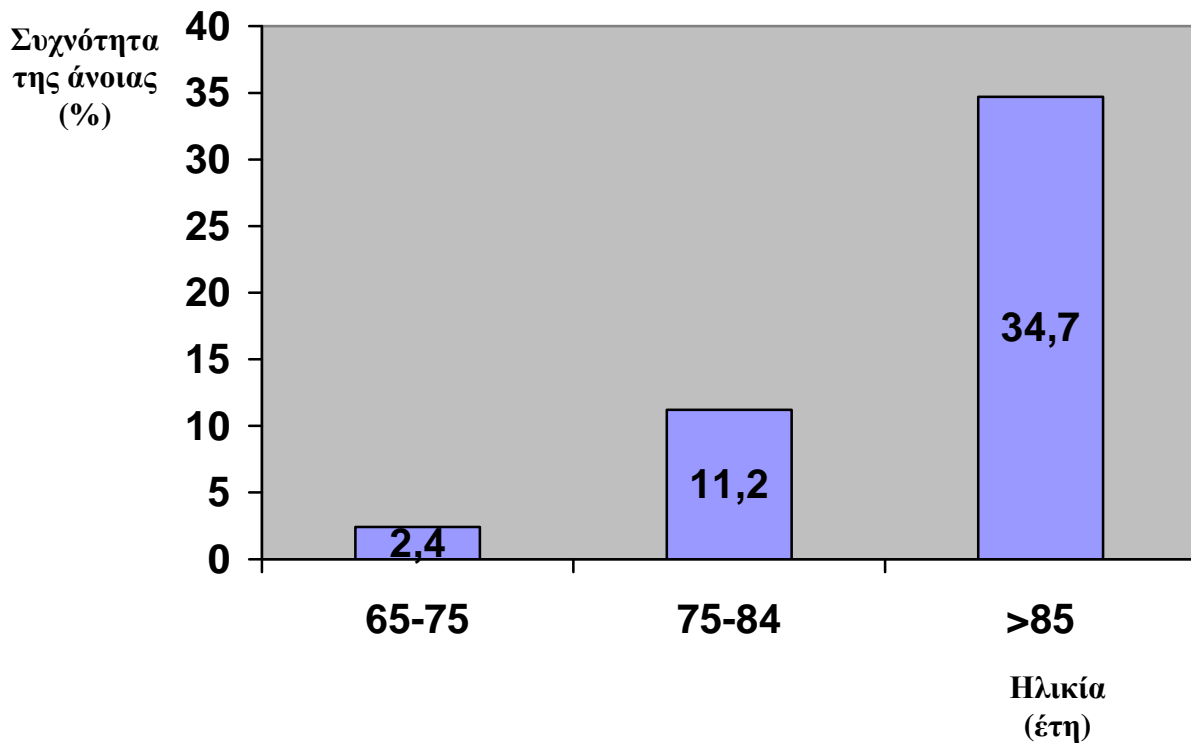
υπερτετραπλασιαστεί και η νόσος Alzheimer θα πάρει τις διαστάσεις επιδημίας [8].

1.4 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Πρόκειται για την πιο συχνή μορφή άνοιας: Αποτελεί το 60-70% όλων των ανοιών. Από την ασθένεια αυτή πάσχει περίπου ένας στους 20 ανθρώπους άνω της ηλικίας των 65 ετών. Υπολογίζεται ότι 3.5 εκατομμύρια άνθρωποι στην Ευρώπη και 15 εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο πάσχουν από τη νόσο Alzheimer.

Ο όρος "άνοια Alzheimer" συνοψίζει σήμερα τα περιστατικά που παλαιότερα αποκαλούνταν "γεροντική άνοια" (άνοια σε ανθρώπους άνω των 65 ετών) και "προ-γεροντική άνοια" (άνοια σε ανθρώπους κάτω των 65 ετών). Πρόσφατες μελέτες δείχνουν επίσης ότι η "αρτηριοσκλήρυνση" αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που προδιαθέτει και πολλές φορές συνυπάρχει με την άνοια Alzheimer.

Συχνότητα της άνοιας με την ηλικία



Δεδομένα από [29].



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η αιτιολογία της νόσου είναι ακόμη άγνωστη. Τελευταία, όμως, με την διαπίστωση νευροχημικής βλάβης στο επίπεδο των νευροδιαβιβαστών αρχίζουν να διαφαίνονται σοβαρές ελπίδες για διαλεύκανση της αιτίας της νόσου. Οι δύο επικρατέστερες θεωρίες στην αιτιολογία της νόσου επικεντρώνονται η μία σε γενετικό παράγοντα και η άλλη σε περιβαλλοντικό. Οι περισσότερες πάντως περιπτώσεις είναι πιθανόν πολυγονικές (προκαλούνται από πολλά διαφορετικά γονίδια) και σχετίζονται επιπρόσθετα με περιβαλλοντικούς παράγοντες και με την ηλικία [4,9].

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

- Η νόσος δεν είναι φυσιολογική διεργασία της γηράνσεως
- Δεν προκαλείται από σκλήρυνση των αρτηριών ,ούτε από υποξία του εγκεφάλου
- Δεν είναι μεταδοτική
- Είναι νόσος του εγκεφάλου και
- Δε θεωρείται ψυχική νόσος ή μορφή τρέλας.

2.2 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Σύμφωνα με αναφορές της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρίας **παράγοντες** που προδιαθέτουν στην εκδήλωση της νόσου του Alzheimer είναι :

- **Βέβαιοι παράγοντες :**
 - μεγάλη ηλικία
 - γενετική προδιάθεση
 - γυναίκες (ελαφρά υπεροχή από τους άνδρες, 13%)

- **Πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες :**
 - Παρουσία απολιποπρωτεΐνης E-e4 στο χρωμόσωμα 19, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης της νόσου από 2 – 10 φορές
 - Η μη χρησιμοποίηση από το άτομο ορισμένων ουσιών, όπως είναι τα οιστρογόνα μετά την εμμηνόπαυση στην γυναίκα, τα οποία αναφέρεται ότι έχουν προστατευτική δράση, καθώς και τα αντιφλεγμονώδη φάρμακα
 - Η μείωση στον οργανισμό αντιοξειδωτικών φαρμάκων, όπως βιταμίνες A, C, E, κορτικοειδή, μεταλλικό σελήνιο, γενικά συστατικά που περιέχονται στα φρούτα και τα λαχανικά. Το κάπνισμα και πολλά λιπαρά μειώνουν αυτούς τους παράγοντες
 - Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις
 - Το ιστορικό καρδιακών επεισοδίων

- Η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης

- **Αμφισβητούμενοι παράγοντες :**
 - Χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
 - Περιορισμένες ικανότητες προφορικής και γραπτής γλώσσας
 - Ιστορικό επιληπτικών κρίσεων
 - Έκθεση σε μεγάλες ποσότητες ψευδαργύρου και αλουμινίου

- **Ως προς την κληρονομικότητα αναφέρονται τα εξής :**
 - Δεν υπάρχει ομοιογένεια της νόσου σε οικογενείς μορφές
 - Σε όψιμες μορφές δεν υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις γενετικής προδιάθεσης και αυτό γιατί πολλά άτομα δεν φθάνουν στην ηλικία που θα μπορούσε να εκδηλωθεί η νόσος
 - Οι ενδείξεις είναι περισσότερες στις περιπτώσεις που η νόσος εκδηλώνεται σε νεαρές ηλικίες
 - Υπάρχει ένας γενετικός παράγοντας σε αριθμό οικογενειών, όμως δεν υπάρχει ειδικό γονίδιο για τη νόσο
 - Μόνο οι γενετικοί παράγοντες δεν εξηγούν γιατί στην ίδια οικογένεια κάποιος μπορεί να κληρονομήσουν τη νόσο και άλλοι όχι.

Υποστηρίζεται ότι πολλοί παράγοντες, ιδίως αγγειακού τύπου, επεμβαίνουν στην εκδήλωση της νόσου. Συνεπώς δεν είναι δεδομένο ότι θα εκδηλωθεί η νόσος, ακόμα και όταν υπάρχουν όλες οι γενετικές επιβαρύνσεις [3,10].

2.3 ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ενώ η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη ,χαρακτηριστική είναι η εκφύλιση και ο θάνατος των νευρώνων του εγκεφαλικού φλοιού και του ιπποκάμπου .Μακροσκοπικά ,παρατηρείται ατροφία ,με σμίκρυνση των ελίκων και διεύρυνση των αυλακών του φλοιού και των κοιλιών του εγκεφάλου .

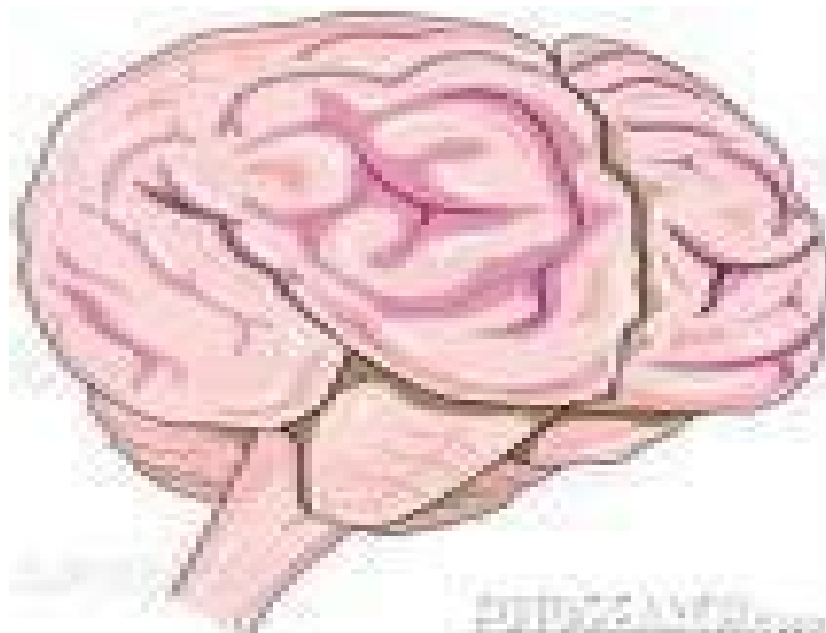
Επιπλέον χαρακτηριστικά είναι τα μικροσκοπικά παθολογοανατομικά ευρήματα της νόσου που συνίστανται σε παθολογικές εναποθέσεις αδιάλυτων πρωτεϊνών στον εξωκυττάριο και ενδοκυττάριο χώρο ,ευρήματα γνωστά από την εποχή του Alois ALZHEIMER ,δηλαδή:

I. Οι «γεροντικές ή νευριτιδικές πλάκες» ,οι οποίες αποτελούνται από εξωκυττάρια εναποθέσεις αμυλοειδούς ,που κατανέμονται στο φλοιό και τον ιππόκαμπο και παρουσιάζουν διάφορα στάδια εξέλιξης . Αρχικά παρατηρείται μικροσυγκέντρωση αμυλοειδούς, που σταδιακά περιβάλλεται από στεφάνη από αλλοιωμένους νευρίτες και ακολουθεί αστροκυτταρική αντίδραση και εξαφάνιση του αμυλοειδούς πυρήνα ,ενώ διατηρείται η αστρογλοΐωση και τα υπολείμματα των νευρώνων .

II. Οι «νευροινδιακές βλάβες» ,οι οποίες αποτελούνται από ενδοκυττάρια ζεύγη ελικοειδώς περιελιγμένων ινιδίων (pairhelical filaments,PHF),που βρίσκονται στο περικάρυο και χρωματίζονται με χρώσεις αργύρου. Κύριο συστατικό τους είναι η πρωτεΐνη (tau) παθολογικά υπερφωσφορυλιωμένη. Πρόκειται για γνωστό πρωτεϊνικό συστατικό των νευροινδιακών αλλοιώσεων. Το εύρημα αυτό είναι λιγότερο ειδικό ,επειδή σημαντικής πυκνότητας «τολύπια»,τα αποκαλούμενα tangles σχηματίζονται κατά το γήρας και σε πολλές άλλες νευροεκφυλιστικές ,τοξικές και τραυματικές βλάβες του εγκεφάλου .

Η απώλεια και οι παθολογικές μεταβολές των συνάψεων είναι ένα άλλο χαρακτηριστικό της νόσου ALZHEIMER .

III. Η κοκκιο-κενοτοπιώδης εκφύλιση είναι ένα μη ειδικό ιστολογικό εύρημα ,που συνήθως ανευρίσκεται στη νόσο και σπανίως στο φυσιολογικό γήρας. Τα κενοτόπια εντοπίζονται συνήθως στο κυτταρόπλασμα των πυραμιδικών νευρώνων του ιππόκαμπου ,όπου μπορούν να παρατηρηθούν και σωμάτια Hirano .[22]



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Χαρακτηρίζεται από χρόνια οργανικό ψυχοσύνδρομο με βασικό στοιχείο την άνοια. Υπάρχει διαταραχή αρχικά της πρόσφατης μνήμης και επιπρόσθετα αλλαγή της προσωπικότητας, διαταραχή της κρίσεως, διαταραχές προσανατολισμού αρχικά σε χρόνο και διαταραχές του λόγου, κυρίως με τη μορφή της κατανομαστικής αφασίας (δυσκολία στην ανεύρεση ονομάτων ατόμων και αντικειμένων). Βαθμιαία η άνοια επιτείνεται και μαζί με έκδηλες αφασικές, απρακτικές και αγνωσικές διαταραχές καλύπτουν την κλινική εικόνα και παρεμβαίνουν και περιορίζουν την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Άλλες εκδηλώσεις είναι η έλλειψη αναστολών, η ευφορική διάθεση, η κατάθλιψη, οι ψευδαισθήσεις, οι παρανοϊκές ιδέες, η παραμέληση των κανόνων υγιεινής και, τελικά, η γενική αδράνεια με απώλεια ούρων και κοπράνων. Εξωπυραμιδικές διαταραχές και μυοκλονίες εκδηλώνονται σε προχωρημένα στάδια. Πρωτόγονα αντανακλαστικά βρίσκονται συχνά στην κλινική εξέταση [4].

3.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

- Απώλεια της πρόσφατης μνήμης και τελικώς της παλαιάς μνήμης
- Ελάττωση του χρόνου προσοχής και αυξημένη αναστάτωση
- Διαταραχή του συλλογισμού
- Απώλεια του ελέγχου
- Συγκινησιακές μεταβολές
- Διαταραχές συνομιλίας

- Απώλεια των ικανοτήτων διαβάσματος, γραφής, αρίθμησης
- Περιπλάνηση χωρίς λόγο και αιτία
- Αφασία
- Άγχος και αντιδράσεις αυτοκαταστροφής
- Ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις
- Τελικώς ολική εξάρτηση [11]

3.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Η έναρξη της νόσου Alzheimer είναι σταδιακή και συνεπάγεται συνεχή γνωστική έκπτωση. Εξαιτίας της δυσκολίας να βρεθούν άμεσα παθογνωμονικά στοιχεία για την ύπαρξη της νόσου Alzheimer, η διάγνωση μπορεί να τεθεί μόνο όταν οι άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες για την άνοια έχουν αποκλεισθεί. Ειδικότερα, τα γνωστικά ελλείμματα δεν θα πρέπει να οφείλονται σε άλλες καταστάσεις του ΚΝΣ, οι οποίες προκαλούν προοδευτική έκπτωση στη μνήμη και στην γνωστική λειτουργία (π.χ. αγγειακή εγκεφαλική νόσο, νόσου του Parkinson, νόσο του Huntington), σε συστηματικές καταστάσεις που είναι γνωστό ότι προκαλούν άνοια (π.χ. υποθυρεοειδισμός, έλλειψη βιταμίνης B₁₂, λοίμωξη από ιό HIV) ή στις επίμονες επιπτώσεις της χρήσης μιας ουσίας (π.χ. αλκοόλ) [3].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η εξέλιξη των συμπτωμάτων διαιρείται σε τρία στάδια, αν και δεν υπάρχει σαφής διαχωρισμός ανάμεσά τους.

Η **πρώτη φάση**, που διαρκεί 1 έως 3 χρόνια, χαρακτηρίζεται από προοδευτική απώλεια μνήμης και της αίσθησης του χώρου με σχετική διατήρηση του λόγου, ήπια μεταβολή της προσωπικότητας και ομαλή κινητική λειτουργία. Οι δουλειές του σπιτιού γίνονται πιο δύσκολες και επιδεινώνονται από την αυξανόμενη δυσκολία στον προσανατολισμό στο χώρο, έτσι ώστε ο ασθενής χάνεται σε ανοίκειο, ακόμα και σε οικείο περιβάλλον, ενώ διαταράσσονται οι κατασκευαστικές του επιδεξιότητες. Η ικανότητα συγκέντρωσης εξασθενεί, το λεξιλόγιο περιορίζεται αλλά η γλώσσα κατά τα άλλα είναι φυσιολογική στην αρχή.

Καθώς προχωρά η νόσος, γίνονται πιο φανερά τα χαρακτηριστικά του **δεύτερου σταδίου**. Η εξασθένηση της μνήμης επιδεινώνεται ενώ προστίθεται σοβαρός αποπροσανατολισμός, έτσι ώστε ο ασθενής είναι χαμένος σε χώρο και χρόνο. Ο λόγος δεν έχει νοηματική συνοχή και παρότι διατηρούνται οι βασικές κινητικές επιδεξιότητες και η συνέργεια, εκπίπτουν ακόμη και στοιχειώδεις κατασκευαστικές ικανότητες. Η ευαισθησία χάνεται και αντικαθίσταται από αδιαφορία και ευερεθιστότητα. Αν και στους νεότερους ασθενείς η τελική φάση φθάνει μέσα σε 3 έως 4 χρόνια από την έναρξη της νόσου, συνήθως χρειάζονται τα διπλάσια για την εξέλιξή της.

Το **τελικό στάδιο** χαρακτηρίζεται από πλήρη σχεδόν έκπτωση της διανοητικής λειτουργίας με ακράτεια, ανάδυση των αρχέγονων

αντανακλαστικών και σοβαρές κινητικές δυσκολίες συνοδευόμενες από σπαστικότητα στα τελικά στάδια.

Δεν υπάρχει σαφής κλινική διάκριση μεταξύ της πρώιμης και της όψιμης έναρξης της νόσου Alzheimer. Η όψιμη έναρξη είναι πιο συνηθισμένη, επικρατεί στις γυναίκες που έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης ενώ οι διαταραχές του λόγου και ο πρώιμος αποπροσανατολισμός στο χώρο εκδηλώνονται τόσο έντονα όσο στους νεότερους ασθενείς [5,19].

4.2 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ-ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

4.2.1 ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ-ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Βρέθηκαν :

- 1) Χαμηλές τιμές B12 βιταμίνης
- 2) Αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης
- 3) Μειωμένα επίπεδα ακετυλοχολίνης, χολινοακετυλερανσφεράσης, σωματοστατίνης και μονοαμινών λόγω της απώλειας ειδικών ομάδων που συνθέτουν αυτούς τους διαβιβαστές στο εγκεφαλικό στέλεχος.[23]

4.2.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η αξονική τομογραφία(CT) εκτιμά με γραμμικές μετρήσεις ,όπως: αμφιμετωπιαία, αμφι-κερκοφόρος διάμετρος, διάμετρος της τρίτης κοιλίας ή των πλαγίων κοιλιών, την εγκεφαλική ατροφία. Οι μετρήσεις αυτές δεν έδειξαν αξιοσημείωτες διαφορές σε σύγκριση υγιών και ανοϊκών ατόμων. Με πολύπλοκους υπολογισμούς, βρέθηκαν αξιόλογες διαφορές οι οποίες όμως δεν είχαν χρησιμότητα στην καθημερινή πράξη.

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

Η μαγνητική τομογραφία(MRI) δεν είναι προσιτή στην κλινική πράξη, έχει όμως το πλεονέκτημα της συσχέτιση της ατροφίας με περιοχές μειωμένου μεταβολισμού στο PET(τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων).

Η CERAD (consortium to establish registry of Alzheimer Disease) πρότεινε ένα πρωτόκολλο εκτίμησης με MRI που συντάχτηκε από επιφανείς νευροακτινολόγους και το οποίο εκτιμά 7 στοιχεία: την ολική εγκεφαλική ατροφία, τη συλβείο αύλακα, την κροταφική περιοχή, το κροταφικό κέρασ της τρίτης κοιλίας, την πλάγια κοιλία και εγκεφαλικές αύλακες σε συνδυασμό με την εκτίμηση της λευκής ουσίας.

Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) υπήρξε ιδιαίτερα σημαντική στη διαγνωστική προσπάθεια της νόσου Alzheimer. Κατέστη δυνατή η ανίχνευση της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας πριν ακόμη από την εμφάνιση της κυτταρικής απώλειας και πριν η CT και η MRI δείξουν αλλοιώσεις.

Έχει αναφερθεί μια σχέση μεταξύ της μείωσης του μεταβολισμού της γλυκόζης του εγκεφάλου, της κυτταρικής απώλειας και της γλοίωσης. Ο μεταβολισμός του οξυγόνου, ο τοπικός μεταβολισμός της γλυκόζης και η αιματική ροή μετρώνται με σύγχρονες τεχνικές, καθώς επίσης εκτιμώνται και οι διάφοροι νευροδιαβιβαστές, χολινεργικοί, σεροτονινεργικοί, ντοπαμινεργικοί και το PET με τις έγχρωμες εικόνες του, δίνει μια αντικειμενική διαγνωστική πληροφόρηση.

Έχουν περιγραφεί μεταβολές των φλοιωδών κροταφοβρεγματικών και μετωπιαίων περιοχών σε ασθενείς με τη συγκεκριμένη νόσο. Οι μεταβολές όμως ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή. Έχουν περιγραφεί υποομάδες ασθενών με νόσο Alzheimer, όπου ο

υπομεταβολισμός προέχει στις κρόταφο-βρεγματικές, στις πλάγιες ρινεγκεφαλικές και μετωπιαίες περιοχές. Οι υποομάδες αυτές χαρακτηρίζουν περισσότερο ποιοτικώς τη νόσο παρά τη βαρύτητά της.^[24]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η διάγνωση της ΝΑ στο ανοϊκό στάδιο δεν θα πρέπει να θεωρείται σαν διάγνωση αποκλεισμού. Θα πρέπει να προσανατολισθεί προς την κατεύθυνση της θετικής διάγνωσης, με μία γενική εξέταση και με εκτίμηση των νοητικών, ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών.

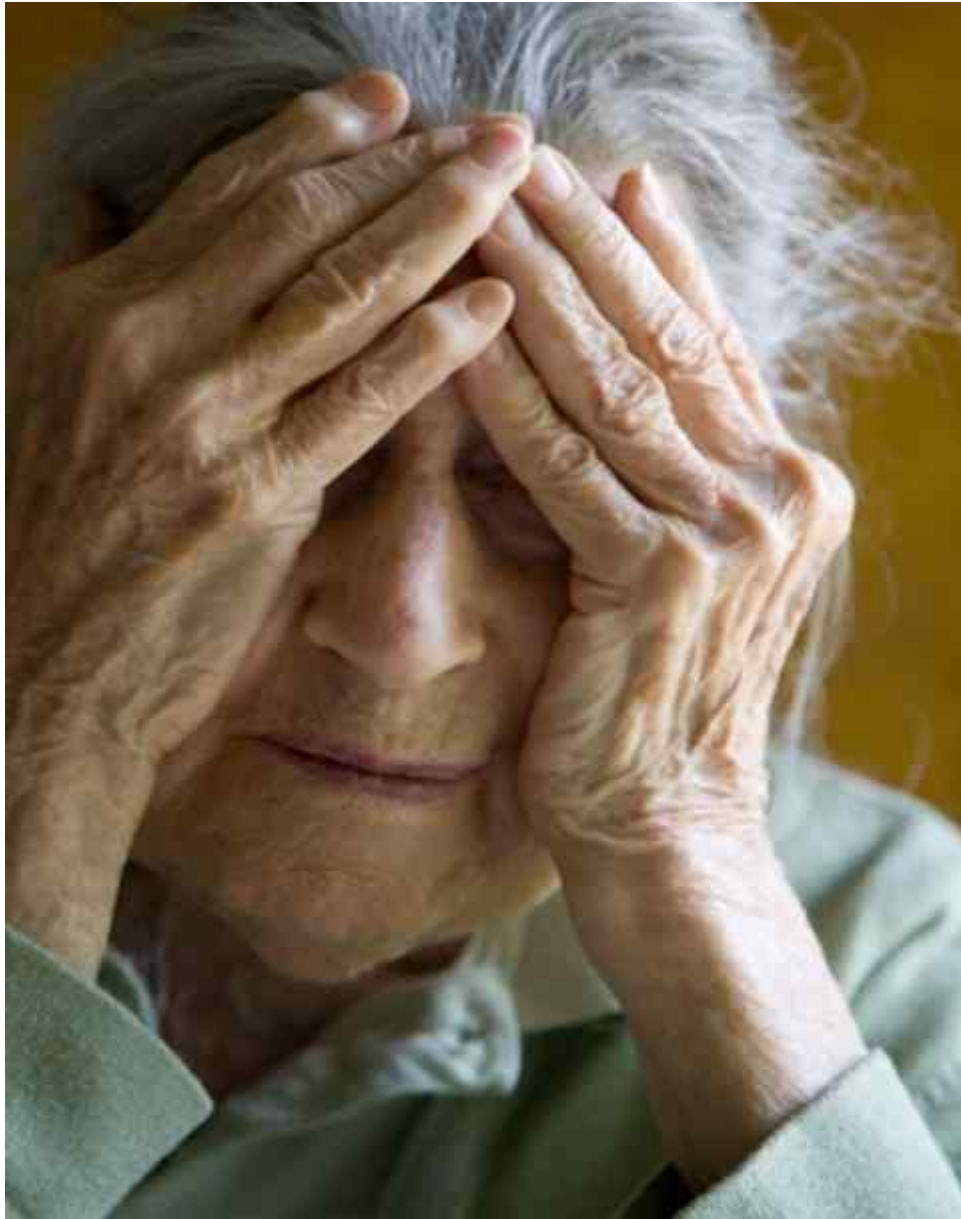
Η διαγνωστική προσέγγιση ξεκινά από το ερωτηματολόγιο προς τον ασθενή και το περιβάλλον του. Θα πρέπει να επιβεβαιώνονται τα λεγόμενα του ασθενή από τους συγγενείς. Τα παράπονα για την μνήμη είναι τα συχνότερα. Ο γιατρός όμως θα πρέπει να προσέξει κάθε αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενή, στη προσωπικότητά του και στις δραστηριότητες της καθημερινής του ζωής. Θα πρέπει επίσης να δοθεί δέουσα προσοχή στο οικογενειακό ιστορικό, ιδίως εάν σχετίζεται με άνοιες, καθώς και σε θεραπείες που έλαβε ο ασθενής στο παρελθόν, ιδίως ψυχοτρόπα φάρμακα.

Μετά από το ερωτηματολόγιο, θα πρέπει να ακολουθεί η συστηματική κλινική και νευροψυχολογική διερεύνηση. Το Mini Mental State (MMS), είναι η πρώτη εξέταση που συνίσταται για μια ταχεία και απλή ποσοτική εκτίμηση των νοητικών ικανοτήτων.

Το ΗΕΓ είναι φυσιολογικό ή υπάρχει διάχυτη βραδυαρρυθμία. Στην αξονική και μαγνητική τομογραφία υπάρχει χαρακτηριστική διάταση των κοιλιών και συμμετρία, φλοιϊκή ατροφία, κυρίως στους κροταφικούς λοβούς, αλλά μερικές φορές οι αλλοιώσεις είναι γενικά οι αναμενόμενες για την ηλικία του ασθενή [4].

Από τις παρακλινικές εξετάσεις συνίσταται η αιματολογική και βιοχημική εξέταση αίματος, ο προσδιορισμός θυροειδικών ορμονών. Οι

άλλες αιματολογικές εξετάσεις γίνονται εάν τα κλινικά συμπτώματα ή το αμνηστικό του ασθενή το απαιτούν, διότι αλλιώς δεν βοηθούν στη διάγνωση της νόσου Alzheimer [1,12].



5.2 ΚΑΙΜΑΚΑ MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Το MMSE είναι ένα εργαλείο ανίχνευσης (screening instrument) που εκτιμά τις γνωστικές διαταραχές του ασθενούς. Αποτελείται από 11 θέματα που εξετάζουν : προσανατολισμό, άμεση και καθυστερημένη ανάκληση, προσοχή, υπολογισμό, γραφή και απλή γλωσσική και οπτικογραφική ικανότητα. Είναι σύντομο (5 – 10 λεπτά), απλό και εύχρηστο test τόσο για τον ψυχολόγο, νευρολόγο και ψυχίατρο, όσο και για τον τεχνικό γιατρό. Ακριβώς επειδή αποτελεί εργαλείο ανίχνευσης δεν μπορεί να παρέχει διάγνωση της γνωστικής διαταραχής, ούτε μπορεί να εκτιμήσει τα πρώιμα στάδια της άνοιας. Δίνει όμως μια αδρή και αξιόπιστη εικόνα του γνωστικού επιπέδου [13].

Βαθμολόγηση :

- Κάθε ερώτημα παίρνει βαθμολογία 0 ή 1
- Η ανώτερη βαθμολογία είναι το 30

Ερμηνεία :

Βαθμολογία	0 – 10 :	Σοβαρή ανοϊκή διαταραχή
	10 – 20 :	Μέτρια ανοϊκή διαταραχή
	20 – 24 :	Ελαφρά ανοϊκή διαταραχή
	24 – 27 :	Ένδειξη γνωστικής ανεπάρκειας
		Χρήζει περαιτέρω
		νευροψυχολογικής ή κλινικής
		διερεύνησης
	27 – 30 :	Απουσία γνωστικής διαταραχής

ΚΛΙΜΑΚΑ MMSE [13] :

1. Προσανατολισμός

Θα σας κάνω μερικές ερωτήσεις για να δούμε πως πάει η μνήμη σας. Μερικές είναι απλές, μερικές δυσκολότερες

- 1) Τι έτος έχουμε ;
- 2) Ποια εποχή ;
- 3) Τι μήνα ;
- 4) Ποια ημερομηνία ;
- 5) Ποια μέρα της εβδομάδας ;
- 6) Σε ποια χώρα βρισκόμαστε ;
- 7) Σε ποια πόλη ;
- 8) Σε ποια περιοχή ή διεύθυνση ;
- 9) Σε ποιο νοσοκομείο ;
- 10) Σε ποιο όροφο ;

2. Καταγραφή

Θα σας πως 3 λέξεις που θέλω να επαναλάβετε μετά από μένα και να τις θυμάστε όταν σας ξαναρωτήσω.

- 11) λεμόνι
- 12) κλειδί

13) μολύβι

3. Συγκέντρωση / Δυνατότητα αριθμητικών πράξεων

Αφαιρέστε από το 100 διαδοχικά 7 μονάδες κάθε φορά

14) 93 -α-

15) 86 -τ-

16) 79 -ρ-

17) 72 -ο-

18) 65 -π-

4. Ανάκληση

Επαναλάβετε παρακαλώ τις 3 λέξεις που σας είχα ζητήσει προηγουμένως

19) λεμόνι

20) κλειδί

21) μολύβι

5. Κατονομασία

Δείχνουμε στον ασθενή 2 αντικείμενα και του ζητούμε να κατονομάσει τι είναι αυτό;

22) ρολόι

23) μολύβι

6. Επανάληψη

Ζητήστε από τον ασθενή να επαναλάβει μετά από εσάς :

24) «Το ‘να χέρι νίβει τ’ άλλο»

7. Εκτέλεση εντολής τριών σταδίων

Δώστε στον ασθενή ένα λευκό χαρτί και πείτε του :

25) Πάρτε το χαρτί στο δεξί σας χέρι

26) Διπλώστε το στη μέση

27) Αφήστε το στο πάτωμα

8. Αντίδραση

*Δείξτε στον ασθενή ένα χαρτί που να γράφει με κεφαλαία :
ΚΛΕΙΣΕ ΤΑ ΜΑΤΙΑ ΣΟΥ και πείτε :*

28) Παρακαλώ κάντε ότι γράφει στο χαρτί που σας δείχνω

9. Αυτόματη γραφή

Δώστε στον ασθενή ένα χαρτί και μολύβι και πείτε του :

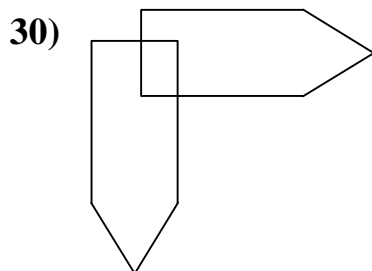
29) Παρακαλώ γράψτε μια ολοκληρωμένη πρόταση, όποια θέλετε

(πρέπει να περιέχει υποκείμενο – ρήμα)

10. Αντιγραφή

Ζητήστε από τον ασθενή να αντιγράψει ένα σχήμα από δύο πεντάγωνα που τέμνονται

(πρέπει να διακρίνονται οι 10 γωνίες εκ των οποίων οι δύο να τέμνονται) – ο τρόμος αγνοείται –



Συνολικό άθροισμα :

5.2.1 ΑΛΛΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΟΥΝΤΑΙ

- √ Geriatric Perpression screening scale, η οποία χρησιμοποιείται για την διάγνωση της κατάθλιψης σε ηλικιωμένους με στοιχεία διάκρισης από την άνοια

- √ Global Deteriation scale του Reiberg, η οποία εκτιμά τη βαρύτητα της νόσου και διακρίνει επτά στάδια

- √ Geraitapsy chological observation scale for activities of daily living, η οποία παρακολουθεί και εκτιμά την πορεία της νόσου μέσα από καθημερινές δραστηριότητες

- ✓ Mental status Questionnaire, το οποίο είναι test μνήμης και εκτιμά το βαθμό ανεπάρκειας αυτής [12].

5.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΙΑΤΡΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

- 1) **Ιστορικό, φυσική εξέταση, εξέταση γνωστικών λειτουργικών.** Νευρολογική εξέταση για τον εντοπισμό νόσων που παρουσιάζουν και ανοϊκές διαταραχές.

- 2) **Αποκλεισμός ανατρέψιμων ανοιτών** που πραγματοποιείται κάνοντας τις παρακάτω εξετάσεις : αιματολογικός / βιοχημικός έλεγχος, που περιλαμβάνει γενική αίματος, γενική ούρων, ΤΚΕ, ουρία, κρεατίνη, σάκχαρο, SGOT, γGT, TSH, T₃, T₄, ασβέστιο, αλκαλική φωσφατάση, έλεγχος λοιμώξεων, έλεγχος για παρανεοπλασματική εκδήλωση, έλεγχος για νοσήματα του κολλαγόνου π.χ. ερυθματώδης λύκος, μέτρηση Β – 12 βιταμίνης – φολλικού, μέτρηση ομοκυστεΐνης.

- 3) **Ανατομική απεικόνιση** που περιλαμβάνει αξονική και μαγνητική τομογραφία και εξετάζει με μεγαλύτερη τεχνική ευκολία την ανατομία του κροταφικού λοβού, την διερεύνηση των αυλακών του εγκεφάλου και ειδικότερα της περιποκάμπειας αύλακας, αποτέλεσμα της ατροφίας του ιππόκαμπου. Οι εξετάσεις αυτές είναι αξιόπιστες σε ποσοστό 70% των ασθενών με ήπια νόσο, 84% με μέτρια βαρύτητα και 96% με σοβαρή νόσο.

- 4) **Η λειτουργική απεικόνιση** του εγκεφάλου επιτυγχάνεται με δύο εξετάσεις : το Pet και το spect. Οι εξετάσεις αυτές μας δίνουν την ευκαιρία να απεικονιστούν σε δύο ή τρεις διαστάσεις και σε πολλά επίπεδα παράμετροι, όπως μεταβολική δραστηριότητα, αιματική ροή του εγκεφάλου καθώς και η λειτουργία των νευροδιαβιβαστών [14].

5.4 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση βασίζεται στην ανάπτυξη άνοιας με αφασικές, απρακτικές και αγνωστικές διαταραχές, αυτό έρχεται σε αντίθεση με την αγγειακή άνοια (πολυεμφραγματική), όπου από νωρίς έχουμε πυραμιδικές και ψευδοπρομηκικές εκδηλώσεις, μικροεγκεφαλικά επεισόδια, υπέρταση κλπ.

Διαφορική διάγνωση θα γίνει επίσης από άλλες άνοιες, όπως οι άλλες εκφυλιστικές, η άνοια του Korsakoff (ιστορικό αλκοολισμού), της χαμηλής τάσης υδροκεφάλου (άνοια, ορθοκυστικές διαταραχές, απραξία βάδισης), της νόσου του AIDS, της αγγειίτιδας, του ΚΝΣ κ.ά. Χωροκατακτητικές εξεργασίες (κυρίως του μετωπιαίου και κροταφικού λοβού) θα αποκλεισθούν με νευροαπεικονοστικές εξετάσεις. Πρέπει επίσης να αποκλείσουμε τις καταστάσεις εκείνες που προκαλούν θεραπεύσιμη άνοια, όπως ο υποθυρεοειδισμός, η έλλειψη βιταμίνης Β12, ένα υποσκληρίδιο αιμάτωμα κ.ά. Διαφορική διάγνωση θα γίνει επίσης από την κατάθλιψη που μπορεί να προκαλεί ψευδοανοϊκά συμπτώματα (οι ασθενείς με οργανική διαταραχή της μνήμης υποεκτιμούν το βαθμό της νοητικής τους δυσκολίας σε αντίθεση με αυτούς που πάσχουν από

κατάθλιψη), όπως και από την τοξική κατάσταση από αντιχολινεργικά φάρμακα [4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

6.1 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η νόσος έχει προϊούσα επιδείνωση και ο ασθενής σε λίγα χρόνια δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθεί. Η μέση επιβίωση είναι 6 – 12 χρόνια. Ουσιαστική θεραπεία δεν υπάρχει, υπάρχει συμπτωματική θεραπεία με αναστολείς της κεντρικής ακετυλοχινεστεράσης (ριβαστιγμίνη, ντονεζεπύλη, γαλανταμίνη και τακρίνη). Χορηγούνται σε ελαφρές ή μέσης βαρύτητας μορφές της νόσου και επιβραδύνουν την προοδευτική πορεία της νόσου ή επιτυγχάνουν και μικρού βαθμού βελτίωση της κατάστασής της. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τη δράση της ακετυλοχολινεστεράσης και έτσι μειώνουν τη διάσπαση της ακετυλοχολίνης και αυξάνουν την ποσότητά της στη συνδεδετική σχισμή.

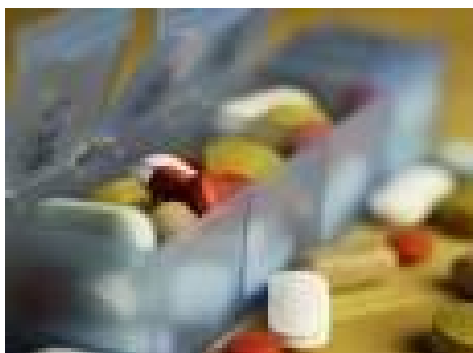
Η θεραπεία της κατάθλιψης ή των διαταραχών συμπεριφοράς γίνεται με τα ανάλογα φάρμακα (εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης για την κατάθλιψη ή αντιψυχωσικά, θειοριδαζίνη, αλοπεριδόλη, τιαπριδίνη ή τα νεότερα ριπεριδόλη, ολαζανπίνη για τις ψυχωσικές διαταραχές ή τις διαταραχές συμπεριφοράς).

Τα αντιψυχωσικά πρέπει να δίδονται όταν οι διαταραχές είναι αρκετά έντονες, διότι και επηρεάζουν την φυσιολογική νοητική ικανότητα και προκαλούν εξωπυραμιδικά συμπτώματα [4].

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 του έχει δοθεί.^[10]



6.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Αν και δεν υπάρχει καμία γνωστή θεραπεία ακόμα για την ασθένεια του Alzheimer, υπάρχουν ήδη διάφορα φάρμακα διαθέσιμα παγκοσμίως που μπορούν να βοηθήσουν να επιβραδύνουν τη γνωστική επιδείνωση ενός ασθενή. Ο βασικός στόχος αυτών των φαρμάκων του Alzheimer είναι να δοκιμαστεί και να βελτιωθεί η γνωστική δυνατότητα ή η ικανότητα του προσώπου να σκεφτεί, να αντιληφθεί, να κρίνει και να αναγνωρίσει.

Η στρατηγική βελτίωσης ή επιβράδυνσης της συμπτωματικής επιδείνωσης στη νόσο Alzheimer περιλαμβάνει τις ακόλουθες συνιστώσες :

- i. Τη θεραπεία ενίσχυσης των γνωστικών ελλειμμάτων
- ii. Τη νευροπροστατευτική θεραπεία
- iii. Την αντιμετώπιση άλλων νευρολογικών ή ψυχιατρικών συμπτωμάτων της νόσου(κατάθλιψη, διαταραχές συμπεριφοράς, ψυχωτική συμπτωματολογία, επιληπτικές κρίσεις
- iv. Τη γενική μη φαρμακευτική υποστήριξη προς τον ασθενή και την οικογένεια του.[3]

6.3 ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ

Οι αναστολείς της χολινεστεράσης είναι η πιο καλά μελετημένη ομάδα ουσιών στη νόσο. Βελτιώνουν τα γνωστικά συμπτώματα και προσωρινά τουλάχιστον, μειώνουν το ρυθμό νοητικής έκπτωσης. Παρουσιάζουν ήπια ή μέτρια μεν, αλλά βεβαιωμένη αποτελεσματικότητα. Τα διεθνώς χρησιμοποιούμενα σήμερα στην καθημερινή κλινική πράξη αντιχολινεστερασικά φάρμακα επιτυγχάνουν σε ικανό ποσοστό βελτίωση ασθενών ή σταθεροποίηση της κατάστασης.

Φάρμακα που δρουν ανακουφιστικά είναι :

- Ø Τακρίνη. Έχει σχεδιαστεί για τη θεραπεία διαταραχών της μνήμης και προκαλεί μια σύντομη επιβράδυνση της νόσου στο 20% περίπου των ασθενών. Μπορεί να παρουσιάσει γαστρεντερικές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως ηπατοτοξικότητα.
- Ø Δονεπεζίλη(Aricept). Το φάρμακο χαρακτηρίζεται από υψηλή πρωτεϊνική δέσμευση, μακρά ημιπερίοδο ζωής και επίτευξη σταθερής κατάστασης σε 3 εβδομάδες. Μεταβολίζεται από το ήπαρ και αποβάλλεται κυρίως από τους νεφρούς.

- Ø Ριβαστιγμίνη(Exelon/Novartis). Το μεγαλύτερο ποσοστό του φαρμάκου διέρχεται τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και εισέρχεται στο ΚΝΣ, όπου προκαλεί ψευδό μη-αναστρέψιμη αναστολή της χολινεστεράσης που διαρκεί περίπου 10 ώρες, πολύ περισσότερο από το χρόνο παραμονής της στο πλάσμα. Η ριβαστιγμίνη μεταβολίζεται σχεδόν αποκλειστικά από το ένζυμο-στόχο και απεκκρίνεται από τους νεφρούς χωρίς να έχει καμία μεταβολική δράση στα ηπατικά μικροσωματικά ένζυμα. Επιπλέον έχει μικρή σύνδεση με τις πρωτεΐνες του πλάσματος. Έτσι σε μεγάλες κλινικές μελέτες έδειξε ότι δεν έχει αλληλεπιδράσεις με φάρμακα που χορηγούνται για πολλές συνυπάρχουσες παθήσεις, στα ηλικιωμένα άτομα με άνοια. Τέλος βελτιώνει τις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών με άνοια Alzheimer.
- Ø Γκαλανταμίνη(Reminyl/Janssen-Cilag). Παρουσιάζει διπλό μηχανισμό δράσης. Είναι ασθενής αναστολέας της ακετυλοχολινεστεράσης (Ache), αλλά ταυτόχρονα και κυρίως ενισχύει τη χολινεργική νευρομεταβίβαση. Άλλα αντιχολινεστερασικά φάρμακα : βενλακρίνη, ο μη αναστρέψιμος αναστολέας μετριφονάτη και η φυσοστιγμίνη σε φαρμακοτεχνική μορφή διαδερμικής απορρόφησης.
- Ø Νοοτρόπα φάρμακα. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν ουσίες με αποτελεσματικότητα που θεωρείται μικρότερη απ'αυτή των αντιχολινεστερασικών φαρμάκων. Κύρια φάρμακα της κατηγορίας αυτής είναι η νιμοδιπίνη, η πιρακετάμη, η ανιρασετάμη και η αλφοσκερική χολίνη.[22]

6.3.1 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.^[22]

6.3.2 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.^[22]

6.3.3 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 δυνατό. Τα νεότερα υπνωτικά είναι πιθανότητα προτιμότερα, ενώ στις περιπτώσεις άνοιας με διαταραχή νυχτερινού ύπνου που δεν ανταποκρίνονται στη φαρμακευτική αγωγή μπορεί να χρησιμοποιηθεί η χλωρμεθειαζόλη.^[25]



6.3.4 ΝΕΥΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ-ΝΕΥΡΟΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν :

- Αντιοξειδωτικά-νευροπροστατευτικά φάρμακα [Βιταμίνη - Eviol/Gap, Σελεγγιλίνη –Procythol/Sanofi, Ginkgo biloba, Μεμαντίνη, Μελατονίνη].
- Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη
- Οιστρογόνο
- Αντιμετώπιση παραγόντων κινδύνου που έχουν ενοχοποιηθεί ως αιτίες για τη νόσο Alzheimer.
- Προληπτική αγωγή.[22]

6.4 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Λόγω της μη καθοριστικής αποτελεσματικότητας της θεραπείας και επειδή η νόσος, ανεξάρτητα από το αν η όποια θεραπεία επιβράδυνε την πορεία της, συνέχισε το δρόμο της προς τα επόμενα στάδια εξέλιξης της, είναι πολλοί οι συγγενείς και φροντιστές (55% σύμφωνα με έρευνες) που καταφεύγουν σε εναλλακτικές θεραπείες.

Σπάνια έβλαψαν τον άρρωστο, αλλά δεν είναι γνωστές περιπτώσεις που ο άρρωστος ωφελήθηκε. Θα πρέπει στις περιπτώσεις αυτές να

λαμβάνεται υπόψη και η ταλαιπωρία του ασθενούς ή και η οικονομική του επιβάρυνση.

Αυτές οι εναλλακτικές θεραπείες περιλαμβάνουν :

- Χορήγηση βιταμινών.
- Είδη «υγιεινής διατροφής».
- Φυτικά φάρμακα.
- Διάφορα φάρμακα που κυκλοφορούν ελεύθερα με ένδειξη ότι αυξάνουν τη διαύγεια του πνεύματος.
- Δοκιμές φαρμάκων που χρησιμοποιούνται σε άλλες παθήσεις.
- Δοκιμές διαφόρων μηχανημάτων που λειτουργούν στις ανώτερες λειτουργίες.
- Αρωματοθεραπεία με μασάζ.

Οι έρευνες δείχνουν ότι οι συγγενείς είναι ορισμένες φορές ευχαριστημένοι από τις θεραπείες αυτές.

Οι θεραπευτικές αυτές προσεγγίσεις ουσιαστικά δεν ωφελούν. Μπορεί βέβαια να βελτιώσει το ηθικό των φροντιστών, που συνεχίζουν την προσπάθεια θεραπείας των ασθενών τους. Αυτονόητο είναι ότι όταν προστεθεί μια δραστηριότητα, όπως η επίσκεψη ενός μασέρ στο καθημερινό πρόγραμμα και η παρουσία του ατόμου και η δραστηριότητα είναι μία ευχάριστη πρόσθετη δραστηριότητα, λογικό είναι να έχει ευεργετικά αποτελέσματα.^[26]

6.5 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Τα φάρμακα για την άνοια είναι δοκιμασμένα, ασφαλή και αποτελεσματικά, δεν καλύπτουν όμως παρά μόνο την ανάγκη να ενισχυθούν οι άμυνες του εγκεφάλου ενάντια στη σαρωτική επίθεση της

εκφύλισης. Οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με την άνοια δεν ταυτίζουν τον ασθενή με τα παθολογικά ευρήματα μιας αξονικής τομογραφίας ή με τη χαμηλή επίδοση σε ένα τεστ μνήμης. Αντίθετα, υιοθετούν μια ολιστική προσέγγιση και είναι σε θέση να παρέχουν βοήθεια σε επίπεδο όχι μόνο βιολογικό, αλλά παράλληλα ψυχολογικό και κοινωνικό. Κανένας ανοϊκός ασθενής δεν είναι ίδιος με κάποιον άλλον. Η άνοια επιδρά στο σώμα, στο πνεύμα, στην ψυχή και στην οικογένεια κάθε ασθενούς με τρόπο τελείως διαφορετικό, κάνοντας απαραίτητη την παροχή προσωποκεντρικής και εξατομικευμένης θεραπείας.

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις στην άνοια έρχονται να ενισχύσουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα των διαθέσιμων φαρμάκων και έχουν το πλεονέκτημα ότι είναι ελεύθερες παρενεργειών και ιδιαίτερα ευέλικτες γιατί προσαρμόζονται στις ανάγκες κάθε ασθενή. Πραγματοποιούνται με την μορφή ατομικών ή ομαδικών προγραμμάτων που συνδυάζουν μία ή και περισσότερες παρεμβάσεις, εφαρμόζονται με επιτυχία σε ασθενείς που πάσχουν από διαφορετικά είδη άνοιας και, κυρίως, διαφοροποιούνται σε επίπεδο στόχων, μέσων και μορφής ανάλογα με το στάδιο της νόσου στο οποίο βρίσκεται κάθε ασθενής. Στην Ελλάδα τέτοιου είδους παρεμβάσεις πραγματοποιούνται κυρίως στα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ανοϊκών Ασθενών που λειτουργούν υπό την αιγίδα των εταιρειών Alzheimer.

Παρακάτω περιγράφονται εν συντομία οι πιο διαδεδομένες από τις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις.

Νοητική ενδυνάμωση

Οι γνωστικές λειτουργίες (μνήμη, λόγος, κρίση, προσοχή κλπ.) βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος της συγκεκριμένης παρέμβαση. Στόχος της είναι να καταφέρει να σταθεροποιήσει ή ακόμα

και να μειώσει τις γνωστικές διαταραχές του ασθενή. Χρησιμοποιεί μεγάλη ποικιλία δραστηριοτήτων όπως ασκήσεις μνήμης, προσανατολισμό στην επικαιρότητα, επανεκμάθηση πληροφοριών (ονόματα αγαπημένων προσώπων, ονόματα αντικειμένων), εκπαίδευση στη χρήση μνημονικών βοηθημάτων (π.χ. σημειωματάριο, ημερολόγιο) κλπ.

Λογοθεραπεία

Ανάλογα με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει κάθε ασθενής, η παρέμβαση διαφοροποιείται και επιδιώκει :

- την διευκόλυνση της καθημερινής επικοινωνίας με τους οικείους
- την αξιοποίηση των δυνατοτήτων επικοινωνίας του ασθενή και / ή τη συντήρηση και σε ορισμένες περιπτώσεις την επαναφορά των ικανοτήτων κατανόησης και έκφρασης του λόγου.

Εργοθεραπεία

Στοχεύει στην αποκατάσταση των ικανοτήτων του ασθενή, στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό, ώστε να είναι λειτουργικός και ανεξάρτητος. Τα προγράμματα εργοθεραπείας περιλαμβάνουν :

- κινητοποίηση και δραστηριοποίηση του ασθενούς (χειροτεχνία, κηπουρική, μαγειρική κλπ.)
- ενθάρρυνση της αυτοεξυπηρέτησης σε δραστηριότητες της καθημερινότητας (ντύσιμο, φαγητό, προσωπική υγιεινή).

Ψυχοθεραπεία

Στην περίπτωση των ανοϊκών ασθενών, η ψυχοθεραπεία :

- προσαρμόζεται στο νοητικό και λειτουργικό επίπεδο του ασθενή
- βασίζεται κυρίως στους χειρισμούς του θεραπευτή και λιγότερο στις πρωτοβουλίες του ασθενή
- θέτει επιτεύξιμους στόχους, όπως είναι η βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης

Η γνωσιακή – συμπεριφορική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται συχνά στην περίπτωση ανοϊκών ασθενών με σκοπό την ανάκτηση δεξιοτήτων που έχουν χαθεί ή την αποδοχή της απώλειάς τους.

Θεραπεία πρόκλησης ευχάριστων αναμνήσεων

Κάθε συνεδρία οργανώνεται γύρω από ένα συγκεκριμένο θέμα (π.χ. οικογένεια, εργασία, κλπ.). οι ασθενείς ενθαρρύνονται να ανασύρουν και να μοιραστούν με την ομάδα αναμνήσεις από το παρελθόν.

Χρησιμοποιείται μεγάλη ποικιλία ερεθισμάτων (φωτογραφίες, αντικείμενα, μουσική γεύσεις κλπ.). Στόχος της θεραπείας είναι η ενθάρρυνση της κοινωνικοποίησης, η πρόκληση ευχάριστων συναισθημάτων και η ενίσχυση της ταυτότητας του ασθενή.

Θεραπεία τέχνης

Δραστηριότητες όπως η ζωγραφική και η μουσικοθεραπεία δίνουν την ευκαιρία στους ανοϊκούς ασθενείς να εκφράσουν με τρόπο μη

λεκτικό τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Οι θεραπείες τέχνης φαίνεται ότι βελτιώνουν τη συναισθηματική κατάσταση των ασθενών και ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους.

Φυσιοθεραπεία

Η φυσιοθεραπεία βοηθά στην αντιμετώπιση των διαταραχών κινητικότητας, στην εκγύμναση σωματικών δεξιοτήτων (κινητικότητα, ισορροπία, αντοχή) και στην ανακούφιση από έντονες σωματικές ενοχλήσεις.

Γυμναστική

Τα προγράμματα σωματικής άσκησης που προορίζονται για ανοϊκούς ασθενείς περιλαμβάνουν συνήθως περπάτημα, ποδηλασία, αεροβική γυμναστική και ασκήσεις ισορροπίας και μυϊκής ενδυνάμωσης. Οι ασθενείς ωφελούνται από τη σωματική άσκηση καθώς διατηρούν σε ικανοποιητικό επίπεδο τη φυσική τους κατάσταση και ταυτόχρονα καταπολεμούν τα καταθλιπτικά συναισθήματα αφού μέσω της άσκησης έχουν την ευκαιρία να ψυχαγωγηθούν και να κοινωνικοποιηθούν [3,17].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7⁰

7.1 ΠΡΟΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Η νόσος Alzheimer είναι μια πολυπαραγοντική νόσος : περιβαλλοντικές, γενετικές και αφορώσες στην τρόπο ζωής συνιστώσες συμβάλλουν στην εμφάνισή της. Άλλοι από αυτούς τους παράγοντες είναι γνωστοί και άλλοι όχι, ενώ μελέτες διεξάγονται παγκοσμίως προκειμένου να διασαφηνιστεί η φύση αυτών και μ' αυτόν τον τρόπο, να υπάρξει αποτελεσματική αντιμετώπισή τους.

Με τα μέχρι σήμερα δεδομένα η πρόληψη συνίσταται στη βελτίωση καταστάσεων που ήδη έχουν ενοχοποιηθεί για αύξηση του κινδύνου εμφάνισης της νόσο και ακολούθως θα αναφερθούν μερικοί από αυτούς.

Ένα ερώτημα που τίθεται συχνά είναι εάν η νόσος Alzheimer είναι κληρονομική. Με απλά λόγια, αν κινδυνεύει ένας άνθρωπος να εμφανίσει τη νόσο, επειδή κάποιος από τους γονείς του πάσχει από αυτήν την νόσο. Το 95% των περιπτώσεων νόσου Alzheimer είναι σποραδικές και μόνο το υπόλοιπο 5% σχετίζεται με κάποια γονίδια, τρία από τα οποία έχουν αναγνωριστεί. Δεδομένου του μικρού ποσοστού των κληρονομικών περιπτώσεων της νόσου, δεν θεωρείται σκόπιμος γενετικός έλεγχος στον γενικό πληθυσμό.

Η ηλικία και η κληρονομικότητα που αναφέρθηκαν πιο πάνω στους λεγόμενους μη τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου. Όπως προαναφέραμε όμως, γνωρίζουμε σήμερα την επίδραση άλλων παραγόντων, η τροποποίηση των οποίων μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο για νόσο Alzheimer.

Η αρτηριακή υπέρταση για παράδειγμα είναι γνωστό ότι προκαλεί βλάβες στα αγγεία όλου του σώματος. Η δυσλειτουργία των αγγείων του

εγκεφάλου και η συνεπακόλουθη μειωμένη παροχή οξυγόνου σε αυτόν μπορεί να επηρεάζουν τη μνήμη και τις άλλες γνωστικές λειτουργίες.

Εν γένει, όλοι οι λεγόμενοι αγγειακοί παράγοντες κινδύνου (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, υπερχοληστερολαιμία, κάπνισμα), οι οποίοι ενοχοποιούνται για τη στεφανιαία νόσο και τα εγκεφαλικά επεισόδια, είναι δυνατόν να παραβιάσουν τις νοητικές λειτουργίες. Ενοχοποιούνται για μια μορφή άνοιας που λέγεται αγγειακή και συνδέεται με προηγούμενο εγκεφαλικών επεισοδίων, αλλά φαίνεται ότι παίζουν ρόλο και στη νόσο Alzheimer αυτή καθ' αυτήν.

Ο σακχαρώδης διαβήτης για παράδειγμα, μοιράζεται ορισμένους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς με τη νόσο Alzheimer και φαίνεται ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ τους : οι διαβητικοί εμφανίζουν μιάμιση φορά αύξηση κινδύνου για τη νόσο σε σχέση με μη διαβητικούς ασθενείς.

Η αυξημένη χοληστερόλη αίματος έχει επίσης συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νόσου Alzheimer. Μάλιστα, σήμερα μελετάται το κατά πόσον μια φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη και της υπερχοληστερολαιμίας μπορεί να έχει επίδραση και στη νόσο Alzheimer και τουλάχιστον για κάποια αντιδιαβητικά φάρμακα, τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά.

Εκτός από τους αγγειακούς παράγοντες, στην παθοφυσιολογία της νόσου Alzheimer εμπλέκονται η φλεγμονή και μηχανισμοί οξειδωτικού stress. Έχουν γίνει μελέτες στις οποίες διερευνήθηκε η επίδραση χορήγησης αντιοξειδωτικών ουσιών όπως βιταμίνες C και E στην εγκεφαλική λειτουργία, αλλά με τα έως τώρα δεδομένα φαίνεται ότι η διατροφική πρόσληψη βιταμινών και άλλων θρεπτικών συστατικών στο πλαίσιο μιας ισορροπημένης υγιεινής διατροφής υπερέχει σημαντικά της χορήγησης συμπληρωμάτων.

Τα υψηλά επίπεδα του αμινοξέος ομοκυστεΐνη στο αίμα έχουν αναγνωριστεί ως παράγων κινδύνου για εμφάνιση νόσου Alzheimer. Το αμινοξύ αυτό εμπλέκεται στον μεταβολισμό του φυλλικού οξέος και συχνά οι υψηλές τιμές αυτού συνδυάζονται με χαμηλά επίπεδα φυλλικού οξέος στο αίμα. Η έλλειψη φυλλικού οξέος έχει επίσης ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση άνοιας και μάλιστα, σε διάφορες μελέτες, η αποκατάσταση των επιπέδων του με τη χορήγηση του εξωγενώς έχει βελτιώσει τις γνωστικές λειτουργίες. Παρόμοιες παρατηρήσεις έχουν γίνει και για τη βιταμίνη B₁₂, η οποία επίσης εμπλέκεται στην ανωτέρω μεταβολική οδό : χαμηλές τιμές της συνδυάζονται με την εμφάνιση άνοιας αλλά και άλλων νευρολογικών διαταραχών. Σε ότι αφορά την ομοκυστεΐνη, αυτή αποτελεί ανεξάρτητο αγγειακό παράγοντα κινδύνου, όπως ο διαβήτης και η υπέρταση, αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνισης αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ή εμφράγματος του μυοκαρδίου. Με τον ανωτέρω μηχανισμό, αυξάνει τον κίνδυνο και για την αγγειακή άνοια που προαναφέραμε, αλλά σε ότι αφορά τη νόσο Alzheimer, φαίνεται ότι ο μηχανισμός είναι διαφορετικός και εδώ η ομοκυστεΐνη αυξάνει το οξειδωτικό stress, του οποίου ο ρόλος στη νόσο Alzheimer είναι γνωστός.

Από διάφορες μελέτες που διεξάγονται προκειμένου να αναγνωριστούν παράγοντες κινδύνου και μηχανισμοί προστασίας από τη νόσο Alzheimer, διαπιστώθη ότι η φυσική δραστηριότητα μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας. Πιθανώς ο μηχανισμός με τον οποίο εμπλέκεται η άσκηση στον κίνδυνο για Alzheimer αφορά τη βελτίωση της κυκλοφορίας του αίματος γενικά και της παροχής οξυγόνου στον εγκέφαλο ειδικότερα. Ο ρόλος της διατροφής έχει επίσης αναγνωριστεί : γνωρίζουμε τις επιμέρους επιδράσεις των θρεπτικών συστατικών π.χ. ευεργετική επίδραση των αντιοξειδωτικών ουσιών και τη βλαπτική επίδραση της χοληστερόλης, αλλά μεγάλες κλινικές μελέτες έχουν

καταδειξεί τον ρόλο της συνολικής πρόσληψής τους στο πλαίσιο της διατροφής και η λεγόμενη Μεσογειακή Δίαιτα έχει δείξει τον προστατευτικό της ρόλο έναντι της νόσου Alzheimer.

Η πνευματική άσκηση φαίνεται ότι επίσης βοηθά στην πρόληψη της νόσου Alzheimer. Μελέτες σε πειραματόζωα έχουν δείξει ότι τα έντονα περιβαλλοντικά ερεθίσματα μειώνουν τη συχνότητα εμφάνισης των παθολογοανατομικών ευρημάτων που χαρακτηριστικά ανευρίσκονται στη νόσο Alzheimer. Επιπλέον έρευνες σε ανθρώπους έχουν δείξει ότι όσοι από αυτούς ασχολούνται με δραστηριότητες που διεγείρουν το πνεύμα έχουν μικρότερο κίνδυνο να εμφανίσουν άνοια.

Εν κατακλείδι, η διατήρηση της συνολικής καλής σωματικής και πνευματικής υγείας συμβάλει και στην πρόληψη της νόσου Alzheimer_[17].

7.2 ΤΡΟΠΟΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΟ

Η νοητική και σωματική άσκηση μαζί με την υγιεινή διατροφή με ψάρια, ξηρούς καρπούς ,φρούτα και λαχανικά, η αποφυγή του stress καθώς και η λήψη αντιφλεγμονώδη φαρμάκων, είναι οι καλύτεροι τρόποι προφύλαξης από τη νόσο.

Το αποτέλεσμα πρόσφατων επιδημιολογικών μελετών κατέδειξαν ότι η άσκηση διανοητική και σωματική, επιβραδύνει ή και αναστέλλει τις εκφυλιστικές διαδικασίες στον εγκέφαλο που προκαλούν τη νόσο. Ενδεικτικά είναι τα αποτελέσματα έρευνας στις ΗΠΑ σύμφωνα με τα οποία κάθε επιπλέον χρόνος εκπαίδευσης(τριτοβάθμιας ή και δια βίου συνεχιζόμενη εκπαίδευση) μειώνει τον κίνδυνο της εμφάνισης της νόσου κατά 17%

Άλλες μελέτες τεκμηρίωσαν τις σωματικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, η ποδηλασία ακόμα και η κηπουρική προστατεύουν τα ηλικιωμένα άτομα από τη νόσο. Παράλληλα ευεργετικός για τον εγκέφαλο είναι ο έλεγχος των αγγειακών παραγόντων κινδύνου που είναι η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα και η χοληστερίνη που επιταχύνεται σε μεγάλο βαθμό με τη σωστή διατροφή και την άσκηση.

Πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι όσοι ασκούνται πνευματικά (σπουδάζοντας, διαβάζοντας, παιδεύοντας το μυαλό τους με σταυρόλεξα, επιτραπέζια παιχνίδια κ.α.) παθαίνουν νόσο Alzheimer σε μικρότερη συχνότητα και σε ηπιότερη μορφή.^[27]

Η ύπαρξη συζύγου ή συντρόφου μειώνει τον κίνδυνο που αντιμετωπίζει κάποιος να εμφανίσει Alzheimer, υποδεικνύει νέα σουηδική έρευνα που παρουσιάστηκε στο ετήσιο διεθνές συνέδριο για τη νόσο, που πραγματοποιείται στο Σικάγο.

Η ερευνήτρια Krister Hakansson από το πανεπιστήμιο Καρολίνσκα, δήλωσε πως τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι υπάρχει δυνατή σχέση μεταξύ αυτού του είδους την κοινωνική κατάσταση και τον κινδύνου ανάπτυξης άνοιας.^[2]

Τα αποτελέσματα βασίζονται σε στοιχεία φιλανδικής έρευνας, η οποία ήταν μοναδική στο ότι εξετάστηκαν 2.000 άτομα, στην ηλικία των 50 και εικοσιένα χρόνια αργότερα. Συνήθως οι ερευνητές της άνοιας μελετούν μόνο άτομα μεγάλης ηλικίας. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι ένας ενεργητικός τρόπος ζωής πνευματικά και κοινωνικά μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης άνοιας. Σκοπός της έρευνας ήταν να διαπιστωθεί αν το να ζει κάποιος με σύντροφο μπορεί να βοηθήσει στο να αποφύγει την άνοια.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι άνθρωποι που ζουν με σύζυγο στη μέση ηλικία έχουν χαμηλότερο κίνδυνο κατά 50% να εμφανίσουν άνοια σε σχέση με ανθρώπους που ζούνε μόνοι.

Το χρονικό διάστημα που έχει μείνει μόνος ένας άνθρωπος και οι αιτίες, επίσης επηρεάζουν τις πιθανότητες εμφάνισης άνοιας. Όσοι από τους συμμετέχοντες έζησαν μόνοι όλη την ενήλικη ζωή τους είχαν διπλάσιο κίνδυνο, ενώ όσοι χώρισαν στην ενήλικη ζωή και παρέμειναν έκτοτε χωρίς σύντροφο αντιμετωπίζουν τριπλάσιο κίνδυνο.

Οι άνθρωποι που βρίσκονταν στο μεγαλύτερο κίνδυνο για εκδήλωση άνοιας ήταν αυτοί που είχαν χάσει το σύντροφο τους πριν τη μέση ηλικία και στη συνέχεια έζησαν ως χήροι. Η έρευνα έδειξε ότι οι πιθανότητες εμφάνισης Alzheimer σε αυτή την κατηγορία ανθρώπων ήταν εξαπλάσια σε σχέση με τα παντρεμένα ζευγάρια.

Αυτό υποδεικνύει ότι δυο παράγοντες παίζουν ρόλο: οι κοινωνικές και πνευματικές προκλήσεις και οι τραυματικές εμπειρίες, Σύμφωνα με την ερευνήτρια. Στην πράξη δείχνει πόσο σημαντικό είναι να βοηθιούνται οι άνθρωποι που περνάνε κάποια κρίση. Αν είναι σωστή η εξήγηση αυτή, δηλώνει η ερευνήτρια, τότε πρακτικές παρεμβάσεις προς αυτή τη μεριά θα αποβούν ωφέλιμες για την κοινωνία, λαμβάνοντας υπόψη το κόστος της περίθαλψης των ανοϊκών ασθενών.

Η στρατηγική του μέλλοντος που καταστρώνεται ενάντια στην νόσο Alzheimer ακούει στον τίτλο «εμβόλιο». Η σύλληψη για τη δημιουργία του βασίζεται στην απλότητα η οποία είναι πιθανόν να δώσει μια ημέρα τη λύση σε ένα άκρως πολύπλοκο πρόβλημα όπως είναι η ΝΑ. Σύμφωνα με τους ερευνητές με τον ίδιο τρόπο που μπορούμε να προστατευθούμε από την πολιομυελίτιδα εγχέοντας στον οργανισμό ένα πολύ μικρό ανενεργό τμήμα του παθογόνου οργανισμού, ίσως έτσι μπορέσουμε να «εκπαιδύσουμε» το ανοσοποιητικό σύστημα ώστε να προστατεύεται από το Alzheimer χορηγώντας του μια δόση από το αίτιο που την

προκαλεί- δηλαδή του β-αμυλοειδούς. Πολλά και διαφορετικά εμβόλια βρίσκονται αυτή τη στιγμή σε φάση δοκιμών σε πειραματόζωα ή σε κάποιες περιπτώσεις ακόμη και στον άνθρωπο.^[2]



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8⁰

8.1 ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Εστιάζοντας στην κατάθλιψη, εκτιμάται ότι, κατά μέσο όρο, υπάρχει συννοσηρότητα της άνοιας με την κατάθλιψη σε ποσοστό 20% του συνόλου των ασθενών. Τα συμπτώματα ανοϊκών ασθενών με κατάθλιψη μοιάζουν με αυτά των μη ανοϊκών καταθλιπτικών ασθενών. Προεξάρχει το καταθλιπτικό συναίσθημα, συχνά συνοδευόμενο από άγχος, υπάρχει ελαττωμένο ενδιαφέρον για τις δραστηριότητες της ζωής, αίσθημα κάματος, απελπισίας, διαταραχές ύπνου και πρόσληψη τροφής και αρκετά συχνά, αισθήματα ενοχής και αυτοκτονικός ιδεασμός. Η κατάθλιψη μπορεί να επιδεινώσει τις γνωστικές λειτουργίες των ανοϊκών ασθενών και να επηρεάσει αρνητικά τις καθημερινές δραστηριότητές τους, δημιουργώντας μία επιπλέον επιβάρυνση στους φροντιστές των ανθρώπων αυτών. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως η κατάθλιψη σε ασθενείς με νόσο Alzheimer μειώνει το προσδόκιμο όριο επιβίωσής τους.

Για όλους αυτούς τους λόγους, είναι επιτακτική η ανάγκη κάθε ασθενής να προσέρχεται σε ένα ιατρείο μνήμης, να εξετάζεται με τις κατάλληλες ψυχομετρικές δοκιμασίες, προκειμένου να διαπιστωθεί αν πάσχει από κατάθλιψη^[3,19].

8.2 ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Στους ασθενείς στους οποίους συνυπάρχει η άνοια με την κατάθλιψη, κάποιοι είναι καταθλιπτικοί πριν τεθεί η διάγνωση της άνοιας, αλλά σε κάποιους άλλους η κατάθλιψη εμφανίζεται ως

αντιδραστική, σε άμεση συσχέτιση με την ανακοίνωση της διάγνωσης της άνοιας. Είναι χαρακτηριστικό ότι η κατάθλιψη είναι εντονότερη στα πρώιμα στάδια της νόσου Alzheimer όταν ο ψυχικός κόσμος τους ασθενούς είναι ακόμη σχετικά ανέπαφος. Καθώς η αποδιοργάνωση της προσωπικότητας προχωρά, υψίεται οι αντιδραστικοί χαρακτήρες της κατάθλιψης και ο ασθενής βιώνει μια δευτερογενή κατάθλιψη, από την αντανάκλαση της ολοένα αυξανόμενης αποτελεσματικότητάς του στο κοινωνικό του περιβάλλον.

Είναι χαρακτηριστικό ότι σε ένα ποσοστό μέχρι και 30% των ασθενών με άνοια και κατάθλιψη παρουσιάζεται μία αυθόρμητη λύση της κατάθλιψης στους 3 μήνες μετά τη διάγνωση. Αυτό το εντυπωσιακό εύρημα μπορεί να εξηγηθεί, εν μέρει, από την πρόοδο της αποδιοργάνωσης της προσωπικότητας και τον επηρεασμό της συναισθηματικής επεξεργασίας των βιωμάτων των ασθενών, αλλά επίσης μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη προσπάθεια που καταβάλλουν οι ασθενείς και στην επιστράτευση όλων των δυνάμεών τους, προκειμένου να συνεργαστούν όσο το δυνατόν καλύτερα με τους θεράποντες ιατρούς και να διατηρήσουν όσο το δυνατόν περισσότερο ένα ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας.

Πάντως, καθώς η νόσος εξελίσσεται και ολοένα περισσότερες περιοχές του εγκεφάλου εκφυλίζονται, η προσωπικότητα του ασθενούς αποδομείται, ο ψυχικός του κόσμος χάνεται και μαζί με αυτόν, χάνεται και η έννοια της κατάθλιψης^[3].

8.3 ΑΙΤΙΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΔΥΣΚΟΛΙΑΣ

Στην κατάθλιψη και στην άνοια υπάρχει επικάλυψη των συμπτωμάτων και της συμπεριφοράς. Η απάθεια, η απώλεια μνήμης, οι διαταραχές του ύπνου, οι μεταβολές της όρεξης, η απώλεια βάρους, η έλλειψη συγκέντρωσης, οι ψυχοκινητικές μεταβολές, η έλλειψη ενδιαφέροντος, η απώλεια libido, η κοινωνική απόσυρση, η απώλεια αυτοεκτίμησης, η μείωση της ευχαρίστησης κατά τις δραστηριότητες, η ευερεθιστότητα και το άγχος μπορεί να εμφανιστούν και στις δύο καταστάσεις.

Επίσης, η διάγνωση είναι δύσκολη διότι υπάρχει διαφωνία μεταξύ της εκτίμησης της κατάθλιψης που αναφέρεται από τον ασθενή, όπου η γνωσιακή διαταραχή υποεκτιμά τα συμπτώματα (π.χ. λόγω της απώλειας μνήμης ή της αφασίας) και της εκτίμησης της κατάθλιψης που παρατηρείται όπου οι φροντιστές αποδίδουν λανθασμένα τα συμπτώματα της άνοιας, ιδίως την απάθεια και την κοινωνική απόσυρση, στην κατάθλιψη.

Επιπλέον, δεν είναι βέβαιο εάν ο φαινότυπος της κατάθλιψης στην άνοια είναι ίδιος όπως στους μη ανοϊκούς ηλικιωμένους ανθρώπους. Η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί με διαταραχές της συμπεριφοράς, όπως διάσπαση του λόγου, επιθετικότητα, άρνηση τροφής, αυτοκαταστροφή, ανησυχία και έλλειψη συνεργασίας.

Η διάγνωση της κατάθλιψης είναι σημαντική για τους εξής λόγους :

- η κατάθλιψη προκαλεί έντονη ανικανότητα στην άνοια, η οποία μπορεί να αναστραφεί με την κατάλληλη θεραπεία της κατάθλιψης
- η κατάθλιψη προκαλεί υποκειμενική ανησυχία σε πολλούς ανθρώπους με άνοια

- για τους φροντιστές είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίσουν δυσκολίες και να αναπτύξουν άγχος, όταν φροντίζουν ένα άτομο το οποίο έχει κατάθλιψη και / ή διαταραχές της συμπεριφοράς^[19].

8.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε έναν ασθενή με νόσο Alzheimer έχει πολύ μεγάλη σημασία για τη γενικότερη καλύτερη λειτουργικότητα. Η θεραπεία της κατάθλιψης πάντα, πρέπει να γίνεται παράλληλα με τη θεραπεία του άγχους, αφού κατάθλιψη και άγχος αποτελούν συγκοινωνούντα δοχεία.

Η φαρμακευτική θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με νόσο Alzheimer είναι, εν πολλοίς, όμοια με τη θεραπεία που θα εφαρμοζόταν σε καταθλιπτικούς ασθενείς χωρίς άνοια. Φάρμακα εκλογής αποτελούν τα νέα αντικαταθλιπτικά, δηλαδή οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRT), συνεπικουρούμενα από αγχολυτικά, όπως είναι οι βενζοδιαζεπίνες, κατά προτίμηση βραχείας διάρκειας. Δεδομένου ότι οι ασθενείς με νόσο Alzheimer βρίσκονται σε θεραπευτική αγωγή με φάρμακα που έχουν χολινεργική δράση, όπως είναι οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης επιβάλλεται να αποφεύγεται η χορήγηση σκευασμάτων με αντιχολινεργική δράση, όπως είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, γιατί υπάρχει σοβαρός κίνδυνος επιδείνωσης των νοητικών λειτουργιών του ασθενούς^[2].



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9⁰

9.1 ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Το κόστος μιας μακρόχρονης θεραπευτικής φροντίδας στη νόσο του Alzheimer, μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της κοινωνικής μέριμνας για την υγεία, λαμβάνει κατά τα τελευταία έτη μια συνεχώς ανοδική πορεία.

Η μακρά κλινική πορεία της νόσου, η αναπηρία που προκαλεί, το ψυχοκοινωνικό stress των οικογενειών των αρρώστων σε σχέση με τις οικονομικές επιπτώσεις, καθιστούν θέμα πρώτης προτεραιότητας την ανακάλυψη αποτελεσματικών θεραπευτικών μέσων.

Από κοινωνικό-οικονομικής πλευράς το πρόβλημα της νόσου τον Alzheimer συνδέεται με 3 βασικούς παράγοντες:

Το συνολικό αριθμό των πασχόντων από τη νόσο

Το συνολικό ετήσιο οικονομικό κόστος

Τη χρονική διάρκεια της νόσου

- Για την αντιμετώπιση του πρώτου παράγοντα, τη μείωση του συνολικού αριθμού των πασχόντων από τη ΝΑ, βασικός στόχος είναι η εξεύρεση και εφαρμογή προφυλακτικών και θεραπευτικών μέσων. Ο στόχος αυτός είναι εξαιρετικά δυσχερής διότι επί του παρόντος μόλις τώρα αναφέρονται κάποια αποτελεσματικά μέσα για πρόληψη ή επιβράδυνση της νόσου. Οι σύγχρονες φαρμακευτικές προσεγγίσεις βρίσκονται ακόμη στην αρχή τους.

Υπάρχουν όμως ενδείξεις για μερικούς παράγοντες υψηλού κινδύνου, όπως η πρωτεΐνη apoE, η μεγάλη ηλικία, οι κρανιοεγκεφαλικοί τραυματισμοί, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, η χρήση αντιφλεγμονωδών

φαρμάκων, όπου η επιστημονική έρευνα θα πρέπει να εστιάσει το ενδιαφέρον της.

- Το οικονομικό κόστος είναι συνδεδεμένο με τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες της νόσου. Η βελτίωση των μεθόδων της περίθαλψης των ασθενών, η εξεύρεση τρόπων καθυστέρησης εισαγωγής σε ιδρύματα, ή η επιβράδυνση της έναρξης της νόσου, θα οδηγήσουν τελικώς σε μείωση των δαπανών.

- Η χρονική διάρκεια της νόσου, θα μπορούσε να αντιμετωπισθεί με ερευνητικά προγράμματα, είτε επί εθνικού επιπέδου, είτε σε συνεργασία με φαρμακευτικές εταιρείες. Τέτοια προγράμματα θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν εκτός από φάρμακα, θεραπείες της συμπεριφοράς και προσέγγιση σε κοινωνικά προβλήματα των αρρώστων, ώστε να απομακρύνεται η εξάρτηση τους από τους άλλους ή η εισαγωγή τους σε ιδρύματα.^[28]

9.1.1 ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΔΙΑ ΜΕΣΟΥ ΤΩΝ ΕΞΕΛΙΚΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΣΤΑΔΙΩΝ

Η άνοια εξελίσσεται προοδευτικός σε μείζον ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα της εποχής μας. Στις ΗΠΑ ο αριθμός των νοσηλευμένων ανοϊκών ατόμων αυξάνει συνεχώς σε βαθμό που να κατέχουν σήμερα το μεγαλύτερο αριθμό νοσοκομειακών κλινών. Το πρόβλημα όμως αυτό δεν περιορίζεται μόνο στις ΗΠΑ αλλά επεκτείνεται με ταχείς ρυθμούς σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες στην Ευρώπη και στην Ιαπωνία.

Στη νόσο του Alzheimer υπάρχει ένα "πρόδρομο στάδιο" (στάδιο 3 στην Global Deterioration Scale, GDS) κατά το οποίο τα συμπτώματα είναι μεν ήπια, αλλά αρκετά σε βαθμό που να επηρεάζουν την κοινωνική υποδομή του ατόμου. Σε αυτό το στάδιο ένας συγγραφέας π.χ. δυσκολεύεται να φέρει σε πέρας ένα αξιόλογο κείμενο. Το στάδιο αυτό

είναι δυνατό να διαρκεί επί πολλά έτη, η διάρκεια αυτή προσδιορίζεται συνήθως από την πρώτη εμφάνιση των συμπτωμάτων.

Στη συνέχεια ακολουθεί το ήπιο στάδιο της νόσου (στάδιο 4 της GDS) όπου η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών δυσχεραίνει την ικανότητα των μορφωμένων ακόμη ατόμων να αντιμετωπίζουν επαγγελματικές τους υποθέσεις. Το στάδιο αυτό διαρκεί κατά μέσο όρο δύο έτη. Τα άτομα είναι ακόμη κοινωνικώς ανεξάρτητα.

Στο επόμενο στάδιο μέτριας βαρύτητας της νόσου(στάδιο 5 της GDS) οι πάσχοντες έχουν ανάγκη βοήθειας η οποία προσφέρεται συνήθως από το οικογενειακό περιβάλλον. Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου 1-1.5 έτη.

Το μέτριας βαρύτητας στάδιο ακολουθεί ένα πλέον βεβαρημένο (στάδιο 6 GDS) που χαρακτηρίζεται από την αδυναμία των ασθενών να ανταποκρίνονται στις καθημερινές τους φροντίδες όπως είναι η ένδυση, το φαγητό, τουαλέτα. Το στάδιο αυτό διαρκεί περίπου 2,5 έτη και προς το τέλος εμφανίζεται ακράτεια. Τις φροντίδες αναλαμβάνουν πλέον εξειδικευμένα άτομα.

Το τελικό στάδιο(7 της GDS), χαρακτηρίζεται από πλήρη διανοητική έκπτωση και μόνο λίγες λέξεις αποτελούν το μόνο μέσο επικοινωνίας του ασθενή με το περιβάλλον του. Υπάρχει πλήρης ακράτεια. Μερικές φορές το στάδιο αυτό διαρκεί έως και 7 έτη ανάλογα με τις παρεχόμενες φροντίδες, ή ακόμη και περισσότερο.

Στην πορεία των παραπάνω εξελικτικών σταδίων οι περισσότεροι ασθενείς καταλήγουν όταν απολέσουν την ικανότητα βάδισης, ή απλώς και να εγείρονται από τη θέση τους Πολλοί καταλήγουν όταν χάνουν την ικανότητα να σηκώνουν το κεφάλι τους. Η συνηθέστερη άμεση αιτία θανάτου στις περιπτώσεις αυτές είναι η πνευμονία από παλινδρόμηση τροφών.

Η ολική διάρκεια ζωής από την έναρξη των πρώτων σταδίων μέχρι το τέλος είναι συνήθως 20 έτη.

9.1.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Το οικονομικό πρόβλημα της ΝΑ εμφανίζει μία προοδευτική αύξηση η οποία είναι ανάλογος της αύξησης της συχνότητας της νόσου.

Η εμφάνιση νέων φαρμακευτικών μορφών στη θεραπευτική προσπάθεια επιτείνει ακόμη το πρόβλημα τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για την πολιτεία και τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία. Στις προηγούμενες χώρες της δύσεως όπου η κοινωνική μέριμνα είναι υψηλή διατίθενται τεράστια ποσά, ενώ η ίδρυση κοινωφελών εταιρειών Alzheimer, με σκοπό την προβολή του προβλήματος της ΝΑ, λαμβάνει χρόνο με το χρόνο μεγάλη έκταση με αποτέλεσμα να ασκούνται σημαντικές πιέσεις για επιδοτήσεις στις κυβερνήσεις των χωρών αυτών.

Η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας ενός φαρμάκου σε σχέση με το κόστος αυτού, γίνεται με πολύπλοκα οικονομοτεχνικά συστήματα με τη συμμετοχή οικονομολόγων και στατιστικολόγων. [29]

9.2 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

9.2.1 ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο σκοπός των ανακουφιστικών προγραμμάτων είναι να παρέχουν στα άτομα που φροντίζουν τους πάσχοντες ένα διάλειμμα από την καθημερινή υπευθυνότητα και ένταση. Αν αυτός που κυρίως άμεσα οφείλεται είναι ο συνοδός του πάσχοντα, ο ασθενής επίσης δέχεται ερεθίσματα και ευχαρίστηση. Τρεις μορφές τέτοιας φροντίδας είναι διαθέσιμες.

Φροντίδα ημέρας, όπου ο ασθενής πηγαίνει σε ένα κέντρο για λίγες ώρες και για μια, δυο ή περισσότερες μέρες τη βδομάδα.

Φροντίδα σε ίδρυμα, όπου ο ασθενής διαμένει για μια μικρή περίοδο ημερών ή εβδομάδων σε ένα ίδρυμα με νοσηλευτική δυνατότητα

«Ανακούφιση» στο σπίτι του ασθενούς και μένει με τον ασθενή επιτρέποντας στον συνοδό του να φύγει για λίγο γνωρίζοντας ότι ο ασθενής είναι υπό επιτήρηση.

Η ανακουφιστική φροντίδα είναι εκείνη που συχνότερα ζητείται από αυτούς που φροντίζουν τον ασθενή, Αν και συχνά είναι πολύ δύσκολο να οργανωθεί. Υπάρχουν πολλά εμπόδια επιφύλαξη εκ μέρους του ασθενούς να δειχθεί εναλλακτική φροντίδα, απροθυμία από τον σύντροφο του ασθενούς να αλλάξει το status quo ή θεώρηση εκ μέρους των εναλλακτικών υπηρεσιών. Για την φροντίδα στο ίδρυμα υπάρχουν δυσκολίες στη μετακίνηση του ασθενούς και τέλος αντιπάθεια προς τους άλλους ασθενείς που εξυπηρετούνται στο ίδρυμα.^[30]

9.2.2 ΚΟΙΝΟΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας

- Πληροφόρηση, συμβουλευτική και συντονισμός
- Προσωπική φροντίδα
- Φροντίδα στο σπίτι
- Βοήθεια για τη συντήρηση του σπιτιού
- Διανομή φαγητού
- Σχετικές υπηρεσίες υγείας
- Κοινοτική νοσηλευτική υπηρεσία
- Υπηρεσίες μεταφοράς του ασθενούς
- Ανακουφιστική φροντίδα: κέντρα ημερήσιας φροντίδας.
- Προγράμματα κοινοτικής φροντίδας ηλικιωμένων

[30]

9.3 ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΥ ΒΟΗΘΕΙΑ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ

Η κατά οίκου φροντίδα ενός ασθενούς με άνοια τύπου Alzheimer απαιτεί τεράστια αποθέματα συμπόνιας, υπομονής και ενεργητικότητας. Παρόλο που οι ασθενείς χρειάζονται συνεχή επιτήρηση, η κατ' οίκον διαβίωση θα πρέπει να συνεχίσει να είναι κατά το δυνατόν φυσιολογική.

Ο ασθενής θα πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετέχει στις συνήθεις δραστηριότητες του σπιτιού, ενώ χρειάζεται να συνομιλεί όσο το δυνατόν περισσότερο. Είναι επίσης σημαντικό να εξασφαλίζεται νοσηλευτικά και θεραπευτική υποστήριξη για τον ασθενή που ζει στο σπίτι του.

Στη κατεύθυνση αυτή, θα συμβάλλουν με τις συμβουλές και την υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού, όσο και τα διάφορα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι.

Στις δύσκολες φάσεις της νόσου, πολύτιμη θα είναι η συνεισφορά της οικογένειας και του φιλικού περιβάλλοντος του πάσχοντος.

Στα προχωρημένα στάδια της νόσου πιθανόν να απαιτηθεί η μεταφορά του ασθενούς σε ειδικευμένο νοσηλευτικό κέντρο ή οίκο ευγηρίας.

Με την κατάλληλη βοήθεια, η ταλαιπωρία του ασθενούς μπορεί να περιορισθεί σημαντικά και να διαφυλαχθεί τόσο η αξιοπρέπεια, όσο και η ποιότητα της ζωής του.^[31]



ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10⁰

10.1 ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που διέπουν τη φροντίδα του ασθενούς που πάσχει από νόσο Alzheimer είναι δύσκολο να περιγραφούν. Και τούτο συμβαίνει γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου.

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει :

1) Τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για την μείωση του άγχους, την βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα.

2) Τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα, την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.

Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις :

- i. Επικοινωνία με τον ασθενή και τους οικείους του.
- ii. Προαγωγή της ανεξαρτησίας του σε κάποια δυνητικώς εξαρτημένη κατάσταση.
- iii. Παρότρυνση της οικογένειας να συμμετέχει στη φροντίδα, την ασφάλεια από ατυχήματα και την τάση φυγής από την οποία συνήθως τα άτομα αυτά κατέχονται.^[10]

10.2 ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΝΟΪΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Τα προβλήματα επικοινωνίας που παρουσιάζουν οι ανοϊκοί ασθενείς είναι κοινά. Η ομιλία είναι αόριστη, κενή νοήματος και συνήθως αυτόματη, ενώ στην τελική φάση της νόσου το άτομο μπορεί να μην μιλάει καθόλου. Η ανάγκη επικοινωνίας με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία όσο είναι η τροφή και το νερό σε μελέτη με θέμα την επικοινωνία των ανοϊκών ασθενών-νοσηλευτών αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές δαπανούν μόνον το 10% του χρόνου τους για επικοινωνία με τους ανοϊκούς ασθενείς, ενώ διαθέτουν πολύ περισσότερο χρόνο για συζητήσεις μεταξύ τους.

Τα επίπεδα απομονώσεως στους ανοϊκούς ασθενείς είναι προφανή σε σχέση με τους άλλους ηλικιωμένους. Η μειωμένη κοινωνική αντίδραση αυξάνει την εξάρτηση του ασθενούς και επιδεινώνει την ψυχοκοινωνική και τη φυσική του κατάσταση.

Οι νοσηλευτές στην προσπάθειά τους να επικοινωνήσουν με τους άλλους ανοϊκούς ασθενείς, προβαίνουν σε δημιουργικές παρεμβάσεις, όπως γραπτά μηνύματα, σχήματα, σχέδια, κ.α.

Για να γίνει αποτελεσματικότερη η επικοινωνία με τους ασθενείς αυτούς είναι ανάγκη να ακολουθούνται οι παρακάτω οδηγίες :

- Ø Να μιλάτε σε κανονικό τόνο.
- Ø Να χρησιμοποιείται γνωστές λέξεις και απλές προτάσεις.
- Ø Να προτιμάτε περισσότερο τις κλειστές από τις ανοικτές ερωτήσεις.
- Ø Να αποφεύγετε το απαγορευτικό «μη» και να δίνεται θετικές οδηγίες.
- Ø Να αποφεύγετε συζητήσεις που απαιτούν σκέψη, μνήμη και πολλές λέξεις.

- Ø Να δίνεται απλές οδηγίες, που δεν χρειάζεται να θυμάται ο ασθενής περισσότερες από μια πράξεις.
- Ø Να είστε βέβαιοι ότι ο ασθενής σας ακούει και σας παρακολουθεί.
- Ø Να περιμένετε να απαντήσει στην ερώτηση που του κάνετε ή να ανταποκριθεί στις οδηγίες που του δώσατε.
- Ø Αν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί, τότε να επαναλάβετε την ερώτηση ή την οδηγία με τον ίδιο τρόπο, διαφορετικά θα του αυξήσετε την σύγχυση.
- Ø Αν ο ασθενής αρνείται να συνεργαστεί μαζί σας, τότε μην τον πιέζετε. Αν προσπαθήσετε ξανά με πιο απλές ερωτήσεις ίσως να ανταποκριθεί καλύτερα.
- Ø Να προσπαθείτε να παρασύρετε τον ασθενή σε συζητήσεις που κάνετε με άλλους ανθρώπους.
- Ø Να αποφεύγετε χαμηλόφωνες συζητήσεις και ψιθυρίσματα μπροστά στον ασθενή, διαφορετικά θα ζημιώσετε την συμπεριφορά του απέναντι σας.
- Ø Ο καλός τρόπος και η ήρεμη φωνή εξασφαλίζουν καλή επικοινωνία με τον ασθενή.

Οι αναμνήσεις είναι ανακουφιστικό μέσο για τον ασθενή. Η υπενθύμιση γεγονότων που έχουν αποθηκευτεί στην μνήμη του λειτουργούν με δύο τρόπους :

- 1) Διαπιστώνουμε τι μπορεί να θυμηθεί ο ασθενής και
- 2) Πως αντιλαμβάνεται την φάση του κύκλου της ζωής του.

Η μουσική που συνήθιζε το άτομο να ακούει έχει βρεθεί ότι ηρεμεί, αλλάζει την διάθεση και τον ανακουφίζει από το άγχος και τον εκνευρισμό.

Το άγγιγμα με την αφή είναι προωθημένο μέσο επικοινωνίας και χαρακτηρίζεται ως δυναμική θεραπευτική παρέμβαση που μπορεί να μεταφέρει θετικά μηνύματα και να αυξήσει την λεκτική ικανότητα του

ασθενή. Μπορεί ακόμα να συνοδεύεται με κινήσεις, όπως ένα χάδι, ένα απαλό χτύπημα στην πλάτη, ένα θερμό σφίξιμο του χεριού και τόσες άλλες μικρές αλλά τόσο σημαντικές πράξεις, που όμως προϋποθέτουν εμπιστοσύνη για να είναι αποτελεσματικές.

Σύμφωνα με καλά τεκμηριωμένες μελέτες το βάρος της φροντίδας του ηλικιωμένου ανοϊκού ασθενή το σηκώνει η οικογένεια. Με την πάροδο του χρόνου η νοσηλεία γίνεται περισσότερο σύνθετη και τούτο γιατί η επικοινωνία με τους οικείους του επιδεινώνεται ενώ αυξάνεται η εξάρτηση. Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενή, σύζυγοι, αδέρφια, κ.α., στην προσπάθειά τους να παρέχουν άνεση και ασφάλεια, υφίστανται φυσική και συναισθηματική εξουθένωση. Γι'αυτό καθήκον του νοσηλευτή είναι :

- Ø Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Ø Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους.
- Ø Να παρέχει βοήθεια όπου είναι ανάγκη, για την κάλυψη των αναγκών του ασθενή.
- Ø Να παρέχει οδηγίες σχετικές με την πρόληψη των ατυχημάτων.
- Ø Να προτείνει να γραφούν τα στοιχεία του ασθενούς, η διεύθυνση και το τηλέφωνο, ώστε αν χαθεί να ειδοποιηθεί η οικογένεια.
- Ø Να δώσει οδηγίες σχετικές με το διαιτολόγιο του ασθενή. Οι ερευνητές τοποθετούν την απώλεια βάρους ως σύμπτωμα της νόσου και των γενικότερα ανοϊών.
- Ø Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή.
- Ø Να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη με σκοπό την μείωση της συγκινησιακής και της σωματικής έντασης. Τα άτομα που εμπλέκονται στην φροντίδα των θυμάτων της νόσου Alzheimer και της άνοιας είναι αναγκαίο να διαθέτουν ψυχικό σθένος και

ηρωισμό. Και τούτο γιατί πολλές φορές δοκιμάζουν βαθιά οδύνη όταν βλέπουν ανθρώπινα πλάσματα να παλινδρομούν και χωρίς αναστολές να συμπεριφέρονται κατά τρόπο που ποτέ δεν θα τον ενέκριναν. Επομένως στο σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών αυτών πρέπει να περιληφθεί ειδική μέριμνα για εκείνους που παρέχουν φροντίδα.^[10,32]

10.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Προκειμένου να διαγνωσθούν τα νοσηλευτικά προβλήματα του υπερήλικα γίνεται η αξιολόγηση του ως εξής :

1. Χρησιμοποιούνται πηγές πληροφοριών όπως, ο υπερήλικας και η οικογένεια του, οι φίλοι του και άλλα πρόσωπα που έχουν κάποια σημασία γι' αυτόν.

2. Λαμβάνεται το νοσηλευτικό ιστορικό στο οποίο περιέχονται πληροφορίες, όπως :

Διατροφή: εάν έχει όρεξη για φαγητό, συνήθειες διατροφής. Αξιολόγησε την απώλεια της όρεξης για φαγητό, εάν παρουσιάζει και προσπάθησε να εντοπίσεις την αρχή. Διερεύνησε δυνατότητες ατόμου κάλυψης διατροφής.

Ισοζύγιο υγρών: αξιολόγησε το άτομο για αφυδάτωση, υπερυδάτωση, παρουσία οιδημάτων.

Στόμα: διερεύνησε ύπαρξη ξηρότητας, ρωγμών, ελκών, ερεθισμό ούλων, καλή εφαρμογή ξένων δοντιών (όταν υπάρχει ξένη οδοντοστοιχία).

Σωματικό βάρος: διαπίστωσε, αν παρουσίασε αλλαγές στο σωματικό βάρος.

Κένωση εντέρου: αξιολόγησε, αν έχει φυσιολογική κένωση του εντέρου, εάν χρησιμοποιεί βοηθητικά για την κένωση, εάν έχει απώλειες κοπράνων κ.λπ.

Ούρηση: εκτίμησε εάν έχει φυσιολογική ούρηση ή παρουσιάζει δυσουρία, νυκτουρία, ολιγουρία, πολυουρία, απώλεια ούρων κ.λπ.

Αξιολόγησε ζωτικά σημεία: εκτίμησε την παρουσία δύσπνοιας, κυάνωσης, ταχυκαρδίας, ζάλης, οιδημάτων κ.λπ.

Δραστηριοποίηση: ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων, ανάπαυσης, συνήθειες ύπνου και αριθμός ωρών που κοιμάται το 24ωρο.

Υγεία: διερεύνησε μήπως παρουσιάζει ουσιαστικά προβλήματα υγείας, όπως παρουσία λοίμωξης, χρόνια νοσήματα, αλλεργία, κ.λπ.

Αλλαγές στις αισθήσεις: προσδιόρισε, ανωμαλίες στην όραση, ακοή, αν χρησιμοποιεί γυαλιά ή ακουστικά. Αξιολόγησε τη συμπεριφορά του στον πόνο και στις αλλαγές της θερμοκρασίας.

Ευχέρεια κινήσεων: προσδιόρισε, αν υπάρχει εναρμόνιση των κινήσεων και ιδιαίτερα των λεπτών, αν παρουσιάζει περιορισμό ή δυσκολία στις κινήσεις και αξιολόγησε την αντοχή του, εάν κυκλοφορεί και τα μέσα μεταφοράς που χρησιμοποιεί.

Επικοινωνία: χρησιμοποιεί τον προφορικό λόγο; Μήπως παρουσιάζει προβλήματα επικοινωνίας; Αξιολόγησε μήπως στην επικοινωνία του υπάρχουν πρόσωπα που έχουν ιδιαίτερη σημασία γι' αυτόν.

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας: εκτίμησε πως αντιμετώπισε καταστάσεις προηγούμενης έντασης και περιπτώσεις απώλειας.

Άγχος: διερεύνησε την παρουσία άγχους και προσδιόρισε τα αίτια (απώλειες, οικονομική ανασφάλεια, απομόνωση), μετακίνησε σε ιδρύματα.

Κοινωνικότητα: διαπίστωσε τυχόν αλλαγές της κοινωνικότητας του και διερεύνησε τα αίτια (απώλειες, οικονομική φτώχεια, μόνωση).

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: συγκέντρωσε πληροφορίες σχετικά με το επάγγελμα που ασκεί/ασκούσε, εάν έχει σύνταξη ή και άλλους οικονομικούς πόρους, αν έχει ιατρική ασφάλιση, κ.λπ.

3. Φυσική εξέταση. Με την φυσική εξέταση θα συγκεντρωθούν στοιχεία για τη συμπλήρωση του νοσηλευτικού ιστορικού.^[33]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11⁰

11.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΚΙΝΗΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

11.1.1 ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΚΑΙ ΜΕΤΡΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

Κάθε σπίτι είναι οργανωμένο για άτομα υγιή. Κάθε ασθένεια επιβάλλει στην οικογένεια νέους σχεδιασμούς.

Για να ζήσουν χωρίς ατυχήματα τα άτομα με νόσο Alzheimer σε ένα σπίτι, χωρίς συνεχή ανάγκη για βοήθεια, με περισσότερες πιθανότητες να συντηρηθεί η αυτονομία επί μακρόν, και επομένως να υπάρχει μικρότερη ανάγκη από την παρουσία του νοσηλευτή, πρέπει να γίνουν ορισμένες μεταβολές.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να έχει πάντα υπόψιν του ότι η κάθε μεταβολή που γίνεται στο σπίτι, αυξάνει τη σύγχυση του ατόμου με άνοια. Το άτομο με άνοια έχει μάθει που να βρίσκει διάφορα πράγματα και ίσως αυξηθούν τα προβλήματα αν μετακινηθούν πολλά πράγματα. Επομένως οι μεταβολές που θα γίνουν και μάλιστα έγκαιρα, θα πρέπει να κάνουν σεβαστές τις συνήθειες του ατόμου σε απλά πράγματα.

- Επομένως πρέπει να πάρετε μέτρα ασφαλείας στο σπίτι, αλλά όχι τέτοια που να περιορίζουν τις δυνατότητες ανεξαρτησίας του ατόμου με άνοια. Το άτομο με άνοια μπορεί να προστατευθεί από πιθανή φυγή του από το σπίτι με διάφορους τρόπους και όχι με το να κλειδωθεί η πόρτα. Ένα σημείωμα ραμμένο στα ρούχα του με τη διεύθυνση του, μια ενημέρωση μόλις διαγνωστεί η άνοια στις τοπικές αρχές ώστε αν χαθεί να βρεθεί εύκολα.

- Οι πόρτες δεν πρέπει να έχουν κλειδιά πάνω. Τα κλειδιά του αυτοκινήτου και του σπιτιού δεν πρέπει να είναι προσιτά.
- Αντικείμενα καθημερινής χρήσης, όπως και οι αναγκαίες πόρτες (π.χ. τουαλέτας) πρέπει να είναι προσιτά.
- Τα φάρμακα δεν πρέπει να είναι προσιτά γιατί υπάρχει η πιθανότητα να ξαναπάρουν ένα φάρμακο που έχουν ήδη πάρει. Το ίδιο ισχύει και με επικίνδυνες ουσίες.
- Ο φωτισμός πρέπει να είναι επαρκής, ενώ ένα φως μόνιμα αναμμένο κατά τη διάρκεια της νύχτας είναι πολλαπλά χρήσιμο.
- Χερούλια στις σκάλες, στο μπάνιο ή το ντους, όπως χαλάκι για να μην γλιστράει είναι κατά κανόνα απαραίτητα.
- Στην ντουλάπα θα πρέπει να βρίσκονται τα ρούχα που φοράει και να μην είναι πολλά, ώστε να μην μπερδεύεται.
- Αν το άτομο καπνίζει, ίσως χρειαστεί να κρατάει ο νοσηλευτής τη φωτιά του και τα τσιγάρα του για ασφάλεια.
- Να υπάρχει σε εμφανές σημείο δίπλα στο τηλέφωνο ο αριθμός τηλεφώνου του ιατρού του, του κοντινού νοσοκομείου, της τοπικής αστυνομίας, των υπηρεσιών του νερού, του ηλεκτρικού, και τεχνικών για όποιες επιδιορθώσεις, άμεσων συγγενών, κάποιου γείτονα και ταξί που μπορεί να χρειαστεί.
- Τα σκουπίδια δεν πρέπει να είναι εύκολα προσιτά, επειδή συμβαίνει συχνά σε ασθενείς με άνοια να πετούν κάτι πολύτιμο.
- Όπλα δεν πρέπει να είναι προσιτά.^[34]

11.1.2. ΜΕΤΡΑ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΛΗΦΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΟΔΗΓΗΣΗ

Είναι ιδιαίτερα λεπτό θέμα και πολύ δύσκολο στον χειρισμό του. Ο τρόπος με τον οποίο γίνεται κάποιο ατύχημα αποτελεί μερικές φορές

αφορμή για την διάγνωση της άνοιας. Μια έρευνα στη Σουηδία έδειξε ότι το 20% των ατυχημάτων έγιναν από άτομα, στον εγκέφαλο των οποίων βρέθηκαν σαφείς αλλοιώσεις τύπου Alzheimer, παρότι δεν έχει γίνει ποτέ διάγνωση.

Είναι δεδομένο ότι δεν πρέπει να οδηγεί ένα άτομο με άνοια, διότι ήδη από τα πρώτα στάδια της νόσου, διπλασιάζονται οι πιθανότητες ατυχήματος.

Αιτία δεν είναι πιθανώς η στιγμιαία σύγχυση, αλλά η συνεχής επιβράδυνση των ανώτερων λειτουργιών.

Η διατήρηση της αξιοπρέπειας του ατόμου, αλλά και οι πρακτικές δυσκολίες που θα προκύψουν από τη διακοπή της οδήγησης απαιτούν λεπτούς χειρισμούς. Υπάρχουν πολλοί τρόποι ώστε να επιτευχθεί αυτό χωρίς να θυμώσει ο ασθενής.

Έπειτα από κάποια στιγμή της εξέλιξης της νόσου το άτομο με άνοια δεν ξαναοδηγεί από μόνο του. Μπορεί να έχει πια ξεχάσει τη διαδικασία ή την αναγκαιότητα.^[34,35]

11.1.3. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

Τα πιο συχνά ατυχήματα οφείλονται στα προβλήματα μνήμης και την έλλειψη κρίσης, την βραδύτητα των αντιδράσεων, τις δυσκολίες στη μετακίνηση, τα προβλήματα όρασης ή ακοής κ.λπ.

- Αν τους πιέζουν για να κάνουν κάτι η πιθανότητα ατυχήματος αυξάνεται.

- Πρέπει ο νοσηλευτής να τον προσέχει μην πει κάποια επικίνδυνη ουσία, γιατί θα πρέπει να τον πάει στον ιατρό παίρνοντας μαζί το

μπουκάλι από το οποίο μπορεί να ήπια, προκειμένου να διευκολύνει τον ιατρό.

- Οι πτώσεις είναι πολύ συχνές στα άτομα με άνοια με ιδιαίτερα επώδυνες συνέπειες. Γι' αυτό θα πρέπει οι ηλικιωμένοι :

- Ø Να φορούν παπούτσια με χαμηλό τακούνι και καλή εφαρμογή που δεν γλιστρούν και κατά προτίμηση, όχι δερμάτινα.
 - Ø Να καλούν συχνά τον ειδικό για τη φροντίδα των κάτω άκρων.
 - Ø Να επισκέπτονται τον οφθαλμίατρο και να διατηρούν την όραση τους σε καλή κατάσταση
 - Ø Όταν παρουσιάζουν αστάθεια βαδίσματος να χρησιμοποιούν βοηθητικά μέσα όπως μπαστούνι, πατερίτσες, περιπατητικά τετράποδα ή τρίποδα, σιδερένιες μπάρες στους τοίχους και στηρίγματα στο λουτρό και την τουαλέτα.
 - Ø Να αποφεύγουν να περπατούν σε συνωστισμένους χώρους.
 - Ø Να εφαρμόζουν προσαρμοστικές συμπεριφορές όπως :
- ο Να μην σηκώνονται απότομα όταν είναι ξαπλωμένοι.
- ο Όταν μετακινούνται από το σκοτάδι στο φως να κλείνουν για λίγο τα μάτια τους για να προσαρμοστούν στο φως.
 - ο Όταν βαδίζουν μέσα στο σπίτι, να στηρίζονται σε σταθερά έπιπλα.
 - ο Να βαδίζουν προσεκτικά σε ανώμαλο έδαφος και να μην φορούν μακριές ρόμπες.^[10,36]

11.1.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

Διατηρώντας το άτομο με άνοια ορισμένες δραστηριότητες, όσο αυτό είναι εφικτό, βελτιώνετε η δική του ποιότητα ζωής.

Το άτομο με άνοια διατηρεί την αυτοπεποίθησή του και την αυτοεκτίμησή του. Οι δυνατότητες του μεταβάλλονται ανάλογα με το στάδιο της άνοιας στο οποίο βρίσκεται και ανάλογα με τη διάθεσή του.⁶¹

Οι δραστηριότητες επιτρέπουν τη διατήρηση δεξιοτήτων, την έκφραση συναισθημάτων, ενώ προδίδουν κάποιο ενδιαφέρον και κάποια ευχαρίστηση στην καθημερινή ρουτίνα.

Πρέπει να προτείνει ο νοσηλευτής κάποιες δραστηριότητες, διότι σε κάποια στιγμή της πορείας της αρρώστιας θα πάψει το άτομο με άνοια να παίρνει πρωτοβουλίες.

Έτσι μπορεί ο νοσηλευτής να προτείνει τα εξής

- Ø Τις δραστηριότητες στις οποίες συνήθιζε να επιδίδεται στο παρελθόν.
- Ø Περιπάτους.
- Ø Βοήθεια στις δουλειές του σπιτιού.
- Ø Συνοδεία σε επισκέψεις σε σπίτια γνωστών ή συγγενών.
- Ø Παιχνίδια επιτραπέζια και χαρτιά, όχι όμως με ανταγωνιστικό τρόπο.
- Ø Χορό, να ακούει μουσική.
- Ø Να έχει ένα σκύλο ή μια γάτα στο σπίτι.
- Ø Να βλέπει άλμπουμ με παλιές φωτογραφίες.
- Ø Να βλέπει βιβλία με εικόνες της εποχής του.
- Ø Να βλέπει τηλεόραση, αλλά όσο προχωράει η άνοια μπορεί να δημιουργεί σύγχυση. Προτείνετε κάποιο αγαπημένο πρόγραμμα και όχι για πολλή ώρα.
- Ø Τέλος, επισκέψεις σε πάρκο, ζαχαροπλαστείο, μουσείο κ.λπ.^[26,37,36]

11.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

11.2.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΥΓΙΕΙΝΗ

Για τους περισσότερους ενήλικες το πλύσιμο είναι μια προσωπική και ιδιωτική διαδικασία.

Οι νοσηλευτές πρέπει να είναι διακριτικοί όταν βοηθούν και όταν προσπαθούν να πείσουν το άτομο με άνοια να διατηρείται καθαρό. Είναι σημαντικό να σέβεται ο νοσηλευτής την αξιοπρέπεια του ατόμου με άνοια.

Γι' αυτό θα πρέπει ο νοσηλευτής να κάνει τα εξής :

- Ø Να σέβεται την ανάγκη για ηρεμία και την αξιοπρέπεια του ατόμου που πάσχει από άνοια.
- Ø Να παρέχει επαρκή βοήθεια, χωρίς να του στερεί την ανεξαρτησία του.
- Ø Να τον καθησυχάζει σχετικά με τη θερμοκρασία και το βάθος του νερού, την ολισθηρότητα.
- Ø Να μην επιμένει να κάνει μπάνιο συχνότερα απο ότι έχει συνηθίσει και να αρκεστεί σε ένα ντους, αν το μπάνιο είναι πολύ δύσκολο.
- Ø Να κάνει το μπάνιο μια ευχάριστη δραστηριότητα.
- Ø Να σκεφθεί τη χρήση ηλεκτρικής ξυριστικής μηχανής αντί για το παραδοσιακό ξυράφι, μπορεί ο ασθενής να δυσκολεύεται να το χειριστεί και κατά συνέπεια να κοπεί.
- Ø Να σκεφτεί τρόπους να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση του. π.χ. καλλωπισμός.
- Ø Να προσπαθήσει να βρει ένα εύκολο χτένισμα.

- Ø Να διαχωρίσει το μπάνιο από το λούσιμο, αν είναι δύσκολο να γίνουν και τα δυο ταυτόχρονα.
- Ø Να προσέχει τα νύχια στα δάχτυλα των ποδιών και των χεριών.
- Ø Να κάνει το μπάνιο ένα ασφαλές περιβάλλον.
- Ø Να πλένει ορισμένα μέρη του σώματος σταδιακά κατά τη διάρκεια της ημέρας, εάν το πλύσιμο δημιουργεί εντάσεις.^[37,38]

11.2.2. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ

- Ø Ενημερώστε το άρρωστο και ζητείστε τη συνεργασία του.
- Ø Πλύνετε τα χέρια σας και φορέστε γάντια.
- Ø Δώστε στο άρρωστο πλάγια ή καθιστή θέση.
- Ø Αφαιρέστε πρώτα την τεχνητή οδοντοστοιχία όταν υπάρχει και τοποθετήστε την πάνω σε καθαρή ή αποστειρωμένη γάζα ή χαρτοβάμβακο.
- Ø Τοποθετείστε την σε νεφροειδές στο νιπτήρα για να μην πέσει και σπάσει.
- Ø Τοποθετείστε την πετσέτα γύρω από τον τράχηλο και το νεφροειδές κοντά, ανάλογα με τη θέση του.
- Ø Βουρτσίστε με οδοντόκρεμα ή σαπουνίστε- σύμφωνα με την συνήθεια του αρρώστου-τα δόντια προς όλες τις κατευθύνσεις και ξεπλύνετε καλά, πάνω από το νεφροειδές.
- Ø Βοηθήστε να ξεπλύνει το στόμα του με το ποτήρι ή καλαμάκι και να κάνει γαργάρες με αντισηπτικό διάλυμα.
- Ø Αν η κατάσταση του δεν επιτρέπει βούρτσισμα, τυλίξτε βαμβάκι στη σπάτουλα, εμβαπτίστε το σε αντισηπτικό διάλυμα και καθαρίστε τις επιφάνειες του στόματος.
- Ø Τοποθετήστε πρώτα την επάνω και μετά την κάτω οδοντοστοιχία..

- Ø Επαλείψτε τα χείλη με γλυκερίνη αν κρίνετε απαραίτητο.
- Ø Ελέγχετε τη στοματική κοιλότητα για πιθανή στοματίτιδα, έλλειψη αισθητικότητας, αιμορραγία, πόνο.^[39]

11.2.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ

- Ø Όταν η απώλεια ούρων οφείλεται σε παθολογικά αίτια, τότε οι παρεμβάσεις στρέφονται στην άρση του αιτίου.
- Ø Ενθαρρύνεται ο ηλικιωμένος να ακολουθεί δίαιτα πλούσια σε φυτικές ίνες και αρκετό νερό.
- Ø Διδάσκεται τι σημαίνουν τεχνικές συμπεριφοράς και ποίο το αναμενόμενο αποτέλεσμα.
- Ø Οι τεχνικές αρχίζουν με ασκήσεις των μυών της πυέλου και με την επανεκπαίδευση της κύστεως, την αναχαίτιση του αισθήματος για ούρηση.
- Ø Όταν τα αναφερόμενα μέσα δεν αποβούν αποτελεσματικά, τότε τοποθετείται εξωτερικός ή εσωτερικός καθετήρας folley μόνιμος.

Το μέτρο αυτό χρησιμοποιείται όταν αποκλείεται η χειρουργική παρέμβαση ή ο διακεκομμένος καθετηριασμός. Η τοποθέτηση καθετήρα κύστεως σχετίζεται θετικά με την ανάπτυξη ουρολοιμώξεως. Ακολουθούν μερικές πρακτικές συμβουλές που διευκολύνουν τη ζωή του ηλικιωμένου στο σπίτι.^[37,38]

Πρακτικές συμβουλές

- Ø Χορηγείστε υγρά κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Ø Σταματήστε την χορήγηση υγρών τρεις ώρες πριν από την κατάκλιση.

- Ø Δώστε τη δυνατότητα στον ηλικιωμένο να πηγαίνει στην τουαλέτα σε τακτά χρονικά διαστήματα, συνήθως κάθε δυο ώρες.
- Ø Αποθαρρύνετε τη συχνότερη ούρηση.
- Ø Καταγράψτε τη συχνότητα της ακράτειας και ενημερώστε το γιατρό.
- Ø Επιλέξτε κατάλληλα ενδύματα, ώστε να αφαιρούνται γρήγορα και να μην προκαλούν καθυστέρηση κατά την ούρηση.
- Ø Εξασφαλίστε μοναχικότητα και αρκετό χρόνο, ώστε να αδειάσει η κύστη καλά.
- Ø Χορηγείστε τα διουρητικά τις πρωινές ώρες, για να αποφεύγεται η νυχτερινή διούρηση.
- Ø Επιλέξτε μια θέση για τον ηλικιωμένο να είναι πλησίον της τουαλέτας.
- Ø Τοποθετείστε υπερυψωμένη τουαλέτα.
- Ø Ρυθμίστε το ύψος του κρεβατιού για να μπορεί να σηκώνεται εύκολα.
- Ø Αποφύγετε τη χορήγηση υγρών που ερεθίζουν την κύστη και προκαλούν γρήγορη εκκένωση, όπως καφές, χυμό φρούτων και οινοπνευματώδη ποτά.
- Ø Αποφύγετε το κάπνισμα στο δωμάτιο του ηλικιωμένου διότι αναφέρεται ότι ερεθίζει την κύστη και την καθιστά ευαίσθητη.
- Ø Αντικαταστήστε τις πάνες όταν παλιώνουν ώστε να είναι αποτελεσματικές.
- Ø Διατηρείστε το δέρμα καθαρό και στεγνό.
- Ø Χρησιμοποιείτε σαπούνι μη ερεθιστικό καθώς και μαλακές και βαμβακερές πάνες.
- Ø Προτού τοποθετείστε την πάνα και αφού έχετε στεγνώσει το δέρμα, επαλείψτε το με μια κρέμα δέρματος.
- Ø Μη χρησιμοποιείται πούδρα.

- Ø Όταν εντοπίσετε σημεία φλεγμονής ειδοποιείτε το γιατρό.^[10]

11.2.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΡΡΟΙΑ

- Ø Παρακολούθηση υγρών και ηλεκτρολυτών και διόρθωση των ελλειμμάτων.
- Ø Διακοπή φαρμάκων που θεωρούνται υπεύθυνα για τη διάρροια.
- Ø Καλλιέργεια κοπράνων όταν υπάρχει υποψία μικροβιακού παράγοντα.
- Ø Έλεγχος για κοπρόσταση.
- Ø Αποφυγή αεριούχων ποτών.
- Ø Χορήγηση ελαφριάς διαίτας.
- Ø Αποφυγή στρεσογόνου παράγοντα.
- Ø Συνεργασία με το γιατρό για την αντιμετώπιση ενδεχομένων επιπλοκών, όπως αστάθεια, κακουχία, καρδιακή αρρυθμία.^[37]

11.2.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

Ο στόχος των νοσηλευτικών παρεμβάσεων αποβλέπει στην επαναφορά της φυσιολογικής λειτουργίας του εντέρου με :

- Ø Εξάλειψη της δυσκοιλιότητας.
- Ø Διευθέτηση της κοπροστάσεως με δακτυλική εξέταση ορθού.
- Ø Διευθέτηση της συγχύσεως όπου υπάρχει.
- Ø Διακοπή φαρμάκων που συμβάλλουν στο πρόβλημα.
- Ø Υποκλυσμούς μέχρι το έντερο να καθαρίσει.
- Ø Διδασκαλία του ατόμου για αλλαγή τρόπου ζωής και καθορισμό τακτής ώρας που θα πηγαίνει στην τουαλέτα εφόσον μπορεί.

- Ø Χρησιμοποίηση απορροφητικού υλικού μιας χρήσεως και σχολαστική φροντίδα περινέου.
- Ø Χρησιμοποίηση αποσμητικών συσκευών για την εξουδετέρωση της κακοσμίας.
- Ø Σχολαστική ατομική υγιεινή και προσεκτική φροντίδα του δέρματος, που αποτελεί και την πιο σημαντική νοσηλευτική παρέμβαση, για την πρόληψη των κατακλίσεων και των λοιμώξεων.^[37]

11.2.6 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΓΙΑ ΤΗ ΔΥΣΚΟΙΛΙΟΤΗΤΑ

- Ø Ενθάρρυνση του ηλικιωμένου για αύξηση της φυσικής δραστηριότητας.
- Ø Προτροπή για πρόσληψη επαρκούς ποσότητας υγρών.
- Ø Χορήγηση τροφών με υπόλειμμα.
- Ø Έλεγχος των χορηγούμενων φαρμάκων που προκαλούν δυσκοιλιότητα.
- Ø Διδασκαλία σχετική με την κατάχρηση των υπακτικών.
- Ø Καθιέρωση προγράμματος ασκήσεων.
- Ø Διευθέτηση ψυχολογικών προβλημάτων.^[10,37]

11.2.7. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

- Ø Διδάσκεται ο ηλικιωμένος ή οι συγγενείς του να χορηγούν τροφή σε ποσότητα και ποιότητα ανάλογη με τις ανάγκες του ηλικιωμένου.
- Ø Προσαρμόζονται τα σιτία με την κατάσταση του στόματος και των δοντιών και γενικότερα του πεπτικού συστήματος.

- Ø Δίνεται άνεση στον ηλικιωμένο να πάρει το φαγητό του χωρίς χρονικούς περιορισμούς.
- Ø Οι επιδεινωμένες κινητικές δεξιότητες, π.χ. αρθρίτιδα, διευκολύνονται με ειδικά μαχαιροπήρουνα και άλλα είδη φαγητού τα οποία είναι ειδικά κατασκευασμένα να μην σπάνε εύκολα, να μην μετακινούνται και να είναι εύχρηστα.
- Ø Σε περίπτωση ανορεξίας το φαγητό σερβίρεται κατά τρόπο ελκυστικό, ώστε να τραβήξει την προσοχή του και να του αλλάξει τη διάθεση.
- Ø Ελέγχεται η σχέση της δράσεως των φαρμάκων που παίρνει ο ηλικιωμένος με την πέψη και την απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών.
- Ø Ελέγχεται η θερμοκρασία του φαγητού αν είναι κανονική.
- Ø Λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του ηλικιωμένου, εφόσον δεν είναι αντίθετες με τις ανάγκες του.
- Ø Στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αδυνατεί να τραφεί από το στόμα, η τροφή χορηγείται μέσω καθετήρα σιτίσεως.[37]

11.2.8. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

1) Αγωγή του αρρώστου που βρίσκεται σε κατάσταση σπασμών

Παρέμβαση :

- Ø Προστασία από βλάβη.
- Ø Διατήρηση ανοικτού αεραγωγού με τοποθέτηση του αρρώστου σε πλάγια θέση.
- Ø Η συνείδηση επανέρχεται μέσα σε 2-5 min.
- Ø Επαναπροσανατολισμός του αρρώστου μετά την κρίση.
- Ø Παροχή συγκινησιακής υποστήριξης.

Ø Διαπίστωση και άρση που προκαλεί την κρίση, όπως μη λήψη του φαρμάκου, λοίμωξη.

2) Άριστη νοσηλευτική αγωγή για πρόσληψη και έλεγχο των επιληπτικών κρίσεων.

Παρέμβαση :

Διαγνωστική :

Ø Διενεργείται ακριβής παρατήρηση, λαμβάνεται ιστορικό και γίνεται φυσική εξέταση.

Ø Ηλεκτροκαρδιογράφημα και άλλες εξετάσεις.

Ø Εξηγούνται οι διαγνωστικές εξετάσεις και ο άρρωστος ετοιμάζεται γι' αυτές.

Θεραπευτική :

Ø Παρακολούθηση για αποτελεσματικότητα των αντισπασμωδικών.

Ø Παρακολούθηση για ανεπιθύμητες ενέργειες.

Παροχή συμβουλευτικής και εκπαίδευση αρρώστου, οικογένειας και κοινότητας.

3. Βοήθεια του αρρώστου να καταλάβει τη φύση των επιληπτικών κρίσεων και το ρόλο του στην αγωγή τους.

Παρέμβαση :

Ø Διδασκαλία του αρρώστου πώς να διαχειρίζεται τα φάρμακα.

Ø Επεξήγηση των λόγων που βρίσκονται πίσω από κάθε περιορισμό: κολύμβηση, οδήγηση και χειρισμός βαρίων μηχανημάτων απειλούν τη ζωή του αρρώστου, αν κατά τη διάρκεια τους συμβεί επιληπτική κρίση.^[40]

11.2.9. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟ ΝΤΥΣΙΜΟ

Ø Προσπαθήστε να παρέχεται βοήθεια χωρίς να παίρνετε τον έλεγχο.

- Ø Δώστε στον ασθενή αρκετή ώρα να ντυθεί.
- Ø Περιορίστε την επιλογή σε 2 ρούχα.
- Ø Αφήνετε διακριτικά τα καθαρά ρούχα.
- Ø Εξαφανίστε τα ακατάλληλα ρούχα από την ντουλάπα.
- Ø Να είστε διακριτικοί σε περιπτώσεις ακράτειας ή ανικανότητας του να αλλάξει λερωμένα ρούχα.

Χρήσιμα είναι τα αυτοκόλλητα κουμπώματα, μακριά φερμουάρ, παντοφλέ παπούτσια, στηθόδεσμοι που κουμπώνουν μπροστά, φαρδιά ρούχα με φαρδιά μανίκια.^[38]

11.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΝΟΗΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

11.3.1. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΜΙΑΣ ΚΑΛΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η επικοινωνία με το άτομο με νόσο Alzheimer, δε μπορεί να μπει σε κανόνες. Εξαρτάται από το ίδιο το άτομο και τις δυνατότητές του, καθώς και από το στάδιο της άνοιας. εξαρτάται από τον νοσηλευτή και των συνήθως παραγόντων στο σπίτι.

Οι τρόποι επικοινωνίας επομένως ποικίλουν :

- Ø Να διευκολύνετε τον ασθενή να κάνετε μαζί κάποιες δραστηριότητες.
- Ø Να στρέφεται τη συζήτηση σε κάποια γεγονότα από το παρελθόν ή σε άτομα του παρελθόντος ή και να βλέπεται μαζί παλιές φωτογραφίες.

- Ø Το να επικοινωνείτε με λόγια δεν θα είναι πάντα εφικτό. Η ασθένεια δυσκολεύει τη λεκτική επικοινωνία και πρέπει να μάθετε να καταλαβαίνετε καταστάσεις που εκφράζονται με άλλα μέσα.
- Ø Σε κάθε απόπειρα σας να επικοινωνήσετε, θα πρέπει να βεβαιώνεστε ότι η προσοχή του ατόμου με άνοια είναι στραμμένη σε εσάς. Έτσι προσπαθήστε να κάνετε τα βλέμματα σας να συναντηθούν, να είστε κοντά για να βλέπει τα χείλια σας, τις εκφράσεις σας και τις κινήσεις σας.
- Ø Απότομες και βιαστικές κινήσεις αναστατώνουν το άτομο με άνοια και δυσκολεύουν την επικοινωνία. Μιλάτε ήρεμα, με σύντομες, απλές και σαφείς προτάσεις. Δυνατή φωνή ή απότομο ύφος μπορεί να εκληφθεί σαν κριτική ή μάλωμα.
- Ø Κάντε μια ερώτηση τη φορά. Δώστε πολύ χρόνο για την απάντηση. Μπορεί να χρειαστεί να επαναλάβετε τις ερωτήσεις.
- Ø Να απευθύνεστε στο άτομο με άνοια με ευγένεια, με το όνομά του, όχι σαν να μιλάτε σε παιδάκι, ούτε αγενώς, επειδή θεωρείτε ότι δεν καταλαβαίνει.
- Ø Ακούτε προσεκτικά και υπομονετικά την απάντηση. Βοηθήστε να βρει τις λέξεις. Μαντέψτε τι θέλει να πει και προτείνετε το ως απάντηση, αλλά περιμένετε την επιβεβαίωση. Βοηθείστε με κινήσεις των χεριών και του σώματος. Διακριτικά, ώστε να μην νιώσει μειωμένος.
- Ø Το χιούμορ είναι ιδιαίτερα βοηθητικό και για τα άτομα με άνοια. Το να του κρατάτε το χέρι, να είστε δίπλα του δείχνοντας ότι τον θέλετε, διευκολύνει την επαφή.^[34,37,26]

11.3.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΛΗΠΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

- Ø Λεπτή, φιλική και ήρεμη προσέγγιση του αρρώστου. Οι άρρωστοι με άνοια τύπου Alzheimer συνήθως αντανακλούν το συναίσθημα των γύρω τους. Ένα εκνευρισμένο και βιαστικό πλησίασμα κάνει τον άρρωστο αγχώδη και αντιδραστικό. Ένα ευγενικό και ήρεμο, τον ανακουφίζει.
- Ø Ο νοσηλευτής πρέπει να λέει ποίος 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.
- Ø Καθαρή και χαμηλόφωνη ομιλία προς τον άρρωστο. Οι υψηλοί τόνοι φωνής δημιουργούν άγχος και ένταση σ'αυτούς τους αρρώστους.
- Ø Κλείσιμο του ραδιοφώνου και της τηλεόρασης όταν ο νοσηλευτής μιλά στον άρρωστο. Η επιφόρτιση με ερεθίσματα του προκαλούν σύγχυση.
- Ø Μια ερώτηση ή μια φράση πρέπει να λέγεται κάθε φορά με συντομία και απλές λέξεις, για ελάττωση της σύγχυσης, βελτίωση της συγκέντρωσης και αύξηση της διάρκειας της προσοχής.
- Ø 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 δυνατό να

χρησιμοποιούνται ερωτήσεις που ζητούν απαντήσεις, ναι ή όχι και αποφυγή ερωτήσεων που απαιτούν επιλογές ή λήψη κάποιας απόφασης.

- Ø Υπομονετική αναμονή αν δεν απαντήσει ο άρρωστος και επανάληψη της ίδιας ερώτησης. Γι' αυτούς τους αρρώστους παίρνει χρόνο η επεξεργασία μιας πληροφορίας. Υποδιαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά. Π.χ. «εδώ είναι τα γυαλιά σας» (παύση)- «πάρτε τα γυαλιά σας απ' τη θήκη»(παύση)- «βάλτε τα γυαλιά σας».
- Ø Με τη λεκτική επικοινωνία ταυτόχρονη επίδειξη των κατάλληλων αντικειμένων ή εικόνων για ενίσχυση της κατανόησης των λεγομένων.
- Ø Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο. Διατήρηση του φωτισμού και κατά τη διάρκεια της νύχτας. Παροχή απαλής μουσικής.
- Ø Στενή παρατήρηση του αρρώστου για κινήσεις που δείχνουν ότι πονά ή αισθάνεται δυσφορία, εφόσον δεν είναι ικανός να εκφράσει λεκτικά σκέψεις και συναισθήματα.
- Ø 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 οι γνωστικές λειτουργίες.
- Ø 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.

- Ø 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.α.
- Ø Αποφυγή λογομαχίας και αμφισβήτηση της πραγματικότητας των παραπόνων του ή των μυθοπλαστικών διηγήσεών του. Μπορεί να εκφραστούν κάποιες διορθώσεις με πολλή ευγένεια και διάκριση και να αποσπασθεί η προσοχή του αρρώστου σε κάτι άλλο. Σκοπός η ελάττωση του άγχους και η πρόληψη διέγερσης ή επιθετικότητας.
- Ø 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 βοηθάει τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση.
- Ø 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. Π.χ. διδάσκονται πώς να οργανώσουν αναμνηστικές ασκήσεις, πώς να διατηρούν σταθερό το περιβάλλον και τη ρουτίνα της ημέρας και πώς να δείχνουν υπομονή και κατανόηση.[32]

11.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΟ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

11.4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

- Ø Παραμείνετε ήρεμοι και με αυτοκυριαρχία.
- Ø Προσπαθήστε να αποσπάσετε τον ασθενή.
- Ø Αποφύγετε να τον αντιμετωπίσετε ή προσπαθήστε να τον συγκρατήσετε.
- Ø Φροντίστε για τη δική σας ασφάλεια.(αφήνετε πάντα στον εαυτό σας μια έξοδο κινδύνου.
- Ø Βρείτε κάποιον εκπαιδευμένο να σας διδάξει πως να αποφύγετε ένα δυνατό κράτημα.
- Ø Μιλήστε για το τι συνέβη και για τα συναισθήματα σας με κάποιον που εμπιστεύεστε.
- Ø Προσπαθήστε να βρείτε την αιτία που προκάλεσε αυτή την κατάσταση, ώστε να την εμποδίσετε να συμβεί πάλι στο μέλλον.^[38]

11.4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΑΘΕΙΑΣ

- Ø Μην αναγκάζετε το άτομο με άνοια να κάνει κάτι χωρίς τη θέληση του.
- Ø Ενθαρρύνετε δραστηριότητες στις οποίες τα καταφέρνουν και οι οποίες ασκούν το μυαλό και το σώμα.
- Ø Ενθαρρύνετε τον να κάνει κάτι στο οποίο τα καταφέρνει.
- Ø Συγχαρείτε το γι' αυτό που κατόρθωσε.
- Ø Αφήστε τον να σταματήσει μόλις κουραστεί ή το θελήσει.

- Ø Προσπαθήστε να κινήσετε το ενδιαφέρον του.(ευχάριστες δραστηριότητες, περίπατοι, μουσική κ.α.). [38]

11.4.3 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΓΧΟΥΣ

- Ø Καθησυχάστε το άτομο και προσπαθήστε να έχετε σωματική επαφή.
- Ø Ανταποκριθείτε στα εκφραζόμενα αισθήματα του.
- Ø Εάν είναι δυνατό, προσπαθήστε να του αποσπάσετε την προσοχή, απομακρύνετε την αιτία του άγχους.
- Ø Εάν το πρόβλημα είναι πάρα πολύ έντονο, συμβουλευτείτε τον γιατρό.
- Ø Προσπαθήστε να διατηρήσετε ένα σταθερό περιβάλλον και δημιουργήστε συνθήκες ρουτίνας.
- Ø Προσπαθήστε να περιορίσετε πιθανές πηγές άγχους.
- Ø Προσπαθήστε να έχετε καλή διάθεση.[38]

11.4.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΤΙΣ ΨΕΥΔΑΙΣΘΗΣΕΙΣ

- Ø 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 αποθαρρύνεται 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 παρόλα αυτά, καταλαβαίνετε πως θα πρέπει να νιώθει.

- Ø 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.
- Ø Μην χρησιμοποιείτε φυσικούς περιορισμούς, διότι δεν είναι ξεκάθαρο πως θα ερμηνευθεί αυτό.
- Ø Μην αμφισβητείτε αμέσως τα «πιστεύω» του, σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι σωστά.
- Ø Συμβουλευτείτε 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.
- Ø Προσπαθήστε να ανακαλύψετε την αιτία και να αλλάξετε 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 να δημιουργήσουν την αίσθηση ενός αγνώστου περιβάλλοντος.[38,41]

11.4.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΑ ΑΝΑΡΜΟΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

- Ø Προσπαθήστε να μην δείξετε ότι σοκαριστήκατε ή ενοχληθήκατε, καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε μια υπερβολική αντίδραση από την πλευρά του ασθενούς.
- Ø Αν το άτομο αυνανίζεται, προσπαθήστε να το πείσετε να κάνει κάτι άλλο, δώστε του κάτι άλλο να ασχοληθεί, αποσπάστε την προσοχή του πάρτε το μακριά από δημόσιους χώρους ή άλλους ανθρώπους.

- Ø 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.
- Ø 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 προσπάθειά του 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 να προσπαθεί να δροσιστεί. Η φαγούρα μπορεί να οφείλεται σε μια λοίμωξη του ουροποιητικού ή στο ότι κάποιο ρούχο είναι άβολο. Η στενή επαφή, μπορεί να αντανακλά την ανάγκη για ασφάλεια, ζεστασιά ή ανθρώπινη επαφή.^[38,39,41]



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12⁰

12.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

12.1.1 ΠΡΩΤΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Στις 28/06/2009 εισήχθη στο νοσοκομείο "ΠΠΓΝ" ο κύριος Δ.Σ., 79 ετών.

Πρόκειται για ασθενή με ιστορικό καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας, ο οποίος προσήλθε στο νοσοκομείο λόγω αναιμίας, χωρίς άλλα συνωδά 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 μέλαινα.

Αντικειμενικά ευρήματα:

Α.Π. :120/60mmHg

Σ.Φ. :85/min

Θερμ.36,4

Αν. : 19/min

Εργαστηριακά ευρήματα:

Ht: 21, 4 gr%

Hb: 9 gr%

Λευκά : 9.300 κ.ε. αίματος

T.K.E. :42

Ουρία :49 md/dl

Σάκχαρο: 98 md/dl

K: 3,9 mEq/lit.

Na: 135 mEq/lit.

Ερυθρά: 2.500.000 κ.ε. αίματος

Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με μεταγγίσεις συμπυκνωμένων ερυθρών και ενδοφλέβια χορήγηση σιδήρου (σιδηρούχος δεξτρόνη).

Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του παρέμεινε απύρετος, αιμοδυναμικά σταθερός, χωρίς να εμφανίσει πρόβλημα από το καρδιοαναπνευστικό.

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

- . Turb. Dracanyl 2 εισπνοές X 4
- . Inh. Atrovent 0,5 ml X3
- . ΠS Pancoran IXI
- . Tabl. Tildiem 60 mg. IX2
- . 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 νοσηλευτικής 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.	<p>Συχνή λήψη και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης.</p> <p>Χορήγηση αντιπερτασικών φαρμάκων.</p> <p>Χορήγηση ελαφριάς διαίτας.</p>	<p>Γίνεται τρίωρη λήψη και καταγραφή της αρτηριακής πίεσης.</p> <p>Χορηγήθηκε 1/5 Catapresan μετά από ιατρική εντολή. Το Catapresan εξαιτίας της αγγειοδιαστολής που προκαλεί, επιφέρει πτώση της αρτηριακής πίεσης.</p>	<p>1/5 ώρα μετά την χορήγηση Catapresan, η αρτηριακή πίεση έπεσε (130/70mmHg).</p> <p>Συνεχίζεται η παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης.</p>

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Δύσπνοια	Απαλλαγή του ασθενούς από δύσπνοια.	<p>Τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.</p> <p>Χορήγηση O₂</p> <p>Διατήρηση της θρέψης και ενυδάτωσης και φυσιολογικής κένωσης του εντέρου.</p> <p>Καλός αερισμός του θαλάμου.</p>	<p>Έγινε τοποθέτηση του ασθενούς σε ανάρροπη θέση.</p> <p>Χορηγήθηκε O₂ με ρινικό καθετήρα.</p> <p>Γίνεται παρακολούθηση των αερίων αίματος και των ηλεκτρολυτών του ορού για την έγκαιρη διάγνωση μεταβολών στην οξεοβασική ισορροπία.</p> <p>Εξασφαλίστηκε δροσερός αέρας στο θάλαμο του ασθενούς με συχνό αερισμό αυτού.</p>	<p>Παρατηρήθηκε βελτίωση της αναπνευστικής λειτουργίας.</p> <p>Συνεχίζεται η χορήγηση O₂</p>

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Απουσία κένωσης.	Λήψη μέτρων για κένωση εντέρου.	Χορήγηση υγρών.	Χορηγούνται στον ασθενή άφθονα υγρά από το στόμα και παρεντερικά. Δίνεται στον ασθενή τροφή με υπόλειμμα (δημητριακά, γάλα, γιαούρτι και άλλα).	Οι προσπάθειες δεν απέδωσαν ο ασθενής δεν είχε κένωση και χορηγήθηκαν υπακτικά μετά από ιατρική εντολή (1sup. γλυκερίνης 1X1).
Κίνδυνος δημιουργίας κατακλίσεων, λόγω ακινησίας.	Λήψη μέτρων για την πρόληψη του κινδύνου αυτού.	Συχνή αλλαγή θέσεως. Διατήρηση στεγνού και καθαρού δέρματος.	Αλλάζεται θέση του ασθενούς κάθε δυο ώρες, για την αποφυγή παρατεταμένης πίεσης. Γίνεται καθημερινή Περιποίηση δέρματος στις ευαίσθητες περιοχές (πτέρνες, αγκώνες, ωμοπλάτες, ινίο, κεφαλή, κόκκυγας). Οι περιοχές αυτές σαπουνίζονται με χλιαρό νερό και μαλακό σαπούνι.	Στεγνώνετε 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. Ο ασθενής δεν εμφανίζει κατάκλιση κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο.

12.1.2 ΔΕΥΤΕΡΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Στις 06/07/2009 κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του στο νοσοκομείο "ΠΠΓΝ", ο κύριος Κ.Μ., 65 ετών συνταξιούχος, παρουσίασε αφασικές διαταραχές. Διεγνώσθη αγγειακό επεισόδιο.

Πρέπει να σημειωθεί ότι ο ασθενής πριν το επεισόδιο, ήταν περιπατητικός χωρίς κανένα πρόβλημα. Επιπλέον πριν 1 χρόνο έκανε εγχείρηση για αιμάτωμα στο κεφάλι.

Έλεγχος κατά διαστήματα :

Πνεύμονες: δύσπνοια.

Κοιλία: κοιλιακά αντανακλαστικά ελαττωμένα δεξιά.

Ορθόν: μυϊκός τόνος ελαττωμένος δεξιά.

Άκρα: δεξιά ημιπάρεση άνω και κάτω άκρου. Ανακλαστικά δεξιά νωθρά και αριστερά κατά φύση.

Νευρικό: αφασία εκπομπής ενώ δεν παρατηρείται σημαντική αφασία αντίληψης. Δεν παρατηρείται αυχενική δυσκαμψία.

Οφθαλμοί: μυδρίαση οφθαλμού με σύνδρομο καταρράχτη και καταργημένο αντανακλαστικό φωτός.

Στόμα: πάρεση δεξιού κατώτερου προσωπικού νεύρου.

Καρδιά: αρρυθμία.

Εργαστηριακές εξετάσεις :

Ερυθρά: 4.670.000 κ.ε. αίματος

Αιματοκρίτης: 41,8 gr%

Αιμοσφαιρίνη: 14,5 gr%

Λευκά: 7.400 κ.ε. αίματος

Σάκχαρο: 119 mg/dl

Ουρία: 45 mg/dl

Διάγνωση: Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Σκληρυντική καρδιοπάθεια. Πνευμονοπάθεια.

Πορεία νόσου: Η κατάσταση του ασθενούς είναι βαρεία.

Δεν έχει κένωση από την ημέρα της εισαγωγής του.

Τρέφεται με πολτώδεις τροφές.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Οιδήματα κάτω άκρων.	Υποχώρηση των οιδημάτων.	Ανύψωση των κάτω άκρων. Εφαρμογή άναλου διαίτας. Μέτρηση προσλαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών. Καθημερινό ζύγισμα. Ενημέρωση του ασθενούς να μην παίρνει πολλά υγρά. Συγκριτική μέτρηση των οιδημάτων και άκρων με μεζούρα.	Τοποθέτηση μαξιλαριών κάτω από τα πόδια του ασθενούς ώστε να είναι ελαφρώς ανασηκωμένα. Ο ασθενής ξεκίνησε άναλο δίαιτα (το αλάτι ευνοεί την κατακράτηση υγρών). Μετριοούνται και καταγράφονται καθημερινά τα αποβαλλόμενα και προσλαμβανόμενα υγρά. Ο ασθενής παίρνει από το στόμα 1000cc υγρά σε καθημερινή βάση.	Τα οιδήματα άρχισαν να υποχωρούν από την τέταρτη ημέρα της νοσηλείας του. Ο ασθενής μετά την εφαρμογή της άναλου διαίτας, είχε 1500cc ούρα. Την Πέμπτη ημέρα της νοσηλείας του, ο ασθενής ζύγιζε λιγότερα κιλά. Το βάρος του διατηρείται από την ημέρα αυτή και μετά σταθερό.

Προβλήματα ή ανάγκες που διατυπώθηκαν	Αντικειμενικός σκοπός νοσηλευτικής φροντίδας	Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	Εφαρμογή νοσηλευτικής φροντίδας	Εκτίμηση αποτελεσμάτων
Καταβολή δυνάμεων.	Σωματική τοποθέτηση του ασθενούς, ανάκτηση των δυνάμεων.	Ενημέρωση των συγγενικών προσώπων να μην επισκέπτονται όλοι μαζί. Ενθάρρυνση του ασθενούς να κοιμάται αρκετά. Εφαρμογή δίαιτας πλούσιας σε πρωτεΐνες.	Έγινε η ενημέρωση των συγγενών να μην επισκέπτονται όλοι μαζί για την αποφυγή κόπωσης. Ενθαρρύνθηκε ο ασθενής να κοιμάται όσο πιο πολύ μπορεί.	Σταδιακή ανάκτηση των δυνάμεων του ασθενούς.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Καπάκη Ε. & Παρασκευάς Γ.Π. «Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της νόσου Alzheimer & άλλων ανοϊκών διαταραχών», εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2003.
2. www.iatronet.gr «Νέτα Σοφία» 28/06/09.
3. Τσολάκη Μ. & Καζής Α. «Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση» Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2005.
4. Λογοθέτη Ι. & Μυλωνά Ι «Νευρολογία Λογοθέτη» Εκδόσεις University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2004.
5. Marsder C & Fawler T. «Κλινική Νευρολογία» Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 2001.
6. Martin K. & Greil K. «Ασθενής Μνήμη και Άνοια», Εκδόσεις Λαμπράκη, Αθήνα 2000.
7. Τσολάκη Μ. & συν. «Ζώντας με την νόσο Alzheimer, Πρακτικός οδηγός για τους περιθάλποντες ασθενείς με νόσο Alzheimer», Εκδόσεις Novartis Hellas, Θεσσαλονίκη 2000
8. Brodaty H. «Η Νόσος Alzheimer στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Εκδόσεις Βαγιονάκη, Αθήνα 2003
9. www.central@klimaka.org.gr 18/07/09
10. Πλατή Χ. «Γεροντολογική Νοσηλευτική», Εκδόσεις Παπανικολάου, Αθήνα 2004.
11. Needham J. «Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα», Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999.
12. Μεντενόπουλος Γ. «Η Διάγνωση της Νόσου του Alzheimer», Εκδόσεις Studio Press, Αθήνα 2004.
13. Folstein M.F et al «Κλίμακα Mini Mental», Εκδόσεις Novartis, Θεσσαλονίκη 2007.

14. Παζοροπούλου Α. «Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας», Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα 2000
15. www.Bafree.net 29/06/2009.
16. www.ygeia.pblogs.gr «Νεότερα φάρμακα για την νόσο Alzheimer», 8/11/2008.
17. www.eleutherotipia.gr , 23/06/2009.
18. www.express.gr « Παρασκευή Σακκά» 8/07/2009.
19. Brodaty H. «Η Νόσος Alzheimer στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη», Εκδόσεις Βαγιονάκη, Αθήνα 2003
20. www.medlook.gr 25/07/09
21. www.teiath.gr 25/07/09
22. Γιανναράκης Δ. «Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών διαταραχών», εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2003
23. www.isk.gr 26/07/09
24. Μεντελόπουλος Γ. «Η Διάγνωση της νόσου του Alzheimer» εκδόσεις University studio press, Αθήνα 2004
25. Lovestou S. «Πρώιμη διάγνωση και θεραπεία της νόσου Alzheimer», εκδόσεις Βαλιονάκη, Αθήνα 2002
26. www.careflush.gr «Φροντίδα ασθενή με Alzheimer»
27. www.domi.gr 26/07/09
28. Στεφανοπούλου Μ. «Πτυχιακή εργασία», 2002
29. Ζυγούρα Α. «Πτυχιακή εργασία», 2003
30. Χριστοδούλου Γ. «Η Τρίτη ηλικία», εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2003
31. Γιαννάκη Ε. «Πτυχιακή εργασία», 2004
32. Ραγιά Α. «Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας , Ψυχιατρική Νοσηλευτική», εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2004
33. Lemperiere T.- Feline A. «Εγχειρίδιο Ψυχιατρικής Ενηλίκων», Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα 2001

34. Μούγιας Α. «Οδηγός για τη νόσο Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας», εκδόσεις Mendor, Αθήνα 2003
35. Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία «Νόσος Alzheimer και άλλες μορφές άνοιας», Αθήνα 2002
36. Europe Α. «Ζώντας με την νόσο Alzheimer», εκδόσεις Mendor, Αθήνα 2001
37. www.alzheimer «disease and nursing care», 20/07/09
38. Τσολάκη Μ. «Ζώντας με την νόσο Alzheimer», εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2003
39. Αθανασάτου Ε. «Κλινική Νοσηλευτική, Βασικές και Ειδικές Νοσηλείες», εκδόσεις ΙΑ, Αθήνα 2005
40. Σαχίνη Α. «Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική», εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2006
41. www.gewishhome.org/script.asp 28/7/09