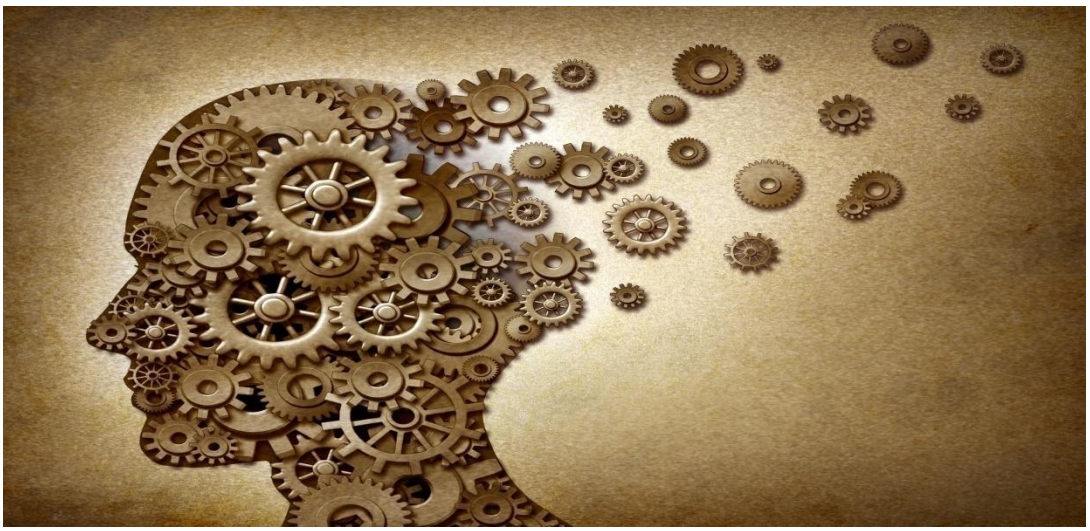
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

«ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΤΕΙ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER»



ΕΠΟΠΤΡΙΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Παχούμη Δέσποινα

ΟΜΑΔΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

Ζωγραφάκη Αικατερίνη

Καραγιάνη Εντέλα

Καραγιάννη Ελένη

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2018

“Βαθύ, βαθύ το δάσος της

γεροντικής ερήμωσης.”

Γιάννης Ρίτσος

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περιεχόμενα	**Σελίδα 2**
Πρόλογος	**Σελίδα 4**
Εισαγωγή	**Σελίδα 5**
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^{ο} Η τρίτη ηλικία	
1.1 Το γήρας	**Σελίδα 7**
1.2 Γεροντολογία και Γηριατρική	**Σελίδα 7**
1.3 Παγκόσμιες Δημογραφικές Εξελίξεις	**Σελίδα 8**
1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία της γήρανσης	**Σελίδα 9**
1.5 Μεταβολές που επέρχονται σε άτομα της τρίτης ηλικίας	**Σελίδα 9**
1.6 Κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων	**Σελίδα 11**
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^{ο} Παθολογία της νόσου Alzheimer	
2.1 Ορισμός άνοιας τύπου Alzheimer	**Σελίδα 14**
2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία	**Σελίδα 14**
2.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες	**Σελίδα 15**
2.4 Παθολογοανατομία και παθοφυσιολογία	**Σελίδα 18**
2.5 Συμπτώματα και κλινική εικόνα	**Σελίδα 21**
2.6 Διάγνωση	**Σελίδα 24**
2.7 Διαφορική διάγνωση	**Σελίδα 26**
2.8 Εργαστηριακός έλεγχος	**Σελίδα 27**
2.9 Πρόγνωση	**Σελίδα 29**
2.10 Πρόληψη	**Σελίδα 30**
2.11 Θεραπεία	**Σελίδα 31**
2.11.1 Συντηρητική	**Σελίδα 31**
2.11.2 Φαρμακευτική	**Σελίδα 38**
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^{ο} Νοσηλευτική παρέμβαση	
3.1 Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου	**Σελίδα 44**
3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση	**Σελίδα 46**
3.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία	**Σελίδα 49**
3.4 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση	**Σελίδα 51**
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^{ο} Ερευνητικό μέρος	
4.1 Εισαγωγή	**Σελίδα 55**
4.2 Ερευνητικά εργαλεία	**Σελίδα 55**
4.3 Διαδικασία χορήγησης ερωτηματολογίου	**Σελίδα 57**
4.4 Δείγμα	**Σελίδα 57**

4.5 Υποθέσεις εργασίας **Σελίδα 57**
4.6 Αποτελέσματα **Σελίδα 58**
4.7 Συμπέρασμα **Σελίδα 74**
4.8 Συζήτηση **Σελίδα 75**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ **Σελίδα 80**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ **Σελίδα 90**

Πρόλογος

Με την ραγδαία βελτίωση του βιωτικού επιπέδου του ανθρώπου, και την επακόλουθη αύξηση του μέσου όρου ζωής, άρχισαν να κάνουν την εμφάνιση τους ,ασθένειες που παλαιότερα ήταν σπάνιες και να επηρεάζουν δυνητικά την ζωή όλων μας .
Η νόσος του Alzheimer ,αποτελεί πια μία πραγματικότητα που επηρεάζει ολοένα και περισσότερους ανθρώπους , μεγάλης αλλά και νεότερης πλέον ηλικίας. Η νόσος αυτή παρουσιάζει ολοένα και περισσότερους προβληματισμούς από κοινωνικοοικονομικής πλευράς , εξαιτίας της αύξησης των ποσοστών της άνοιας.
Καθώς μεταβάλλεται ανοδικά ο αριθμός των περιστατικών για την νόσο αυτή η κοινωνία θα χρειαστεί να δημιουργήσει τις προυποθέσεις για τις νέες ανάγκες που θα εμφανιστούν.
Είναι πλέον ξεκάθαρη σε όλους η διαφορά των συμπτωμάτων της νόσου του Alzheimer από τα σημάδια του γήρατος, όπως είναι ξεκάθαρη και η ανάγκη για έγκαιρη πρόληψη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκαλούνται από την εμφάνιση της νόσου.
Για την εξασφάλιση της καθημερινής ποιότητας ζωής του ανθρώπου που ζει με την νόσο Alzheimer και όχι μόνο απαιτούνται επίμονες και ψυχοφθόρες προσπάθειες σε ατομικό επίπεδο , καθώς και δέσμευση πόρων , είτε αυτοί είναι η αποκλειστική ενασχόληση επιστημονικού προσωπικού είτε αυτοί είναι οικονομικοί. Οι πόροι αυτοί επιβαρύνουν υπέρμετρα κάθε σύστημα υγείας αλλά πρέπει να ληφθούν υπόψη των γενικών παραγόντων για την ήρεμη και ορθή ποιότητα ζωής.
Έτσι γίνεται αντιληπτό στον καθένα ο αγώνας που δίδεται από την επιστήμη, για την εξαφάνιση της νόσου του Alzheimer που αποτελεί εν μέρει έναν τρομακτικό εκφυλισμό της ανθρώπινης ύπαρξης μας. Η αναζήτηση του "ξανανιώματος" ήταν πάντα στο προσκήνιο των επιθυμιών του ανθρώπου αλλά και των επιδιώξεων της επιστήμης. Η σύγχρονη ιατρική δοκιμάζει και πάλι τις δυνάμεις της. Μόνο που σήμερα οφείλει να θέτει κάπως διαφορετικά τον στόχο της , να σκέπτεται δηλαδή με τον τρόπο που ο καθηγητής γηριατρικής στο Παρίσι Robert Moulias, «διορθώνει» το παλιό σύνθημα, «προσθέστε ζωή στα χρόνια όχι χρόνια στη ζωή» . Στη θέση του εκείνος λέει: «κάθε φορά που προσθέτουμε ποιότητα ζωής στα χρόνια , προσθέτουμε χρόνια στη ζωή».

Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες με τη βοήθεια προηγμένων τεχνικών απεικόνισης του εγκεφάλου δημιουργήθηκε ειδικός κλάδος μελέτης των χαρακτηριστικών και των διαταραχών μνήμης. Η μνήμη είναι διεργασία στην οποία εμπλέκεται το σύνολο σχεδόν του ανθρωπίνου εγκεφάλου. Η λειτουργική οργάνωση της μνήμης περιλαμβάνει κατά σειρά διαδικασίες:

- Επιλογής
- κωδικοποίησης
- αποθήκευσης
- απόσβεσης
- επανεύρεσης
- ανάκλησης της πληροφορίας

Ο όρος άνοια αναφέρεται σε ένα εύρος συμπτωμάτων που παρουσιάζουν συνήθως άτομα με νοσήματα του εγκεφάλου, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την καταστροφή και την απώλεια εγκεφαλικών κυττάρων. Η απώλεια των κυττάρων είναι μια φυσιολογική διαδικασία αλλά στα νοσήματα που οδηγούν σε άνοια αυτό εμφανίζεται με ταχύτερο ρυθμό και οδηγεί στο να μη λειτουργεί ο εγκέφαλος του ατόμου με φυσιολογικό τρόπο.

Ως βιολογικό φαινόμενο η μνήμη υφίσταται την επίπτωση του γήρατος. Ο ανθρώπινος εγκέφαλος φτάνει στο μέγιστο μέγεθός του κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή και μικραίνει προοδευτικά έκτοτε. Αυτή η προοδευτική ελάττωση του μεγέθους, πιθανώς αντανακλά την απώλεια νευρωνικών κυκλωμάτων του μυαλού που γερνά. Η διεργασία αυτή εξηγεί την έκπτωση της μνημονικής λειτουργίας στους ηλικιωμένους. Σήμερα, οι ειδικοί πιστεύουν ότι μεγαλώνοντας, η ικανότητά μας να μαθαίνουμε καινούργιες πληροφορίες και να τις ανακαλούμε αργότερα κατά βούληση μειώνεται σταδιακά.

Σε αυτή την εργασία γίνεται μια προσπάθεια να αποτυπωθούν και να αναφερθούν περιεκτικά κάποια βασικά στοιχεία που αφορούν την νόσο Alzheimer, καθώς και τα βήματα που ακολουθούνται σήμερα όσον αφορά την αντιμετώπισή της. Η νόσος Alzheimer αποτελεί μια χρόνια εκφυλιστική νόσο και παρά την παγκόσμια ερευνητική προσπάθεια που γίνεται η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη. Οι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνισή της είναι ποικίλοι, όπως γενετικοί παράγοντες. Τα κυριότερα συμπτώματα είναι νευροψυχιατρικά και συμπεριφορικά. Μέχρι τώρα δεν υπάρχει θεραπεία για τη νόσο. Παρόλα αυτά υπάρχουν φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές μέθοδοι που επιβραδύνουν την εξέλιξή της.

Κεφάλαιο 1ο

1.1 Το γήρας.

Ο άνθρωπος γεννιέται, διανύει τη βρεφική και την παιδική ηλικία, φτάνει στην ωριμότητα για να καταλήξει προοδευτικά στη φάση του γήρατος. Είναι συχνά δύσκολο να δώσει κάποιος έναν επιστημονικό ορισμό της γήρανσης και του γήρατος, καθώς η γήρανση συνδέεται με σειρά μεταβολών στα άτομα, οι οποίες είναι συνάρτηση της παρέλευσης του χρόνου και εκδηλώνονται τόσο σε βιολογικό επίπεδο, επίπεδο συμπεριφοράς, τρόπου ζωής και κοινωνικών ρόλων. Η γήρανση χαρακτηρίζεται σαν μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου.
Είναι γνωστό ότι το βιολογικό γήρας είναι μια κατάσταση εξατομικευμένη, η οποία δεν επέρχεται αιφνιδιαστικά και απότομα τη στιγμή που συμπληρώνεται μια προκαθορισμένη χρονολογική ηλικία.
Η « Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος» που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του « Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών» υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Σήμερα έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως ΄΄γηριατρικός΄΄. Οι ηλικιωμένοι συχνά υποδιαιρούνται σε επιμέρους ηλικιακές ομάδες όπου την ομάδα της τρίτης ηλικίας αποτελούν τα άτομα ηλικίας 65 μέχρι 75 ετών και για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας άνω των 80 ετών, χρησιμοποιείται συχνά ο όρος τέταρτη ηλικία.
Μετά την ώριμη και δραστήρια, επαγγελματικά και οικογενειακά, ηλικία το άτομο διέρχεται από μια περίοδο πολλαπλών μεταβολών, είτε βαθμιαία είτε απότομα. Όπως προαναφέρθηκε, μπορεί το όριο της εισόδου στην τρίτη ηλικία να είναι καθορισμένο αυθαίρετα και συμβατικά στα 65 χρόνια, όμως το πότε ο καθένας αισθάνεται ή δέχεται ότι είναι ΄΄ηλικιωμένος΄΄ ή ΄΄υπερήλικας΄΄ εξαρτάται από διάφορους παράγοντες.
Τα πορίσματα μιας έρευνας του Age Concern, δείχνουν ότι όσο μεγαλύτερο σε ηλικία είναι το άτομο, τόσο αργότερα θεωρεί ότι ξεκινά η περίοδος του ΄΄γήρατος΄΄. Κατά μέσο όρο, τα άτομα μεταξύ 16 και 24 ετών πιστεύουν ότι η γήρανση αρχίζει στο 63^{ο} έτος, ενώ όσοι είναι άνω των 75 ετών θεωρούν ότι αρχίζει από το 76^{ο} έτος και έπειτα. Άξιο αναφοράς είναι το γεγονός ότι στη συγκεκριμένη έρευνα, στο ερώτημα πότε αρχίζει η γήρανση οι νεώτεροι φαίνεται να απαντούν ευκολότερα σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους. (Mark . et all. 2007)

1.2 Γεροντολογία και Γηριατρική

Τα προβλήματα του γήρατος αποτελούν αντικείμενο μελέτης πολλών επιστημονικών κλάδων όπως η Βιολογία, η Φυσιολογία, η Ιατρική, η Κοινωνιολογία, η Ψυχολογία, η Δημογραφία, η Κοινωνική Πολιτική, η Νομική κ.α. Τα τελευταία 70 περίπου χρόνια άρχισε να αναπτύσσεται ένας νέος κλάδος γνώσεων και ερευνών στον τομέα του γήρατος, **η Γεροντολογία**, η οποία είναι η επιστήμη του γήρατος υπό την κοινωνικοοικονομική έννοια. (Mark . 2005)

Εξαιτίας της πολυσύνθετης μορφής των προβλημάτων του γήρατος, η Γεροντολογία στηρίζεται στα πορίσματα και τη συνεργασία όλων των παραπάνω επιστημών.

Η Γεροντολογία αποδίδοντας ιδιαίτερη σημασία στις κοινωνικές ανάγκες της φυσιολογικής κυρίως γεροντικής ηλικίας, αναζητά τρόπους καλύτερης αντιμετώπισης αυτών με σκοπό την προαγωγή και διατήρηση ενός ΄΄φυσιολογικού΄΄ και ευτυχισμένου γήρατος για όσο το δυνατόν μακρύτερο χρόνο.

Η **Γηριατρική** η οποία προήλθε από τη Γεροντολογία και την Ιατρική, ασχολείται με την παθολογία της τρίτης ηλικίας και ειδικότερα με τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων από κάθε πλευρά. Είναι δηλαδή η αμιγώς ιατρική επιστήμη του γήρατος που ασχολείται με τα βιολογικά, κλινικά, εργαστηριακά και θεραπευτικά προβλήματα των ηλικιωμένων.

Και οι δύο αυτές επιστήμες επιδιώκουν από κοινού να παρέχουν στον άνθρωπο τη δυνατότητα καλής υγείας και γαλήνης στο τελευταίο στάδιο της ζωής του. (Mark . 2005)

1.3 Παγκόσμιες Δημογραφικές εξελίξεις

Η υπογεννητικότητα, η μείωση της θνησιμότητας και η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής είναι παράγοντες που έχουν συμβάλλει στην αύξηση του γηραιού πληθυσμού.

Κατά την διάρκεια του 20ου αιώνα σχεδόν σε όλες τις χώρες του κόσμου είχε διαπιστωθεί μια σταθερή αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων αλλά κυρίως των υπερήλικων με αποτέλεσμα την προετοιμασία των κοινωνιών για την αντιμετώπιση του φαινομένου της γήρανσης.

Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών καταγράφει στην 2η Παγκόσμια Σύνοδο για το Γήρας στη Μαδρίτη ότι μέχρι το 2050 οι ηλικιωμένοι θα ξεπεράσουν σε αριθμό τα παιδιά για πρώτη φορά στην ιστορία του ανθρώπινου γένους. Εκτιμάται ότι το 2050 το 19% των ανθρώπων θα είναι ηλικίας άνω των 80 ετών. Από τα Ηνωμένα Έθνη οι ίδιες οι χώρες χαρακτηρίζονται ως «νέες», «ώριμες» ή «ηλικιωμένες» ανάλογα με το ποσοστό πληθυσμού άνω των 65 ετών που περιέχουν. Έτσι, «ηλικιωμένη» χαρακτηρίζεται μια χώρα όταν το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών ξεπερνά το 7% του συνολικού πληθυσμού.

Στην Ελλάδα ο πληθυσμός των ατόμων άνω των 65 ετών εκτιμάται ότι αποτελεί το 18% του γενικού πληθυσμού. Η αύξηση του πληθυσμού της Ελλάδας των τελευταίων ετών (περίπου 75.000 άτομα/ έτος) αντιστοιχεί κατά το 43% σε άτομα άνω των 65 ετών (στοιχεία ΕΣΥΕ). Τα άτομα άνω των 80 ετών που ζουν σήμερα στην Ελλάδα είναι περίπου 400.000. Στην Ελλάδα αναμένεται ότι οι ηλικιακές ομάδες άνω των 65 ετών θα έχουν ξεπεράσει το ¼ του συνολικού πληθυσμού της χώρας το έτος 2020. Όπως σε όλες τις χώρες έτσι και στην Ελλάδα, οι γυναίκες υπερέχουν στην προσδοκώμενη διάρκεια ζωής η οποία είναι τα 81,1 χρόνια σε σύγκριση με των ανδρών που είναι τα 75,8 χρόνια. (Mark . 2005, Nies & McEwen 2013).

1.4 Παράγοντες που επηρεάζουν τη διαδικασία της γήρανσης

Στην εμφάνιση του γήρατος επιδρούν πολλοί παράγοντες όπως γενετικοί, περιβαλλοντικοί, κοινωνικές επιδράσεις, ψυχολογικές καταστάσεις, ιδιοσυγκρασία, η υγιεινή διαβίωση, το άγχος, η κοινωνική συμπεριφορά κ.τ.λ. Οι βιολογικές θεωρίες επικεντρώνονται στο πρωτογενές γήρας και τη γενετικά προσδιορισμένη πορεία ανάπτυξης από τη γέννηση ως το θάνατο, οπού οι βιολογικές μεταβολές θα εκδηλωθούν παρά την ύπαρξη καλής υγείας και παρά την έλλειψη ασθενειών. Οι ψυχολογικές και κοινωνιολογικές θεωρίες της γήρανσης αναφέρονται σε παράγοντες που σχετίζονται με το δευτερογενές γήρας και τις μεταβολές που είναι μεν παθολογικές αλλά απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες. Εδώ οδηγούμαστε σε παράγοντες που επιδρούν στη γήρανση και συμβάλλουν στην πολυδιάστατη μορφή της όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (φυσικές, ιστορικές, κοινωνικές, οικονομικές), η ίδια η συμπεριφορά του ατόμου (τρόπος ζωής) αλλά και η προσωπικότητα και η αυτό- εικόνα του ατόμου. Τα ηλικιωμένα άτομα που αισθάνονται ότι η περασμένη ζωή τους άξιζε και πως δεν σπαταλήθηκε, νιώθουν εσωτερική πληρότητα, αποδέχονται το γεγονός ότι γέρασαν και αντιδρούν θετικά. Αντιλαμβάνονται όλες αυτές τις δυνατότητες που έχουν και απολαμβάνουν τα πλεονεκτήματα που έχει να τους προσφέρει αυτό το στάδιο της ζωής τους. Αντίθετα, όσοι φτάνουν σε μεγάλη ηλικία και δεν έχουν βρει ακόμη την ψυχική ισορροπία αλλά τα προηγούμενα χρόνια της ζωής τους στηρίζονταν στη σιγουριά που τους έδιναν τα νιάτα και η φυσική δύναμη, όταν τα χάσουν αυτά αδυνατούν να « εξερευνήσουν » μέσα τους τη διαφορετική γοητεία που δίνει η σοφία και η πείρα στον άνθρωπο. Βασικό στοιχείο επίσης στη θεώρηση- εαυτού είναι η εικόνα του σωματικού- εαυτού που ο καθένας διατηρεί μέσα του. Άτομα π.χ που έδιναν μεγάλη σημασία στην εμφάνιση, στις αθλητικές επιδόσεις, στη σωματική δύναμη (ή και την χρειάζονταν για την εργασία τους) επόμενο είναι να δυσαρεστούνται από μια μείωση που επέρχεται με το γήρας . Η ίδια η γήρανση και οι ανάγκες των ηλικιωμένων κάθε εποχής είναι άρρηκτα δεμένες με το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσονται καθώς και οι μεταβολές που εμφανίζονται στους ανθρώπους με το πέρασμά του χρόνου θα πρέπει να ερμηνεύονται στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών, κοινωνιολογικών, ιστορικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. (Ivavaov & Blue C. 2014).

1.5 Μεταβολές που επέρχονται σε άτομα τρίτης ηλικίας.

Καθώς περνούν τα χρόνια, ο χρόνος αφήνει τα σημάδια του όχι μόνο στο σώμα ενός ατόμου αλλά και στην ψυχή του. Σύγχρονες έρευνες έδειξαν ότι με την πάροδο της ηλικίας δεν είναι σημαντικές μόνο οι σωματικές, διανοητικές αλλά και οι ψυχολογικές μεταβολές. Οι μεταβολές αυτές εξαρτώνται από την προσωπικότητα του κάθε ατόμου, το κοινωνικό και πολιτιστικό του περιβάλλον και τις οικογενειακές συνθήκες. Για το λόγο αυτό, η μετάπτωση μπορεί να επέλθει ήρεμα σε μια διάρκεια ετών ή να συμβεί σε μεγαλύτερη ηλικία μέσα σε μικρό χρονικό διάστημα. (DeLaune & Ladner 2011, Λύκουρας και συν. 2011, Τσακίρης & Αγγελογιάννης 2014, Timiras 2007).

Η ψυχολογική υποδομή πολλών ηλικιωμένων διατηρείται ανέπαφη από το χρόνο ενώ σε άλλους στοιχεία της προσωπικότητάς τους μεταβάλλονται ριζικά. Συνήθως οι ηλικιωμένοι ζουν με τις αναμνήσεις του παρελθόντος παρά με τις προβλέψεις, γίνονται καχύποπτοι, δύσπιστοι και έχουν την τάση να είναι κυνικοί και όλα αυτά προέρχονται από την πείρα και τις διάφορες καταστάσεις της ζωής. Η ίδια η ζωή τους έμαθε πόσο δύσκολο είναι να κατακτήσει κάποιος κάτι όπως π.χ. υγεία, οικογένεια, περιουσία και πόσο εύκολο είναι όλα αυτά να χαθούν σε μια στιγμή. Έτσι κάνουν τα πάντα για να διατηρήσουν ό,τι κατέχουν. Συνήθως, στην προσπάθειά τους αυτή οι ηλικιωμένοι γίνονται παράξενοι, παραπονιούνται συνεχώς, γίνονται απαιτητικοί και εγωκεντρικοί. ηλικιωμένοι ζουν στο παρελθόν και βρίσκονται έξω της πραγματικότητας όσον αφορά το παρόν.

Ένας οργανισμός εκτός από τις ψυχολογικές μεταβολές δέχεται και τις μεταβολές στο νευρικό σύστημα όπου η νευροφυσιολογία, βάσει ερευνών, απέδειξε ένα μεγάλο αριθμό μεταβολών στο νευρικό σύστημα των ηλικιωμένων σε σχέση με άτομα νεότερα. Επιστήμονες υποστηρίζουν ότι γενικά υπάρχει μια μείωση του ολικού αριθμού νευρώνων του κεντρικού νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα η λειτουργικότητα του Κ.Ν.Σ. να παρουσιάζεται διαφορετική από ότι σε ένα νεαρό άτομο, τα αντανακλαστικά να εξασθενούν και να επικρατεί η βραδύτητα της αντίδρασης συνέπεια αυτού είναι να δημιουργεί φαινόμενα σύγχυσης στους ηλικιωμένους δεδομένου ότι η σκέψη τους μπορεί να επεξεργαστεί στοιχεία μέχρι ενός συγκεκριμένου βαθμού και ταχύτητας. (DeLaune & Ladner 2011, Λύκουρας και συν. 2011, Τσακίρης & Αγγελογιάννης 2014, Timiras 2007).

Σαν συνέπεια της γήρανσης πολλές φορές είναι και οι διαταραχές μνήμης ιδιαίτερα των πρόσφατων γεγονότων αντίθετα διαπιστώνεται σε παράξενα καλό βαθμό η μνήμη των παλιών συμβάντων του παρελθόντος, όπως γεγονότα που τους συνέβησαν 50 ή 60 χρόνια πριν. Με τη πάροδο του χρόνου το ηλικιωμένο άτομο είναι πολύ πιθανό να υποστεί συναισθηματικές μεταβολές εξαιτίας της ανασφάλειας που νιώθει. Με αυτόν τον τρόπο πολλοί ηλικιωμένοι απομονώνονται και παραμελούνται από συγγενείς και φίλους, γίνονται απότομοι και δεν αισθάνονται την ανάγκη χαράς ή λύπης .Αρκετοί ηλικιωμένοι δέχονται με απάθεια την απώλεια συζύγου ή συγγενικών προσώπων. Οι ηλικιωμένοι συνήθως κουράζονται εύκολα σωματικά και πνευματικά. Μερικοί δέχονται το γεγονός φιλοσοφικά, άλλοι όμως γίνονται νευρικοί, αγχώδεις, απότομοι και ανήσυχοι. Μερικοί αρνούνται κάθε βοήθεια που τους προσφέρεται, άλλοι πάλι γίνονται απαιτητικοί από το οικογενειακό περιβάλλον, τους γείτονες κ.τ.λ. Έτσι πολλές φορές απομονώνονται και συχνά οδηγούνται στην αυτοκτονία ή και αν δε φτάνουν ως εκεί, συχνά εκφράζουν την επιθυμία να πεθάνουν.

Πολλές φορές οι συναισθηματικές αλλαγές οδηγούν και σε μεταβολές στην προσωπικότητα του ηλικιωμένου ατόμου. Συνήθως τα νεαρά άτομα για να γίνουν κοινωνικά αποδεκτά κρύβουν τα αληθινά τους αισθήματα, αντίθετα οι ηλικιωμένοι προσπαθούν να δείξουν περισσότερα από όσα στην πραγματικότητα διαθέτουν. Πολλές φορές οι ηλικιωμένοι γίνονται ευέξαπτοι, καχύποπτοι, εγωκεντρικοί, τσιγκούνηδες και δυσκολεύονται να συγκρατήσουν τη γλώσσα τους ή τις ενέργειές τους. Όμως μεταβολές προσωπικότητας δεν συμβαίνουν σε όλους τους ηλικιωμένους πάντα προς το χειρότερο, υπάρχουν ηλικιωμένοι που έπειτα από την συνταξιοδότησή τους έγιναν αποδοτικοί, δραστήριοι και προσέφεραν σημαντικό έργο προς την κοινωνία. (DeLaune & Ladner 2011, Λύκουρας και συν. 2011, Τσακίρης & Αγγελογιάννης 2014, Timiras 2007).

Όλες οι παραπάνω ψυχολογικές μεταβολές συχνά οδηγούν τα ηλικιωμένα άτομα στην εμφάνιση κατάθλιψης, η οποία σύμφωνα και με διεθνείς στατιστικές, αυξάνει με την ηλικία. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους είναι μια από τις πιο υποδιαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες νόσους. Η κατάθλιψη δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων και δεν θα πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μια καταθλιπτική αντίδραση σε αυτήν την ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων προσαρμόζεται με επιτυχία στις μεταβολές που συμβαίνουν όταν εισέρχονται σ' αυτό το στάδιο της ζωής. Έτσι, συμπτώματα όπως η μείωση των κοινωνικών επαφών και δραστηριοτήτων, η ελάττωση λήψης πρωτοβουλιών, το άγχος και η ανησυχία δεν είναι φυσικά επακόλουθα της γήρανσης, αλλά σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να αντιπροσωπεύουν την παρουσία κατάθλιψης.
Τέλος, θα πρέπει να τονιστεί ότι παρά τις όποιες μεταβολές (συναισθηματικές, ψυχολογικές, μνήμης, προσωπικότητας) υφίσταται ένα ηλικιωμένο άτομο πάντοτε θα πρέπει να σκεφτόμαστε ότι δεν παύει να είναι άνθρωπος με τη δική του προσωπικότητα και να του δείχνουμε το σεβασμό που του αξίζει**.** (DeLaune & Ladner 2011, Λύκουρας και συν. 2011, Τσακίρης & Αγγελογιάννης 2014, Timiras 2007).

1.6 Κοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων

Οι κοινωνικό-οικονομικές αλλαγές που σημειώνονται σε όλες τις περιοχές της χώρας έχουν αρχίσει να προκαλούν δυσχέρειες στη φροντίδα των ηλικιωμένων στα πλαίσια της οικογένειας. Αυτό έχει ως συνέπεια τα κοινωνικά προβλήματα των ηλικιωμένων χωρίς τη στήριξη του οικογενειακού κλοιού να διογκώνονται. Τα κυριότερα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι τα εξής :
1. Υγεία. Οι ηλικιωμένοι υποφέρουν από πολλές ασθένειες ταυτόχρονα. Οι σημαντικότερες όμως δυσκολίες αφορούν την κινητικότητα, επικοινωνία, έκπτωση γνωστικών λειτουργιών, ελάττωση ακοής και όρασης, κύριο χαρακτηριστικό των οποίων είναι ότι οδηγούν συχνά σε απομόνωση από το κοινωνικό σύνολο. Η νοσοκομειακή περίθαλψη, τα προγράμματα « Βοήθεια στο σπίτι », « Κοινωνική Μέριμνα » και τα Κ.Α.Π.Η. είναι υπηρεσίες πολύτιμες για τέτοιου είδους προβλήματα των ηλικιωμένων. Κατά γεωγραφική περιοχή όμως οι διαφοροποιήσεις ως προς την παροχή αυτών των υπηρεσιών είναι τεράστιες. Στους ηλικιωμένους π.χ. των αγροτικών και ιδίως παραμεθόριων περιοχών παρέχονται συχνά ελάχιστες υπηρεσίες καθώς είναι ¨αποκομμένοι¨ από τα αστικά κέντρα.
2. Οικονομικά προβλήματα. Η διασφάλιση του εισοδήματος προσφέρει σημαντικό αίσθημα ασφάλειας για τα ηλικιωμένα άτομα. Η σύνταξη αποτελεί το κατ' εξοχήν εισόδημά τους. Ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ζουν στο όριο της φτώχειας και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επιβίωσης άρα και ένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο. Τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι τεράστια και συνήθως πηγάζουν από τις πενιχρές συντάξεις που χορηγούνται από το κράτος.
Οι ηλικιωμένοι συνήθως πλήττονται από πολλαπλές παράλληλα ασθένειες με συνέπεια οι ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης να αυξάνονται και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας τους, σε συνδυασμό με τις χαμηλές συντάξεις επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους όσο και το οικογενειακό τους περιβάλλον. (Κωσταρίδου - Ευκλείδη Αν. και συν. 2000, Schaie & Willis S 2011).

Πολλές φορές, η συνταξιοδότηση αποτελεί για αρκετούς ηλικιωμένους την απαρχή για την ψυχοσωματική τους κατάρρευση. Η καθιέρωση ελάχιστου ορίου σύνταξης θα εξασφάλιζε ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής για όλο τον ηλικιωμένο πληθυσμό.[9,10]

3. Κατοικία και περιβάλλον. Συχνά η κατοικία και το περιβάλλον που ζει ένα άτομο ηλικιωμένο λειτουργεί ανασταλτικά στον ψυχισμό του.

Στις αστικές περιοχές οι ηλικιωμένοι συνήθως διαμένουν σε μικρά αποπνικτικά διαμερίσματα πολυκατοικιών που περιορίζουν την επικοινωνία με γείτονες και δεν περιβάλλονται συνήθως από υπαίθριους χώρους.

Στις αγροτικές περιοχές οι κατοικίες είναι κυρίως μεγαλύτερες από αυτές των αστικών περιοχών και περιβάλλονται συνήθως από υπαίθριο χώρο. Πολλές αγροτικές κατοικίες όμως δεν παρέχουν σύγχρονες ανέσεις ενώ οι συνθήκες διαβίωσης είναι ακατάλληλες και συχνά επικίνδυνες.

Η κοινά αποδεκτή αντίληψη ότι οι ηλικιωμένοι πρέπει να παραμένουν στο οικείο τους περιβάλλον θα πρέπει να συμβαδίζει με παροχές που να τους διευκολύνουν στην ενεργό κοινωνική ζωή τους. (Κωσταρίδου - Ευκλείδη Αν. και συν. 2000, Schaie & Willis S 2011)

4. Εκπαίδευση. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες επάνω στην εκπαίδευση των ηλικιωμένων διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά των ηλικιωμένων που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα υψηλά. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με τη γενικότερη βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου των νέων δημιουργεί ακόμη μεγαλύτερη δυσκολία στην επικοινωνία των ηλικιωμένων με άτομα νεαρής ηλικίας. Πολλές φορές λοιπόν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων οδηγεί στην περαιτέρω κοινωνική απομόνωσή τους.

Σε αρκετές χώρες (Η.Π.Α., Γαλλία κ.α.) έχουν αναπτυχθεί διάφορα εκπαιδευτικά προγράμματα για άτομα άνω των 65 ετών, τα οποία τους προσφέρουν εκπαίδευση ανεξάρτητα του μορφωτικού τους επιπέδου και με ελάχιστη οικονομική επιβάρυνση. Θα ήταν πολύ χρήσιμο η Ελλάδα να αξιοποιήσει την πείρα των παραπάνω χωρών και να υλοποιήσει ανάλογα εκπαιδευτικά προγράμματα για τα άτομα της τρίτης ηλικίας.

5. Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης. Οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται κάτω από την προστασία στενών συγγενών, οι ανάγκες όπως η ατομική καθαριότητα, η φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και η ένδυση καλύπτονται επαρκώς. Σε αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα όπως υγιεινής, υποσιτισμού κ.α. που δημιουργούν ή ενισχύουν ψυχοσωματικά προβλήματα των ηλικιωμένων. Συνήθως η λύση εδώ είναι η παροχή φροντίδας από τρίτα πρόσωπα με πληρωμή ή η εισαγωγή του ηλικιωμένου σε κάποιο ίδρυμα.

6. Ψυχαγωγία. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων δεν έχει δυνατότητας ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου. Άλλοι ηλικιωμένοι όμως που δεν βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι και δεν αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα καλύπτουν το χρόνο τους συμμετέχοντας σε εκδρομές διαφόρων οργανώσεων, ασχολούνται με ποικίλα ενδιαφέροντα και συχνάζουν συνήθως σε λέσχες.

Αντίθετα, η παραίτηση, η πλήξη, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και τα οικονομικά προβλήματα άλλης ομάδας ηλικιωμένων οδηγούν στη μη συμμετοχή τους σε διάφορες πολιτιστικές δραστηριότητες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ψυχαγωγείται μέσω της τηλεόρασης και του ραδιοφώνου και περιορίζεται σε δραστηριότητες μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας. Εμφανίζεται λοιπόν άλλος ένας παράγοντας που οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση και στο αίσθημα των ατόμων τρίτης ηλικίας ότι δεν αισθάνονται ενεργά μέλη της κοινωνίας. (Κωσταρίδου - Ευκλείδη Αν. και συν. 2000, Schaie & Willis S 2011).

Κεφάλαιο 2ο

2.1 Ορισμός άνοιας τύπου Alzheimer

Η νόσος Τύπου Alzheimer είναι από παλαιά γνωστή, αλλά μόνο κατά την τελευταία δεκαετία έγινε δυνατό να φωτισθούν ορισμένες πλευρές αυτού του τόσο σύνθετου αλλά ενδιαφέροντος προβλήματος.
Σύμφωνα με ορισμένους επιστήμονες « η νόσος Τύπου Alzheimer είναι προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή με χαρακτηριστικά κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα, με ύπουλη έναρξη και βαθμιαία αποδιοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ανθρώπου, με αποτέλεσμα τη διαταραχή των επαγγελματικών και κοινωνικών υποχρεώσεών του».
Υπάρχουν πολλές ταξινομήσεις της νόσου Alzheimer (ΝΑ), γεγονός που υποδηλώνει τις δυσχέρειες μια πλήρους κατάταξης. Συχνότερα απαντώνται η ΝΑ, η μετωποκροταφική άνοια (ΜΚΑ), η διάχυτη άνοια με σωμάτια του Lewy (ΑΣΛ) και η αγγειακής αιτιολογίας άνοια (ΑγγΑ). Η άνοια τύπου Alzheimer, αποτελεί περισσότερο ετερογενή υποομάδα με πιο σφαιρικές νοητικές διαταραχές, όπου είναι δυνατό να παρατηρηθούν και κάποια σημεία αγγειακής βλάβης. Η ΜΚΑ χαρακτηρίζεται κυρίως από διαταραχές της προσωπικότητας, απάθεια χωρίς πρόσβαση σε μηχανισμούς κινήτρου. Δεν παρατηρούνται επίσης σημεία αγγειακής βλάβης. Στην ΜΚΑ υπάρχει ατροφία των μετωπιαίων και κροταφικών λοβών, λόγω της απώλειας των νευρώνων στον φλοιό,της λευκής ουσίας των προσβεβλημένων λοβών του μεσολόβιου. Έχει ύπουλη έναρξη και αργή εξέλιξη με νοητική έκπτωση, άρση αναστολών, ανελαστικότητα, στερεοτυπίες, εμμονές και απώλεια κοινωνικών δεξιοτήτων και αυτοελέγχων. (Walton 1996, Αλεξόπουλος και συν. 2005).

2.2 Επιδημιολογικά στοιχεία

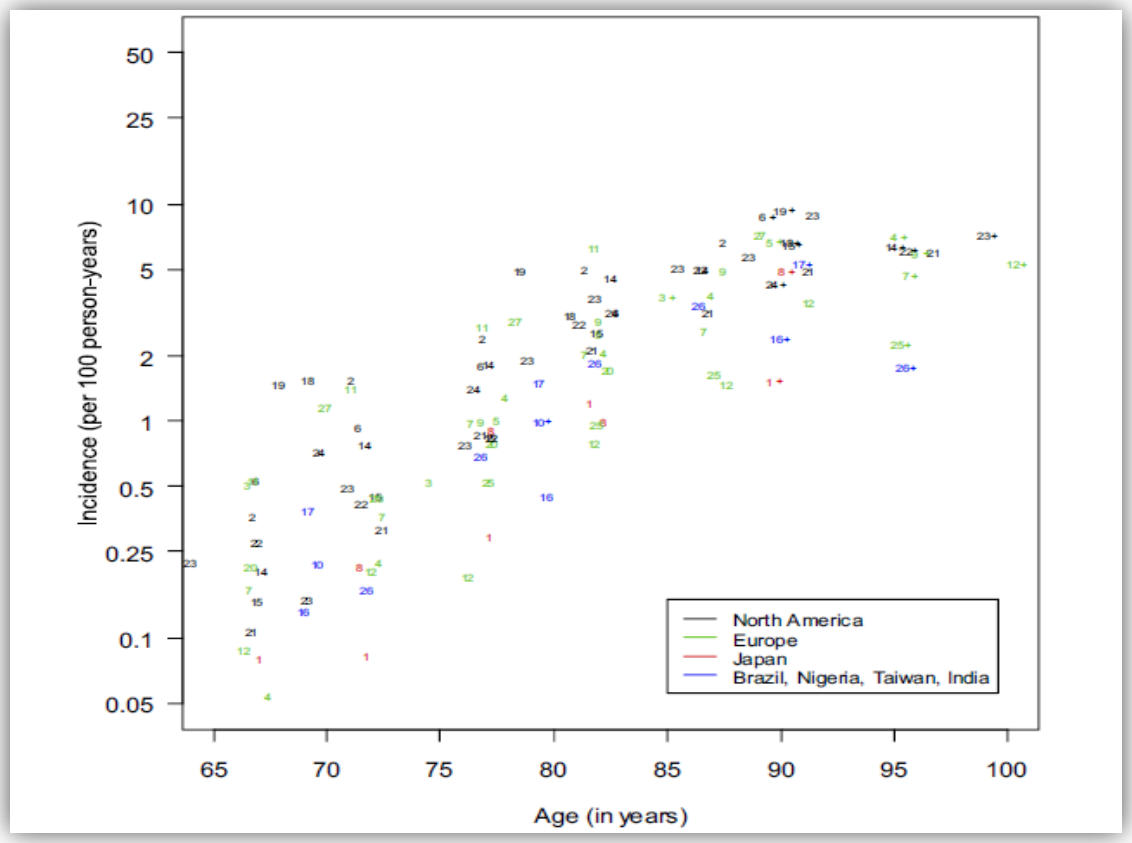
Η γήρανση του πληθυσμού παγκόσμια, συνοδεύεται αμ μεγάλη αύξηση του επιπολασμού της άνοιας. Το 13,9% των ατόμων άνω των 71 ετών στις ΗΠΑ, πάσχουν από άνοια, που μεταφράζεται σε 3,4 εκ. ασθενείς, ενώ περίπου 2,3-3,1 εκατομμύρια σύζυγοι, συγγενείς και φίλοι, φροντίζουν τους ασθενείς αυτούς στις ΗΠΑ.
Σύμφωνα με τις καλύτερες εκτιμήσεις που διαθέτουμε, 7,3 εκατομμύρια Ευρωπαίοι (από 27 κράτη μέλη), ηλικίας μεταξύ 30 και 99 ετών έπασχαν το 2006 αμ διάφορα είδη άνοιας (12,5 ανά 1000 κατοίκους). Από την ομάδα αυτή οι περισσότερες ήταν γυναίκες 4,9 εκατομμύρια έναντι 2,4 εκατομμυρίων ανδρών. Με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, ιδίως στις αναπτυγμένες χώρες, η επίπτωση της άνοιας αυξήθηκε σημαντικά και με βάση μερικές σημερινές προβλέψεις ο αριθμός των ασθενών θα διπλασιάζεται κάθε 20 χρόνια. (Scadding & Losseff 2012, Andreolo et all. 2003)
Στην Ελλάδα, το 9% των ηλικιωμένων άνω των 70 ετών πάσχει αμ άνοια, ενώ το 6% υποφέρει αμ άνοια τύπου Αλτσχάιμερ, σύμφωνα με επιδημιολογική μελέτη μου πραγματοποιήθηκε στην Πυλαία Θεσσαλονίκης με προσωπικές συνεντεύξεις τυχαίου δείγματος. Σύμφωνα με νεότερο υπολογισμό, τουλάχιστον 160.000 Έλληνες πάσχουν αμ τη νόσο και 5.000 νέες περιπτώσεις εμφανίζονται ετησίως. (Scadding & Losseff 2012, Andreolo et all. 2003).

2.3 Προδιαθεσικοί παράγοντες

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η νόσος του Alzheimer αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που υπάρχουν στην τρίτη ηλικία. Οι παράγοντες κινδύνου που εμφανίζουν την νόσο σύμφωνα με τον (ΠΟΥ) είναι οι ακόλουθοι:
{η ηλικία, η γενετική , το φύλο, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι ενδοκρινικοί και ορμονικοί παράγοντες, οι τοξικοί παράγοντες καθώς και ο αγγειακός παράγοντας}.(MRC CFAS 2001, Richard & Robercson 1997, Fowler & Scadding 2003, Λογοθέτης &Μυλωνάς 1996).

Η ηλικία

Ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου για την νόσο Alzheimer είναι η ηλικία. Είχε θεωρηθεί στο παρελθόν ότι η νόσος Alzheimer αποτελεί προχωρημένη μορφή γήρατος. Το γήρας έχει μελετηθεί από πολλούς ερευνητές αλλά δεν έχουν βρεθεί ειδικά χαρακτηριστικά που να προκαλούν τη νόσο. Τυχαία γεγονότα συνήθως πυροδοτούν την έναρξη της νόσου, ενώ παράλληλα κάποιες θεωρίες υποστηρίζουν ότι αυτό προκαλείται από συσσώρευση βλαβών. (εικόνα 1.) (MRC CFAS 2001, Richard & Robercson 1997, Fowler & Scadding 2003, Λογοθέτης &Μυλωνάς 1996).



Εικόνα 1. (Richard & Robercson 1997)

Η γενετική

Για την πρόκληση και την εμφάνιση της ΝΑ έχουν σημαντικό ρόλο οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Η εμφάνιση της ΝΑ έχει σχέση με την ύπαρξη δύο τύπου γονιδίων που βρίσκονται στον οργανισμό μας. Τα γονίδια με τον αυτόσωμο επικρατητικό τύπο που έχουν υποστεί μεταλλάξεις και τα γονίδια που ενεργούν συγχρόνως με άλλους παράγοντες (κυρίως περιβαλλοντικούς). Η παρουσία της Απολιποπρωτείνης E-e4 (APOE) στο χρωμόσωμα 19, αν βρεθεί σε κάποια ειδική εξέταση, είναι ενδεικτική αύξησης της πιθανότητας να πάθει κάποιος νόσο Alzheimer από 2 μέχρι 10 φορές. Η προγνωστική σημασία της εξέτασης παραμένει άνευ ουσίας σήμερα που δεν υπάρχει θεραπεία για την άνοια, ούτε δεδομένες προληπτικές παρεμβάσεις, πόσο μάλλον που δεν είναι προσδιοριστική και της ηλικίας που πιθανόν να επέλθει η άνοια, εξ' ου και η εξέταση δεν έχει ευρεία εφαρμογή. (MRC CFAS 2001, Richard & Robercson 1997, Fowler & Scadding 2003, Λογοθέτης &Μυλωνάς 1996). Τα γονίδια με τις αντίστοιχες πρωτεΐνες που κωδικοποιούν και που ενέχονται στην εκδήλωση της νόσου του Alzheimer είναι τα ακόλουθα : Η πρόδρομη πρωτεΐνη του αμυλοειδούς (APP) στο χρωμόσωμα 21 , που σχετίζεται με το 2 -3 % των περιπτώσεων πρώιμης οικογενούς νόσου. Η πρεσενιλίνη -1 (PS-1) στο χρωμόσωμα 14 , που σχετίζεται με το 70 – 80 % των περιπτώσεων της οικογενούς νόσου . Η πρεσενιλίνη -2 (PS-2) στο χρωμόσωμα 1 , που σχετίζεται με το 20 -25% των περιπτώσεων πρώιμης οικογενούς νόσου . Τα γονίδια αυτά κληρονομούνται κατά τον αυτοσωμικό επικρατούντα τύπο. (MRC CFAS 2001, Richard & Robercson 1997, Fowler & Scadding 2003, Λογοθέτης &Μυλωνάς 1996).

Το φύλο

Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από την νόσο Alzheimer σε σύγκριση με τους άνδρες σε αναλογία δύο προς ένα (2/1). Για την εξήγηση του φαινομένου έχουν προταθεί διάφορες θεωρίες αλλά δεν υπάρχει καμία αποδεκτή που να εξηγεί την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της ΝΑ στις γυναίκες. Κάποιοι λόγοι που μπορεί να δώσουν μία μικρή δίοδο στην αιτία αυτή μπορεί να είναι η μακροβιότητα των γυναικών ,ή οι μη καθορισμένοι περιβαλλοντικοί και ορμονικοί παράγοντες καθώς και η ύπαρξη περισσοτέρων προδιαθετικών γονιδίων στο χρωμόσωμα Χ. (MRC CFAS 2001, Richard & Robercson 1997, Fowler & Scadding 2003, Λογοθέτης &Μυλωνάς 1996).

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Ένας άλλος παράγοντας κινδύνου που είναι υπαίτιος για την εμφάνιση της ΝΑ είναι η ύπαρξη κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων (τραυματικές κακώσεις) ιδίως όταν αυτές συνοδεύονται από κώμα , χωρίς όμως να υπάρχει σαφής επιβεβαίωση. (MRC CFAS 2001, Richard & Robercson 1997, Fowler & Scadding 2003, Λογοθέτης &Μυλωνάς 1996).

Οι ενδοκρινικοί και ορμονικοί παράγοντες

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη συνδέονται με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης της ΝΑ, χωρίς όμως αυτό να επιβεβαιώνεται από διάφορες μελέτες.
Η θεραπεία με οιστρογόνα κατά την κλιμακτηριακή περίοδο έχει την δυνατότητα μείωσης εμφάνισης κινδύνου της ΝΑ , πιθανόν γιατί τα οιστρογόνα μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων και οστεοπόρωσης, καταστάσεων που επηρεάζουν την ΝΑ. (MRC CFAS 2001, Richard & Robercson 1997, Fowler & Scadding 2003, Λογοθέτης &Μυλωνάς 1996).

Οι τοξικοί παράγοντες

Από τις επιδημιολογικές και τοξικολογικές μελέτες έχει εντοπισθεί ότι μόνο το αλουμίνιο (και αυτό με επιφυλάξεις) από τις τοξίνες και τις ουσίες του περιβάλλοντος, μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση της ΝΑ. (MRC CFAS 2001, Richard & Robercson 1997, Fowler & Scadding 2003, Λογοθέτης &Μυλωνάς 1996).

Ο αγγειακός παράγων

Ο αγγειακός παράγων παίζει ρόλο στην ΝΑ. Το έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει τον κίνδυνο ΝΑ, καθώς σε νεκροτομικές μελέτες έχουν βρεθεί ότι η στεφανιαία νόσος με ή χωρίς έμφραγμα, αυξάνει την συχνότητα της νόσου έξι (6) φορές περισσότερο σε ηλικιωμένους άνδρες που έχουν εναποθέσεις αμυλοειδούς στον εγκέφαλο τους.
Ο κίνδυνος εμφάνισης ΝΑ είναι διπλάσιος σε διαβητικούς που παίρνουν ινσουλίνη ή αγωγή από το στόμα.
Έχει επίσης βρεθεί ότι οι καπνιστές έχουν δυόμισι (2,5) περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ.
Η αρτηριοσκλήρυνση μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ΝΑ ανάλογα με την βαρύτητα της ενώ τέλος έχει ενοχοποιηθεί και η αρτηριακή για την εμφάνιση της ΝΑ. Θεωρείται πως άτομα με υπέρταση στην νεανική τους ηλικία έχουν περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από ΝΑ όταν γεράσουν (κατά την εμφάνιση της άνοιας η αρτηριακή πίεση έχει πτωτική τάση. (MRC CFAS 2001, Richard & Robercson 1997, Fowler & Scadding 2003, Λογοθέτης &Μυλωνάς 1996).

2.4 Παθοφυσιολογία και Παθολογοανατομία

Παθοφυσιολογία

Όσον αφορά τώρα την Παθοφυσιολογία σε ασθενείς με τη νόσο Alzheimer υπάρχουν δύο μορφές της νόσου του Alzheimer: η οικογενής μορφή, που εμφανίζει κληρονομικό χαρακτήρα, και η σποραδική, χωρίς κάποια εμφανή γενετική συμμετοχή. Η νόσος του Alzheimer μπορεί επίσης να ταξινομηθεί ως πρώιμης έναρξης (εκδηλώνεται σε άτομα νεότερα των 65 ετών) ή όψιμης έναρξης (παρουσιάζεται σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω). Η πρώιμης έναρξης νόσος συνήθως προσβάλλει άτομα ηλικίας 30 έως 60 ετών, είναι σχετικώς σπάνια και συχνά εξελίσσεται πιο γρήγορα από αυτή της όψιμης έναρξης. Η νόσος του Alzheimer χαρακτηρίζεται από διάφορες δομικές και χημικές μεταβολές στον εγκέφαλο, ιδίως στον ιππόκαμπο, τον μετωπιαίο και τον κροταφικό λοβό. (Richard & Robercson 1997, McPhee 2002).

Καθώς η νόσος αυτή καταστρέφει τους νευρώνες στον ιππόκαμπο, τις σχετιζόμενες με αυτόν δομές, η πρόσφατη μνήμη παραβλάπτεται και η ικανότητα του ατόμου να επιτελεί τις απλές και γνώριμες γι' αυτόν δραστηριότητες ελαττώνεται. Οι επιπτώσεις της νόσου στους νευρώνες του φλοιού του εγκεφάλου επιφέρει απώλεια στις γλωσσικές δεξιότητες και την κρίση. Συναισθηματικές εκρήξεις και διαταραχές της συμπεριφοράς αρχίζουν να παρατηρούνται και καθώς η νόσος εξελίσσεται, καθίστανται όλο και πιο συχνές. Τελικά, προσβάλλονται και άλλες περιοχές του εγκεφάλου, οι οποίες αρχίζουν να ατροφούν, με τελικό αποτέλεσμα το άτομο να καθίσταται απαθές και ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του. (Richard & Robercson 1997, McPhee 2002).

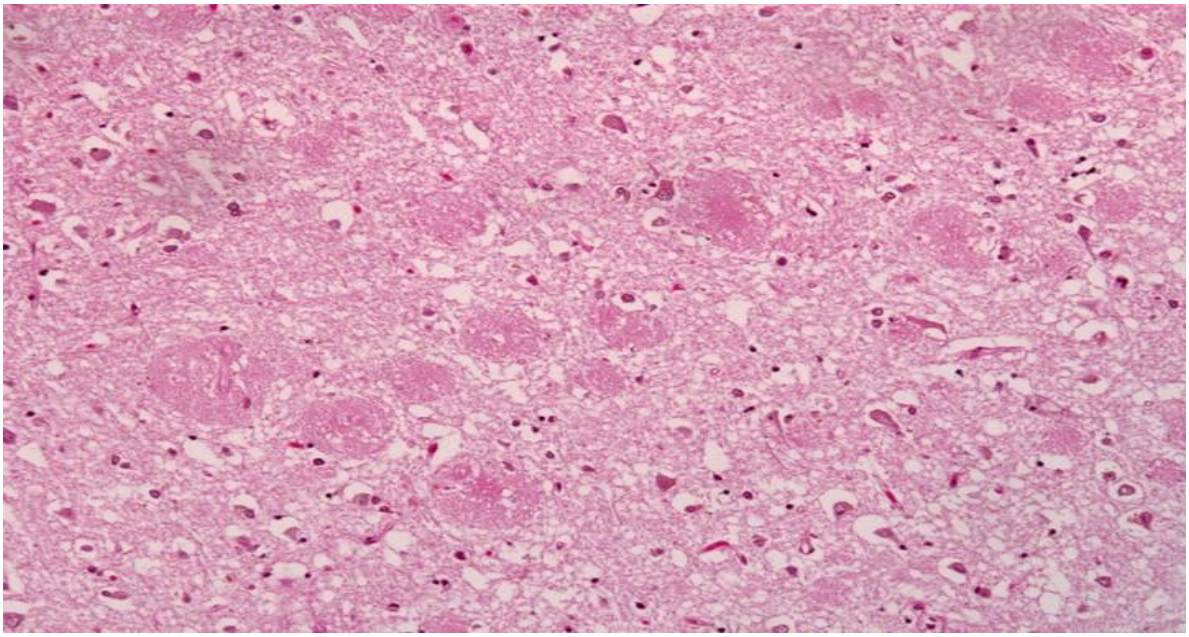
Χαρακτηριστικά ευρήματα στους εγκεφάλους ασθενών με νόσο του Alzheimer είναι η απώλεια νευρώνων του φλοιού και η παρουσία θυσάνων νευρικών ινιδίων και πλακών αμυλοειδούς.

Οι θύσανοι νευρικών ινιδίων σχηματίζονται από την παραμορφωμένη πρωτεΐνη tau, των νευρώνων. Η πρωτεΐνη tau φυσιολογικά παίζει ρόλο στην ακεραιότητα των μικροσωληνίσκων, οι οποίοι οδηγούν θρεπτικές ουσίες και άλλα μόρια προς τους νευράξονες. Στη νόσο του Alzheimer οι πρωτεΐνες tau παίρνουν τη μορφή ζευγών ινών, τα οποία στη συνέχεια ενώνονται και σχηματίζουν τους θυσάνους. Καθώς οι πρωτεΐνες tau δεν συντηρούν πλέον την ακεραιότητα του συστήματος μεταφοράς, η επικοινωνία μεταξύ των νευρώνων χάνεται και ακολουθεί ο θάνατος τους που συμβάλλει στην εκδήλωση της άνοιας. Ομάδες νευρικών κυττάρων (και ιδιαιτέρως οι τελικοί άξονες) εκφυλίζονται και συσσωρεύονται γύρω από έναν αμυλοειδή πυρήνα, σχηματίζοντας μια πλάκα. Οι πλάκες αυτές απαντώνται στους διάμεσους χώρους μεταξύ των νευρώνων του εγκεφάλου. Αναπτύσσονται πρώτα σε περιοχές που χρησιμεύουν για την αντίληψη και τη μνήμη, όπου και διακόπτουν τη μεταβίβαση των νευρικών ώσεων. Οι πλάκες αποτελούνται, κυρίως, από αδιάλυτα ιζήματα β-αμυλοειδούς, ενός πρωτεϊνικού θραύσματος από μια μεγαλύτερη πρωτεΐνη που λέγεται πρόδρομος πρωτεΐνη του αμυλοειδούς αναμεμειγμένα με νευρώνες και άλλα μη νευρικά κύτταρα. Δεν είναι ακόμη γνωστό εάν ο σχηματισμός των πλακών προκαλεί τη νόσο του Alzheimer ή οι πλάκες είναι ένα παραπροϊόν της διεργασίας της νόσου. (Richard & Robercson 1997, McPhee 2002).

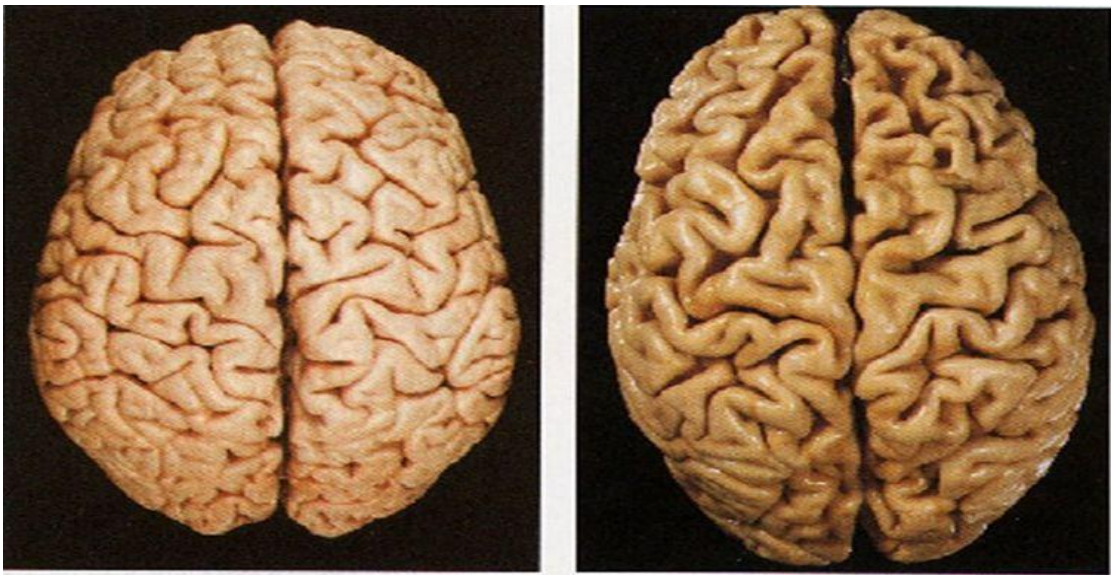
Η αιματική ροή προς τις προσβεβλημένες περιοχές του εγκεφάλου είναι μειωμένη. Ο εγκέφαλος ατροφεί και οι κοιλίες και αύλακες διευρύνονται αντιστοίχως. Καθώς η νόσος του Alzheimer εξελίσσεται, προσβάλλονται ολοένα και περισσότερες περιοχές του εγκεφάλου, εκδηλώνοντας ανάλογα συμπτώματα. Για παράδειγμα, απώλειες στους νευρώνες και τη λειτουργία των νευροδιαβιβαστών στο βρεγματικό λοβό προκαλούν προβλήματα στην αντίληψη και την ερμηνεία των περιβαλλοντικών ερεθισμάτων. Βλάβες στον μετωπιαίο λοβό προκαλούν μεταβολές στην προσωπικότητα και συναισθηματική αστάθεια . (Richard & Robercson 1997, McPhee 2002).

Παθολογοανατομία

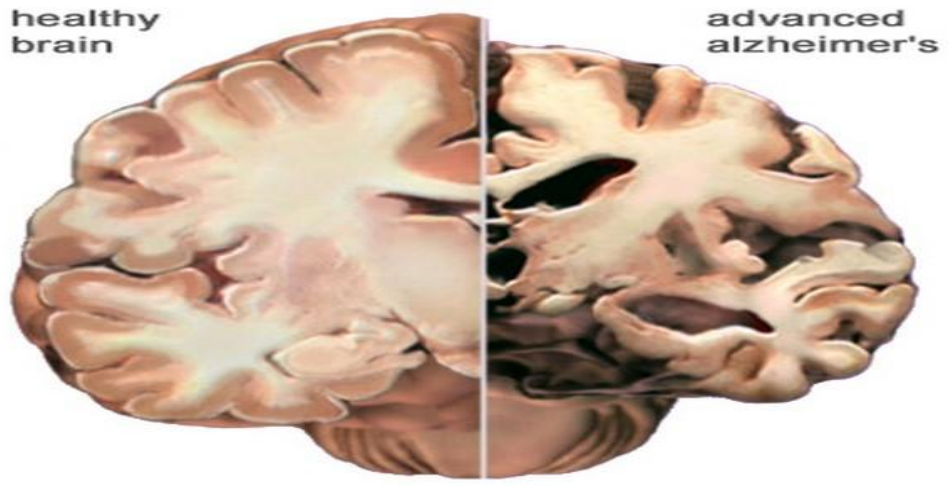
Η νευροπαθολογία της ΝΑ έχει ένα κατεξοχήν χαρακτηριστικό: τη δημιουργία αμυλοειδικών πλακών και νευροϊνιδιακών τολυπίων , δηλαδή τη συσσώρευση τοξικών επιπέδων αμυλοειδικών πεπτιδίων (tau πρωτεΐνες και αμυλοειδικές βήτα μετά από επεξεργασία από την APP πρωτεΐνη) στον εγκέφαλο που καταστρέφουν τις κοντινές περιοχές. (εικόνα 2.). Οι αμυλοειδικές ίνες είναι ιδιαίτερα ανθεκτικές, οπότε η συσσώρευσή τους δεν μπορεί να εμποδισθεί από τον εγκέφαλο. Φθάνουν νευροτοξικά επίπεδα όταν οι πλάκες είναι τόσο μεγάλες ώστε να πιέζουν -και άρα να καταστρέφουν- τις γειτονικές ίνες των νευρώνων. Η καταστροφή περιοχών του εγκεφάλου δημιουργεί όλες τις νοητικές διαταραχές που έχουν συνδεθεί με τη ΝΑ. Σε ακραίες περιπτώσεις οι αμυλοειδικές ίνες συσσωρεύονται γύρω από αγγεία, πράγμα που μπορεί να οδηγήσει στην εκροή αίματος στον εγκέφαλο και σε εγκεφαλικό επεισόδιο (εγκεφαλική αμυλοειδική αγγειοπάθεια).
Άλλα χαρακτηριστικά της παθολογίας της ΝΑ στον εγκέφαλο είναι η τοπική ατροφία (ιδιαίτερα στον ιππόκαμπο και στον κροταφικό λοβό), η απώλεια νευρώνων, οι αλλαγές στη μικροδομή της λευκής ουσίας και η νευρογλοιακή ενεργοποίηση (εικόνα 3,4). Υπάρχουν και κάποιες ακόμη αλλαγές που έχουν συνδεθεί με τη ΝΑ, αλλά δεν εμφανίζονται σε όλες τις περιπτώσεις της. (Bocker & Denk & Heitz 2007, Cooke & Stewart 2004).



Εικόνα 2. (Cooke & Stewart 2004)



Εικόνα 3. (Bocker & Denk & Heitz 2007)



Εικόνα 4. (Cooke & Stewart 2004)

2.5 Συμπτώματα- κλινική εικόνα

Η νόσος Alzheimer μπορεί να επηρεάσει κάθε άνθρωπο με διαφορετικό τρόπο και οι επιπτώσεις της εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το πώς ήταν το άτομο πριν την εμφάνιση της νόσου, π.χ. προσωπικότητα, φυσική κατάσταση και ο τρόπος ζωής του.
Γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι στη νόσο Alzheimer αλλά και στο φυσιολογικό γήρας, παρατηρείται εκλεκτική προσβολή στις πάσχουσες εγκεφαλικές περιοχές σε διάφορες στιβάδες και σε κυτταρικούς πληθυσμούς του εγκεφάλου. Υπάρχει ένδειξη ότι ένας αριθμός νευρώνων εμπλέκεται στη νόσο. (Μαδιανός 2006, B.J Sadock & V.A Sadock. 2007, Royden 2010).
Επιπλέον η απώλεια των νευρικών κυττάρων από τον εγκεφαλικό φλοιό είναι φανερή , που αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ατροφία του εγκεφάλου. Έτσι στη νόσο του Alzheimer έχουμε ατροφία των δύο ιππόκαμπων. Καθοριστικό ρόλο έχει η προοδευτική μείωση στη δραστηριότητα του ενζύμου τρανσφεράση της ακετυλοχολίνης στον εγκεφαλικό ιστό. Το ένζυμο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη χημική διεργασία που παράγει *ακετυλοχολίνη.*
Για αυτό λοιπόν το λόγο τα συμπτώματα της νόσου Alzheimer διαφαίνονται εύκολα και μπορούν να γίνουν καλύτερα κατανοητά αν μελετηθούν μέσα στο πλαίσιο των τριών σταδίων ανάπτυξης της νόσου που είναι :το πρώιμο- το μέσο- και το όψιμο στάδιο.
Κάποιος που πάσχει από Alzheimer δεν εμφανίζει όλα τα συμπτώματα, ούτε όλοι εμφανίζουν την ίδια συμπτωματολογία. Τα στάδια ανάπτυξης της νόσου εξυπηρετούν τους συγγενείς που έχουν τα στάδια ως ένα οδηγό κατανόησης της εξέλιξης της νόσου προκειμένου να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν πιθανά προβλήματα και να προγραμματίζουν ανάλογα την κάλυψη των μελλοντικών αναγκών του πάσχοντα, αν και κανένα άτομο δεν θα βιώσει τη νόσο ακριβώς με τον ίδιο τρόπο όπως ένα άλλο. (Μαδιανός 2006, B.J Sadock & V.A Sadock. 2007, Royden 2010).

Μερικά από τα συμπτώματα μπορεί να εμφανίζονται σε περισσότερα από ένα στάδια της νόσου που αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής χρειάζεται μεγαλύτερη φροντίδα, αγάπη και κατανόηση από τον συγγενή. (Μαδιανός 2006, B.J Sadock & V.A Sadock. 2007, Royden 2010).

- *Πρώιμο στάδιο*

Το πρώιμο στάδιο συχνά παραβλέπεται και χαρακτηρίζεται από τους συγγενείς ως <<*γεράματα*>> ή ως ένα φυσιολογικό τμήμα της διαδικασίας γήρανσης και καθώς η έναρξη της νόσου είναι βαθμιαία , είναι αρκετά δύσκολο να προσδιορισθεί ο ακριβής χρόνος εμφάνισης της νόσου.
Το άτομο σε αυτό το στάδιο παρουσιάζει:
✓ δυσκολίες με το λόγο
✓ σημαντική ελάττωση της βραχυχρόνιας μνήμης
✓ δείχνει αποπροσανατολισμένος κατά διαστήματα
✓ χάνεται σε γνωστά μέρη
✓ έχει έλλειψη πρωτοβουλίας και κινητοποίησης και δυσκολεύεται στη λήψη αποφάσεων
✓ παρουσιάζει μείωση των ενδιαφερόντων του, των χόμπι και των δραστηριοτήτων του και επιπλέον τον διακατέχουν σημάδια κατάθλιψης και επιθετικότητας.
(Μαδιανός 2006, B.J Sadock & V.A Sadock. 2007, Royden 2010).

- *Μέσο στάδιο*

Καθώς η νόσος προχωρά , τα προβλήματα γίνονται πιο έντονα και περιοριστικά για τον πάσχοντα. Το άτομο που πάσχει από Alzheimer δυσκολεύεται στην καθημερινή του ζωή και στις δραστηριότητες του.
Κάποια πράγματα που κάνει είναι ότι :
✓ ξεχνά πολλά ονόματα ανθρώπων και πρόσφατα γεγονότα.
✓ δεν είναι σε θέση να μαγειρέψει, να καθαρίσει ή να ψωνίσει .
✓ χρειάζεται βοήθεια με την προσωπική του υγιεινή π.χ. τουαλέτα, πλύσιμο
✓ και ντύσιμο .
✓ αυξάνεται η δυσκολία του στην ομιλία, και μπορεί να έχει παραισθήσεις
✓ μπορεί να χάνεται στο σπίτι και στη γειτονιά καθώς και ότι αυξάνεται η
✓ δυσκολία του στην ομιλία δεν μπορεί πλέον μόνος του χωρίς δυσκολίες.
(Μαδιανός 2006, B.J Sadock & V.A Sadock. 2007, Royden 2010).

- *Όψιμο στάδιο*

Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από πλήρη εξάρτηση και έλλειψη δραστηριοποίησης. Η απώλεια της μνήμης είναι πολύ σοβαρή και οι σωματικές επιπτώσεις της νόσου είναι πλέον εμφανείς.
Το άτομο σε αυτό το (τελευταίο) στάδιο :
✓ έχει δυσκολία να φάει μόνος του
✓ δεν αναγνωρίζει συγγενείς, φίλους, και παρουσιάζει δυσκολία στην
✓ κατανόηση γεγονότων
✓ δεν είναι σε θέση να μετακινηθεί και μπορεί να χάνεται μέσα στο σπίτι
✓ παρουσιάζει ακράτεια και έχει δυσκολία στην βάδιση
✓ και τέλος μπορεί να είναι περιορισμένο σε αναπηρική καρέκλα ή στο
✓ κρεβάτι. (Μαδιανός 2006, B.J Sadock & V.A Sadock. 2007, Royden 2010).

Συνοπτικά λοιπόν, *τα συμπτώματα* που παρουσιάζει ο ασθενής στη ΝΑ είναι :α) *η έκπτωση της μνήμης*, β)*η αφασία (διαταραχή του λόγου)* γ)η *απραξία* (έκπτωση στην ικανότητα να διεκπεραιώνει κινητικές δραστηριότητες) δ)*αγνωσία* (αδυναμία να αναγνωρίζει ή να προσδιορίζει αντικείμενα) ε) και *διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας* (διαταραχή στην ικανότητα να μπορεί να κάνει σχέδια, να οργανώνει να λειτουργεί αφαιρετικά). (Μαδιανός 2006, B.J Sadock & V.A Sadock. 2007, Royden 2010).

.

2.6 Διάγνωση

Οι εργαστηριακές εξετάσεις δεν βοηθούν στη διάγνωση, παρά στον αποκλεισμό άλλων διαταραχών. Ο μόνος σίγουρος τρόπος επιβεβαίωσης της διάγνωση της νόσου Alzheimer είναι η αυτοψία του εγκεφαλικού ιστού και η εύρεση των χαρακτηριστικών παθολογοανατομικών ευρημάτων της νόσου, η οποία όμως πραγματοποιείται μετά το θάνατο του ασθενούς. Παρόλα αυτά μπορεί να πραγματοποιηθεί διάγνωση με μεγάλη ακρίβεια μιας «πιθανής» νόσου Alzheimer και όταν ο ασθενής είναι ακόμη εν ζωή με διάφορες μεθόδους:
Διαγνωστικές εξετάσεις. Για την πραγματοποίηση της διάγνωσης είναι απαραίτητες οι εξής εξετάσεις:

- Προσεκτική και λεπτομερής κλινική εξέταση από έμπειρο και εξειδικευμένο νευρολόγο, με λήψη πλήρους ιστορικού.
- Νευροψυχολογικός έλεγχος, ο οποίος είναι απαραίτητος για την εξέταση της μνήμης αλλά και άλλων νοητικών λειτουργιών όπως είναι η προσοχή, η μάθηση, η ανάκληση η γλώσσα και οι οπτικοχωρικές ικανότητες. Επίσης ελέγχονται και πιθανές διαταραχές στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (π.χ. μαγείρεμα, διαχείριση οικονομικών κ.α.). Η πιο συνηθισμένη νευροψυχολογική εξέταση, η οποία χρησιμοποιείται είναι η εξέταση MMSE (Mini Mental State Examination) που εξετάζει με απλό και γρήγορο τρόπο τον προσανατολισμό, την προσοχή, την άμεση και βραχύχρονη ανάκληση, τη γλώσσα και την ικανότητα παρακολούθησης και εφαρμογής απλών γραπτών και προφορικών οδηγιών(εικόνα 5). (Βασιλόπουλος & Πάνας & Καλφάκης & 2008, Fauci et all. 2010, Παπαδημητρίου και συν. 2013).

Άλλες νευροψυχομετρικές εξετάσεις οι οποίες χρησιμοποιούνται είναι οι CDR (Clinical Dementia Rate) και GDS (Global Deterioration Scale). Οι εξετάσεις αυτές μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαφορική διάγνωση της νόσου Alzheimer από άλλες μορφές άνοιας.
Τα πλέον διαδεδομένα κριτήρια για τη διάγνωση της νόσου Alzheimer είναι τα κριτήρια DSM-IV-TR της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας:

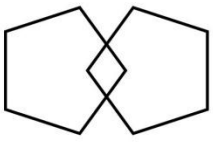
- Η ανάπτυξη πολλαπλών νοητικών ελλειμμάτων, τα οποία περιλαμβάνουν έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα: → αφασία → απραξία → αγνωσία και → διαταραχή στην εκτελεστική λειτουργία.
- Οι νοητικές διαταραχές πρέπει να αντιπροσωπεύουν μια επιδείνωση από ένα προηγούμενο υψηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς και να είναι αρκετά σοβαρές, ώστε να προκαλούν διαταραχές στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα.
- Η έναρξη της νόσου γίνεται βαθμιαία και ακολουθείται από συνεχιζόμενη νοητική έκπτωση.
- Τα νοητικά ελλείμματα δεν οφείλονται σε κάποια άλλη πάθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος, συστηματικές νόσους ή καταστάσεις προκαλούμενες από ουσίες οι οποίες μπορούν να προκαλέσουν προοδευτικά ελλείμματα στη μνήμη και στις νοητικές λειτουργίες.
- Οι διαταραχές δεν συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια ενός παραληρήματος.
- Η διαταραχή δεν εμφανίζεται κατά τη διάρκεια μιας ψυχιατρικής νόσου (π.χ. μείζων κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια). (Βασιλόπουλος & Πάνας & Καλφάκης & 2008, Fauci et all. 2010, Παπαδημητρίου και συν. 2013).

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Name:

DOB:

Hospital Number:

One point for each answer	DATE:		
ORIENTATION Year Season Month Date Time	...../ 5	...../ 5	...../ 5
Country Town District Hospital Ward/Floor	...../ 5	...../ 5	...../ 5
REGISTRATION Examiner names three objects (e.g. apple, table, penny) and asks the patient to repeat (1 point for each correct. THEN the patient learns the 3 names repeating until correct).	...../ 3	...../ 3	...../ 3
ATTENTION AND CALCULATION Subtract 7 from 100, then repeat from result. Continue five times: 100, 93, 86, 79, 65. (Alternative: spell "WORLD" backwards: DLROW).	...../ 5	...../ 5	...../ 5
RECALL Ask for the names of the three objects learned earlier.	...../ 3	...../ 3	...../ 3
LANGUAGE Name two objects (e.g. pen, watch).	...../ 2	...../ 2	...../ 2
Repeat "No ifs, ands, or buts".	...../ 1	...../ 1	...../ 1
Give a three-stage command. Score 1 for each stage. (e.g. "Place index finger of right hand on your nose and then on your left ear").	...../ 3	...../ 3	...../ 3
Ask the patient to read and obey a written command on a piece of paper. The written instruction is: "Close your eyes".	...../ 1	...../ 1	...../ 1
Ask the patient to write a sentence. Score 1 if it is sensible and has a subject and a verb.	...../ 1	...../ 1	...../ 1
COPYING: Ask the patient to copy a pair of intersecting pentagons 	...../ 1	...../ 1	...../ 1
TOTAL:	...../ 30	...../ 30	...../ 30

MMSE scoring
24-30: no cognitive impairment
18-23: mild cognitive impairment
0-17: severe cognitive impairment

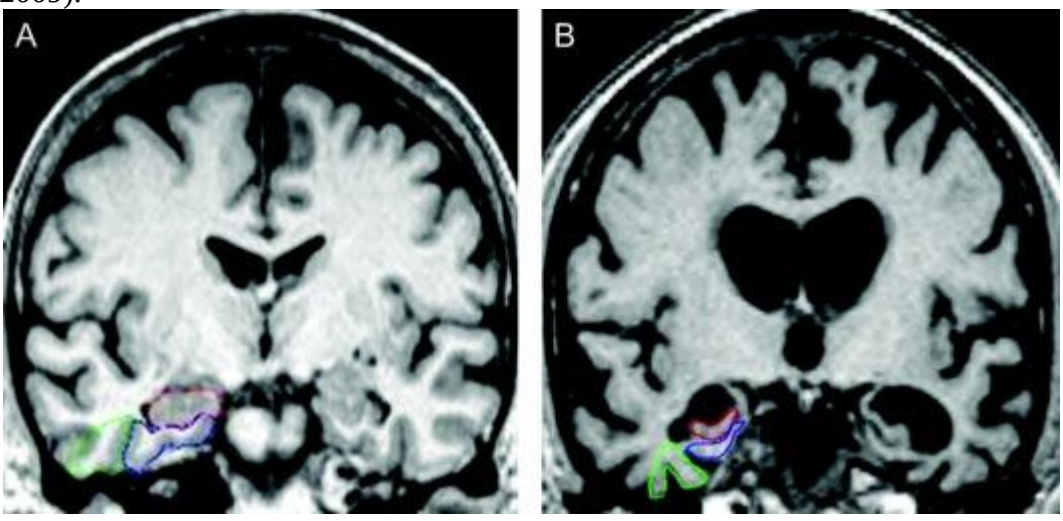
Εικόνα 5. (M. Folstein & S.E Folstein & McHugh1975)

2.7 Διαφορική διάγνωση

Η πρώιμη νόσος Alzheimer μπορεί να μοιάζει με την κατάθλιψη ή τις αμιγείς διαταραχές μνήμης όπως το αμνησιακό σύνδρομο Korsakoff . Η πιο προχωρημένη νόσος Alzheimer πρέπει να διακριθεί από την άνοια των σωματίων Lewy, την πολυεμφρακτική άνοια, τη νόσο Greutzfeldt – Jakob, και άλλες ανοϊκές διαταραχές. Η διάγνωση της νόσου βασίζεται στην ανάπτυξη άνοιας με αφασικές, απρακτικές και αγνωσικές διαταραχές. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την αγγειακή άνοια (πολυεμφραγματική), όπου από νωρίς έχουμε πυραμιδικές και ψευδοπρομηκικές εκδηλώσεις, μικροεγκεφαλικά επεισόδια, υπέρταση κ.α. Διαφορική διάγνωση θα γίνει επίσης από άλλες άνοιες, όπως αναφέραμε και επάνω, όπως οι άλλες εκφυλιστικές, η άνοια του Korsakoff (ιστορικό αλκοολισμού), της χαμηλής τάσης υδροκεφάλου (άνοια, ορθομετρικές διαταραχές, απραξία βάδισης), της νόσου του AIDS, της αγγειίτιδας, του ΚΝΣ κ.α Χωροκατακτητικές εξεργασίες (κυρίως του μετωπιαίου και κροταφικού λοβού) θα αποκλεισθούν με νευροαπεικονιστικές εξετάσεις. (Αρχιμανδρίτης και συν. 2010, Μουντολακάκη 2013).
Πρέπει επίσης να αποκλείσουμε τις καταστάσεις εκείνες που προκαλούν θεραπεύσιμη άνοια, όπως ο υποθυρεοειδισμός, η έλλειψη βιταμίνης Β12, ένα υποσκληρίδιο αιμάτωμα κ.α. Διαφορική διάγνωση θα γίνει επίσης από την κατάθλιψη που μπορεί να προκαλεί ψευδοανοϊκά συμπτώματα (οι ασθενείς με οργανική διαταραχή της μνήμης υποεκτιμούν τον βαθμό της νοητικής τους δυσκολίας σε αντίθεση με αυτούς που πάσχουν από κατάθλιψη), όπως και από την τοξική κατάσταση από αντιχολινεργικά φάρμακα. Επειδή η άνοια προκαλεί διαταραχή των ανωτέρων νοητικών λειτουργιών και τα άτομα βαθμιαία γίνονται εξαρτημένα, προκαλεί προβλήματα όχι μόνο στα άτομα που πάσχουν αλλά και στις οικογένειες τους, στους φίλους τους και στους ανθρώπους που πρέπει να τους φροντίζουν. Επομένως, η διαφορική διάγνωση της άνοιας είναι πολύ χρήσιμη, διότι οι αναστρέψιμες άνοιες θεραπεύονται και οι μη θεραπεύσιμες σταθεροποιούνται.
Διαταραχές της μνήμης που σχετίζονται με την ηλικία Η δυσκολία στη διαφορική διάγνωση είναι στις οριακές καταστάσεις της άνοιας, μια και στις προχωρημένες μορφές της άνοιας δεν τίθεται διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα. Ατομα με ΑΑΜΙ παραπονούνται για σοβαρές διαταραχές μνήμης που δεν είχαν σε νεώτερη ηλικία. Μεγάλο διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα για τους γιατρούς που ασχολούνται με τους ηλικιωμένους είναι η διάκριση της άνοιας από την κατάθλιψη (ψευδοάνοια). Το πόσο χρήσιμη είναι η διάγνωση είναι εύκολο να γίνει κατανοητό, επειδή η άνοια ως επί το πλείστον -προς το παρόν- είναι αθεράπευτη, ενώ η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά και είναι η συχνότερη αιτία θεραπεύσιμης άνοιας. (Αρχιμανδρίτης και συν. 2010, Μουντολακάκη 2013).

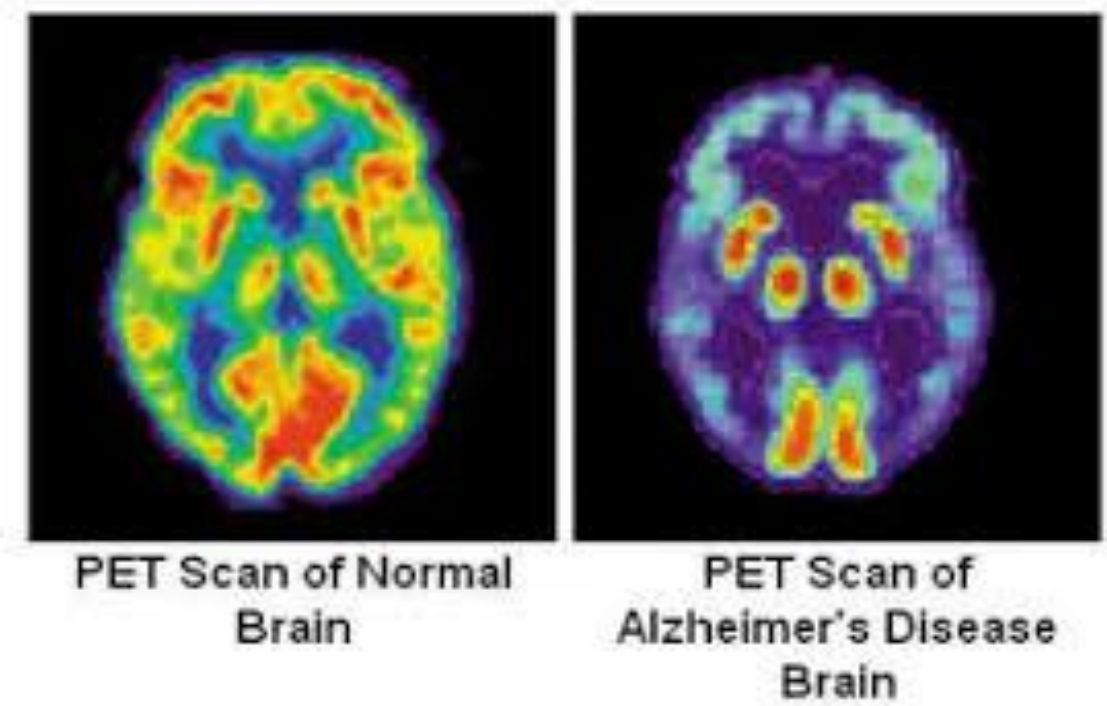
2.8 Εργαστηριακός Έλεγχος

Εξετάσεις αίματος: Ελέγχονται η ομοκυστεΐνη, η βιταμίνη Β12, η θυρεοειδική λειτουργία, τα γονίδια που αναφέρθηκαν παραπάνω αλλά και άλλοι παράγοντες που μπορεί να σχετίζονται με τη λειτουργία της μνήμης. Νευροαπεικονιστικές εξετάσεις: Αξονική τομογραφία (CT) και Μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου (MRI), (εικόνα 6) όπου μπορεί να απεικονιστεί εγκεφαλική και φλοιική ατροφία και ειδικότερα η ατροφία του ιππόκαμπου, της περιοχής του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνη για τη μνήμη. Απεικόνιση Μαγνητικού Συντονισμού (Magnetic Resonance ImagingMRI), αφού έχει δυνατότητα υψηλής διακριτικής ικανότητας ανατομικών δεδομένων, έχει καθιερωθεί πλέον σαν η πιο αξιόπιστη μέθοδος απεικόνισης της ανατομίας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Μέχρι πρόσφατα, η λειτουργική διερεύνηση του εγκεφάλου, ήταν περιορισμένη στα ευρήματα των χαμηλής διακριτικής ικανότητας μεθόδων, όπως το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, ή την τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων με χρήση ραδιοφαρμάκων, που δεν επιτρέπουν ανάλυση παρά μέχρι 5-10mm. Ως αποτέλεσμα της ραγδαίας εξέλιξης του MRI, ιδιαίτερα σε τομείς που αφορούσαν την λεγόμενη «υπερταχεία» απεικόνιση, κατέστη δυνατό, με τη χρήση νέων τεχνικών, να παρατηρήσουμε με μη επεμβατικό τρόπο, την ενεργοποίηση του φλοιού, με χωρική και χρονική διακριτική ικανότητα ελαχίστων mm και μικρότερης του ενός δευτερολέπτου, αντίστοιχα. Η προσέγγιση αυτή με την χρήση MRI είναι σχετικά πρόσφατη και θα έλεγε κανείς ότι αποτελεί μια τεχνολογική «πρόκληση». Παρά ταύτα αφορά μια σειρά μελετών, τόσο για τις μεθόδους που χρησιμοποιεί, όσο και για τα αποτελέσματά της, ήδη αρκετά εκτεταμένων για να συμπεριληφθούν σε μια σύντομη ανασκόπηση. Οι νέες αυτές τεχνικές, με τον γενικό όρο Λειτουργική Απεικόνιση Μαγνητικού Συντονισμού (functional MRI), έχουν ήδη βελτιώσει σημαντικά την κατανόηση της λειτουργικής εξειδίκευσης των διαφόρων περιοχών του εγκεφάλου. Διαφαίνεται επίσης ήδη, ότι θα βελτιωθεί η δυνατότητα των νευρο-επιστημόνων να διερευνήσουν τις υψηλότερου επιπέδου διαδικασίες της ανθρώπινης νόησης in vivo. (Hauser et all 2013, Marsden & Fowler 2001, Silverman D. H.S 2009).



Εικόνα 6. (Silverman D. H.S 2009)

Οι λειτουργικές απεικονιστικές μελέτες του εγκεφάλου συνθέτουν μια από τις πιο σημαντικές σύγχρονες εφαρμογές της απεικόνισης μαγνητικού συντονισμού. Στις μελέτες αυτές χρησιμοποιούνται τεχνικές, οι οποίες παρέχουν πληροφορίες που αφορούν βασικές λειτουργίες του εγκεφάλου (λειτουργικές πληροφορίες). Με άλλα λόγια, εκτός από τη μορφολογική απεικόνιση των ανατομικών δομών, οι τεχνικές αυτές αναδεικνύουν περιοχές ενεργοποίησης κατά τη διάρκεια ενός ερεθίσματος ή κατά τη διάρκεια πραγματοποίησης κάποιας άσκησης. Οι παραπάνω μελέτες δίνουν νέες προοπτικές στην κλινική εφαρμογή της μαγνητικής τομογραφίας .(Hauser et all 2013, Marsden & Fowler 2001, Silverman D. H.S 2009). Μέχρι πρόσφατα, η μοναδική μέθοδος που είχε τη δυνατότητα παροχής λειτουργικών πληροφοριών του εγκεφάλου ήταν η φασματοσκοπία μαγνητικού συντονισμού, με την οποία ήταν δυνατή η μελέτη του μεταβολισμού σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Ένα από τα σημαντικά μειονεκτήματα της φασματοσκοπίας είναι η περιορισμένη χωρική διακριτική ικανότητα λόγω της χαμηλής συγκέντρωσης των μεταβολιτών στον εγκέφαλο, οι οποίοι αποτελούν την πηγή του σήματος. Στην περίπτωση των τεχνικών λειτουργικής απεικόνισης, το σήμα προέρχεται από τα πρωτόνια, όπως και στη συμβατική μαγνητική τομογραφία, με τη διαφορά ότι η αντίθεση δεν οφείλεται αποκλειστικά στις παραμέτρους αντίθεσης που ήδη γνωρίζουμε, αλλά και σε άλλες φυσιολογικές διαδικασίες Άλλες σύγχρονες εξετάσεις όπως το PET (Positron Emission Tomography) (εικόνα) και το SPECT (single photon emission computed tomography) ουσιαστικά είναι ακόμα σε πρώιμο στάδιο. Εξέταση πρωτεϊνών του Εγκεφαλονωτιαίου υγρού (ΕΝΥ): Έχει αποδειχθεί ότι η τιμή του β-αμυλοειδούς στο ΕΝΥ είναι μειωμένη και της τ-πρωτεΐνης αυξημένη σε ασθενείς με νόσο Alzheimer συγκριτικά με φυσιολογικά άτομα, αλλά ακόμα παραμένουν ερωτήματα σχετικά με τη συνεισφορά τους στην διαγνωστική ακρίβεια και επιπλέον η λήψη του ΕΝΥ πραγματοποιείται με οσφυονωτιαία παρακέντηση, μια διαδικασία που δεν την αποδέχεται εύκολα ο ασθενής. . (Hauser et all 2013, Marsden & Fowler 2001, Silverman D. H.S 2009).



Εικόνα 7 (Silverman D. H.S 2009)

2.9 Πρόγνωση

Νωρίς κατά τη διάρκεια της νόσου, οι ασθενείς μπορούν συνήθως να παραμείνουν στο σπίτι και να συνεχίσουν τις κοινωνικές, ψυχαγωγικές και ορισμένες επαγγελματικές τους δραστηριότητες. Η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να δώσει το χρόνο στους ασθενείς να προγραμματίσουν την τακτική αποχώρηση από την εργασία, να τακτοποιήσουν τη διαχείριση των οικονομικών τους και να συζητήσουν με παθολόγους και τα μέλη της οικογένειας τους για την αντιμετώπιση των μελλοντικών ιατρικών τους προβλημάτων. Οι ασθενείς σε προχωρημένα στάδια της νόσου μπορεί να χρειαστούν νοσηλευτική φροντίδα και χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων. Αυτοί οι ασθενείς πρέπει να προστατευθούν και να αποτραπούν από τον τραυματισμό των ίδιων και των οικογενειών τους με τις απερίσκεπτες ενέργειες ή αποφάσεις τους. Ο θάνατος από ασιτία ή λοίμωξη εμφανίζεται γενικά σε 5 -10 χρονιά μετά από τα πρώτα συμπτώματα . (Χριστοδούλου και συν. 2009, Μάνος 1997)

Τα βασικότερα «σημάδια» για την αρχή της νόσου που μας βοηθάν στη πρόγνωση της συγκεντρωτικά μπορούμε να πούμε πως είναι τα εξής:

- ✓ Προβλήματα της πρόσφατης μνήμης (όχι απώλεια)
- ✓ δυσκολία σε συνηθισμένες ασχολίες στην ολοκλήρωσή τους
- ✓ Προβλήματα λόγου και προφορικής έκφρασης, της κατάλληλης λέξης κάποιες φορές
- ✓ Αποπροσανατολισμός ως προς τον τόπο και τον χρόνο
- ✓ Μειωμένη κρίση (ακατάλληλο ντύσιμο, άκριτες αγορές)
- ✓ Προβλήματα στην αφαιρετική σκέψη (αδυναμία κατανόησης αφηρημένων εννοιών)
- ✓ Μεταβολές της διάθεσης ή της συμπεριφοράς (μεταπτώσεις διάθεσης)
- ✓ Αλλαγή της προσωπικότητας (από φυσιολογική σε καχύποπτη)
- ✓ Απώλεια πρωτοβουλιών-παθητικότητα
- ✓ Τοποθέτηση αντικειμένων σε λάθος θέση. (Χριστοδούλου και συν. 2009, Μάνος 1997).

2.10 Πρόληψη

Δυστυχώς δεν γνωρίζουμε πως μπορούμε να προλάβουμε ή να αναστείλουμε την εμφάνιση της νόσου Alzheimer. Ωστόσο, από διάφορες έρευνες προκύπτει ότι ορισμένοι παράγοντες ίσως περιορίζουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου, όπως:

- Η διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης, δηλαδή η συστηματική, έστω και ήπια, άσκηση (απλό βάδισμα, γυμναστική, κολύμπι ή οποιοδήποτε άλλη μορφή άσκησης) και ο περιορισμός των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (αρτηριακή υπέρταση, αυξημένη χοληστερίνη και παχυσαρκία) μειώνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης νόσου του Alzheimer.
- Η διατροφή και ειδικά η μεσογειακή διατροφή, η οποία είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και ελαιόλαδο δρα προστατευτικά, καθώς άτομα που ακολουθούν μεσογειακή διατροφή παρουσιάζουν 68% λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης της νόσου συγκριτικά με άτομα που δεν ακολουθούν το μεσογειακό πρότυπο διατροφής. Αντίθετα η υπερβολική κατανάλωση πολυακόρεστων λιπών σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου Alzheimer. Γενικά, οι τροφές που πρέπει να προτιμούνται είναι: → Τροφές πλούσιες σε ω-3 λιπαρά οξέα (ψάρια, όπως σαρδέλες, σολομός, σκουμπρί, τόνος, μπακαλιάρος). → Φρούτα, λαχανικά. → Τροφές πλούσιες σε βιταμίνη C (φρούτα, λαχανικά) και βιταμίνη E (φυτικά έλαια, όσπρια, ξηροί καρποί). Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα Στατίνες: Καθώς τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης έχουν αναγνωρισθεί ως ένας από τους παράγοντες κινδύνου θεωρούμε ότι οι στατίνες (φάρμακα που ελαττώνουν τη χοληστερίνη) ίσως έχουν προστατευτικό ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου Alzheimer.
- Νοητική άσκηση: Η συστηματική εξάσκηση του νου (σκάκι, σταυρόλεξο, παζλ, συστηματικό διάβασμα εφημερίδων κλπ) και κάθε τι που διατηρεί τον εγκέφαλο σε εγρήγορση φαίνεται ότι ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης νόσου Alzheimer στο μισό. Ακόμα, υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι η εργασία, η διατροφή και η μέση κατανάλωση κρασιού μπορεί να αποτελούν 48 προφυλακτικούς παράγοντες για την άνοια. Πρέπει όμως να γίνουν περισσότερες μελέτες που θα στηρίξουν περισσότερο αυτή την άποψη. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν ότι η αντιμετώπιση των υψηλών επιπέδων χοληστερόλης προφυλάσσει από την άνοια
- Αντιμετώπιση συστολικής υπέρτασης Αναφέρεται δυνητική ελάττωση της επίπτωσης της άνοιας μέχρι και 50% με τη χρήση αντιυπερτασικής αγωγής και μάλιστα με τη χρήση αποκλειστών των ιόντων ασβεστίου. (Κονταξάκης & Χαβάκη-Κονταξάκη & Χριστοδούλου 2005, Λύκουρας & Σολδάτος & Ζέρβας 2009).

2.11 Θεραπεία

2.11.1 Συντηρητική

Η αντιμετώπιση της νόσου επιβάλλει κατά τη φαρμακευτική θεραπεία, αλλά σημαντικό ρόλο εκτός από τα φάρμακα παίζουν και άλλες θεραπείες . Σε φάση δοκιμών βρίσκονται διακόσιες διαφορετικές θεραπείες ενώ παράλληλα δοκιμάζεται η προσέγγιση της χορήγησης νευροτρόπων παραγόντων μέσω της μύτης : αυτό είναι σημαντικό πλεονέκτημα καθώς όταν ο παράγοντας εισάγεται στην ρινική κοιλότητα , περνάει κατευθείαν στην εγκεφαλική ουσία και βοηθάει τα εγκεφαλικά κύτταρα να συνεχίσουν να ζουν. Μάλιστα το φάρμακο Alzheimer έχει δείξει ήδη από το αποτέλεσμα δοκιμών σε ένα μικρό βαθμό ασθενών ότι επιβραδύνει σημαντικά την εξέλιξη της νόσου. Επιπλέον μελλοντικές προσεγγίσεις περιλαμβάνονται και στα βλαστικά κύτταρα του οργανισμού. (Ευδοκιμίδης & Πόταγας 2016)
Άλλες θεραπείες που βοηθούν πολύ στην αντιμετώπιση της νόσου είναι η ατομική ψυχοθεραπεία, η γνωστική θεραπεία, η θεραπεία συμπεριφοράς , η ομαδική ψυχοθεραπεία, η κινησιοθεραπεία, η μουσικοθεραπεία,. Αυτές οι καινούργιες θεραπείες βοηθούν πιο πολύ τον ασθενή να αντιμετωπίσει την νόσο , καθώς σε άλλους να αισθάνονται καλά μέσα από αυτοί την νόσο και να νιώθουν ζωντανοί. Επιπλέον με τα θεραπευτικά προγράμματα όπως ο προσανατολισμός στην επικαιρότητα, οι ασκήσεις μνήμης , προσοχής και γλώσσας , και η νοερή απεικόνιση και οι τεχνικές χαλάρωσης δίνουν μία άλλη πινελιά στην αντιμετώπιση της νόσου. (Ευδοκιμίδης & Πόταγας 2016).

Ατομική ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία μπορεί να οριστεί ως μία σχεδιασμένη εφαρμογή, όπου μέσα από εξειδικευμένες ψυχολογικές τεχνικές μπορούμε να βοηθήσούμε τον ασθενή να μειώσει την ψυχολογική του ανεπάρκεια και να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά, ιδίως στα αρχικά στάδια της νόσου.
Ο στόχος της θεραπείας είναι να προσαρμόσει τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος στην γνωστική ικανότητα του ασθενούς και να τα επεξεργαστεί μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων που παρέχει το περιβάλλον αυτό.
Η βελτίωση των ανώτερων νοητικών λειτουργιών είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί και μέσα από την ψυχοθεραπεία.
Η συνειδητοποίηση της γνωστικής διαταραχής στα αρχικά στάδια προκαλεί έντονο άγχος και κινητοποιεί συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας.
Στην ατομική ψυχοθεραπεία και σε κάθε θεραπεία χρειάζεται η προσαρμογή του περιβάλλοντος στον ασθενή και όχι προσαρμογή του ασθενούς στο περιβάλλον. (Σολδάτος & Λύκουρας 2010).
Υπάρχει μείωση των απαιτήσεων από τον ασθενή και προσαρμογή στις διαταραγμένες του ικανότητες. Η αντιμετώπιση του άγχους, της κατάθλιψης και των συναισθηματικών αντιδράσεων και των γίνεται με ψυχοθεραπεία που συνοδεύουν τις διαταραχές αυτές . Είναι σημαντικό να δούμε στην ψυχοθεραπεία ως κύριο μέσο θεραπευτικής επικοινωνίας. Ο στόχος του θεραπευτή είναι πρώτα από όλα η κατανόηση και έπειτα όλα τα άλλα. (Σολδάτος & Λύκουρας 2010).

Έτσι η θεραπεία έχει ως στόχο να βελτιώσει του ασθενούς. Είναι επίσης απαραίτητο η θεραπεία να συνεχίζεται μέχρι τέλους.
Άλλωστε η επιτυχία της ψυχοθεραπείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με το γεγονός ότι όσο συνεχίζεται η ψυχοθεραπεία , τόσο ελέγχεται ο ρυθμός επιδείνωσης της νόσου.
Έτσι λοιπόν όταν μιλάμε για ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία θα πρέπει να σκεφτούμε πως μπορούμε να λειτουργήσουμε ψυχοθεραπευτικά με τον ασθενή που έχει την ΝΑ. (Σολδάτος & Λύκουρας 2010).

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η χρησιμότητα της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι σημαντική για τους ασθενείς με άνοια αλλά και με ΝΑ. Παρόλο που οι γιατροί είναι διστακτικοί για τέτοιου είδους ψυχοθεραπεία, διάφορες θεωρίες επικροτούν την θεραπεία αυτή και υποστηρίζουν ότι έχει θεραπευτικά αποτελέσματα.
Στην ομαδική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως μία βαθμιαία προσέγγιση , ακριβώς επειδή υπάρχει σημαντική διαβάθμιση του λειτουργικού επιπέδου των ασθενών. (Friedland 1997).
Έτσι η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει τρεις (3) στόχους :
Να παρέχει υποστήριξη και συμβουλευτική, με νοητική συμπεριφορική προσέγγιση δουλεύοντας με τις σκέψεις ,τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές των περιθαλπόντων. Επίσης μπορεί να βοηθήσει τους περιθάλποντες να αποδεχθούν την ασθένεια του συγγενή τους και να παρέχει ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική για την αποδοχή των αλλαγών που πιθανώς θα παρουσιάσουν οι οικείοι τους με την εξέλιξη της νόσου. Στο πρώτο λοιπόν και αρχικό στάδιο επιχειρείται «επανακινητοποίηση» που έχει ως στόχο την «επανακινητοποίηση «του ασθενούς. Στις ομάδες αυτές οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συζητήσουν διάφορα θέματα της σύγχρονης πραγματικότητας , να σκεφτούν γύρω από αυτά, να αλληλεπιδράσουν μεταξύ τους και να εκδηλώσουν συναισθηματικές αντιδράσεις.
Στο δεύτερο επίπεδο (μέτριο στάδιο της νόσου) εφαρμόζεται προσανατολισμός στην πραγματικότητα. Αυτό το επίπεδο αφορά σε ασθενείς που μπορεί να έχουν διαταραχές προσανατολισμού ή να είναι σε σύγχυση αλλά παραμένουν ικανοί να εμπλακούν σε κάποια δραστηριότητα.
Στόχος είναι να βοηθήσει τους περιθάλποντες να αναπτύξουν και να υιοθετήσουν λειτουργικές στάσεις και πεποιθήσεις για την ΝΑ καθώς να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι οι ασθενείς συγκεντρώνονται σε ομάδες πέντε –δέκα (5-10) ατόμων και ο θεραπευτής συζητά θέματα που αφορούν προσανατολισμό τόπο και χρόνο, υπενθυμίζει τα ονόματα του ιδίου και των μελών της ομάδας υποδεικνύει τρόπους ένδυσης κ..λ.π. (Friedland 1997).
Η μέθοδος αυτή έχει ως αποτέλεσμα την βελτίωσης της συμπεριφοράς τωνασθενών και σε κάποιο βαθμό η βελτίωση αυτή φαίνεται να επεκτείνεται και σε άλλες μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς. Έτσι οι στόχοι είναι η αύξηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, της αυτοφροντίδας και του εύρους της προσοχής. Στο τρίτο στάδιο που είναι και το βαρύτερο εφαρμόζεται η αισθητηριακή εξάσκηση. Πρόκειται για μία τεχνική που αναπτύχθηκε από τη Richman και έχει ως στόχο να κινητοποιεί όλες τις αισθήσεις.
Οι ασθενείς καλούνται να δουν , να ακούσουν , να μυρίσουν, να αγγίξουν, να γευτούν διάφορα καθημερινά αντικείμενα. Οι ασθενείς που βρίσκονται στο στάδιο αυτό ασκούνται στην αισθητηριακή εξάσκηση και όσο βελτιώνονται σιγά-σιγά προχωρούν σε επόμενο στάδιο. (Friedland 1997).

Έτσι λοιπόν τα αποτελέσματα αυτού του προγράμματος είναι :
i. η αποδοχή της ασθένειας από το περιβάλλον
ii. η προσαρμογή και η αλλαγή του τρόπου ζωής των περιθαλπόντων και των ασθενών τους σε ένα τρόπο ζωής που να εξυπηρετεί τα καινούργια δεδομένα της ζωής τους μετά την εκδήλωση της ασθένειας.
iii. Η εκπαίδευση της διαχείρισης των συναισθημάτων που γεννιούνται μετά την εμφάνιση της ασθένειας και η διατήρηση της σωστής ποιότητας ζωής.
Έτσι λοιπόν ο θεραπευτής μέσα από αυτή την ομαδική ψυχοθεραπεία οικοδομεί πέρα από τις τεχνικές σωστή ποιότητα ζωής , και αποκτά επαγγελματικά και προσωπική καταξίωση. (Friedland 1997).

Μουσικοθεραπεία

Η μουσικοθεραπεία είναι η χρήση της μουσικής με σκοπό τη θεραπεία, τη βελτίωση ή ακόμη και την αποκατάσταση της ψυχικής και σωματικής υγείας ενός ατόμου κάθε ηλικίας.
Η μουσικοθεραπεία σαν εναλλακτική μορφή μη φαρμακολογικής θεραπείας είναι μία καινούργια μορφή αποκατάστασης συμβάλλοντας στην άσκηση της μνήμης και της προσοχής , στη νοητική θεραπεία και τέλος, στην χαλάρωση και ευχαρίστηση που μπορεί η μουσική να προσφέρει.
Η μουσική είναι το μέσο που επικοινωνούν οι ηλικιωμένοι και βοηθά στην ανάκληση γεγονότων κάτι που είναι δύσκολο με λεκτικά μέσα.
Έτσι η μουσικοθεραπεία όπως και η θεραπεία σε σχέση με την τέχνη αποτελούν αποτελεσματικές θεραπείες σε ασθενείς που βρίσκονται σε μακρόχρονες δομές παραμονής (ξενώνες, γηροκομεία κ.λ.π.)γιατί συντελούν στην βελτίωση της ποιότητας ζωής τους καθώς και των κοινωνικών σχέσεων μεταξύ τους. (Friedland 1997, Μαδιανός 2005)
Παράλληλα βελτιώνουν το αίσθημα και την αυτοέκφραση ,διεγείρουν τις αισθήσεις , το λόγο και την κινητική δραστηριότητα των νοητικών λειτουργιών. (Friedland 1997, Μαδιανός 2005)
Η βελτίωση σε αυτούς τους τομείς έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τη συνταγογράφηση ηρεμιστικών και υπνωτικών και προωθεί την γενικότερη αποκατάσταση του ασθενούς. Οι δύο βασικοί τύποι της γνωστικής μουσικοθεραπείας είναι η ενεργητική και η παθητική μουσικοθεραπεία. Έτσι για να επωφεληθεί ένας ασθενής από την μουσικοθεραπεία δεν χρειάζεται να έχει ιδιαίτερες μουσικές ικανότητες. Οι προτιμήσεις του ασθενούς, οι εξατομικευμένες συνθήκες και ανάγκες θεραπείας θα καθορίσουν το είδος της μουσικής και τις τεχνικές της μουσικοθεραπείας που θα εφαρμόσει στην κάθε περίπτωση ο θεραπευτής. Έτσι συγκεκριμένα το είδος της μουσικής καθορίζει την ψυχοσύνθεση(σωματική και συναισθηματική κατάσταση) του ασθενή , μειώνει την ανησυχία , την επιθετικότητα και την διαταραχή της διάθεσης κατά την εκτέλεση διαφόρων δραστηριοτήτων και ιδιαίτερα την ώρα της σίτισης ή του μπάνιου. Ανάλογα με την περίπτωση είτε εξατομικευμένα χρησιμοποιώντας ο ίδιος ένα μουσικό όργανο , είτε μέσα στα πλαίσια μίας ομάδας ασθενών. Υπάρχουν δύο προγράμματα που χρησιμοποιεί ο ασθενής το ατομικό και το ομαδικό πρόγραμμα. (Friedland 1997, Μαδιανός 2005).

Στο ατομικό πρόγραμμα χρησιμοποιείται ένα εύκολο όργανο (μεταλλόφωνο ή αρμόνιο)και ένα συγκεκριμένο χρώμα για κάθε νότα. Κάθε πλήκτρο του οργάνου είναι βαμμένο με χρώμα , και ο ασθενής βλέποντας στο χαρτί τις νότες που συμβολίζονται η καθεμία με διαφορετικό χρώμα χτυπάει τα αντίστοιχα χρωματισμένα πλήκτρα και έτσι παίζει ένα μουσικό κομμάτι.
Στο ομαδικό πρόγραμμα χρησιμοποιούν όργανα που είναι ειδικά κατασκευασμένα με άνοια ή ήπιες διαταραχές μνήμης ή και για άνοια τύπου Alzheimer αλλά στα πρώτα στάδια .
Άρα λοιπόν έχουμε ενεργητική μουσικοθεραπεία όταν ο ασθενής συμμετέχει ενεργά παίζοντας ένα μουσικό απλό όργανο ενώ παθητική μουσικοθεραπεία έχουμε όταν ακούν μουσική ή όταν συμμετέχουν σιγοτραγουδώντας.
Έτσι αυτό που προσπαθούμε να ενεργοποιήσουμε με την παθητική ακρόαση είναι η αλλαγή της ψυχικής διάθεσης ,η χαλάρωση, και η δημιουργία μίας ήρεμης ατμόσφαιρας.
Τέλος , η μουσικοθεραπεία είναι μία ασφαλής και αποτελεσματική μέθοδος για την αντιμετώπιση της έντασης του άγχους στα πρώτα στάδια της νόσου Alzheimer. (Friedland 1997, Μαδιανός 2005).

Κινησιοθεραπεία

Η κινησιοθεραπεία που ασκεί το Νου είναι ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο περιλαμβάνει κινητικές ασκήσεις οι οποίες απαιτούν νοητικές ικανότητες , όταν εκτελούνται. Οι ασκήσεις του προγράμματος έχουν σχεδιαστεί έτσι ώστε να απαιτούν νοητικές ικανότητες στις οποίες υπάρχει έκπτωση στην ΝΑ. (Ritcher & Zoeller 2004)
Αυτές είναι η μνήμη, η προσοχή, ο λόγος ,καθώς και η εκτελεστική λειτουργία. Μέσα από τις κινητικές ασκήσεις καλλιεργούνται τόσο, η οπτική όσο και η ακουστική αντίληψη. (Ritcher & Zoeller 2004)
Έτσι τα ερεθίσματα των ασκήσεων είναι οπτικά (χρώμα, μέγεθος, σχήμα)και ακουστικά (διάφοροι ήχοι, μουσική, προφορικές οδηγίες). Οι νοητικές ασκήσεις έχουν στόχο την ενεργοποίηση των νοητικών λειτουργιών του εγκεφάλου μέσω της κίνησης.
Με βάση τα παραπάνω το πρόγραμμα κινησιοθεραπείας προσφέρει ;ασκήσεις ενδυνάμωσης, ισορροπίας ασκήσεις επανεκπαίδευσης της βάδισης και συντονισμό κινήσεων .Τα μέρη του σώματος που αφορούν οι κινήσεις είναι ο αυχένας, τα άνω και κάτω άκρα και ο κορμός. Οι κινητικές ασκήσεις έχουν ως στόχο την βελτίωση του εύρους κίνησης των αρθρώσεων , της ισορροπίας και της βάδισης. Με αυτό τον τρόπο οι ασκήσεις εκτελούνται με μεγάλη ευχαρίστηση , οι ηλικιωμένοι έχουν την αίσθηση ότι συμμετέχουν σε ένα παιχνίδι. Επιπλέον αυτό το πρόγραμμα απευθύνεται σε φυσιολογικούς ηλικιωμένους με προβλήματα μνήμης αλλά και σε ασθενείς με ήπια νοητική διαταραχή. (Ritcher & Zoeller 2004).

Ασκήσεις μνήμης, προσοχής και γλώσσας

Οι μνημονικές και άλλου τύπου νοητικές διαταραχές που εμφανίζονται στην ΝΑ φαίνεται πως μπορούν να αντιμετωπισθούν και με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που αποσκοπούν στην ενδυνάμωση των νοητικών λειτουργιών. Οι ασκήσεις μνήμης, προσοχής και λόγου έχουν ως σκοπό την βελτιστοποίηση ή σταθεροποίηση της νοητικής ικανότητας του ασθενή και η νοητική παρέμβαση μοιάζει να έχει καλύτερα αποτελέσματα στα πρώιμα στάδια της νόσου. (Friedland 1997, Rabins et all. 2010).
Το πρόγραμμα νοητικής παρέμβασης μέσα από ασκήσεις, μνήμης, προσοχής και λόγου σχεδιάζεται ανάλογα με το πρόβλημα μνήμης και τα νοητικά ελλείμματα του κάθε ασθενή ώστε να μην προκαλείται μνημονικός φόρτος ενώ δίνονται και οι κατάλληλες βοήθειες στην κωδικοποίηση και στην ανάκληση των πληροφοριών. Το κύριο ζητούμενο είναι η μεταφορά των στρατηγικών δεξιοτήτων που αναπτύσσονται από τα προγράμματα στην καθημερινή ζωή του ασθενή.
Έτσι οι ασθενείς αυτοί επιτελούν «Διπλό Έργο» . «Διπλό Έργο» ονομάζεται η ικανότητα ενός ανθρώπου να αποθηκεύει διάφορες πληροφορίες , ενώ επεξεργάζεται ταυτόχρονα ένα δύσκολο γνωστικό έργο. Η δυνατότητα του ανθρώπου να εκτελεί δύο (2) έργα μαζί, τον βοηθάει να ανταπεξέλθει στις σύνθετες απαιτήσεις της καθημερινότητας. (Friedland 1997, Rabins et all. 2010).
Πολλά παραδείγματα πλαισιώνουν αυτή την έννοια .Όταν κάποιος οδηγεί και μιλάει με το συνοδηγό του ,όταν μία νοικοκυρά μαγειρεύει και μιλάει με την φίλη της. Με την πάροδο της ηλικίας αυτή η δυνατότητα επιβραδύνεται σε φυσιολογικά πλαίσια , ενώ σε κάποιους άλλους επιβαρύνεται σημαντικά, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να εκτελέσουν δύο έργα μαζί.
Όμως η απουσία περιβαλλοντικών ερεθισμάτων και η έλλειψη επικοινωνίας επηρεάζουν την καθημερινή λειτουργικότητα των ασθενών με ΝΑ και έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση του προσανατολισμού τους και την δημιουργία σύγχυσης στη ζωή τους.
Για αυτό το λόγο υπάρχει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα που είναι ο «Προσανατολισμός στην Επικαιρότητα» που εκεί καλλιεργούνται οι μηχανισμοί απόκτησης, σχηματισμού, επεξεργασίας και χρήσης της γνώσης. Δίδονται διάφορες ασκήσεις που είναι ειδικά προσαρμοσμένες και επιλεγμένες και παρέχουν κυρίως οπτικοαντιληπτικά ερεθίσματα που χορηγούνται ανάλογα με το επίπεδο των ασκουμένων. Δεν απαιτούνται ιδιαίτερες γνώσεις και δεξιότητες από τα συμμετέχοντα, ενώ χορηγούνται σύμφωνα με τις ιδιαίτερες ικανότητες, ελλείψεις και το μορφωτικό επίπεδο του κάθε ατόμου.
Στην προσπάθεια επαναπροσανατολισμού στο πρόσωπο , χρόνο και τόπο , χρησιμοποιούνται ποικίλες τεχνικές που στοχεύουν στην αύξηση του προσανατολισμού και της αυτοπεποίθησης του ατόμου. Συγκεκριμένα στο προσανατολισμό στο πρόσωπα μέλη της ομάδας συστήνονται μεταξύ τους και στην συνέχεια ο καθένας από αυτούς καλείται να αναφέρει λίγα πράγματα για τον εαυτό του και την οικογένεια του.
Στην συνέχεια του προγράμματος ο συμμετέχων καλείται να σχολιάσει θέματα από την τρέχουσα θρησκευτική κοινωνική και πολιτική επικαιρότητα εκφράζοντας έτσι την άποψη του γύρω από ένα θέμα συζήτησης.(Friedland 1997, Rabins et all. 2010).

Μέσα από αυτό το πρόγραμμα φτιάχνουν διάφορες δραστηριότητες όπως κολλάζ, ζωγραφιές κ. λ.π. Τα υλικά που χρησιμοποιούνται στο εν λόγω θεραπευτικό πρόγραμμα είναι οπτικά (εφημερίδες, φωτογραφίες, αποσπάσματα ειδήσεων , ντοκιμαντέρ), ακουστικά (μουσική-διάφοροι ήχοι)γευστικά , οσφρητικά, διάφορα ερεθίσματα καθώς και γνωστικές ασκήσεις όπως προαναφέραμε πριν.
Αναπόσπαστο κομμάτι του υλικού του προγράμματος αποτελεί η ζωγραφική ενός θέματος σχετικού με αυτό που συζητήθηκε, στην οποία ενθαρρύνονται οι λεπτομέρειες και τα χρώματα .Τα τεχνικά μέσα του προγράμματος και οι νοητικές ασκήσεις έχουν ως στόχο να ενισχύσουν τον προσανατολισμό και να καλλιεργήσουν συγκεκριμένους τομείς της μνήμης , της προσοχής , της γλώσσας-λόγου και αντίληψης.
Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό κατά την εφαρμογή του προγράμματος είναι ο σεβασμός και η κατανόηση της ξεχωριστής ιδιοσυγκρασίας και μοναδικότητας του κάθε ατόμου. Επίσης σημαντική βαρύτητα αποδίδεται και στην δυναμικότητα της ομάδας , καθώς είναι αναγκαίο να επικρατεί ένα ήρεμο, φιλόξενο και ευχάριστο περιβάλλον. (Friedland 1997, Rabins et all. 2010).

Τεχνικές χαλάρωσης και νοερή απεικόνιση

Το πρόγραμμα χαλάρωσης είναι ένα ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα που απευθύνεται σε ασθενείς με νόσο Alzheimer καθώς και στους περιθάλποντες τους. Άμεσος στόχος του προγράμματος είναι η μείωση του άγχους και η διαχείριση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων που προκαλεί τόσο σε ασθενείς όσο και σε περιθάλποντες .
Επιδιώκεται η ελάττωση της αρτηριακής πίεσης , η ελάττωση του ρυθμού των αναπνοών , η μείωση αίσθησης του πόνου, η ελάττωση της μυϊκής τάσης και η επίτευξη της ψυχικής ηρεμίας. Κατά την εκτέλεση του προγράμματος στοχεύουμε στην καλλιέργεια νοητικών ικανοτήτων και στην βελτίωση της καθημερινής λειτουργικότητας. (Rabins et all. 2010)
Με αυτό τον τρόπο εξασκείται η βραχύχρονη μνήμη , η επιλεκτική προσοχή, η συγκέντρωση , η φαντασία, η αντίληψη του χρώματος και τέλος οι κοινωνικές δεξιότητες. Το πρόγραμμα ξεκινά με τις ασκήσεις αναπνοής. Οι ασκούμενοι εκπαιδεύονται στην διαφραγματική αναπνοή ενώ ταυτόχρονα συμβολοποιούν και αποβάλλουν το άγχος τους . Μαθαίνουν να ασκούν έλεγχο στην αναπνοή τους και να χρησιμοποιούν την διαφραγματική αναπνοή όταν αντιλαμβάνονται πως καταλαμβάνονται από υπερβολικά επίπεδα άγχους.
Στη συνέχεια ακολουθεί η Προοδευτική Νευρομυική Χαλάρωση. (ΠΝΧ).
Η τεχνική αυτή περιλαμβάνει ένταση και χαλάρωση των κεντρικών μυών του σώματος και βοηθά τους ασκούμενους να συνειδητοποιήσουν την αίσθηση της μυϊκής έντασης και να την διακρίνουν από αυτή της χαλάρωσης , έτσι το ώστε το άτομο να νιώθει χαλαρό και να έχει ταυτόχρονα την αίσθηση του αυτοελέγχου. Το πρόγραμμα συνεχίζεται με την αυτογενή χαλάρωση όπου επιτυγχάνεται βαθιά χαλάρωση του σώματος αλλά και του νου, μέσα από ένα νοερό ταξίδι του ασκούμενου πάνω στο ίδιο του το σώμα. (Rabins et all. 2010).

Ακολουθεί η νοερή απεικόνιση όπου ο θεραπευτής περιγράφει όμορφα τοπία ου καλεί τους ασκούμενους να φανταστούν με κλειστά μάτια τα τοπία αυτά και έπειτα να δημιουργήσουν οι ίδιο καινούργιες εικόνες. Με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται ο εντοπισμός και η ανάκληση ασυνείδητων απεικονίσεων του ατόμου. Επιπλέον, στην εικαστική αφήγηση , οι συμμετέχοντες ζωγραφίζουν το περιεχόμενο της νοερής απεικόνισης έτσι ώστε να αποκτήσει μεγαλύτερη σαφήνεια και πράξη. Στο τέλος γίνονται χειρομαλάξεις προκειμένου να χαλαρώσει το σώμα από τις μυϊκές εντάσεις που μπορεί να υπέστη ο ασκούμενος κατά την διάρκεια των ασκήσεων.
Έτσι λοιπόν οι τεχνικές χαλάρωσης και η νοερή απεικόνιση βοηθάει ώστε ο ασθενής με ΝΑ αντιμετωπίσει με ηρεμία και ευχάριστη ψυχική διάθεση την εν μέρει «πάθηση» του. (Rabins et all. 2010).

2.11.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μια κατηγορία φαρμακευτικών ουσιών η οποία χρησιμοποιείται ευρέως στη θεραπεία της νόσου Alzheimer είναι οι αναστολείς των χολινεστερασών.
Οι χολινεστεράσες είναι ένζυμα τα οποία διασπούν την νευροδιαβιβαστική ουσία ακετυλοχολίνη, η οποία συμμετέχει στη λειτουργία της μνήμης και της μάθησης.
Η θεραπεία με αναστολείς των χολινεστερασών μπορεί να προκαλέσει ελαφρά βελτίωση των συμπτωμάτων και παροδική σταθεροποίηση ή ελάττωση του ρυθμού νοητικής έκπτωσης σε ασθενείς ήπιας μέχρι μέτριας μορφής της νόσου Alzheimer.
Οι πιο συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες των αναστολέων της χολινεστεράσης είναι η ναυτία, ο έμετος, η διάρροια, η κεφαλαλγία και η απώλεια όρεξης. Ανάμεσα της αναστολείς των χολινεστερασών διακρίνουμε: → Την τακρίνη (Cognex) που ήταν ο πρώτος αναστολέας χολινεστερασών που χρησιμοποιήθηκε. Καθώς της μπορεί να προκαλέσει βλάβη στο ήπαρ, το φάρμακο αυτό χρησιμοποιείται πια σπανίως. → Την δονεπεζίλη (Aricept) που βελτιώνει τη νοητική λειτουργία, την λειτουργικότητα και της δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τουλάχιστον 50 για ένα έτος, σε ασθενείς ήπιας και μέτριας μορφής της νόσου Alzheimer. Της βελτιώνει σημαντικά της συμπεριφορικές διαταραχές και ειδικότερα το άγχος, την κατάθλιψη και την απάθεια. → Την ριβαστιγμίνη (Exelon) που μπορεί να καθυστερήσει την επιδείνωση των συμπτωμάτων της άνοιας και βελτιώνει τη νοητική λειτουργία σε μακροχρόνια χορήγησή του. Της βελτιώνει την λειτουργικότητα των ασθενών και την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων της, βελτιώνει της συμπεριφορικές διαταραχές (απάθεια, παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις) και μειώνει την ανάγκη χορήγησης ψυχοτρόπων φαρμάκων. Τέλος, καθώς δεν έχει κλινικά σημαντικές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα, μπορεί να χορηγηθεί σε ασθενείς που λαμβάνουν πολλά φάρμακα. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003). Την γκαλανταμίνη (Reminyl) που εκτός από αναστολέας της ακετυλοχολινεστεράσης λειτουργεί αυξάνοντας τη συγκέντρωση της ακετυλοχολίνης, έχει βρεθεί ότι βελτιώνει τη νοητική λειτουργία των ασθενών, ενώ διατηρεί της δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και της νοητικές της λειτουργίες για τουλάχιστον 12 μήνες. Της καθυστερεί την εμφάνιση των προβλημάτων συμπεριφοράς και θεωρείται ότι δρα πιο αποτελεσματικά για την αντιμετώπιση των προβλημάτων από της υπόλοιπους αναστολείς. Η μεμαντίνη (Ebixa) αποτελεί ένα νέο φάρμακο που ο μηχανισμός δράσης του είναι διαφορετικός από της αναστολείς των χολινεστερασών.
Η μεμαντίνη είναι της ανταγωνιστής των NMDA υποδοχέων και προστατεύει τον εγκέφαλο από τα αυξημένα επίπεδα γλουταμικού οξέως. Χρησιμοποιείται για τη θεραπεία μέτριας και σοβαρής νόσου Alzheimer και βοηθάει στην διατήρηση ορισμένων καθημερινών λειτουργιών (π.χ. τη δυνατότητα ο ασθενής να πηγαίνει στο μπάνιο ανεξάρτητος για της μήνες παραπάνω). (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003). Τέλος, μία σειρά από άλλα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των συμπεριφορικών και νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων της νόσου της κατάθλιψη, άγχος, αϋπνία, επιθετικότητα. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Οι νεότερες φαρμακευτικές μέθοδοι επικεντρώνονται σε ουσίες που εμποδίζουν τη συσσώρευση του β-αμυλοειδούς, αλλά και σε νέες ουσίες με διαφορετική δράση (π.χ. μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, αλλεργιογόνα και άλλα). (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Συγκεκριμένα όσον αφορά τη φαρμακευτική θεραπεία τη νόσου στην Ελλάδα κυκλοφορούν μέχρι σήμερα τέσσερα φάρμακα: η ριβαστιγμίνη (Exelon), η ταχρίνη (Cognex), η ντονεπεζίλη (Aricept) και η γαλανθαμίνη (Reminyl), που διατηρούν της νοητικές και λειτουργικές διαταραχές, καθώς και τα φάρμακα ρισπεριδόνη (Risperdal) και ολανζαπίνη (Zyprexa), για της διαταραχές συμπεριφοράς. Οι αναστολείς της χολινεστεράσης σήμερα αποτελούν τη μοναδική εγκεκριμένη συμπτωματική θεραπεία της ΝΑ. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Η Αμερικανική Ακαδημία Νευρολογίας αλλά και η Διεθνής Ψυχογηριατρική Εταιρεία (International Psychogeriatric Association) συμφωνούν ότι οι αναστολείς της χολινεστεράσης ωφελούν της ασθενείς με ΝΑ. Η ταχρίνη, αν και έδειξε καλύτερη αποτελεσματικότητα της νοητικές λειτουργίες και της 24 εβδομάδες και για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 24 εβδομάδων από το δεύτερο αναστολέα που κυκλοφόρησε στον κόσμο, την ντονεπεζίλη, δεν χρησιμοποιείται ευρέως, εξαιτίας της ηπατοτοξικότητας, της πιθανής αλληλοεπίδρασης με άλλα φάρμακα, της διακοπής του φαρμάκου σε μεγάλο ποσοστό ασθενών κατά την εξέλιξη της θεραπείας και της ημερήσιας χορήγησης σε τέσσερις δόσεις. Από της μελέτες που έχουν δημοσιευτεί μέχρι σήμερα φαίνεται ότι η ριβαστιγμίνη βελτιώνει της νοητικές λειτουργίες, της διαταραχές συμπεριφοράς καθώς της και της δραστηριότητες στην καθημερινή ζωή ασθενών με ΝΑ. Χορηγείται μόνο δυο φορές την ημέρα και οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες –η ναυτία και ο εμετός- είναι παροδικές, ήπιας ή μέσης βαρύτητας και συνήθως εμφανίζονται με την αύξηση της δόσης. Ελαχιστοποιούνται όταν το φάρμακο χορηγείται με το φαγητό και η αύξηση της δόσης γίνεται κάθε μήνα. Δεν υπάρχουν αλληλοεπιδράσεις τουλάχιστον με 22 κατηγορίες φαρμάκων. Νοητικές διαταραχές: Οι νοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα των νευροπαθολογικών και των νευροχημικών αλλοιώσεων. Η υπόθεση της χολινεργικής διαταραχής στη ΝΑ στηρίζεται στην απώλεια των χολινεργικών νευρώνων στον βασικό πυρήνα και στην ελάττωση της δραστηριότητας της ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο ασθενών με ΝΑ, καθώς της και στη συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ των μεταθανάτιων μεταβολών στο χολινεργικό σύστημα και του βαθμού της νοητικής έκπτωσης κατά τη διάρκεια της ζωής. Οι δύο μεγάλες μελέτες που έχουν δημοσιευτεί και αφορούν την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της ριβασπγμίνης (Exelon) έδειξαν ότι η βελτίωση που παρατηρήθηκε ήταν η μεγαλύτερη που παρατηρήθηκε μέχρι σήμερα στην κλίμακα ADAS-cog του ύψους των 4,94 βαθμών. Παρόμοιες μελέτες έχουν δημοσιευτεί και για τη ντονεπεζίλη (Aricept) και για τη γαλανθαμίνη (Reminyl). (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Συμπεριφορά: Οι διαταραχές συμπεριφοράς είναι το πλέον ενοχλητικό για της περιθάλποντες πυρηνικό σύμπτωμα, το οποίο αφενός οδηγεί την οικογένεια στον γιατρό, αφετέρου η μη ικανοποιητική ανταπόκριση στα συνήθη φάρμακα οδηγεί της συγγενείς στην απόφαση της ιδρυματοποίησης του ασθενούς. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Επομένως, φάρμακα τα οποία καθυστερούν την εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων ή και αντιμετωπίζουν τα συμπτώματα αυτά μειώνουν της εντάσεις στην οικογένεια και καθυστερούν την ιδρυματοποίηση. Οι νευροϊνιδιακές εκφυλίσεις είναι πιο συχνές στο λιμβικό φλοιό και φαίνεται ότι η ψυχοκινητική διέγερση και τα ψυχωσικά συμπτώματα σχετίζονται με τον αριθμό των νευροινιδιακών εκφυλίσεων. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Η δραστηριότητα της βουτυρυλοχολινεστεράσης αυξάνεται της λιμβικές περιοχές και η αύξηση αυτή σχετίζεται με την ύπαρξη πλακών και νευροινιδιακών εκφυλίσεων. Οι κύριες μεταβολές των νευροδιαβιβαστών είναι η ελάττωση της ακετυλοχολίνης, της νοραδρεναλίνης και της 5-υδροξυτρυπταμίνης (5-ΗΤ). Υπάρχουν ενδείξεις ότι κάποια διαταραχή στη χολινεργική λειτουργία μπορεί να ευθύνεται για κάποιες από της διαταραχές συμπεριφοράς που παρατηρούνται στη ΝΑ. Υπάρχει δημοσίευση που αναφέρει ότι η διαταραχή στην κροταφική λειτουργία του νεόφλοιου και η ελάττωση της χολινεργικής δραστηριότητας στον δικτυωτό και στον έξω γονατώδη πυρήνα του θαλάμου σχετίζονται με της ψευδαισθήσεις που παρατηρούνται στη ΝΑ αλλά και σε άλλα νευροεκφυλιστικά νοσήματα, της η άνοια τύπου Lewy Body και η Parkinson. Η έλλειψη της χολινεργικής δραστηριότητας, η οποία είναι πιο εξεσημασμένη στη λιμβική περιοχή, έχει ως αποτέλεσμα την υπερδραστηριότητα του ντοπαμινεργικού συστήματος, η οποία ευθύνεται για της παραληρητικές ιδέες. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Η δυσλειτουργία του λιμβικού συστήματος προκαλεί λανθασμένη εκτίμηση του κινδύνου και μπορεί να είναι αιτία παράξενου φόβου που αποτελεί την αρχή παρανοϊκών ιδεών. Επιπλέον, η διαταραχή της ισορροπίας χολινεργικού-μονοαμινεργικού συστήματος εμπλέκεται στην παθογένεση των διαταραχών συμπεριφοράς. Η ελάττωση της νοραδρεναλίνης σχετίζεται με την κατάθλιψη και η ελάττωση της 5-ΗΤ σχετίζεται με την κατάθλιψη και την ψύχωση.

Μελέτη με την τακρίνη, που της αναστέλλει τη δράση της βουτυρυλοχολινεστεράσης, έδειξε σημαντική βελτίωση της διαταραχές της συμπεριφοράς και τα αποτελέσματα αυτά θεωρήθηκαν περίεργα, επειδή αναμενόταν ότι τα νευροψυχιοατρικά συμπτώματα θα επιδεινωνόταν με την ενίσχυση της χολινεργικής λειτουργίας. Σχετικά πρόσφατα ευρήματα με τη ριβαστιγμίνη, το Exelon, έδειξαν ότι η μακρόχρονη θεραπεία (δύο χρόνια) σε 98 ασθενείς με ριβαστιγμίνη καθυστερεί την εξέλιξη των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων στη ΝΑ. Οι Roger Bullock και συνεργάτες παρουσίασαν ανηρτημένη ανακοίνωση στην Κωνσταντινούπολη, την άνοιξη του 2001, με 184 ιδρυματοποιημένους ασθενείς που παρουσίαζαν διαταραχές συμπεριφοράς. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Η εκτίμηση έγινε με το NPI-NH (Neuropsychiatrie Inventory for Nursing Homes). Έπειτα από έξι μήνες θεραπείας, Βελτιώθηκαν στατιστικά σημαντικά της οι διαταραχές – διέγερση, επιθετικότητα, άγχος, ψυχοκινητική διέγερση, απάθεια, παραληρητικές ιδέες, έλλειψη αναστολών, ψευδαισθήσεις, ευφορία, παθολογική νυχτερινή συμπεριφορά, όρεξη- πλην της κατάθλιψης. Καθημερινές δραστηριότητες: Η αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης των ασθενών με ΝΑ καθηλώνει τον συγγενή και τον παγιδεύει στο onici. Μεγάλη διεθνής τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη με ριβασπγμίνη και εικονικό φάρμακο μελέτη έδειξε βελτίωση της ικανότητας για καθημερινές δραστηριότητες (χρησιμοποιηθείσα κλίμακα, PDS, Progressive Deterioration Scale) έπειτα από έξι μήνες. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Με τα άλλα φάρμακα, τη ντονεπεζίλη και τη γαλανθαμίνη, παρατηρείται διατήρηση της λειτουργικότητας για το ίδιο χρονικό διάστημα. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Φορτίο του περιθάλποντα: Μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΝΑ φροντίζονται στο σπίτι από συγγενείς ή φίλους, με αποτέλεσμα μεγάλο οικονομικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και ιατρικό φορτίο στον κύριο περιθάλποντα. Οι αλλαγές και οι απαιτήσεις των ασθενών αυξάνουν όλο και περισσότερο αυτό το φορτίο με την εξέλιξη της νόσου. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που ελαττώνουν αυτό το φορτίο, της η οικογενειακή Βοήθεια, οι στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων, η κοινωνική στήριξη και κάποιοι παράγοντες που αυξάνουν το φορτίο, της η κοινωνική απομόνωση, η έλλειψη της γνώσης για την άνοια, οι ανώριμες στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και οι ενοχές. Υπάρχουν μελέτες σχεδόν με όλους της αναστολείς για το φορτίο. Δυστυχώς οι διάφορες μελέτες χρησιμοποιούν διαφορετικές κλίμακες: Η μελέτη με τη μετριφονάτη έχει χρησιμοποιήσει την κλίμακα των Poulshock and Deimling (1984), η μελέτη με τη ριασπγμίνη (Dennler, 2001), διάρκειας της έτους, έχει χρησιμοποιήσει την κλίμακα των Pearlin, (1990). Η μελέτη της γαλανθαμίνης έδειξε ελάττωση του χρόνου που καταναλώνει ο περιθάλπων για της καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή κατά μία περίπου ώρα, έξι μήνες μετά την έναρξη της θεραπείας. Αποδείχτηκε της ότι η ριβαστιγμίνη καθώς έχει διπλό μηχανισμό δράσης- ελαττώνει τα επίπεδα του τοξικού 6-αμυλοειδούς, με αποτέλεσμα την τροποποίηση της πορείας της νόσου. Το αποτέλεσμα της νοητικές, λειτουργικές και συμπεριφορικές διαταραχές είναι δοσοεξαρτώμενο. Οι ασθενείς με σοβαρή άνοια βελτιώνονται περισσότερο, ωστόσο η άποψη που επικρατεί είναι πως η έναρξη της θεραπείας πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν πιο νωρίς. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Η βελτίωση ή σταθεροποίηση των νοητικών, λειτουργικών ή συμπεριφορικών διαταραχών τουλάχιστον για έναν χρόνο επιβεβαιώθηκε και εργαστηριακά με μελέτη με PET, η οποία έδειξε αύξηση του μεταβολισμού της γλυκόζης στο δεξιό προμετωπιαίο φλοιό . (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Σχετικά με τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της νόσου, στην Ελλάδα, δυστυχώς, δεν υπάρχουν ψυχογηριατρικά κέντρα, όπου οι ασθενείς θα μπορούσαν να παραμένουν για μικρά χρονικά διαστήματα, ανάλογα με της ανάγκες των συγγενών της, ούτε κέντρα ημέρας, όπου η απασχόληση των ασθενών θα βελτίωνε την ποιότητα ζωής τόσο των ασθενών όσο και των συγγενών.

Η Ελληνική Εταιρεία Νόσου Alzheimer, με έδρα τη Θεσσαλονίκη, έχει στόχο την εκπαίδευση και τη φροντίδα των συγγενών και την εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας για τη φαρμακευτική και μη φαρμακευτική φροντίδα των ασθενών . Συνοψίζοντας όλα τα παραπάνω και γενικεύοντας ταυτόχρονα όσον αφορά τη θεραπεία της νόσου, όχι μόνο στα πλαίσια της Ελλάδας, αλλά σε κάθε σημείο που υπάρχει της ασθενής μπορούμε να πούμε πως 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 ακετυλοχολινεστεράσης (ριβαστιγμίνη, ντονεζεπίλη, γαλανταμίνη και τακρίνη). (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Χορηγούνται σε ελαφρές ή μέσης βαρύτητας μορφές της νόσου και επιβραδύνουν την προοδευτική πορεία της νόσου ή επιτυγχάνουν και μικρού βαθμού βελτίωση της κατάστασης της. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003). Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τη δράση της ακετυλοχολινεστεράσης και έτσι μειώνουν τη διάσπαση της ακετυλοχολίνης και αυξάνουν την ποσότητα της στη συνδετική 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 της ψυχωσικές διαταραχές ή της διαταραχές συμπεριφοράς). Τα αντιψυχωσικά πρέπει να δίδονται, όταν οι διαταραχές είναι αρκετά έντονες, διότι και επηρεάζουν τη φυσιολογική νοητική ικανότητα και προκαλούν εξωπυραμιδικά συμπτώματα (τα νεότερα ρισπεριδόλη και ολαζανπίνη προκαλούν λιγότερα). Ουσιαστικά καμία διαθέσιμη, σύγχρονη θεραπεία δεν έχει αποδειχθεί αδιαμφισβήτητα ότι αναστρέφει τα υπάρχοντα ελλείμματα ή αναστέλλει την πρόοδο της νόσου. Επειδή οι χολινεργικές νευρωτικές οδοί εκφυλίζονται και η ακετυλατρανσφεράση της χολίνης μειώνεται της εγκεφάλους των ασθενών με νόσο Alzheimer, η θεραπεία χολινεργικής αντικατάστασης έχει χρησιμοποιηθεί σε μια προσπάθεια για τη συμπτωματική θεραπεία της γνωσιακής δυσλειτουργίας. Διάφορα φάρμακα έχουν εξεταστεί της για τη δυνατότητα της να καθυστερούν την πρόοδο της νόσου, συμπεριλαμβανομένης της α- τοκοφερόλης, της σελεγιλίνης, της ιντεπενόνης, της προπεντοφυλίνης, του Gingko biloba και της ακετυλ-L-καρνιτίνης. Από αυτά , μόνο η α-τοκοφερόλη και η σελεγιλίνη έχουν παρουσιάσει στοχεία κάποιου οφέλους. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα, τα αντικαταθλιπτικά και τα αγχολυτικά μπορεί να είναι χρήσιμα στον έλεγχο των συμπεριφορικών διαταραχών που συνδέονται με τη νόσο Alzheimer. (Royden 2010, Μεντελόπουλος & Μπούρας 2002, Καπάκη &Παρασκευάς 2003, Grahame-Smith &Aronson 2001, Harvey & Champe 2003).

Κεφάλαιο 3ο

3.1 Εκτίμηση της κατάστασης του αρρώστου

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορούν να επηρεάσουν πολλές πλευρές της ζωής και της λειτουργικότητας του αρρώστου. Ο θεμέλιος λίθος της αποτελεσματικής φροντίδας είναι η εκτίμηση, η οποία εστιάζεται στις ανάγκες και τα προβλήματα των αρρώστων, στις ανάγκες διαπαιδαγώγησης και ανακούφισης της οικογένειας, ειδικά των ατόμων που φροντίζουν τον άρρωστο, καθώς και στην πρόβλεψη ασφαλούς περιβάλλοντος. Ως προς την εκτίμηση του αρρώστου η αξιολόγηση εστιάζεται κύριος εάν υπάρχουν νοητικές αλλαγές, αλλαγή της προσωπικότητας, προβληματική συμπεριφορά, προβλήματα σχετικά με την καθημερινή λειτουργικότητα καθώς και ψυχιατρικά προβλήματα.
Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου στρέφεται κυρίως προς τις εξής κατευθύνσεις:

- Την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.
- Την κοινωνική του δραστηριότητα.
- Την κατάλληλη διατροφή.
- Τη φυσική του άσκηση.
- Τη χορήγηση φαρμάκων για τη μείωση της επιθετικότητας και του άγχος εάν υπάρχουν.
- Την ανακούφιση ή την ύφεση τυχόν συμπτωμάτων της κατάθλιψης.
- Την εξασφάλιση ύπνου και
- Την βελτίωση της συμπεριφοράς και των γνωσιακών λειτουργιών. Ειδικότερα οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι ανάμεσα στις τόσες απώλειες που υφίστανται οι ασθενείς από τη νόσο άνοια, η απώλεια της ικανότητας επικοινωνίας ίσως είναι η μεγαλύτερη. Η ανάγκη για επικοινωνία με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία, όσο η τροφή και το νερό. Η κατανόηση της επικοινωνίας των ασθενών με άνοια πολλές φορές μεταφέρεται από την ομιλούμενη γλώσσα, σαν μη λεκτική συμπεριφορά. (Borker 2009, Barker 2008, Κούκια Ευμ. 2014, DeLaune &Ladner 2011). Οι νοσηλευτές επιτυγχάνουν περισσότερα όταν κάνουν ερωτήσεις που χρειάζονται μονολεκτικές απαντήσεις, παρά όταν οι ερωτήσεις απαιτούν πολύπλοκες απαντήσεις, οι οποίες απογοητεύουν τον ασθενή. Συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν έξαρση των συμπτωμάτων και το αποτέλεσμα πολλές φορές είναι αντίσταση και επιθετικότητα. Οι προσεγγίσεις πρέπει να είναι ήρεμες, ουσιαστικές και να βασίζονται σε ρεαλιστικές προσδοκίες όσον αφορά στις ικανότητες του αρρώστου. Έτσι το φιλικό και ευγενικό πλησίασμα ανακουφίζει τον ασθενή. Αντίθετα, το εκνευρισμένο και βιαστικό τον κάνει αγχώδη και αντιδραστικό. Λόγω της άνοιας οι ασθενείς παραμελούν πολλές φορές την προσωπική τους υγιεινή. Αυτό είναι ένα σημαντικό κομμάτι στην εκτίμηση της κατάστασης του ασθενή από τον νοσηλευτή. Η διατήρηση του αρρώστου καθαρού και περιποιημένου τον καθιστά κοινωνικά παραδεκτό. Επιπρόσθετα τα παραληρήματα και οι ψευδαισθήσεις θεωρούνται πραγματικές εμπειρίες για τον άρρωστο. Γι’ αυτό δεν πρέπει να εμπλεκόμαστε σε συζητήσεις γι' αυτές. Μπορεί να εκφραστούν κάποιες διορθώσεις με πολύ ευγένεια και διάκριση. Στην παρούσα φάση, που οι νοητικές ικανότητες και η κινητικότητα είναι μειωμένες, κρίνεται σκόπιμη η εφαρμογή απλών δραστηριοτήτων που άρεσαν στον ασθενή.
Έτσι ένα πρόγραμμα, βασισμένο στη λειτουργική κατάσταση του ασθενή, θα μειώσει τη πιθανότητα να βρεθεί αντιμέτωπος με δραστηριότητες ή και εργασίες που θα τον οδηγήσουν σε απογοήτευση και αισθήματα αποτυχίας. (Borker 2009, Barker 2008, Κούκια Ευμ. 2014, DeLaune &Ladner 2011).

Τέλος, η εκτίμηση των αναγκών της οικογένειας για διαπαιδαγώγηση και ενθάρρυνση του αρρώστου τονίζεται ιδιαίτερα, επειδή η διαδικασία της παροχής φροντίδας αφήνει την οικογένεια ευάλωτη σε ποικιλία αρνητικών επιπτώσεων. Τα μέλη της οικογένειας υφίστανται κόπωση στην προσπάθεια τους να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας, η οποία αρχίζει από απλές καθημερινές εργασίες, όπως είναι το πλύσιμο, ντύσιμο, τάισμα, μέχρι τη συνεχή φύλαξη του αρρώστου. Γι' αυτό καθήκον των νοσηλευτών είναι να ενημερώνουν τους συγγενείς του αρρώστου για τα χαρακτηριστικά της νόσου, να τους παρέχουν βοήθεια όπου είναι ανάγκη για την κάλυψη των ποικίλων αναγκών του αρρώστου, να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση για να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά σημαντικό έργο που επιτελούν. Πρέπει να τονιστεί ότι απαραίτητη θεωρείται η ανάπτυξη στρατηγικού σχεδίου το οποίο θα περιλαμβάνει την παροχή ειδικής εκπαίδευσης στους λειτουργούς υγείας, για την παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών με άνοια, την εκπαίδευση του οικογενειακού του περίγυρου που παρέχει φροντίδα και τη δημιουργία κοινωνικών υποστηρικτικών δομών, όπως κέντρα ημερήσιας φροντίδας, συμβουλευτικές υπηρεσίες κ.λ.π. Τα παραπάνω θα συμβάλλουν στη στήριξη τόσο του αρρώστου όσο και της οικογένειας, ώστε να αντέξουν στη χρόνια αρρώστια και στη νοητική απώλεια. (Borker 2009, Barker 2008, Κούκια Ευμ. 2014, DeLaune &Ladner 2011)Στα πλαίσια της νοσηλευτικής αξιολόγησης περιλαμβάνεται η εκτίμηση της κατάστασης και οι παρεμβάσεις ασφαλείας για τον ασθενή με τη νόσο Alzheimer Μείωση κινδύνου πτώσεων, εκτιμάμε το σύνηθες περιβάλλον του ασθενούς για παράγοντες κινδύνου, όπως ευκίνητα χαλιά, ηλεκτρικά καλώδια και ολισθηρά δάπεδα, Ελέγχουμε τους χώρους υψηλού κινδύνου όπως είναι το λουτρό, η κουζίνα, οι σκάλες και τροποποιήστε τα ανάλογα με τις ανάγκες. Για παράδειγμα, μπορούμε να φροντίσουμε για την προμήθεια αντιολισθητικών επιφανειών και να σημάνουμε τα σκαλοπάτια για να φαίνεται το βάθος τους. Αξιολογούμε τη μυϊκή ισχύ και το βάδισμα του ασθενούς. Συμβουλευόμαστε έναν φυσικοθεραπευτή ο οποίος θα σχεδιάσει ασκήσεις βελτίωσης της μυϊκής ισχύος και της ισορροπίας. Ελέγχουμε τα υποδήματα ώστε να είναι εφαρμοστά και να παρέχουν ασφαλή στήριξη, ερευνούμε για χρήση αλκοόλ και φαρμάκων που επηρεάζουν την ισορροπία ή προκαλούν κινητικά προβλήματα. Για παράδειγμα, τα αντιυπερτασικά είναι δυνατόν να προκαλέσουν ζάλη κατά τις αλλαγές θέσεων. Χρησιμοποιούμε φώτα το βράδυ και αυξάνουμε τον φωτισμό κατά τη διάρκεια της ημέρας σε σκοτεινούς χώρους, όπως είναι οι διάδρομοι, διατηρείτε τους χώρους όπου κυκλοφορεί ο ασθενείς ελεύθερους από διάσπαρτα αντικείμενα. Μείωση των ατυχημάτων που σχετίζονται με διαταραχές της αντίληψης:

- Φυλάσσουμε σε ασφαλή χώρο τα αντικείμενα που μπορεί να καταποθούν κατά λάθος, όπως είναι τα υγρά καθαρισμού και τα φυτά εσωτερικού χώρου.
- Τροποποιούμε δυνητικά επικίνδυνους χώρους, όπως μη περιφραγμένες βεράντες.
- Τοποθετούμε διπλές κλειδαριές στις εξωτερικές πόρτες και σε πόρτες που οδηγούν σε χώρους όπου είναι επικίνδυνο να έχει πρόσβαση ο ασθενής.
- Ελαττώνουμε τον κίνδυνο πυρκαγιάς. Για παράδειγμα, βάζουμε τα σπίρτα και τα τσιγάρα σε μέρη τέτοια που να μην είναι προσιτά στον ασθενή.
- Εγκαθιστούμε περίφραξη στην αυλή και κλειδώνουμε την πόρτα της, ώστε να εξουδετερώσετε τον κίνδυνο φυγής του ασθενούς.
- Τροποποιούμε τους διακόπτες της κουζίνας ή του φούρνου.
- Ρυθμίζουμε το θερμοσίφωνο σε μια ασφαλή θερμοκρασία. (Borker 2009, Barker 2008, Κούκια Ευμ. 2014, DeLaune &Ladner 2011).

3.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη διάγνωση

Παρακάτω κάνουμε λόγο για τη φροντίδα και την υποστήριξη με νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιδράσεων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς. Σημαντικό ρόλο για την υγεία των ασθενών είναι να γίνει νοσηλευτική εκτίμηση και διάγνωση για την κατάσταση και τις ανάγκες που έχει ο ασθενής ώστε τα νοσηλευτικά αποτελέσματα της φροντίδας να είναι κατά το δυνατόν βέλτιστα. Σε ασθενείς με νόσο Alzheimer οι κύριες νοσηλευτικές διαγνώσεις είναι η χρόνια σύγχυση, η διαταραχή ύπνου και το έλλειμμα αυτοφροντίδας. Με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως η διαχείριση της άνοιας, η μείωση του άγχους, η προαγωγή του ύπνου, έχουμε αποτελέσματα που ευνοούν τη νοσηλευτική φροντίδα. Οι ασθενείς με νόσο Alzheimer όπως συμπεράναμε και από όσα προαναφέρθηκαν, συχνά χρειάζονται εντατική υποστήριξη με νοσηλευτικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αντιμετώπιση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών επιδράσεων της νόσου. Εξίσου σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στη μακροχρόνια υποστήριξη των ασθενών αυτών, παρέχοντας τους την κατάλληλη εκπαίδευση και παραπέμποντας τους στους αρμόδιους φορείς και υπηρεσίες για συνέχιση της φροντίδας τους στα πλαίσια της κοινότητας. Κατά τα πρώιμα στάδια της νόσου, η νοσηλευτική φροντίδα εστιάζεται στο να βοηθήσει τον ασθενή να κάνει μικρές και χρήσιμες προσαρμογές στο περιβάλλον του. Καθώς ο ασθενής γίνεται ολοένα και περισσότερο ανίκανος να αυτοεξυπηρετηθεί, απαιτούνται περισσότερες τροποποιήσεις. . (Newfield et all 2007, Hallowell et all. 2012, Sommer et all 2013). Εξίσου σημαντική είναι η παροχή υποστήριξης, τόσο σωματικής όσο και ψυχοκοινωνικής, στο άτομο που φροντίζει τον ασθενή, καθώς ο τελευταίος καθίσταται όλο και περισσότερο εξαρτημένος από αυτόν. Προαγωγή της Υγείας , η προαγωγή της υγείας σε ασθενείς με νόσο του Alzheimer εστιάζεται στη διατήρηση της λειτουργικότητας και την προαγωγή της ασφάλειας. Εάν ο ασθενής πρόκειται να νοσηλευθεί στο σπίτι, φροντίζουμε για την ασφάλεια του και εξετάζουμε κατά πόσο το άτομο που θα φροντίζει τον ασθενή είναι ικανό να αντιμετωπίσει τις βασικές του ανάγκες, όπως είναι η διατήρηση της υγιεινής και η υποβοήθηση στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Προσαρμόζουμε τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις και τη διδασκαλία ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η νόσος του ασθενούς .Διαταραχή της Μνήμης Η διαταραχή της μνήμης είναι μια νοσηλευτική διάγνωση που αφορά το στάδιο Ι της νόσου. Στο στάδιο αυτό, τεχνικές αντιμετώπισης της απώλειας της μνήμης θα πρέπει να περιλαμβάνονται στη διδασκαλία τόσο του ασθενούς όσο και του ατόμου που τον φροντίζει.

- Υποδεικνύουμε συμπληρωματικές θεραπείες, όπως είναι ο διαλογισμός, οι μαλάξεις ή η γυμναστική. Οι δραστηριότητες αυτές είναι δυνατόν να βοηθήσουν ώστε να μειωθεί το στρες, το οποίο μπορεί να επιδεινώσει την απώλεια μνήμης.
- Συστήνουμε στον ασθενή να χρησιμοποιεί ημερολόγιο, να συντάσσει καταλόγους με το τί έχει να κάνει ή να ζητήσει από κάποιον τρίτο να του υπενθυμίζει τα ραντεβού ή τις άλλες υποχρεώσεις του. Οι γραπτές ή προφορικές υπενθυμίσεις μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά τον ασθενή με διαταραγμένη μνήμη. Συστήνουμε τη χρήση ενός κουτιού για τα φάρμακα με σημειωμένες τις ημέρες και ώρες λήψης τους. Αυτό αποτελεί ένα καλό τρόπο για να θυμάται κανείς να παίρνει τα φάρμακα του. Χρόνια Σύγχυση, οι ασθενείς με νόσο του Alzheimer συχνά εμφανίζουν διαταραχές της μνήμης που δυσχεραίνουν τη λειτουργία τους σε μη γνώριμο και μη συγκροτημένο περιβάλλον. (Newfield et all 2007, Hallowell et all. 2012, Sommer et all 2013).

Πολλές από τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη διάγνωση αυτή θα χρειαστούν τροποποιήσεις με τον καιρό, καθώς η γνωσιακή λειτουργία του ασθενούς συνεχίζει να επιδεινώνεται.

- Τοποθετούμε ετικέτες στα δωμάτια, τα συρτάρια και σε άλλα αντικείμενα, ανάλογα με τις ανάγκες. Οι οπτικές υπενθυμίσεις προάγουν στον υψηλότερο δυνατό βαθμό την ανεξαρτησία του ασθενούς.
- Απομακρύνουμε τα δυνητικά επικίνδυνα αντικείμενα (όπως μαχαίρια ή δυνητικά επικίνδυνα υγρά ή χημικά) από το περιβάλλον του ασθενούς. Η προαγωγή της ασφάλειας αποτελεί σημαντικό τμήμα της παρεχόμενης φροντίδας.
- Διατηρούμε τα περιβαλλοντικά ερεθίσματα στο ελάχιστο. Μειώνουμε την ένταση των θορύβων, μιλάμε ήρεμα και σιγανά και δεν δίνουμε την εντύπωση ότι βιαζόμαστε. Ελαχιστοποιώντας τα αισθητικά ερεθίσματα και διατηρώντας μια ήρεμη συμπεριφορά μπορεί να μειώσουμε το άγχος του ασθενούς.
- Αρχίζουμε κάθε παρέμβαση μας με το να αυτοσυστηνόμαστε και να απευθυνόμαστε στον ασθενή με το όνομα του. Αυτές οι τεχνικές παρέχουν πληροφόρηση στον ασθενή με απώλεια μνήμης. Περιορίζουμε τις ερωτήσεις μας σε εκείνες που απαντώνται απλώς με ένα ναι ή ένα όχι. Οι ερωτήσεις μας θα πρέπει να είναι συμβατές με τις ικανότητες του ασθενούς, καθώς οι λεκτικές του δεξιότητες και η ικανότητα λήψης αποφάσεων διαρκώς εκπίπτουν.
- Προσανατολίζουμε τον ασθενή στο περιβάλλον, τα πρόσωπα και το χρόνο στο βαθμό που είναι δυνατόν. Τοποθετούμε μεγάλα ημερολόγια και ρολόγια στο οπτικό πεδίο του ασθενούς. Όποτε συζητάμε με τον ασθενή, του θυμίζουμε την ημέρα της εβδομάδας ή την εποχή του χρόνου. Προσανατολίζουμε τον ασθενή σύμφωνα με το επίπεδο των δυνατοτήτων του. Ο ακριβής προσανατολισμός στο χρόνο μπορεί να μην είναι δυνατός στα τελευταία στάδια της νόσου του Alzheimer. Οριοθετούμε τους χώρους, τοποθετώντας κόκκινες ή κίτρινες ταινίες στο πάτωμα. Τα όρια αυτά βοηθούν τον ασθενή να παραμένει μέσα σε ασφαλείς χώρους. Άγχος, η αντιμετώπιση των συμπεριφορών του ασθενούς με νόσο του Alzheimer που σχετίζονται με άγχος, νευρικότητα και σύγχυση αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους νοσηλευτές και τα άλλα άτομα που τον φροντίζουν. Συχνά οι ασθενείς είναι σχετικώς ήρεμοι κατά τις πρωινές ώρες, εκδηλώνοντας αργότερα αυξανόμενες περιόδους εκνευρισμού κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες. Ο ασθενής με νόσο του Alzheimer μπορεί ακόμη να ξυπνήσει τη νύκτα με κρίση σύγχυσης, φόβου ή και πανικού. Παρακολουθούμε για πρώιμες εκδηλώσεις κόπωσης και εκνευρισμού. Η πρώιμη διάγνωση των προβλημάτων αυτών βοηθά στην ταχεία παρέμβαση για την προαγωγή της ανάπαυσης ή την απομάκρυνση του ασθενούς από την κατάσταση που του προκαλεί άγχος. Απομακρύνουμε τον ασθενή από καταστάσεις που του προκαλούν άγχος, όπως οι θορυβώδεις δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχουν μεγάλες ομάδες ατόμων. Οι καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από πληθώρα ερεθισμάτων μπορεί να αυξήσουν τα αισθήματα άγχους και αν προκαλέσουν εκνευρισμό. Διατηρούμε τις καθημερινές συνήθειες με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη συνέπεια.
- Παρέχοντας στον ασθενή μια αυστηρά δομημένη ημέρα δημιουργείτε μια αίσθηση οικειότητας και μειώνετε το άγχος του. Απελπισία, όταν ο ασθενής και η οικογένειά του διαπιστώσουν τον αντίκτυπο που έχει η νόσος του Alzheimer στη ζωή τους, μπορεί να αισθανθούν απογοήτευση και αδυναμία. Μπορεί να μην έχουν το κουράγιο να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τη διάγνωση και τα προβλήματα που αυτή συνεπάγεται. Η προϊούσα εκφυλιστική πορεία της νόσου και η μη αναστρέψιμη φύση της διαταραχής συνήθως «ψαλιδίζουν» τις όποιες ελπίδες τους. (Newfield et all 2007, Hallowell et all. 2012, Sommer et all 2013).

- Μόνο η ικανότητα ψυχολογικής προσαρμογής στα ποικίλα προβλήματα μπορεί να επαναφέρει την ελπίδα. Εκτιμούμε την αντίδραση του ασθενούς και της οικογένειάς του στη διάγνωση της νόσου του Alzheimer και αξιολογούμε το βαθμό στον οποίον την έχουν κατανοήσει. Ενθαρρύνουμε την έκφραση των συναισθημάτων τους. Η κατανόηση της άποψης του ασθενούς και της οικογένειας επιτρέπει στο νοσηλευτή να διαλύσει τους μύθους που τυχόν έχουν γύρω από τη νόσο. Παρέχουμε ρεαλιστική ενημέρωση για τη νόσο. Ταιριάζουμε τις πληροφορίες με το επίπεδο που μπορεί να καταλάβει ο ασθενής ή η οικογένεια. Ο ασθενής και η οικογένεια του μπορεί να χρειασθεί να ενημερωθούν χωριστά, σε διαφορετικές συνεδρίες. Η ρεαλιστική ενημέρωση παρέχει μια βάση ώστε να ληφθούν οι απαραίτητες αποφάσεις. Καταπόνηση του φροντιστή, η πλειονότητα των ατόμων που φροντίζουν ασθενείς με νόσο του Alzheimer είναι σύζυγοι ή άλλα μέλη της οικογένειας. (Newfield et all 2007, Hallowell et all. 2012, Sommer et all 2013).

Επειδή η νόσος του Alzheimer είναι μια χρόνια νόσος που τελικά προκαλεί αναπηρία, οι παροχές φροντίδας μπορεί να αισθάνονται ανίκανοι να ανταποκριθούν στις ευθύνες τους. Ο σύζυγος που φροντίζει το σύντροφο του αντιμετωπίζει όχι μόνο την ευθύνη για τις πολλαπλές σωματικές ανάγκες του ασθενούς, αλλά ακόμη και οικονομικές και ψυχοκοινωνικές πιέσεις. Ένα θέμα που θα πρέπει να συζητηθεί είναι η ικανότητα του ασθενούς να οδηγεί αυτοκίνητο, και το κατά πόσο αυτό είναι ασφαλές. Αν και μπορεί να είναι απαραίτητο να τού απαγορευθεί η οδήγηση, η απώλεια της ανεξαρτησίας που αντιπροσωπεύει η στέρηση της δυνατότητας οδήγησης μπορεί να πυροδοτήσει ακόμη περισσότερο άγχος και οργή. Ο φόβος για το μέλλον, η απώλεια εισοδήματος, η ουσιαστική απώλεια ενός συντρόφου, σε συνδυασμό με την κούραση, επιβαρύνουν σημαντικά το επιφορτισμένο με τη φροντίδα του ασθενούς άτομο. Τα άτομα αυτά μπορεί να εξαντληθούν σωματικά και ψυχικά και να απομονωθούν κοινωνικά κάτω από το βάρος της ευθύνης για την παροχή του συνόλου της φροντίδας στο ανήμπορο μέλος της οικογένειας.

- Διδάσκουμε στους φροντιστές τεχνικές αυτοφροντίδας όπως να εξασφαλίζουν περιόδους ανάπαυσης και να αποφεύγουν την κόπωση. Η κόπωση επιβαρύνει τα στρες και είναι πιθανόν να οδηγήσει σε δυσκολία λήψης σωστών αποφάσεων.
- Τους συμβουλεύουμε να φτιάξουν έναν κατάλογο και να λαμβάνουν τακτικά μέρος σε φυσικές δραστηριότητες που απολαμβάνουν, όπως το βάδισμα ή η κολύμβηση. Η τακτική φυσική άσκηση μειώνει το στρες.
- Τους παραπέμπουμε σε τοπικές ομάδες υποστήριξης ασθενών με νόσο του Alzheimer. Υποδεικνύουμε βιβλία σχετικά με το θέμα. Η σαφής υπόδειξη συστημάτων υποστήριξης και η παροχή συγκεκριμένων πληροφοριών προάγουν την ικανότητα αντιμετώπισης του προβλήματος.
- Συστήνουμε σε αυτούς που παρέχουν φροντίδα τη χρήση εταιρείας παράδοσης γευμάτων στο σπίτι, υπηρεσίας οικιακής βοήθειας, υπηρεσίας προσωρινής αντικατάστασης τους, καθώς και άλλων κοινωνικών υπηρεσιών. (Newfield et all 2007, Hallowell et all. 2012, Sommer et all 2013).

Οι κοινωνικές υπηρεσίες μπορεί να ανακουφίσουν από κάποια καθημερινά βάρη, παρέχοντας έτσι χρόνο γι' άλλες δραστηριότητες. Τα προγράμματα που υποστηρίζουν τους επιφορτισμένους με τη φροντίδα του ασθενούς φαίνεται ότι καθυστερούν τον εγκλεισμό του ασθενούς σε κάποιο ίδρυμα. Βεβαιωνόμαστε ότι η οικογένεια γνωρίζει ότι υπάρχουν και προγράμματα παρηγορητικής φροντίδας για τα τελικά στάδια της νόσου του Alzheimer. Οι υπηρεσίες αυτές μπορούν να υποστηρίξουν την οικογένεια κατά τη δύσκολη εκείνη περίοδο. (Newfield et all 2007, Hallowell et all. 2012, Sommer et all 2013).

3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις όσον αφορά τη θεραπεία του ασθενή, είναι δύσκολο να περιγραφούν και τούτο γιατί οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν ένα μακροχρόνιο νόσημα με ποικιλία συμπτωμάτων τα οποία διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο και μεταβάλλονται με την πάροδο του χρόνου. Παρ' όλα αυτά ρόλος του νοσηλευτή στη θεραπεία των ασθενών με άνοια είναι καθοριστικός μιας και οι ίδιοι γίνονται η «μνήμη» των παθόντων. Το σημαντικότερο έργο των νοσηλευτών στο κομμάτι της θεραπείας είναι να παρακολουθούν τη σωστή λήψη φαρμάκων από τους ασθενείς. Ένα βασικό πρόβλημα όσων πάσχουν από Alzheimer είναι η έλλειψη συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή. Εκεί ακριβώς έγκειται η σημαντικότητα της παρουσίας ενός νοσηλευτή για την καλή ροή της θεραπευτικής αγωγής. Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του ασθενούς περιλαμβάνει: τη χορήγηση κατάλληλων φαρμάκων για τη μείωση του άγχους, τη βελτίωση του ύπνου, την ανακούφιση από τα καταθλιπτικά συμπτώματα ή την επιθετικότητα, τη φυσική άσκηση, την κοινωνική δραστηριότητα την κατάλληλη διατροφή, τον έλεγχο του εντέρου και της κύστεως και την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος. (Lemone & Burke 2006, Ignatavicius & Workman 1996, Dewit 2006, Redfern & Ross 2011).
Ειδικότερα οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στρέφονται προς τις ακόλουθες κατευθύνσεις:

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

Καθήκον του νοσηλευτή είναι:

- Να ενημερώνει τους συγγενείς του ασθενή για τα χαρακτηριστικά και την πορεία της νόσου.
- Να παρέχει οδηγίες για την αποφυγή του καθημερινού άγχους.
- Να παρέχει βοήθεια -όπου είναι ανάγκη- για την κάλυψη των ποικίλων αναγκών του ασθενή.
- Να ενθαρρύνει τους συγγενείς να συνεχίσουν το τόσο κοπιώδες αλλά και τόσο σημαντικό έργο της νοσηλείας του ασθενή. (Lemone & Burke 2006, Ignatavicius & Workman 1996, Dewit 2006, Redfern & Ross 2011).
- Να παρέχει ψυχολογική στήριξη, με σκοπό τη μείωση της συγκινησιακής και της σωματικής έντασης.

Το έργο του δεν είναι καθόλου εύκολο μιας και οι ασθενείς εξαιτίας της μνήμης τους δεν αναγνωρίζουν πολλές φορές το νοσηλευτή με αποτέλεσμα να γίνονται αρνητικοί στη λήψη των φαρμάκων, να φοβούνται ή να γίνονται επιθετικοί απέναντι τους. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειώσουμε πως αυτό δεν συμβαίνει μόνο με την φροντίδα που δέχονται από τους νοσηλευτές αλλά μπορούν να εκδηλώσουν ακριβώς την ίδια συμπεριφορά και σε συγγενικά τους πρόσωπα που τους φροντίζουν λόγω της αδυναμίας τους να τους θυμηθούν και να τους αναγνωρίσουν. Στη συγκεκριμένη περίπτωση η συμβολή του νοσηλευτή στη θεραπεία είναι καταλυτικής σημασίας μιας και κατέχει τις απαραίτητες γνώσεις για να χειριστεί την κάθε περίσταση με τον καταλληλότερο για αυτή τρόπο. (Lemone & Burke 2006, Ignatavicius & Workman 1996, Dewit 2006, Redfern & Ross 2011).

Αντιπροσωπευτικά παρουσιάζονται στη συνέχεια οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στη φροντίδα αρρώστου με διαταραχή νοητικής και αντιληπτικής λειτουργίας:

- 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.
- Ο νοσηλευτής πρέπει να λέει ποιος είναι, να βλέπει στα μάτια τον άρρωστο και να βεβαιώνεται ότι κέρδισε την προσοχή του. Οι άρρωστοι με γνωστικές και μνημονικές διαταραχές έχουν ανάγκη να ακούν κάθε φορά το όνομα του νοσηλευτή. Αν δεν κερδηθεί η προσοχή τους, παρερμηνεύουν τα λόγια και τις πράξεις των νοσηλευτών και γίνονται συγχυτικοί και τρομαγμένοι.
- Καθαρή και χαμηλόφωνη ομιλία προς τον άρρωστο. Οι υψηλοί τόνοι φωνής δημιουργούν άγχος και ένταση σε αυτούς τους αρρώστους.
- Κλείσιμο του ραδιοφώνου και της τηλεόρασης όταν ο νοσηλευτής μιλά στον άρρωστο. Η υπερφόρτιση με ερεθίσματα του προκαλούν σύγχυση.
- Μια ερώτηση ή μια φράση πρέπει να λέγεται κάθε φορά με συντομία και απλές λέξεις, για ελάττωση της σύγχυσης, βελτίωση της συγκέντρωσης και αύξηση της διάρκειας της προσοχής.
- Επανάληψη της ερώτησης αν ο άρρωστος δεν απαντά ή δεν φαίνεται να καταλαβαίνει. Χρησιμοποίηση όμως των ίδιων ακριβώς λέξεων. Η επανάληψη ενισχύει την κατανόηση. Η αλλαγή των λέξεων προκαλεί μεγαλύτερη σύγχυση. Όταν είναι δυνατό να χρησιμοποιούνται ερωτήσεις που ζητούν απαντήσεις, ναι ή όχι και αποφυγή ερωτήσεων που απαιτούν επιλογές ή λήψη κάποιας απόφασης.
- Υπομονητική αναμονή αν δεν απαντήσει ο άρρωστος και επανάληψη της ίδιας ερώτησης. Γι' αυτούς τους αρρώστους παίρνει χρόνο η επεξεργασία μιας πληροφορίας.
- Διαίρεση κάθε δραστηριότητας σε μεμονωμένες πράξεις και παρότρυνση του αρρώστου να κάνει ένα μόνο πράγμα κάθε φορά. Π.χ. «εδώ είναι τα γυαλιά σας» (παύση) «πάρτε τα γυαλιά σας από τη θήκη» (παύση) «βάλτε τα γυαλιά σας».
- Με τη λεκτική επικοινωνία ταυτόχρονη επίδειξη των κατάλληλων αντικειμένων ή εικόνων για ενίσχυση της κατανόησης των λεγομένων. (π.χ. μπισκότα, πετσέτες, πουλόβερ κ.α.). (Lemone & Burke 2006, Ignatavicius & Workman 1996, Dewit 2006, Redfern & Ross 2011).
- Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο. Διατήρηση φωτισμού και κατά τη νύχτα. Παροχή απαλής μουσικής.
- Στενή παρατήρηση του αρρώστου για κινήσεις που δείχνουν ότι πονά ή αισθάνεται δυσφορία, εφόσον δεν είναι ικανός να εκφράσει λεκτικά σκέψεις και συναισθήματα.
- Προώθηση του προσανατολισμού στην πραγματικότητα τοποθετώντας σε εμφανές μέρος μεγάλο ρολόι, ημερολόγιο, το διαιτολόγιο κάθε ημέρας, το όνομα του νοσοκομείου και την πόλη. Έτσι ενισχύεται η οπτική μνημονική λειτουργία, ο προσανατολισμός και οι γνωστικές λειτουργίες.
- Τοποθέτηση γνωστών και αγαπητών αντικειμένων του αρρώστου κοντά του π.χ. φωτογραφίες της οικογένειας με το όνομα του κάθε προσώπου σε αντίστοιχη ετικέτα, για ενίσχυση της άνεσης, της εμπιστοσύνης και της μνήμης. (Lemone & Burke 2006, Ignatavicius & Workman 1996, Dewit 2006, Redfern & Ross 2011).

- 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.
- Αποφυγή λογομαχίας και αμφισβήτησης της πραγματικότητας των παραπόνων του ή των μυθοπλαστικών διηγήσεών του. Μπορεί να εκφραστούν κάποιες διορθώσεις με πολλή ευγένεια και διάκριση και να αποσπαστεί η προσοχή του αρρώστου σε κάτι άλλο. Σκοπός η ελάττωση του άγχους και η πρόληψη διέγερσης ή επιθετικότητας.
- Εκπαίδευση της οικογένειας και των σημαντικών προσώπων που ενδιαφέρονται για το άρρωστο, σχετικά με τη νόσο και τα συμπτώματα. Η γνώση των ικανοτήτων και ορίων του αρρώστου βοηθά τις οικογένειες να έχουν πιο ρεαλιστικές προσδοκίες και ελαττώνει την ψυχική τους ένταση.
- Διδασκαλία στην οικογένεια αποτελεσματικών στρατηγικών που μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργία της μνήμης και να ελαττώσουν τη σύγχυση του αρρώστου.

Έτσι διευκολύνεται η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ αρρώστων και των οικογενειών 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. (Lemone & Burke 2006, Ignatavicius & Workman 1996, Dewit 2006, Redfern & Ross 2011).

3.4 Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση

Το βασικό πρόβλημα που προκύπτει στους ηλικιωμένους λόγω της άνοιας είναι η απομόνωση τους από τον κοινωνικό περίγυρο και το αίσθημα κατάθλιψης που τους διακατέχει μιας και απογοητεύονται από την αδυναμία τους να αντεπεξέλθουν ικανοποιητικά σε καθημερινές συνήθειες. Η κοινωνική απομόνωση χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι το άτομο μπορεί να αισθάνεται ότι δεν δέχεται αλληλεπιδράσεις και δεν περιλαμβάνεται στο υποστηρικτικό δίκτυο.

Οι Dugan και Kivett μελέτησαν την σημασία της συναισθηματικής και κοινωνικής απομόνωσης σε σχέση με την μοναξιά σε πολύ ηλικιωμένα άτομα αγροτικών περιοχών. Το δείγμα αποτελείτο από 418 άτομα ηλικίας από 65 χρονών και άνω. Η έρευνα ήταν διαχρονική και η συλλογή στοιχείων έγινε τρεις φορές (1976, 1986, 1989) από εκπαιδευμένους συνεντευκτές. Οι Dugan και Kivett , ορίζουν την κοινωνική απομόνωση ως το αποτέλεσμα του να είναι κάποιος ή να αισθάνεται αποκομμένος από το κοινωνικό δίκτυο ή την κοινότητα. Τα κοινωνικά απομονωμένα άτομα είναι πιθανόν να αισθάνονται πλήξη και ανία και να νιώθουν ευπαθή, ευάλωτα, περιθωριοποιημένα και αγχωμένα. Συγκεκριμένα, ο Weiss αναφέρει ότι η κοινωνική απομόνωση περιλαμβάνει αισθήματα πλήξης και ζωής χωρίς νόημα, σημασία και σκοπό. Για την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση των ασθενών απαιτείται να γίνεται σωστή εκτίμηση των ικανοτήτων του ανοϊκού που μπορούν ακόμη να χρησιμοποιηθούν για μια κοινωνική ένταξη ή επανένταξη, έστω και παροδική. (Newfield et all 2007, Surrena et all, 2010).

Να μην αρκείται ο κλινικός να παρατηρεί τον ασθενή μέσα στο γραφείο του, αλλά να μελετάει την συμπεριφορά του μέσα στον καθημερινό χώρο της ζωής του σε σχέση με την οικογένεια ή το περιβάλλον του, ή εάν νοσηλεύεται, τις σχέσεις του με το νοσηλευτικό προσωπικό και τους άλλους ασθενείς. (Newfield et all 2007, Surrena et all, 2010).

Είναι σημαντικό ο ηλικιωμένος να δεχθεί υποστήριξη από ειδικούς για τα διάφορα προβλήματα που πιθανόν αντιμετωπίζει σε λεκτικό και κινητικό επίπεδο.
Η φυσικοθεραπεία και οι άλλες θεραπείες αποκατάστασης προσαρμόζονται στο επίπεδο λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς. Ο μακροπρόθεσμος στόχος είναι να βοηθηθεί ο ασθενής να διατηρήσει όσο μπορεί περισσότερο την ανεξαρτησία του. Σημαντικός στόχος είναι και η διατήρηση ή αύξηση της υπάρχουσας μυϊκής δύναμης. Η σπαστικότητα αντιμετωπίζεται με ασκήσεις διάτασης, εκπαίδευση στο βάδισμα και χρήση στηριγμάτων, ναρθήκων ή άλλων βοηθητικών συσκευών. Για τη βελτίωση της ισορροπίας του, συστήνεται στον ασθενή να διευρύνει τη βάση στήριξης του, ανοίγοντας κάπως περισσότερο τα πόδια του. Περπατούρες και μπαστούνια μπορεί να χρησιμοποιηθούν για να παράσχουν στήριξη και ισορροπία σε αταξικούς ασθενείς. Η ομαδική προσέγγιση του προβλήματος της αποκατάστασης του ασθενούς περιλαμβάνει ποικιλία υποστηρικτικών υπηρεσιών: λογοθεραπεία για τα προβλήματα ομιλίας, εργοθεραπεία για να διατηρηθεί η δύναμη των άνω άκρων και η ικανότητα διεκπεραίωσης των απαραίτητων δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, καθώς και επαγγελματική συμβουλευτική. Επίσκεψη σε ουρολόγο ενδείκνυται σε περίπτωση προβλημάτων όπως ακράτεια ούρων, λοιμώξεις των ουροφόρων οδών, κατακράτηση ούρων και στυτική δυσλειτουργία. Επίσκεψη σε πνευμονολόγο μπορεί να χρειασθεί εάν ο ασθενής αναπτύσσει χρόνιες αναπνευστικές λοιμώξεις εξαιτίας της αδυναμίας του να βήξει, να αποβάλει τις εκκρίσεις ή να αναπνεύσει βαθιά, ιδίως καθώς η αναπηρία του αυξάνεται. Ανάλογα με τις ατομικές τους ανάγκες, οι ασθενείς συχνά ωφελούνται από τη θεραπεία αποκατάστασης με έναν φυσικοθεραπευτή, κοινωνικό λειτουργό, ψυχολόγο ή και λογοθεραπευτή. Οι φυσικοθεραπευτές μπορούν να εφαρμόσουν ένα ατομικό πρόγραμμα ασκήσεων για να βελτιώσουν τον συντονισμό, την ισορροπία, τον τρόπο βαδίσματος και την ικανότητα μετακίνησης. (Newfield et all 2007, Surrena et all, 2010).
Είναι σημαντικό για την οικογένεια και το υγειονομικό προσωπικό να παρέχουν στον ασθενή επαρκή χρόνο προκειμένου να πραγματοποιεί όχι μόνο το πρόγραμμα των ασκήσεων αλλά και τις απαραίτητες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.
Οι δραστηριότητες δεν θα πρέπει να γίνονται βιαστικά. Ο εργοθεραπευτής βοηθά τον ασθενή να προσαρμόσει τις μεταβαλλόμενες ικανότητες του σε ότι αφορά την εργασία, την αυτοεξυπηρέτηση και τις ψυχαγωγικές του δραστηριότητες.
Μερικά κέντρα αποκατάστασης αναθέτουν στο προσωπικό εργοθεραπείας να ασχολείται μόνο με τις λειτουργίες του ασθενούς που καλύπτονται από τα άνω άκρα, ενώ οι φυσικοθεραπευτές ασχολούνται με το χειρισμό προβλημάτων από τα κάτω άκρα. Για παράδειγμα, δεξιότητες που σχετίζονται με το μαγείρεμα και τον καλλωπισμό του ασθενούς επιβλέπονται από τους εργοθεραπευτές, ενώ η κινητικότητα και οι στάσεις του σώματος επιβλέπονται από τους φυσικοθεραπευτές. (Newfield et all 2007, Surrena et all, 2010).
Οι λογοθεραπευτές συχνά χειρίζονται όχι μόνο τα προβλήματα του ασθενούς σε ό,τι αφορά την ομιλία, αλλά και τη μάσηση και την κατάποση.
Οι θεραπευτές αυτοί αξιολογούν τους ασθενείς και εκπονούν ειδικά σχεδία θεραπείας. Μέγιστης σημασίας είναι και η κοινωνική υποστήριξη των ασθενών με ότι αυτό συνεπάγεται. Ακούγοντας προσεκτικά τα λόγια και παρατηρώντας τις πράξεις των ατόμων της τρίτης ηλικίας υπογραμμίζεται καθαρά η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης στην προσπάθεια αποφυγής της περιθωριοποίησης σε αυτά τα άτομα. Οι Luggen και Rini μελέτησαν κατά πόσον το κοινωνικό δίκτυο των ηλικιωμένων οι οποίοι ζουν στα σπίτια τους είναι ικανοποιητικό για να εμποδίσει την απομόνωση και να εμποδίσει τους πιθανούς παράγοντες που προκαλούν απομόνωση. (Newfield et all 2007, Surrena et all, 2010).

Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα αξιολόγησης Lubben Social Network Scale για εντοπισμό των ατόμων τα οποία αντιμετώπιζαν τον κίνδυνο της απομόνωσης. Η έρευνα ήταν περιγραφική και εξέτασε 62 άτομα ηλικίας 65 χρόνων και πάνω τα οποία ζούσαν σε δικούς τους χώρους, σε αγροτικές περιοχές. Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με προσωπικές συνεντεύξεις. Μέσα από τα πορίσματα της έρευνας φάνηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει την ευημερία και την ποιότητα ζωής όλων των ατόμων. Η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη είναι αλληλένδετη με την ψυχολογική ευημερία με διάφορους τρόπους.

Οι Thompson και Heller εξέτασαν τις ανεξάρτητες επιδράσεις σε σχέση με τα μέτρα για διατήρηση κοινωνικού δικτύου και κοινωνικής υποστήριξης. Το δείγμα αποτελούσαν 291 ηλικιωμένες γυναίκες ηλικίας 65-93 ετών και με εισόδημα από 7000-9000 δολάρια. Σύμφωνα με τους Thompson και Heller, οι ελλείψεις στην κοινωνική υποστήριξη έχουν συσχετιστεί με την φτωχή υγεία και αύξησαν τους κινδύνους για θνησιμότητα. Το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα των ηλικιωμένων περιορίζεται λόγω των θανάτων των φίλων και συγγενών. Έτσι την στιγμή που τα άτομα αυτά θα χρειαστούν την υποστήριξη είναι πιθανόν να μην μπορούν να την έχουν. (Newfield et all 2007, Surrena et all, 2010).

Κεφάλαιο 4ο

4.1 Εισαγωγή

Η νόσος Alzheimer είναι η κύρια μορφή της άνοιας που αποτελεί βασική αιτία ανικανότητας και αναπηρίας στους ηλικιωμένους. Είναι μια εκφυλιστική νόσος, η οποία αργά και προοδευτικά καταστρέφει τα εγκεφαλικά κύτταρα, αποδιοργανώνει τις γνωστικές και λειτουργικές ικανότητες του ανθρώπου με συνέπεια τη διαταραχή της αρμονίας της ζωής του. Η εν λόγω νόσος πήρε το όνομά της από τον Alois Alzheimer, έναν Γερμανό νευρολόγο, ο οποίος το 1907 πρώτος περιέγραψε τα συμπτώματα και τα νευροπαθολογοανατομικά ευρήματα της νόσου τα οποία είναι οι οι γεροντικές πλάκες και οι νευροϊνιδιακές εκφυλίσεις στον εγκέφαλο.
Η νόσος προσβάλλει την μνήμη και την νοητική λειτουργία, συνήθως οδηγεί σε σύγχυση, αλλαγές στη διάθεση και αποπροσανατολισμό σε χρόνο και χώρο.
Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (ΠΟΥ) το 1996 ταξινόμησε την νόσο ως μια σύγχρονη ψυχική διαταραχή. Τα διαγνωστικά του ευρήματα είναι τα εξής:

- Η έκπτωση της πρόσφατης μνήμης, της σκέψης και της κρίσης, του προσανατολισμού και της λεκτικής επικοινωνίας
- Η απάθεια ή αδιαφορία
- Η έκπτωση στην καθημερινή λειτουργικότητα (π.χ. ντύσιμο, πλύσιμο, μαγείρεμα κ.α.)
- Η απώλεια του ελέγχου του συναισθήματος με άμβλυνση συναισθήματος.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έρχεται να μελετήσει τις στάσεις και αντιλήψεις των σπουδαστών του ΤΕΙ Κρήτης για τη νόσο του Alzheimer. Το ενδιαφέρον για μια τέτοια έρευνα έγκειται σε δύο σημεία. Το πρώτο ότι λόγω της αύξησης του επιπολασμού της νόσου όλο και συχνότερα οι νεώτεροι άνθρωποι θα έχουν την πιθανότητα να συναστραφούν ή να γνωρίσουν άτομα με τη νόσο. Το δεύτερο είναι ότι το τμήμα του υπό μελέτη πληθυσμού είναι σπουδαστές και σπουδάστριες του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης.
Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να καταγραφούν οι συναισθηματικές αντιδράσεις των φοιτητών του ΤΕΙ Κρήτης για την νόσο Alzheimer και οι παράγοντες που τις επηρεάζουν.

4.2 Ερευνητικά εργαλεία

Το είδος μελέτης που θα χρησιμοποιήσουμε, θα είναι περιγραφική, συγχρονική μελέτη. Ο περιγραφικός σχεδιασμός χρησιμοποιείται για να αποκτηθούν πληροφορίες για τα χαρακτηριστικά φαινομένου, ενός γεγονότος ή μιας κατάστασης. Δεν γίνεται κανενός είδους παρέμβαση, αφού ο σκοπός είναι η απεικόνιση των πραγμάτων, όπως αυτά εκ φύσεως συμβαίνουν. Στις συγχρονικές περιγραφικές έρευνες (cross – sectional design) διερευνώνται ταυτόχρονα ομάδες υποκειμένων (δείγματα), τα οποία διαφέρουν ως προς το στάδιο εξέλιξης ενός φαινομένου ή μιας εμπειρίας. Τα στάδια εξέλιξης πρέπει να αποτελούν τα μέρη μιας εξελισσόμενης χρονικά διαδικασίας. Η συλλογή των δεδομένων από άτομα που βρίσκονται σε διαφορετικό στάδιο θα μας δώσει πολύτιμες πληροφορίες για το σύνολο της διαδικασίας, παρά το γεγονός ότι δεν εξετάζονται τα ίδια άτομα. Η διάσταση του χρόνου υπάρχει, η συλλογή των δεδομένων όμως γίνεται σε μια δεδομένη στιγμή.

Το χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο με τις σκέψεις των νέων γύρω από το Alzheimer είναι σχεδιασμένα από την κυρία Ευδοκία Νικολαίδου (Ψυχολόγος, Α.Π.Θ) που έχει δοθεί μέσω αλληλογραφίας και με τους εξής όρους: Να χρησιμοποιηθεί για ερευνητικούς και εκπαιδευτικούς σκοπούς καθώς και επιπλέον δημογραφικές ερωτήσεις περιγράφονται αναλυτικά στο Παράρτημα.
Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται συνολικά από είκοσι ερωτήσεις που αντιστοιχούν σε συναισθηματικές αντιδράσεις των ερωτωμένων απέναντι σε ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από Alzheimer εκ των οποίων η πρώτη ερώτηση είναι ανοιχτή και δίδεται ένα
παράδειγμα που περιγράφει την καθημερινή ζωή μιας ασθενούς και οι φοιτητές καλούνται να εκφράσουν την γνώμη τους και μέσα από τις απαντήσεις να διαπιστωθεί κατά πόσον οι ίδιοι είναι ενήμεροι για τη νόσο του Alzheimer. Στη συνέχεια ακολουθούν επιπλέον 10 κλειστές ερωτήσεις που θα μας επιτρέψουν να προσδιορίσουμε το βαθμό γνώσεις των ερωτηθέντων για τη
νόσου Alzheimer. Οι ερωτήσεις προέκυψαν από την ανάγνωση της βιβλιογραφίας. Οι υπόλοιπες δεκαεννιά ερωτήσεις είναι κλειστές εκ των οποίων οι δεκαέξι- αντιστοιχούν σε συναισθηματικές
αντιδράσεις των ερωτώμενων απέναντι σ' ένα ηλικιωμένο άτομο που πάσχει από Alzheimer. Στη συνέχεια οι 16 ερωτήσεις αφορούν τις φοβίες και τους προβληματισμούς των φοιτητών, όταν οι ίδιοι θα γίνουν ηλικιωμένοι. Η κλίμακα των 16 ερωτήσεων είναι 5-βάθμια τύπου Likert με συνήθεις τιμές (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, υπερβολικά). Εκτός από τη συνολική αθροιστική βαθμολογία προκύπτουν και 4 υποκλίμακες με ταυτότητες που αφορούν τις αντιδράσεις : α) κοινωνικός παράγοντας, β) αγχωτικός παράγοντας, γ) απορριπτικός παράγοντας και δ) επιθετικός παράγοντας. Οι επόμενες τρεις ερωτήσεις ερευνούν το κατά πόσον οι φοιτητές αισθάνονται φόβο απέναντι στη νόσο Alzheimer. Η βαθμολόγηση γίνεται με πέντε επιλογές (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, πάρα πολύ) .

Η περιγραφή των μεταβλητών έγινε: α) για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση τους β) για τις διακριτές μεταβλητές η συχνότητα και η %συχνότητα. Οι διαφορές στις μέσες τιμές των συνεχών μεταβλητών ανάμεσα σε 2 ομάδες εξετάστηκαν με την εφαρμογή του t-ελέγχου ανεξαρτήτων μεταβλητών (independent samples t-test) ενώ οι συγκρίσεις μέσων τιμών σε περισσότερες από 2 ομάδες εξετάστηκαν με την ανάλυση διασποράς κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA).
Σε αρκετές από τις μεταβλητές που είχαν κοινό εννοιολογικό περιεχόμενο όπως το άγχος, οι γνώσεις υπολογίστηκαν αθροίσματα ή μέσες τιμές από τις μεταβλητές και στη συνέχεια αναλύθηκαν με τις περιγραφόμενες στατιστικές μεθόδους.
Η συσχέτιση μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών έγινε με τον συντελεστή rho του Pearson, ενώ για τις διακριτές μεταβλητές ο έλεγχος έγινε με τη μέθοδο χ2 του Pearson. Για την γραφική αναπαράσταση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν κυκλικά διαγράμματα (Piecharts), και ραβδογράμματα (barcharts). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics 23.0 και ως όριο αποδοχής των υποθέσεων τέθηκε το α=0,05.

4.3 Διαδικασία χορήγησης ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο χορηγήθηκε στους φοιτητές ΤΕΙ Κρήτης λίγο πριν με λίγο μετά την λήξη των εργαστηρίων τους ώστε να εξασφαλισθεί η συμμετοχή ενός μεγάλου μέρους των σπουδαστών των εξαμήνων που στοχεύει η έρευνα.

4.4 Δείγμα

Ο πληθυσμός μελέτης θα είναι φοιτητές του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης. Επιλέχτηκαν όλες οι σχολές με στόχο το μεγαλύτερο δυνατό πλουραλισμό του δείγματος και θα διανεμηθούν ερωτηματολόγια σε α' και στ΄ εξάμηνο. Το ερευνητικό εργαλείο που θα χρησιμοποιηθεί είναι ειδικό. Εκτιμώμενος αριθμός ερωτηματολογίων είναι 250 λαμβάνοντας υπόψη των αριθμό φοιτητών που σπουδάζουν στο ΤΕΙ Κρήτης.

4.5 Υποθέσεις εργασίας

- Υπάρχει και αν ναι σε ποιο βαθμό αίσθηση απειλής από τους φοιτητές Νοσηλευτικής για μελλοντική προσβολή τους από την νόσο Alzheimer;
- Ποιες δημογραφικές μεταβλητές (π.χ. ηλικία, φύλο) επηρεάζουν τις στάσεις και αντιλήψεις των φοιτητών νοσηλευτικής για την νόσο Alzheimer;
- Αν οι στάσεις και οι αντιλήψεις επηρεάζονται από το αντικείμενο των σπουδών και το εξάμηνο σπουδών.
- Ποιες είναι οι αντιδράσεις των φοιτητών για το γήρας;

4.6 Αποτελέσματα

Στη μελέτη συμμετείχαν 200 άτομα τα οποία φοιτούσαν σε διάφορες σχολές του ΤΕΙ Κρήτης. Σε ότι αφορά τα κοινωνικο - δημογραφικά τους χαρακτηριστικά (φύλο, έτος γέννησης, τόπος γέννησης, τόπος κατοικίας, σχολή φοίτησης, έτος φοίτησης, οικογενειακή κατάσταση, παιδιά, αριθμός παιδιών, εργασία, μηνιαίο εισόδημα) αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελούνταν από 143 γυναίκες ή 71,5% του συνόλου. Το σύνολο των σπουδαστών οι οποίοι γεννήθηκαν το έτος μεταξύ 1992-1995 ήταν 112 (56,0%) ενώ 84 (42,0%) γεννήθηκαν το έτος 1996-1998.
Όσον αφορά τον τόπο γέννησης 47 (23,5%) σπουδαστές γεννήθηκαν στην Αθήνα, 41 (20,5%) στο Ηράκλειο ενώ οι περισσότεροι από τους σπουδαστές 108 (54,0% του συνόλου) γεννήθηκαν σε κάποια άλλη πόλη. Οι περισσότεροι σπουδαστές, 140 (70,0% του δείγματος) φοιτούσαν στο τμήμα Νοσηλευτικής, 14 (7,0%) σπούδαζαν στη σχολή Τουριστικών επιχειρήσεων, 13 (6,5%) στο τμήμα Κοινωνικής εργασίας, 10 (5,0%) στα τμήματα Γεωπονίας και Μηχανολογίας και μικρότερο ποσοστό φοιτούσαν στις σχολές Διοίκησης επιχειρήσεων, Πληροφορικής και Λογιστικής. Οι σπουδαστές που βρίσκονταν στο 2ο και 3ο έτος φοίτησης ήταν 57 (28,5%) και 70 (35,0%) αντίστοιχα ενώ λιγότεροι ήταν στο 1ο έτος 21 (10,5%). Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, ένα ποσοστό του 97,0% (194) των σπουδαστών ήταν άγαμοι και δεν είχαν παιδιά. Η πλειοψηφία των σπουδαστών δεν εργάζονταν (137 (68,5%). Το μηνιαίο εισόδημα κυμαίνονταν για 87 (43,5%) σπουδαστές από 100-400, για 45 (22,5%) σπουδαστές 0-100, 400-600 για 40 (20,0%) σπουδαστές ενώ ελάχιστοι ήταν οι σπουδαστές με μηνιαίο εισόδημα μεγαλύτερο από 600 ευρώ.

Πίνακας 1. Κοινωνικο – δημογραφικά χαρακτηριστικά σπουδαστών ΤΕΙ Κρήτης.

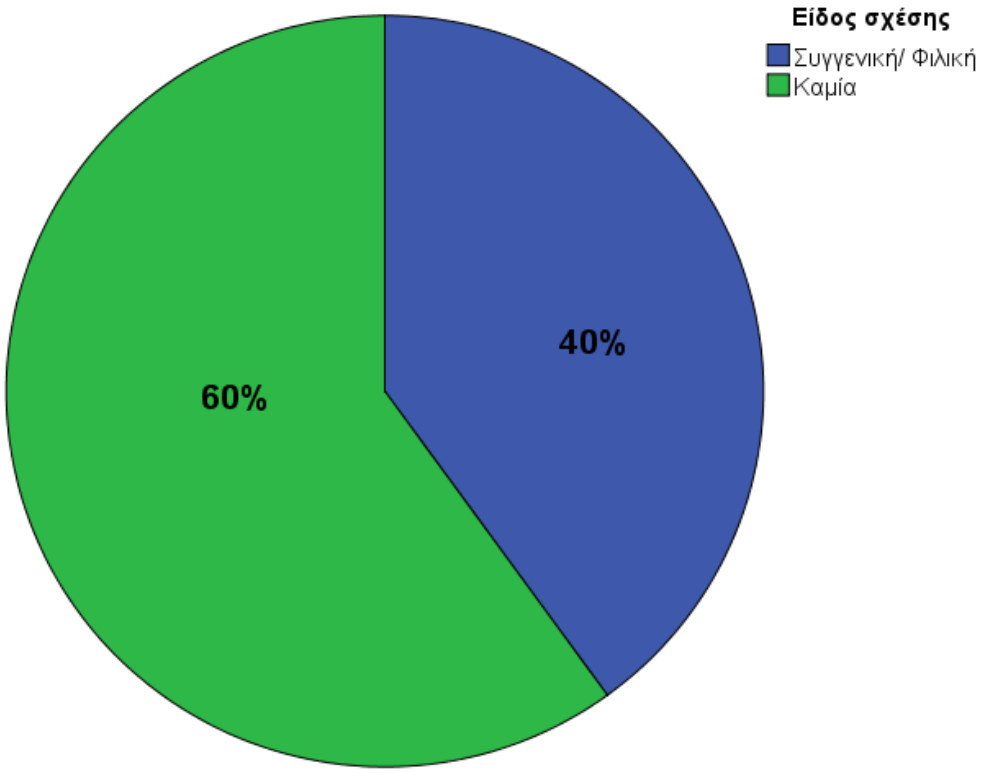
		n	%
Φύλο	**Άντρας**	57	28,5
	Γυναίκα	143	71,5
Έτος γέννησης	**1992-1995**	112	56,0
	1996-1998	84	42,0
	1999-2000	4	2,0
Τόπος γέννησης	**Αθήνα**	47	23,5
	Ηράκλειο	41	20,5
	Θεσσαλονίκη	2	1,0
	Πάτρα	2	1,0
	Άλλο	108	54,0
Σχολή	**Νοσηλευτική**	140	70,0
	Τουριστικών επιχειρήσεων	14	7,0
	Κοινωνική Εργασία	13	6,5
	Γεωπονία	10	5,0
	Μηχανολογία	10	5,0
	Διοίκηση επιχειρήσεων	6	3,0
	Πληροφορική	4	2,0
	Λογιστική	3	1,5
Έτος φοίτησης	**1ο έτος**	21	10,5
	2ο έτος	57	28,5
	3ο έτος	70	35,0
	4ο έτος	31	15,5
	Πτυχίο	21	10,5
Οικογενειακή	**Άγαμος**	194	97,0
κατάσταση	**Έγγαμος**	6	3,0
Παιδιά	**Όχι**	194	97,0
	Ναι	6	3,0
Αριθμός παιδιών	**Κανένα**	194	97,0
	Ένα	2	1,0
	Δύο	4	2,0
Εργασία	**Όχι**	137	68,5
	Ναι	63	31,5
Μηνιαίο εισόδημα (€)	**0-100**	45	22,5
	100-400	87	43,5

400-600	40	20,0
600-800	10	5,0
800-1000	8	4,0
>1000	10	5,0

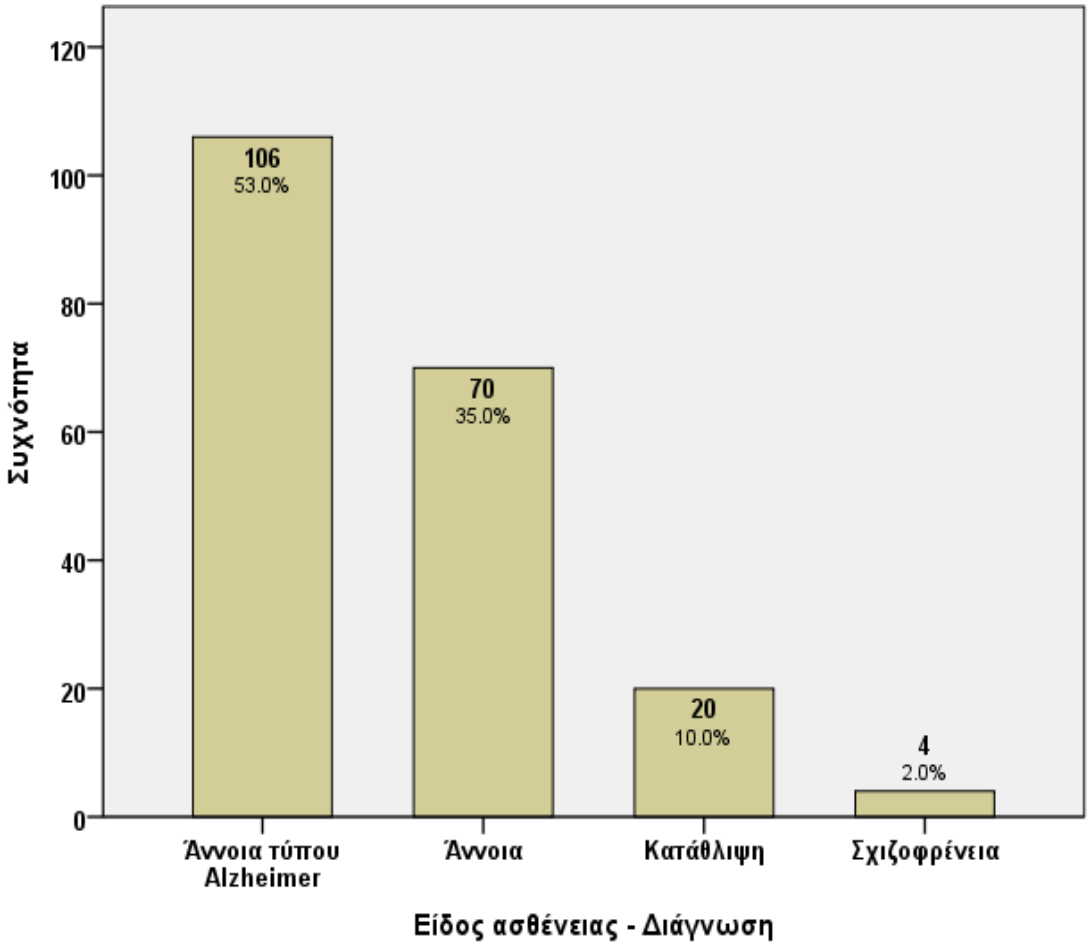
Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται στοιχεία σχετικά με την σχέση που έχουν οι σπουδαστές με την νόσο του Alzheimer καθώς και πιθανές αντιδράσεις για το αν οι ίδιοι μελλοντικά αναπτύξουν τη νόσο αυτή . Οι περισσότεροι σπουδαστές – 120 (60,0%) δεν κατέχουν προσωπική εμπειρία με κάποιο άτομο όσον αφορά την νόσο Alzheimer ενώ 80 (40,0%) από τους σπουδαστές έχουν κάποια προσωπική εμπειρία, με 56 (28,0%) από αυτούς να έχουν συγγενική σχέση με αυτό το άτομο. Τα στοιχεία για τη σχέση με άτομα με Alzheimer παρουσιάζεται και στο κυκλικό διάγραμμα 1. Στο σενάριο που μελετήθηκε δόθηκε η καθημερινή ζωή μιας ασθενούς και ζητήθηκε από τους σπουδαστές να απαντήσουν από ποια ασθένεια νομίζουν ότι πάσχει. Ένα μεγάλο ποσοστό 53,0% (106) απάντησε ότι πάσχει από την άνοια τύπου Alzheimer, 35,0% (70) των σπουδαστών πιστεύουν ότι πάσχει από άνοια, 10,0% (20) ότι έχει κατάθλιψη και ένα μικρό ποσοστό 2,0% (4) ότι πάσχει από σχιζοφρένεια. (Διάγραμμα 2). Όσον αφορά τις αντιδράσεις των σπουδαστών για το αν αναπτύξουν στο μέλλον τη νόσο του Alzheimer έχουμε ότι 122 (61,0%) σπουδαστές να μην ανησυχούν καθόλου ή να ανησυχούν λίγο. Σημαντικό ποσοστό σπουδαστών 38,0% (76 άτομα) ανησυχούν αρκετά. Οι περισσότεροι από τους σπουδαστές – 128 (64,0%) δεν τους απασχολεί η ιδέα της πιθανότητας να προσβληθούν από τη νόσο ενώ 72 (36,0%) τους απασχολεί αρκετά. Για το αν οι σπουδαστές αισθάνονται αγχωμένοι ότι κάποια στιγμή μπορεί να αναπτύξουν τη νόσο του Alzheimer έχουμε ότι 117 (58,5%) σπουδαστές δεν αισθάνονται καθόλου ή αισθάνονται λίγο άγχος και 64 (32,0%) είναι αρκετά αγχωμένοι. Τέλος ως δείκτης του άγχους των σπουδαστών παρουσιάζεται η μέση τιμή των απαντήσεων στις σχετικές ερωτήσεις (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Σχέση και αντιδράσεις των σπουδαστών για τη νόσο του Alzheimer.

		n	%
Προσωπική εμπειρία	**Όχι**	120	60,0
	Ναι	80	40,0
Είδος σχέσης	**Συγγενική**	56	28,0
	Φιλική	24	12,0
	Καμία	120	60,0
Είδος ασθένειας	**Άννοια**	70	35,0
	Άννοια τύπου Alzheimer	106	53,0
	Σχιζοφρένεια	4	2,0
	Κατάθλιψη	20	10,0
	Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	
Άγχος	2.2	0.7	



Διάγραμμα 1. Κυκλικό διάγραμμα για το είδος σχέσης των σπουδαστών με άτομο που πάσχει από Alzheimer.



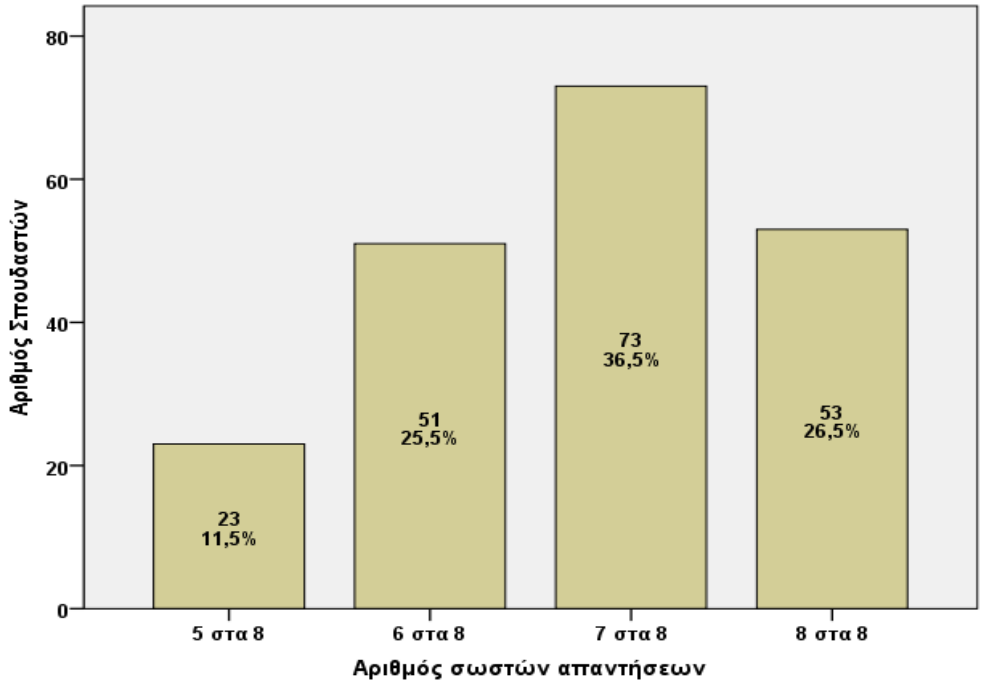
Διάγραμμα 2. Κατανομή απαντήσεων του σεναρίου για την αναγνώριση της Alzheimer των συμμετεχόντων σπουδαστών.

Οι γνώσεις των σπουδαστών σχετικά με τη νόσο Alzheimer παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Από ένα σύνολο 10 ερωτήσεων επιλέγχθηκαν οι 8 που σχετίζονταν με βασικές γνώσεις για τη νόσο. Για κάθε μία από τις 8 ερωτήσεις υπάρχει μία σωστή απάντηση που σημειώνεται με έντονα γράμματα σε γκρίζο φόντο στον Πίνακα 1. Παράδειγμα στην ερώτηση «Κατά την άποψη σας η νόσος Alzheimer είναι μεταδοτική;» η σωστή απάντηση ΝΑΙ βαθμολογείτε με 1 βαθμό ενώ η λάθος με κανένα (0) βαθμό. Από το άθροισμα των απαντήσεων προκύπτει μια συνολική βαθμολογία (σκορ) που κυμαίνεται από 0 (καμία γνώση) έως 8 (άριστα). Το υψηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων 100% δόθηκε στην ερώτηση εάν γνωρίζουν οι σπουδαστές την νόσο Alzheimer. Το δεύτερο υψηλότερο ποσοστό παρουσιάστηκε στην ερώτηση «Κατά την άποψη σας η νόσος Alzheimer είναι μεταδοτική**;**» Το τρίτο υψηλότερο ποσοστό παρουσιάστηκε στην ερώτηση «Κατά την αποψή σας εχεί την ικανότητα οδήγησης το άτομο με Alzheimer;» (95,5%). Το χαμηλότερο ποσοστό σωστών απαντήσεων (48.5%) δόθηκε στην ερώτηση «Πιστεύεται ότι κατανάλωση αλκοόλ , το κάπνισμα και η διατροφή σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer;»

Πίνακας 3. Γνώσεις των σπουδαστών για τη νόσο του Alzheimer.

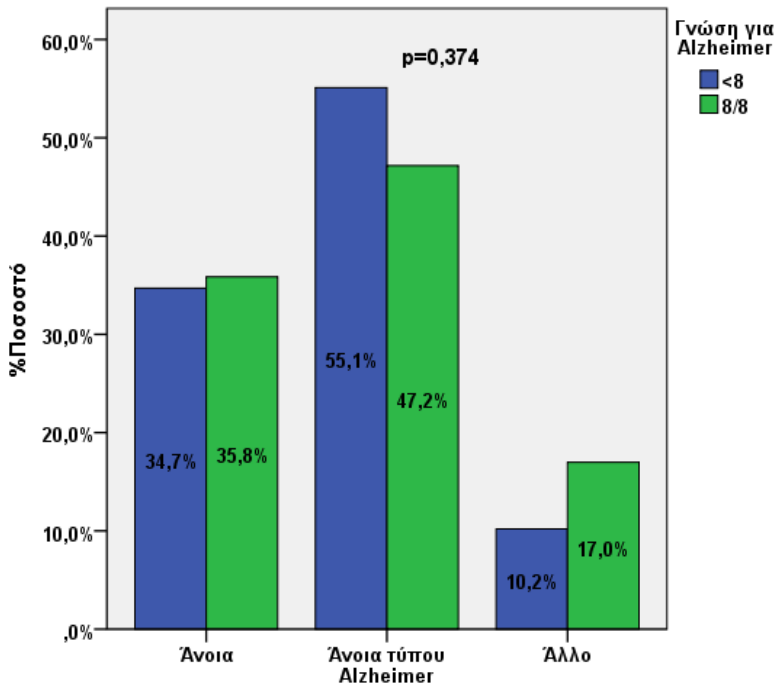
	ΟΧΙ		**ΝΑΙ**	
	n	**%**	**n**	**%**
Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογένεια σας;	148	74,0	52	26,0
Πιστεύετε ότι ένα εξειδικευμένο ίδρυμα θα του παρείχε μεγαλύτερη φροντίδα απ' ότι εσείς στο σπίτι;	49	24,5	151	75,5
Γνωρίζεται τη νόσο Alzheimer;	0	0,0	**200**	**100,0**
Πιστεύετε ότι έχει σχέση η άνοια με τη νόσο Alzheimer;	25	12,5	**175**	**87,5**
Πιστεύεται ότι η απώλεια μνήμης είναι μια ένδειξη της νόσου Alzheimer;	21	10,5	**179**	**89,5**
Κατά την άποψη σας η νόσος Alzheimer είναι μεταδοτική;	**198**	**99,0**	2	1,0
Κατά την γνώμη σας είναι κληρονομική η νόσος Alzheimer;	32	16,0	**168**	**84,0**
Πιστεύεται ότι κατανάλωση αλκοόλ , το κάπνισμα και η διατροφή σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer;	103	51,5	**97**	**48,5**
Η νόσος Alzheimer είναι μια ψυχική διαταραχή όπως π,χ (η σχιζοφρένεια);	**148**	**74,0**	52	26,0
Κατά την άποψη σας έχει την ικανότητα οδήγησης το άτομο με Alzheimer;	**191**	**95,5**	9	4,5

Η κατανομή της βαθμολογίας των γνώσεων των σπουδαστών σε ότι αφορά τη νόσο Alzheimer παρουσιάζει Διάγραμμα 3. Παρατηρείται ότι η μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται στο 7/8 (7 σωστές απαντήσεις στις 8) (73 σπουδαστές, 36,5%) ενώ σημαντικός αριθμός (53 άτομα, 26,5%) έχει βαθμολογία 8 στα 8.



Διάγραμμα 3. Κατανομή απαντήσεων των σπουδαστών για τις γνώσεις στη νόσο Alzheimer.

Στο Διάγραμμα 4 παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ της γνώσης για την Alzheimer και της εκτίμησης της ασθένειας που κάνουν που σπουδαστές από το σενάριο. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των σωστών απαντήσεων (8/8) και της εκτίμησης της ασθένειας από την ιστορία (p=0,374)



Διάγραμμα 4. Κατανομή των γνώσεων των σπουδαστών και της εκτίμησης της ασθένειας.

Η επίδραση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών στις γνώσεις για την Alzheimer των σπουδαστών παρουσιάζεται στον Πίνακα 4. Από τα αποτελέσματα του Πίνακα παρατηρούμε ότι σχετικά με τις γνώσεις οι σπουδαστές της Σχολής

Επαγγελμάτων Υγείας (ΣΕΥΠ) απαντούν σωστότερα (8/8) σε ποσοστό 31,4% μεγαλύτερο από αυτό των σπουδαστών άλλων σχολών (15,0%) με p=0,016. Επίσης οι σπουδαστές που είναι στο πτυχίο δείχνουν να έχουν μεγαλύτερες γνώσεις για την Alzheimer (57,1%) από ότι οι σπουδαστές μικρότερων ετών (22,9%) (p=0,001).

Πίνακας 4. Σύγκριση κοινωνικο – δημογραφικών χαρακτηριστικών με την γνώση των σπουδαστών για τη νόσο του Alzheimer.

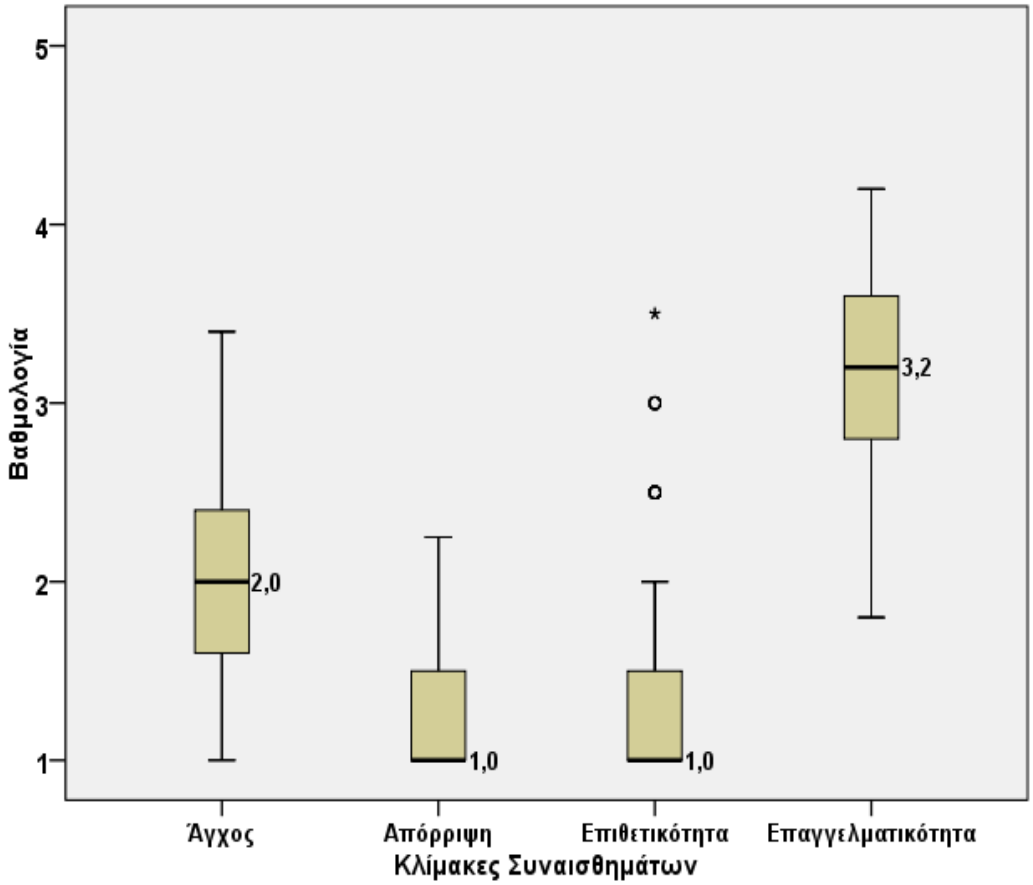
		Γνώσεις για Alzheimer				
		<8 /8		**8/8**		
		n	**%**	**n**	**%**	**p**
Φύλο	**Άντρας**	39	68,4%	18	31,6%	0,304
	Γυναίκα	108	75,5%	35	24,5%	
Έτος γέννησης	**1992-1995**	82	73,2%	30	26,8%	0,477
	1996-1998	61	72,6%	23	27,4%	
	1999-2000	4	100,0%	0	0,0%	
Σχολή	**Επαγγελμάτων υγείας**	96	68,6%	44	31,4%	**0,016**
	ΤΕΙ άλλο	51	85,0%	9	15,0%	
Πτυχίο	**Μέχρι πτυχίο**	138	77,1%	41	22,9%	**0,001**
	Πτυχίο	9	42,9%	12	57,1%	
Είδος σχέσης	**Συγγενική/ Φιλική**	57	71,3%	23	28,8%	0,556
	Καμία	90	75,0%	30	25,0%	
Είδος ασθένειας	**Άνοια τύπου Alzheimer**	81	76,4%	25	23,6%	0,321
	Άλλη	66	70,2%	28	29,8%	

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται μια σύνοψη των απαντήσεων των φοιτητών για τα συναισθήματα που νοιώθουν για τα άτομα που πάσχουν από Alzheimer. Σημαντικός αριθμός φοιτητών δεν απαντάει στις επιλογές αρκετά πολύ και υπερβολικά πολύ για τα συναισθήματα εκνευρισμός, απόρριψη, αηδία και εμπαιγμός κοροϊδία (0,0%).

Πίνακας 5. Σύνοψη απαντήσεων για τα συναισθήματα των σπουδαστών στα άτομα που πάσχουν από Alzheimer.

	Καθόλου		Λίγο		Αρκετά		Πολύ		Υπερβολικά	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Φόβος	123	61,5	41	20,5	16	8,0	14	7,0	6	3,0
Ανησυχία	30	15,0	60	30,0	67	33,5	38	19,0	5	2,5
Θυμός	155	77,5	29	14,5	4	2,0	8	4,0	4	2,0
Συμπόνια/Ευσπλαχνία	23	11,5	18	9,0	31	15,5	76	38,0	52	26,0
Ανυπομονησία	124	62,0	41	20,5	23	11,5	4	2,0	8	4,0
Ενδιαφέρον/Φροντίδα	2	1,0	12	6,0	64	32,0	64	32,0	58	29,0
Ανασφάλεια	72	36,0	78	39,0	38	19,0	10	5,0	2	1,0
Αποθάρρυνση	89	44,5	84	42,0	23	11,5	2	1,0	2	1,0
Στεναχώρια/Αμηχανία	42	21,0	83	41,5	49	24,5	22	11,0	4	2,0
Συμπάθεια	0	0,0	13	6,5	70	35,0	83	41,5	34	17,0
Επιθυμία για βοήθεια	16	8,0	18	9,0	42	21,0	64	32,0	60	30,0
Κατατρεγμένος	153	76,5	40	20,0	5	2,5	2	1,0	0	0,0
Εκνευρισμός	152	76,0	36	18,0	12	6,0	0	0,0	0	0,0
Απόρριψη	167	83,5	21	10,5	12	6,0	0	0,0	0	0,0
Αηδία	190	95,0	10	5,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Εμπαιγμός/Κοροϊδία	188	94,0	12	6,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Οι ερωτήσεις που σχετίζονται με τα συναισθήματα χωρίστηκαν σε τέσσερεις κατηγορίες: απόρριψη, ανησυχία, επιθετικότητα, προκοινωνική συμπεριφορά. Στο Διάγραμμα 5 παρουσιάζονται τα θηκογράμματα των τεσσάρων συναισθηματικών κατηγοριών. Οι διάμεσες τιμές για τα αρνητικά συναισθήματα όπως απόρριψη και επιθετικότητα ήταν αρκετά χαμηλά (διάμεσος 1.0) ενώ αρκετά υψηλές τιμές παρουσίασε η επαγγελματικότητα (διάμεσος 3.2). Το άγχος είχε διάμεση τιμή 2.0.



Διάγραμμα 5. Θηκογράμματα συναισθηματικών κατηγοριών των σπουδαστών

Οι τιμές της κλίμακας *απόρριψη* εξετάστηκαν ως προς την επίδραση που τυχόν έχουν από τις δημογραφικά και κοινωνικές μεταβλητές. Καμία από τις μελετώμενες μεταβλητές όπως φύλο, ηλικία (έτος γέννησης), σχολή, έτος φοίτησης (πτυχίο ή όχι), εκτίμηση σεναρίου (πάσχει ή όχι από Alzheimer) ($p>0.100$). Η μόνη μεταβλητή που διαφοροποιήθηκε ήταν η ύπαρξη γνωστού φιλικού ή συγγενικού προσώπου με Alzheimer όπου οι φοιτητές που δεν είχαν επαφή παρουσίασαν μέση τιμή 5,2±1,5 στατιστικά μεγαλύτερη ($p=0,002$) από αυτούς που είχαν άτομο με Alzheimer (4,6±1,2). (Πίνακας 6)

Πίνακας 6. Περιγραφικά στατιστικά και συγκρίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τον απορριπτικό παράγοντα.

		Απόρριψη		
		Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p**
Φύλο	**Άντρας**	5,2	1,6	0,161
	Γυναίκα	4,9	1,3	
Έτος γέννησης	**1992-1995**	5,1	1,6	0,102
	1996-2000	4,8	1,2	
Σχολή	**Επαγγελμάτων υγείας**	5,0	1,5	0,483
	ΤΕΙ άλλο	4,9	1,3	
Πτυχίο	**Μέχρι πτυχίο**	5,0	1,4	0,393
	Πτυχίο	5,2	1,8	
Είδος σχέσης	**Συγγενική/ Φιλική**	4,6	1,2	**0,002**
	Καμία	5,2	1,5	
Εκτίμηση	**Alzheimer**	5,1	1,5	0,224
Σεναρίου	**Άλλο**	4,9	1,2	

Ως προς τον παράγοντα ανησυχία οι φοιτητές διαφοροποιήθηκαν στις εξής μεταβλητές:

α) στην ηλικία όπου οι μικρότερης ηλικίας (1996-2000) παρουσίασαν μέση τιμή 10,9±3,0 σε σχέση με τους μεγαλύτερους (1992-1995) (μέση τιμή 9,9±2,8) (p=0,023).

β) Στο είδος της σχολής όπου οι σπουδαστές των επαγγελμάτων υγείας είχαν μέση τιμή 10,6 ± 3,2 σε σχέση με τις άλλες σχολές 9,7±2,1 (p=0,043)

γ) Ως προς την εκτίμηση σεναρίου, όπου οι σπουδαστές με ορθή εκτίμηση παρουσίασαν στατιστικά σημαντική διαφορά με αυτούς που δεν είχαν (p=0,004). (Πίνακας 7)

Πίνακας 7. Περιγραφικά στατιστικά και συγκρίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τον ανησυχητικό παράγοντα.

		Ανησυχία		
		Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p**
Φύλο	**Άντρας**	10,2	3,0	0,634
	Γυναίκα	10,4	2,9	
Έτος γέννησης	**1992-1995**	9,9	2,8	**0,023**
	1996-2000	10,9	3,0	
Σχολή	**Επαγγελμάτων υγείας**	10,6	3,2	**0,043**
	ΤΕΙ άλλο	9,7	2,1	
Πτυχίο	**Μέχρι πτυχίο**	10,3	2,9	0,337
	Πτυχίο	10,9	3,2	
Είδος σχέσης	**Συγγενική/ Φιλική**	10,4	2,6	0,781
	Καμία	10,3	3,1	
Εκτίμηση	**Alzheimer**	10,9	3,0	**0,004**
Σεναρίου	**Άλλη**	9,7	2,6	

Ο παράγοντας επιθετικότητα ήταν πιο έντονος στα άτομα στο πτυχίο όπου η μέση τιμή του παράγοντα ήταν3,2±1,5 στατιστικά μεγαλύτερη από αυτή των μικρότερων ετών 2,6±1,1 (p=0,034) (Πίνακας 8)

Πίνακας 8. Περιγραφικά στατιστικά και συγκρίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τον επιθετικό παράγοντα.

		Επιθετικότητα		
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
Φύλο	**Άντρας**	2,6	1,0	0,340
	Γυναίκα	2,7	1,2	
Έτος γέννησης	**1992-1995**	2,8	1,3	0,101
	1996-2000	2,5	1,0	
Σχολή	**Επαγγελμάτων υγείας**	2,8	1,2	0,178
	ΤΕΙ άλλο	2,5	0,9	
Πτυχίο	**Μέχρι πτυχίο**	2,6	1,1	**0,034**
	Πτυχίο	3,2	1,5	
Είδος σχέσης	**Συγγενική/ Φιλική**	2,7	1,0	0,727
	Καμία	2,7	1,3	
Εκτίμηση Σεναρίου	**Alzheimer**	2,8	1,3	0,163
	Άλλη	2,6	1,0	

Η παράμετρος επαγγελματική συμπεριφορά και οι επιδράσεις των μελετώμενων μεταβλητών παρουσιάζονται στον Πίνακα 9. ΟΙ σπουδαστές της ΣΕΥΠ δείχνουν στατιστικά μεγαλύτερη διαφορά $p<0,001$ με μέση τιμή 16,6±2,6 ενώ οι σπουδαστές του υπόλοιπου ΤΕΙ έχουν μέση τιμή 14,7±3,4. Επίσης στατιστικά υψηλότερη μέση τιμή στην επαγγελματική παράμετρο ($p<0,001$) έχουν οι σπουδαστές όπου στο περιβάλλον τους γνωρίζουν κάποιο άτομο με Alzheimer (17,2±2.3) σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν (15,3±3,2). Τέλος στατιστικά σημαντική διαφορά παρουσιάστηκε στα άτομα που έκαναν σωστή εκτίμηση σεναρίου ($p=0,003$).

Πίνακας 9. Περιγραφικά στατιστικά και συγκρίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με την επαγγελματική συμπεριφορά.

		Επαγγελματική συμπεριφορά		
		Μέση τιμή	**Τυπική απόκλιση**	**p**
Φύλο	**Άντρας**	15,8	3,0	0,429
	Γυναίκα	16,1	3,0	
Έτος γέννησης	**1992-1995**	16,3	3,1	0,195
	1996-2000	15,7	2,8	
Σχολή	**Επαγγελμάτων υγείας**	16,6	2,6	**<0,001**
	ΤΕΙ άλλο	14,7	3,4	
Πτυχίο	**Μέχρι πτυχίο**	16,1	3,1	0,829
	Πτυχίο	15,9	2,4	
Είδος σχέσης	**Συγγενική/ Φιλική**	17,2	2,3	**<0,001**
	Καμία	15,3	3,2	
Εκτίμηση σεναρίου	**Alzheimer**	16.6	2.6	**0,003**
	Άλλη	15.4	3.3	

Ο φόβος των γηρατειών εξετάστηκε και αυτός όπως και οι προηγούμενες κλίμακες των συναισθημάτων (Πίνακας 10). Οι σπουδαστές στο πτυχίο είχαν μεγαλύτερο άγχος για τα γηρατειά (p=0,016) με μέση τιμή 43,9 ±7,7 από τους σπουδαστές των μικρότερων ετών (39,5±9,1). Επίσης όσα άτομα έκαναν σωστή εκτίμηση σεναρίου παρουσίασαν μεγαλύτερη μέση τιμή στο φόβο των γηρατειών από αυτούς που δεν έκαναν σωστή εκτίμηση (p=0,002).

Πίνακας 10. Περιγραφικά στατιστικά και συγκρίσεις των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών με τον φόβο των γηρατειών.

		Φόβος γηρατειών		
		Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p
Φύλο	**Άντρας**	43,1	8,9	0,683
	Γυναίκα	43,6	7,6	
Έτος γέννησης	**1992-1995**	43,4	8,8	0,853
	1996-2000	43,6	6,7	
	1999-2000	44,5	1,7	
Σχολή	**Επαγγελμάτων υγείας**	42,8	8,2	**0,052**
	ΤΕΙ άλλο	45,1	7,0	
Πτυχίο	**Μέχρι πτυχίο**	43,9	7,7	**0,016**
	Πτυχίο	39,5	9,1	
Είδος σχέσης	**Συγγενική/ Φιλική**	43,6	7,8	0,879
	Καμία	43,4	8,1	
Εκτίμηση	**Alzheimer**	45,1	7,8	**0,002**
Σεναρίου	**Άλλη**	41,7	7,7	

Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των γνώσεων, συναισθημάτων και του φόβου για γήρανση (Πίνακας 11). Από το σύνολο των 15 συσχετίσεων οι 11 παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($p<0,05$). Δεν παρουσίασαν τα ζεύγη «απόρριψη-γνώσεις για Alzheier» ($r=-0,098$, $p=0,161$), «επιθετικότητα-γνώσεις για Alzheimer ($r=0,014$, $p=0,843$), «επαγγελματική στάση και φόβος γήρανσης» ($r=-0,017$, $p=0,133$) και τέλος «γνώσεις για Alzheimer-και φόβος γήρανσης» ($r=-0,073$, $p=0,306$).

Πίνακας 11. Συσχετίσεις συναισθημάτων, γνώσεων για το Alzheimer και φόβο για γήρανση.

		Ανησυχία	Επιθετικότητα	Επαγγελματισμός	Γνώσεις για Alzheimer	Φόβος για γήρανση
Απόρριψη	**r**	**0,276**	**0,597**	**-0,184**	-0,098	**0,331**
	p	**<0,001**	**<0,001**	**0,009**	0,161	**<0,001**
Ανησυχία	**r**		**0,260**	**0,282**	**0,145**	**0,539**
	p		**<0,001**	**<0,001**	**0,041**	**<0,001**
Επιθετικότητα	**r**			**-0,157**	0,014	**0,285**
	p			**0,027**	0,843	**<0,001**
Επαγγελματισμός	**r**				**0,141**	-0,107
	p				**0,047**	0,133
Γνώσεις για	**r**					-0,073
Alzheimer	**p**					0,306

4.7 Συμπέρασμα

Από την πραγματοποίηση της έρευνάς μας, καταλήξαμε πως οι φοιτητές του ΤΕΙ Κρήτης, έχουν προοδευτικά βελτιωμένες γνώσεις γύρω από την νόσο, με το πέρας των σπουδών τους. Ειδικότερα, αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός ότι οι πρωτοετείς φοιτητές έχουν ανεπαρκείς γνώσεις σχετικά με την νόσο Alzheimer. Εν αντιθέσει, οι τεταρτοετείς, ανταποκρίθηκαν θετικότερα στις ερωτήσεις γνώσεων που τους τέθηκαν. Η διαφορά του επιπέδου γνώσεων, ήταν αναμενόμενη, αν και υπάρχει σαφές περιθώριο βελτίωσης.
Αίσθηση προκαλεί το γεγονός, ότι οι φοιτητές στο μεγαλύτερο ποσοστό τους δεν του απασχολεί εάν στο μέλλον θα αναπτύξουν οι ίδιοι άνοια . Από την άλλη πλευρά οι περισσότεροι διέγνωσαν σωστά τον τύπο άνοιας του κλινικού περιστατικού. Επίσης όπως ήταν αναμενόμενο οι σπουδαστές της ΣΕΥΠ γνωρίζουν περισσότερα για την νόσο συγκριτικά με τους φοιτητές των λοιπών σχολών, επιπλέον οι φοιτητές μεγαλύτερων εξαμήνων υπερτερούν έναντι των φοιτητών μικτότερων εξαμήνων. Οι σπουδαστές στο πτυχίο είχαν μεγαλύτερο άγχος για τα γηρατειά από τους σπουδαστές των μικρότερων ετών . Επίσης όσα άτομα έκαναν σωστή εκτίμηση σεναρίου παρουσίασαν μεγαλύτερη μέση τιμή στο φόβο των γηρατειών από αυτούς που δεν έκαναν σωστή εκτίμηση.

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, συμπεραίνουμε ότι το επίπεδο γνώσεων των φοιτητών του ΤΕΙ Κρήτης είναι ικανοποιητικό.
Από την έρευνα επίσης απορρέει το συναίσθημα το οποίο διακατέχει την νεαρή κυρίως ηλικία της παντοδυναμίας και της αειθαλούς υγιούς κατάστασης. Καταλήγοντας, η νόσος Alzheimer αποτελεί μία διαδεδομένη νόσο στην σημερινή κοινωνία, από την οποία υποφέρουν όλο και περισσότεροι άνθρωποι σε όλο τον πλανήτη. Λόγω της ολοένα και μεγαλύτερης επέκτασης της νόσου, γίνονται εκτενείς έρευνες σχετικά με την αιτιοπαθολογία και αντιμετώπιση της νόσου.

4.8 Συζήτηση

Η αύξηση του μέσου όρου ζωής του ανθρώπου στη σύγχρονη εποχή δεν είναι συνώνυμο υγείας. Ο πληθυσμός γερνά και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των παθήσεων της τρίτης ηλικίας. Η άνοια είναι μια από τις ασθένειες που απασχολεί όλο και περισσότερο όχι μόνο τον ιατρικό κόσμο αλλά και τις οικονομίες των αναπτυγμένων χωρών. Είναι πλέον αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι με την πάροδο των ετών, ο γεροντικός πληθυσμός αυξάνεται ολοένα και περισσότερο-ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες του κόσμου-με απόρροια να επηρεάζει την αναλογία του γενικού πληθυσμού και να παρουσιάζει ανισοκατανομές στην αναλογία του.
Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού είναι προϊόν της άθροισης ποικίλων παραγόντων, όπως η υπογεννητικότητα, η μείωση της θνησιμότητας και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η μετανάστευση.
Η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων στον πληθυσμό σε σχέση με τους νεότερους, επιφέρει επιπτώσεις σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο, καθώς η δημογραφική γήρανση επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την δομή της αγοράς εργασίας, δημιουργώντας έτσι νέες ανάγκες και δεδομένα.
Η γήρανση μπορεί κατά βάση να θεωρείται μια βιολογική διαδικασία, μολαταύτα είναι στενά συνδεδεμένη τόσο με ψυχικούς, όσο και με κοινωνικούς παράγοντες. Στην εποχή μας εντοπίζονται ποικίλα κοινωνικά αίτια που συμβάλλουν στην επιτάχυνση της διαδικασίας της γήρανσης, μερικά από αυτά είναι: η περιθωριοποίηση του ηλικιωμένου, η αδράνεια, η απομόνωση καθώς και η κοινωνική και ψυχολογική αποξένωσή του από το κοινωνικό του περιβάλλον και τον υπόλοιπο πληθυσμό, με τον εγκλεισμό των ηλικιωμένων σε ιδρύματα.
Σύμφωνα με τις επίσημες καταγραφές, το 6,4% των Ευρωπαίων άνω των 65 ετών πάσχει από άνοια, ποσοστό που αντιστοιχεί σε πέντε εκατομμύρια ανθρώπους, εκ των οποίων το 50% δεν έχει διαγνωσθεί. Σε τι μεταφράζεται ο αριθμός αυτός για τη χώρα μας; Ήδη 141.000 άνθρωποι πάσχουν από άνοια, αριθμός που ως το 2040 υπολογίζεται ότι θα έχει ανέλθει σε τουλάχιστον 250.000 ασθενείς. Και σε αυτό το νούμερο, συνυπολογίστε τους ανθρώπους που φροντίζουν τους ασθενείς και οι οποίοι, όπως δείχνουν όλα τα επιστημονικά στοιχεία, πλήττονται εμμέσως σοβαρά, όχι μόνο ψυχολογικά αλλά και οργανικά, εξαιτίας της νόσου.
Σήμερα στην Χώρα μας έχουν θεσπιστεί δομές που ασχολούνται με την άνοια (λ.χ. Κ.Α.Π.Η., Ειδικά Ιατρεία των Εταιρειών για τη Νόσο Alzheimer και Συναφών Διαταραχών, Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές, τα Προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας», τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.), Γηροκομεία και οι Οίκοι Ευγηρίας, Θεραπευτήρια Χρόνιων Παθήσεων, τα Περιφερειακά και τα Γενικά Νομαρχιακά Νοσοκομεία αλλά και τα Κέντρα Υγείας όλης της χώρας, κ.α.), οι οποίες κατά κανόνα αφορούν άτομα της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας, και μπορούν εν δυνάμει να προσφέρουν ορισμένου τύπου βοήθεια σε ασθενείς με άνοια και το οικογενειακό τους περιβάλλον 130.
Η προστασία των ηλικιωμένων ατόμων ως διαδικασία αποτελεί ύψιστο ηθικό καθήκον σε κάθε ευνομούμενη και πολιτισμένη κοινωνία. Από την αρχαιότητα η συμβίωση με τους ηλικιωμένους και η παρεπόμενη προστασία τους αποτελούσε βασική αξία της ελληνικής κουλτούρας, μια αξία που ο λαός μας την διατηρεί αέναα μέσα από τη παρέλευση των χρόνων.
Μολαταύτα, στις μέρες μας, τα πρότυπα και αξίες τείνουν να διαφοροποιούνται. Πλέον δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην παραγωγικότητα και υπάρχει τάση εξύψωσης της νεότητας και της δύναμης.

Οι ομορφιές της νεότητας εκθειάζονται από τα ΜΜΕ και υπερισχύουν στις διαφημίσεις, στην τηλεόραση, στα κινηματογραφικά έργα και στην φιλολογία. Έτσι, παρά το γεγονός ότι η αντίδραση κάθε ατόμου είναι διαφορετική, δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που αισθάνονται ότι οι άλλοι δεν τους θέλουν και τους απωθούν. Οι νέοι σήμερα διακατέχονται από ανάμικτα συναισθήματα σεβασμού και αντιπάθειας για τους ηλικιωμένους. Τα αρνητικά συναισθήματα των νέων προς τους ηλικιωμένους οφείλονται στον κοινωνικό φόβο που μπορεί να αισθάνονται οι νέοι για τον θάνατο και στο γεγονός ότι ο ηλικιωμένος θεωρείται ως σύμβολο της θνησιμότητας. Το γεγονός αυτό έχει ως απόρροια να γίνεται παραβίαση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ανθρώπων της Τρίτης ηλικίας.
Το πρόβλημα του κοινωνικού αποκλεισμού των ηλικιωμένων δεν αποτελεί μια καινούργια πραγματικότητα. Ανέκαθεν η κοινωνία έδειχνε αμυδρά μια αποστροφή προς τους γέροντες. Ωστόσο, το πρόβλημα της απομόνωσης της Τρίτης ηλικίας φαίνεται να επιδεινώνεται ιδιαίτερα στην εποχή μας από την ανάπτυξη της τεχνολογίας και τους βιομηχανικούς ρυθμούς ζωής στην σύγχρονη πόλη.
Πιο γρήγορη διαδικασία περιθωριοποίησης της Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας έχουμε στην περίπτωση που ο ηλικιωμένος αντιμετωπίζει μακροχρόνιες ασθένειες δεδομένου ότι η περίθαλψη και η κοινωνική βοήθεια προς τα άτομα αυτών των ηλικιακών ομάδων είναι ελλιπής.

Αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού, το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 200 άτομα. Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελούνταν από 143 γυναίκες ή 71,5% του συνόλου. Ειδικότερα το σύνολο των σπουδαστών οι οποίοι γεννήθηκαν το έτος μεταξύ 1992-1995 ήταν 112 (56,0%) ενώ 84 (42,0%) γεννήθηκαν το έτος 1996-1998.

Στα αρχικά ακόμα στάδια της έρευνας διαπιστώνει κανείς εύκολα ότι οι σημερινοί νέοι είναι σε θέση να αναγνωρίσουν και να ξεχωρίσουν την άνοια τύπου Alzheimer (53% συνολικού πληθυσμού), αυτό δηλώνει ότι υπάρχει αρκετή ενημέρωση του κοινού σχετικά με την νόσο. Η κατανομή της βαθμολογίας των γνώσεων των σπουδαστών σε ότι αφορά τη νόσο Alzheimer παρουσιάζει. Παρατηρείται ότι η μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται στο 7/8 (7 σωστές απαντήσεις στις 8) (73 σπουδαστές, 36,5%) ενώ σημαντικός αριθμός (53 άτομα, 26,5%) έχει βαθμολογία 8 στα 8. Επίσης η επίδραση των κοινωνικό-δημογραφικών χαρακτηριστικών στις γνώσεις για την Alzheimer των σπουδαστών παρατηρούμε ότι σχετικά με τις γνώσεις οι σπουδαστές της Σχολής Επαγγελμάτων Υγείας (ΣΕΥΠ) απαντούν σωστότερα (8/8) σε ποσοστό 31,4% μεγαλύτερο από αυτό των σπουδαστών άλλων σχολών (15,0%) με p=0,016. Επίσης οι σπουδαστές που είναι στο πτυχίο δείχνουν να έχουν μεγαλύτερες γνώσεις για την Alzheimer (57,1%) από ότι οι σπουδαστές μικρότερων ετών (22,9%) (p=0,001).

Αναφερόμενοι στη πρώτη υπόθεση της εργασίας μας, για το εάν τελικά υπάρχει και αν ναι σε ποιο βαθμό αίσθηση απειλής από τους φοιτητές για μελλοντική προσβολή τους από την νόσο Alzheimer παρατηρήθηκε το 61,0% των σπουδαστών να μην ανησυχούν καθόλου ή να ανησυχούν λίγο. Σημαντικό ποσοστό σπουδαστών 38,0% (76 άτομα) ανησυχούν αρκετά. Οι περισσότεροι από τους σπουδαστές – 128 (64,0%) δεν τους απασχολεί η ιδέα της πιθανότητας να προσβληθούν από τη νόσο ενώ 72 (36,0%) τους απασχολεί αρκετά. Για το αν οι σπουδαστές αισθάνονται αγχωμένοι ότι κάποια στιγμή μπορεί να αναπτύξουν τη νόσο του Alzheimer έχουμε ότι 117 (58,5%) σπουδαστές δεν αισθάνονται καθόλου ή αισθάνονται λίγο άγχος και 64 (32,0%) είναι αρκετά αγχωμένοι.

Εν συνεχεία σχετικά με το ποιες δημογραφικές μεταβλητές (π.χ. ηλικία, φύλο) επηρεάζουν τις στάσεις και αντιλήψεις των φοιτητών για την νόσο Alzheimer παρατηρήθηκε ότι, στο 79% των γυναικών μόλις το 25% δεν γνώριζε για την άνοια. Συγκριτικά με τους άνδρες σχεδόν ο μισός πληθυσμός του δείγματος δεν γνώριζε για την άνοια. Επίσης η γνώση είναι σε άμεση συνάρτηση με την ηλικία και την σχολή φοίτησης και το έτος φοίτησης.
Επίσης παρατηρήσαμε στάσεις συμπάθειας – 83%- του δείγματος, ευσπλαχνίας-38%- και επιθυμία για βοήθεια. Του εναντίον στάσεις θυμού, εμπαιγμού και κοροϊδίας δεν παρατηρούνται έντονα.

Αναφερόμενοι εν τέλει στην τελευταία υπόθεση της εργασίας μας σε σχέση με ποιες είναι οι αντιδράσεις των φοιτητών για το γήρας από την έρευνα μας απορρέει το συμπέρασμα ότι οι σπουδαστές στο πτυχίο είχαν μεγαλύτερο άγχος για τα γηρατειά (p=0,016) με μέση τιμή 43,9 ±7,7 από τους σπουδαστές των μικρότερων ετών (39,5±9,1). Επίσης όσα άτομα έκαναν σωστή εκτίμηση σεναρίου παρουσίασαν μεγαλύτερη μέση τιμή στο φόβο των γηρατειών από αυτούς που δεν έκαναν σωστή εκτίμηση (p=0,002).

Ενδιαφέροντα είναι τα αποτελέσματα σχετικής πτυχιακής έρευνας με θέμα «Οι στάσεις και αντιλήψεις των σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου απέναντι στα άτομα της Τρίτης ηλικίας» των φοιτητριών Ανδρακάκη, Ε. Σόφη Α. που πραγματοποιήθηκε στο ΤΕΙ Κρήτης στο τμήμα Κοινωνική εργασίας το 2007 όπου σημειώνεται σημαντικός ο παράγοντας του φόβου των νέων απέναντι στα γηρατειά σε σχέση με την στάση των ίδιων των ηλικιωμένων απέναντι τους. Εξετάζεται αν και κατά πόσο υπολογίζουν οι ηλικιωμένοι τις ικανότητες και τις απόψεις των νέων. Η έρευνα έδειξε ότι το 40,7% των ερωτηθέντων αισθάνεται ότι οι ηλικιωμένοι τους υπολογίζουν ελάχιστα.
Αυτό μειώνει αυτόματα και την εκτίμηση που πιθανόν να έδειχναν οι νέοι απέναντι στα ηλικιωμένα άτομα ενώ παράλληλα αυξάνει το αίσθημα του φόβου γι' αυτά. (Ανδρακάκη & Σόφη 2007).

Σε σχετική πτυχιακή έρευνα με θέμα «Στάσεις και αντιλήψεις των νέων για την νόσο Alzheimer» των Μαυροβουνιώτη Θεοφανώ Χαμηλοθώρη Μαργαρίτα που πραγματοποιήθηκε στο τμήμα Κοινωνικής εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης τα αποτελέσματα της έρευνας που αφορά τις στάσεις και αντιλήψεις των νέων για τα άτομα που πάσχουν από Alzheimer προκύπτουν τα παρακάτω σημαντικά συμπεράσματα. Οι περισσότεροι φοιτητές γνωρίζουν τα συμπτώματα της νόσου Alzheimer(74,6%). Παρόλα αυτά οι νέοι δεν έχουν απασχοληθεί σε σημαντικό βαθμό από την ιδέα της πιθανότητας να νοσήσουν από Alzheimer.
Οι φοιτητές της ΣΤΕΦ φαίνεται να είναι λιγότερο αγχωμένοι στην ιδέα των γηρατειών σε σχέση με τους φοιτητές της ΣΕΥΠ. Οι άντρες εμφανίζονται πιο συμφιλιωμένοι με την ιδέα των γηρατειών σε
σχέση με τις γυναίκες οι οποίες παρουσιάζονται πιο αγχωμένες. Οι ερωτούμενοι που δεν έχουν προσωπική εμπειρία με άτομο με Alzheimer είναι περισσότερο αισιόδοξοι για το μέλλον και για την διάθεση που θα έχουν μελλοντικά ως ηλικιωμένοι σε σχέση με εκείνους που έχουν. (Μαυροβουνιώτη & Χαμηλοθώρη 2008)

Στην πιο δύσκολη θέση, βρίσκονται οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από άνοια και καλούνται να ξεπεράσουν το διπλό στίγμα της ηλικίας και της πάθησής τους. Και οι δύο παραπάνω παράγοντες επιδρούν αναπόφευκτα στην ποιότητα ζωής που έχουν, στις υπηρεσίες που απολαμβάνουν και στις διεθνείς πολιτικές που δομούν αυτές τις υπηρεσίες. Εξετάζοντας τους κοινωνικο-δημογραφικό παράγοντα του φύλου σε σχέση με τις στάσεις και αντιλήψεις των νέων για τα άτομα που νοσούν από Alzheimer προκύπτει ότι στους άντρες αρέσει περισσότερο να κάνουν πράγματα για

τους ηλικιωμένους, ενώ οι γυναίκες αισθάνονται λιγότερο άνετα όταν βρίσκονται με ηλικιωμένα άτομα. (Long 2000).
Επιπλέον, στους άντρες εμφανίζεται υψηλότερος μέσος όρος στο συναίσθημα της επιθετικότητας σε αντίθεση με τις γυναίκες οι οποίες αγχώνονται περισσότερο. Το γεγονός αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί, αν σκεφτούμε ότι στην ελληνική κοινωνία την ευθύνη της φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων στην οικογένεια επωμίζεται συνήθως η γυναίκα. Έτσι, η γυναίκα ως φροντιστής ενός ηλικιωμένου ατόμου που πάσχει από τη νόσο Alzheimer είναι φυσικό να φορτίζεται συναισθηματικά και να παρουσιάζει υψηλό βαθμό κόπωσης τα οποία εκδηλώνονται μέσα από το άγχος, σε σχέση με τον άντρα που συνήθως δεν αναλαμβάνει τέτοιο ρόλο. (Long 2000).

Καταλήγοντας λοιπόν, πρέπει να τονίσουμε ότι η αναμενόμενη αύξηση των περιστατικών με άνοια τύπου Alzheimer είναι ένα από τα προβλήματα που θα απασχολήσει έντονα την Ελλάδα τα επόμενα χρόνια. Είναι μια ιδιαίτερα επιβαρυντική νόσος και απαιτεί οργανωμένη προσπάθεια από την κοινωνία, την επιστήμη και την πολιτεία προκειμένου να υποστηριχθούν και να βοηθηθούν οι ασθενείς και οι οικογένειές τους. Η πρώιμη διάγνωση της νόσου, η στήριξη των ασθενών και των οικογενειών τους, η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, η ευαισθητοποίηση του κοινού και η παρηγορητική φροντίδα είναι μέτρα στα οποία θα πρέπει να στρέψουν περισσότερο την προσοχή τους το ιατρικό προσωπικό και όσοι εμπλέκονται με την προάσπιση και την προαγωγή της δημόσιας υγείας.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο εργασίας

Α. Κοινωνικά - Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο: Άντρας: _____ Γυναίκα: _____

_____

Έτος Γέννησης: _____ Τόπος Κατοικίας: _____

_____

Τόπος Γέννησης: _____ Εργάζεστε; _____

_____

Οικογενειακή Κατάσταση:

Άγαμος/ -η_____ Διαζευγμένος/ -η _____ Παντρεμένος/-η

_____

Έχετε παιδιά; ΝΑΙ_____ΟΧΙ ____ _____

Αν ναι, πόσα παιδιά έχετε; _____

Οικονομική κατάσταση (Μηνιαίο Εισόδημα) (Σημειώστε με <<Χ>>)

1. 0- 100 € _____
2. 100- 400 €_____
3. 400- 600 €_____
4. 600-800 €_____
5. 800- 1000 €_____
6. >1000 €_____

Β. Προσωπική Εμπειρία

Είχατε ποτέ προσωπική εμπειρία με κάποιο άτομο που να έχει διαγνωσθεί ότι πάσχει από Alzheimer ή κάποιου άλλου είδους άνοια μέσω του οικογενειακού ή του ευρύτερου κοινωνικού σας περιβάλλοντος;

ΝΑΙ_____ ΟΧΙ_____

Αν ναι τι είδους σχέση είχατε με αυτό;

Συγγενική; _____ Φιλική;_____

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Το ερωτηματολόγιο που σας δίνεται αυτή τη στιγμή περιλαμβάνεται στα πλαίσια μιας έρευνας που διεξάγεται από φοιτητές του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης Τμήμα Νοσηλευτικής εποπτευόμενη από ειδικούς επιστήμονες .Πριν την συμπλήρωσή του, είναι απαραίτητο να γνωρίζεται ότι σας εγγυόμαστε την ανωνυμία σας και ότι δεν θα δημοσιευτούν ή χρησιμοποιηθούν πουθενά τα προσωπικά σας στοιχεία. Η γνώμη σας στη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου είναι πολύτιμη για το λόγο αυτό θα επιθυμούσαμε την ειλικρίνειά σας ως βασικό χαρακτηριστικό των απαντήσεών σας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου απαιτεί 15 λεπτά από το χρόνο σας.

Διαβάστε προσεκτικά την παρακάτω περιγραφή της καθημερινής ζωής μιας κυρίας και απαντήστε στην ερώτηση που ακολουθεί αμέσως μετά το κείμενο.

Ονοματεπώνυμο: Μ.Ψ. Ηλικία: 67 ετών Οικογενειακή κατάσταση: Παντρεμένη έχει τρία παιδιά. Εκπαίδευση: 12 χρόνια Επάγγελμα: Συν / χος Ιδιωτική Υπάλληλος

<u>Απλή περιγραφή της καθημερινότητας της:</u>

Η κυρία Μ. δεν μπορεί να αναγνωρίσει πολλούς από τους συγγενείς και φίλους της. Η συμπεριφορά της μέσα στο σπίτι με την οικογένειά της έχει αλλάξει. Έχει γίνει αρκετά συναισθηματική και ευαίσθητη, κλαίει πιο εύκολα, γελάει πιο εύκολα, θυμώνει πιο εύκολα. Δεν μπορεί πια να προσφέρει αρκετά στις δουλειές του σπιτιού ή στην μαγειρική κι αυτό την στεναχωρεί. Δυσκολεύεται να εκτελέσει τις συνταγές που στα προηγούμενα χρόνια εφάρμοζε και να χειριστεί τα οικονομικά του σπιτιού, για τα οποία ήταν προηγουμένως υπεύθυνη. Η σχέση της με τον σύζυγό της και τα παιδιά της δεν είναι η ίδια. Θέλει τόσο πολύ να μιλήσει μαζί τους, αλλά δεν τα καταφέρνει. Αυτό έχει ως συνέπεια να κλείνεται περισσότερο στον εαυτό της. Προσπαθεί να βρει τις κατάλληλες λέξεις αλλά δεν τα καταφέρνει. Επαναλαμβάνει συνεχώς τις ίδιες ερωτήσεις και αναφέρεται συχνά σε γεγονότα του παρελθόντος. Μια μέρα έχασε ακόμη και τον προσανατολισμό της στην αγορά.

^ Στο παραπάνω παράδειγμα δόθηκε η καθημερινή ζωή μιας ασθενούς. Από ποια ασθένεια πιστεύετε ότι πάσχει; Εκφράστε την άποψή σας στο κενό που ακολουθεί.

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1. Γνωρίζεται τη νόσο Alzheimer;		
2. Τι είδους σχέση πιστεύετε ότι έχει η άνοια με τη νόσο Alzheimer;		
3. Πιστεύεται ότι η απώλεια μνήμης είναι μια ένδειξη της νόσου Alzheimer;		
4. Έχετε άτομο με Alzheimer στην οικογενειά σας;		
5. Κατά την αποψή σας η νόσος Alzheimer είναι μεταδοτική;		
6. Κατά την γνώμη σας είναι κληρονομική η νόσος Alzheimer;		
7. Πιστεύεται ότι κατανάλωση αλκοόλ , το κάπνισμα και η διατροφή σχετίζονται με τη νόσο Alzheimer;		
8. Η νόσος Alzheimer είναι μια ψυχική διαταραχή όπως π.χ (η σχιζοφρένεια)		
9. Κατά την αποψή σας εχεί την ικανότητα οδήγησης το άτομο με Alzheimer;		
10. Πιστεύετε ότι ένα εξειδικευμένο ίδρυμα θα του παρείχε μεγαλύτερη φροντίδα απ'ότι εσείς στο σπίτι;		

Στη λίστα που ακολουθεί υπάρχουν 16 συναισθηματικές αντιδράσεις, που ενδεχομένως θα σας προκαλούσε το ηλικιωμένο άτομο του παραδείγματός μας. Απαντήστε σύμφωνα με το πώς θα νιώθατε εσείς απέναντι σε ένα τέτοιο άνθρωπο. Σημειώστε με « Χ » πόσο σας εκφράζει (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, υπερβολικά) κάθε ένα από τα παρακάτω συναισθήματα:

	Καθόλου	**Λίγο**	**Αρκετά**	**Πολύ**	**Υπερβολικά**
1. Φόβος					
2. Ανησυχία					
3. Θυμός					
4. Συμπόνια/ Ευσπλαχνία					
5. Νιώθετε Ανυπομονησία για το πότε θα φύγετε;					
6. Ενδιαφέρον / Φροντίδα					
7. Νιώθετε Ανασφάλεια μαζί του;					
8. Σας δημιουργεί Αποθάρρυνση η εικόνα ενός ασθενή με Alzheimer;					
9. Απόρριψη					
10. Αηδία					
11. Θα νιώθατε Κατατρεγμένος αν βρισκόσασταν με ένα άτομο που πάσχει από Άνοια;					
12. Στεναχώρια / Αμηχανία					
13. Εμπαιγμός κοροϊδία					
14. Συμπάθεια					
15.Εκνευρισμός					
16. Επιθυμία για βοήθεια					

1. Πιστεύετε ότι κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής σας θα προσβληθείτε από τη νόσο του Alzheimer;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Παρά πολύ

2. Πόσο σας έχει απασχολήσει η ιδέα της πιθανότητας να προσβληθείτε από τη νόσο του Alzheimer;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Παρά πολύ

3. Πόσο αγχωμένος / -η αισθάνεστε στην ιδέα ότι κάποια στιγμή μπορεί να αναπτύξετε τη νόσο του Alzheimer;

Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Παρά πολύ

Παρακαλώ σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις σημειώνοντας (Χ) στο αντίστοιχο κουτί:

		Συμφωνώ απόλυτα	**Συμφωνώ**	**Διαφωνώ**	**Διαφωνώ απόλυτα**
1	**Απολαμβάνω την παρέα με ηλικιωμένα άτομα.**				
2	**Φοβάμαι ότι όταν θα είμαι ηλικιωμένος /η όλοι οι φίλοι μου θα έχουν πεθάνει.**				
3	**Μου αρέσει να επισκέπτομαι τους «μεγαλύτερους» σε ηλικία συγγενείς μου.**				
4	**Δεν έχω πει ποτέ ψέματα για την ηλικία μου προκειμένου να φαίνομαι νεότερος/η.**				
5	**Φοβάμαι ότι θα είναι δύσκολο για μένα να βρω ικανοποίηση/ ευχαρίστηση όταν θα είμαι ηλικιωμένος/ η.**				
6	**Όσο μεγαλώνω τόσο περισσότερο ανησυχώ για την υγεία μου.**				
7	**Θα έχω πολλά πράγματα να κάνω όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.**				
8	**Με προβληματίζει η σκέψη ότι κάποιος άλλος θα αποφασίζει για μένα όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.**				
9	**Δεν με ενοχλεί καθόλου να φαντάζομαι τον εαυτό μου ηλικιωμένο / η.**				
10	**Απολαμβάνω να συζητώ με ηλικιωμένους.**				
11	**Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά για την ζωή όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.**				
12	**Δεν έχω ποτέ φοβηθεί την ημέρα που θα κοιταχτώ στον καθρέφτη και θα βλέπω γκρίζα μαλλιά.**				
13	**Αισθάνομαι πολύ άνετα όταν βρίσκομαι με ηλικιωμένα άτομα.**				
14	**Με ανησυχεί η σκέψη ότι οι άνθρωποι θα με αγνοούν όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.**				

15	**Δεν με φοβίζει να δείχνω μεγαλύτερος από την ηλικία μου.**				
16	**Πιστεύω ότι θα έχω ακόμα την διάθεση να ασχολούμαι με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.**				
17	**Φοβάμαι ότι δεν θα υπάρχει κανένα νόημα στη ζωή όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.**				
18	**Πιστεύω ότι θα αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου όταν θα είμαι ηλικιωμένος / η.**				
19	**Μου αρέσει να κάνω πράγματα για τους ηλικιωμένους.**				
20	**Όταν κοιτάζω στον καθρέφτη, με ενοχλεί να βλέπω πως έχει αλλάξει η εμφάνισή μου με τα χρόνια.**				

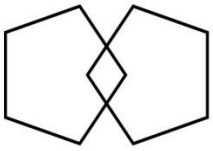
Σας ευχαριστούμε θερμά για το χρόνο σας!

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Name:

DOB:

Hospital Number:

One point for each answer	**DATE:**		
ORIENTATION Year Season Month Date Time	...../ 5	...../ 5	...../ 5
Country Town District Hospital Ward/Floor	...../ 5	...../ 5	...../ 5
REGISTRATION Examiner names three objects (e.g. apple, table, penny) and asks the patient to repeat (1 point for each correct. THEN the patient learns the 3 names repeating until correct).	...../ 3	...../ 3	...../ 3
ATTENTION AND CALCULATION Subtract 7 from 100, then repeat from result. Continue five times: 100, 93, 86, 79, 65. (Alternative: spell "WORLD" backwards: DLROW).	...../ 5	...../ 5	...../ 5
RECALL Ask for the names of the three objects learned earlier.	...../ 3	...../ 3	...../ 3
LANGUAGE Name two objects (e.g. pen, watch).	...../ 2	...../ 2	...../ 2
Repeat "No ifs, ands, or buts".	...../ 1	...../ 1	...../ 1
Give a three-stage command. Score 1 for each stage. (e.g. "Place index finger of right hand on your nose and then on your left ear").	...../ 3	...../ 3	...../ 3
Ask the patient to read and obey a written command on a piece of paper. The written instruction is: "Close your eyes".	...../ 1	...../ 1	...../ 1
Ask the patient to write a sentence. Score 1 if it is sensible and has a subject and a verb.	...../ 1	...../ 1	...../ 1
COPYING: Ask the patient to copy a pair of intersecting pentagons 	...../ 1	...../ 1	...../ 1
TOTAL:	...../ 30	...../ 30	...../ 30

MMSE scoring

24-30: no cognitive impairment
18-23: mild cognitive impairment
0-17: severe cognitive impairment

Βιβλιογραφία

Βιβλιογραφία

Αλεξόπουλος Δ. και συν. Davidsonn's Γενικές αρχές και κλινική πράξη της ιατρικής, 2η ελληνική έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου, 2005: 1216-1217.

Ανδρακάκη Ε. , Σόφη Α. «Οι στάσεις και αντιλήψεις των σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Ηρακλείου απέναντι στα άτομα της Τρίτης ηλικίας», Πτυχιακή εργασία, Ηράκλειο 2007.

Αρχιμανδρίτης Ι. Αθ. και συν. Παθολογία από το διδακτικό και ερευνητικό προσωπικό του τομέα παθολογίας, εθνικό και Καποδιστριακό πανεπιστήμιο Αθηνών, 2η έκδοση, 2ος τόμος, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, 2010: 1255-1256.

Βασιλόπουλος Δ. Πάνας Μ. Καλφάκης Ν. Νευρολογία, επίτομη θεωρία και πράξη, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, 2008: 328-330.

Ευδοκιμίδης Ι. Πόταγας Κων. Νευρολογία Βασιλόπουλος, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη, 2016: 406-420.

Κονταξάκης Π. Β. Χαβάκη-Κονταξάκη Μ. Ι. . Χριστοδούλου Ν. Γ. Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή, Αθήνα, ιατρικές εκδόσεις Βήτα, 2005: 513-525.

Κωσταρίδου - Ευκλείδη Αν. και συν. Θέματα γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, 2η έκδοση, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 2000: 206-230.

Λογοθέτης Ι. Α., Μυλωνάς Ι. Α. Νευρολογία Λογοθέτη, 3η έκδοση, Θεσσαλονίκη, University studio press, 1996: 454-456.

Καπάκη Ελ. Παρασκευάς Π. Γ. Σύγχρονη θεραπευτική θεώρηση της νόσου Alzheimer και άλλων ανοϊκών διαταραχών, Αθήνα, εκδόσεις Βήτα, 2003: 87-97.

Κούκια Ευμ. Ψυχιατρική νοσηλευτική, νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, 2014: 143-202.

Λύκουρας Λ. Σολδάτος Κ. Ζέρβας Γ. Διασυνδετική ψυχιατρική, Αθήνα Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, 2009: 31-50.

Λύκουρας Λ. και συν., Στοιχεία ψυχογηριατρικής, Αθήνα εκδόσεις Βήτα, 2011: 3-15.

Μαδιανός Γ. Μιχ. Ψυχιατρική και αποκατάσταση, 2η έκδοση, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη, 2005: 125-127.

Μαδιανός Γ. Μιχ. Κλινική ψυχιατρική, 4η έκδοση, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη, 2006: 138, 141.

Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη, University studio press, 1997: 477-491.

Μαυροβουνιώτη Θ. Χαμηλοθώρη Μ. «Στάσεις και αντιλήψεις των νέων για την νόσο Alzheimer», Πτυχιακή εργασία, Ηράκλειο 2008

Μεντελόπουλος Γ. Μπούρας Κ. Η νόσος του Alzheimer, 3η έκδοση, Θεσσαλονίκη , University studio press, 2002: 483-510.

Μουντολακάκη Δ. Θ. Διαφορική Διάγνωση 4η έκδοση , Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Τεχνόγραμμα, 2013: 291-306

Παπαδημητρίου Γ.Ν. Λιάππας Ι.Α και συν. Σύγχρονη Ψυχιατρική επίτομο, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, 2013: 755-760.

Σολδάτος Κ. Λύκουρας Λ. Σύγγραμμα ψυχιατρικής, 3η έκδοση, 2ος τόμος, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, 2010: 585-592.

Τσακίρης Σ. Αγγελογιάννης Π., Φυσιολογία της γήρανσης, Εθνικό και Καποδιστριακό πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα , ιατρική σχολή, τομέας βασικών ιατρικών επιστημών, εργαστήριο φυσιολογίας-φυσιολόγιον, 2014: 215-218.

Χριστοδούλου Ν. Γ. και συν. Ψυχιατρική, τόμος 2ος, 2η έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Βήτα, 2009: 662-676

Andreolo et all. Cecil βασική παθολογία, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Χ. Μουτσόπουλος, Β' τόμος, Αθήνα Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2003: 1101-1105.

Barker El. Neuroscience nursing, a spectrum of care, 3rd edition, USA, Mosby Elsevier, 2008: 625-629.

Borker P. Psychiatric and mental health nursing, the craft of caring, 2nd edition, USA, Edward Arnold 2009: 293-300.

Bocker, Denk, Heitz, Παθολογική ανατομική, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ευστράτιος Πατσούρας και συν. τόμος 1ος, Αθήνα Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, 2007: 451-454.

Cooke R. A., Stewart B. Colour atlas of Anatomical Pathology, 3rd edition, USA Elsevier Science Limited, 2004: 274-275

DeLaune S. Ladner P, Fundamentals of Nursing: Standards and Practice, 4th edition, USA. Delmar, Cengage Learning 2011: 310-347, 358-369.

Dewit C. S. Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ευαγγελία Κοτρώτσιου, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λάγος Δημήτριος, 2006: 924-929.

Fauci A. S. Braunwald E. et all. Harrison Εσωτερική παθολογία, Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Αλεξόπουλος Δ., Αλεξανδρίδης Θ. και συν. 17η έκδοση, Αθήνα Ιατρικές εκδόσεις Παρισιάνου, 2010: 2575-2580.

Friedland R.P. Non-pharmacological management of dementia. In: American Academy of Neurology 49th Annual Meeting April 12-19, 1997 Boston. Dementia Update. 1997, 240:77-86.

Folstein MF, Folstein SE, and McHugh PR: "Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician." J Psychiatric Res 1975: 12:189-198.

Fowler T. J. Scadding J. W. Clinical neurology, 3rd edition, UK, Hodder Arnold, 2003: 270-283.

Grahame-Smith D.G. Aronson J.K. Κλινική Φαρμακολογία και φαρμακοθεραπεία, Πανεπιστήμιο της Οξφόρδης, , Επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Μάριος Μαρσέλος, 1η έκδοση, Αθήνα, εκδόσεις Τυπώθητω, 2001: 594-598.

Hallowell L.M., et all. Medical – surgical made incredibly easy, 3rd edition, USA, Lippincott Williams & Wilkins, 2012: 126-128

Harvey A.R. Champe C.P. Φαρμακολογία, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ι. Παπαδόπουλος Στ. Παπαδόπουλος Γ. , 2η έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Παρισιάνου, 2003: 97-147.

Hauser L. St. Scott A. et all Harrison, νευρολογία στην κλινική πρακτική, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης, Παπαθανασόπουλος Π. Καλφάκης Νικ., Αθήνα, Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου, 2013: 268-286.

Ignatavicius D. D. Workman M.L. Παθολογική-χειρουργική νοσηλευτική, κριτική σκέψη για συνεργατική φροντίδα, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Δρ Ασπασία Βασιλειάδου και συνεργάτες, 5η έκδοση, τόμος 4ος, Αθήνα, εκδόσεις Βήτα, 2008: 1996-2008.

Ivavaov L. Blue C. Επιδημιολογία και δημόσια υγεία στη νοσηλευτική ηγεσία, πολιτική και πρακτική, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Μαριάννα Διομήδους και συν. Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη 2014: 589-600.

Lemone P. Burke K. Παθολογική-χειρουργική νοσηλευτική, κριτική σκέψη κατά την φροντίδα του ασθενούς, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Ηρώ Πανανουδάκη-Μπροκαλάκη, 3η έκδοση, τόμος 4ος, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2006: 1805-1810

Long, M. Personality, Relationship Closeness, and Loneliness of Oldest Old Adu1ts and Their Chi1dren. Journal of Gerontology: Psychological Science 2000 55.5.311-319.

Mark B. et all, Merck η υγεία στην τρίτη ηλικία, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Κίμων Βολίκας, Μιχαήλ Ι. Θεοδωράκης, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, 2007 : 18.

Mark B. Berkow R., Merck εγχειρίδιο γηριατρικής, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Κίμων Βολίκας και συν. Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, 2005: 10-17.

Marsden C. D., Fowler J.T. Κλινική νευρολογία, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης, Θόδωρος Παπαπετρόπουλος, 2η έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2001: 311-332.

McPhee St. Παθολογική φυσιολογία, Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης Χαράλαμπος Μουτσόπουλος , Αθήνα ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, 2002: 268-272.

Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Aging Study. Pathological correlates of late-onset dementia in a multicentre, community-based population in England and Wales. Neuropathology Group of the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). Lancet, 2001 357(9251):169-175.

Newfield A.S. Hinz D. M. et all Cox's clinical applications of nursing diagnosis, Adult, Child,Women's, Mental Health, Gerontic, and Home Health Considerations, 5th Edition, USA, F. A. Davis Company, 2007: 623-627

Nies M. McEwen M. επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Αγλαΐα Τσελίκα, Δέσποινα Σαπουντζή-Κρέπια, Κοινοτική νοσηλευτική, νοσηλευτική δημόσιας υγείας, προάγοντας την υγεία των πληθυσμών, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, 2013: 455-458.

Rabins V. P. et all. Practice guideline for the Treatment of Patients With Alzheimer's Disease and Other Dementias, 2nd Edition, USA, American Psychiatric Association 2010. P 48-64

Redfern J. S. Ross F. M. Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Βασίλειος Ραφτόπουλος, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, 2011: 503-533

Richard C. D. Robercson, D. M. Textbook of neuropathology, 3rd edition, USA William and Wilkins, 1997:1068-1111.

Ritcher R.W. Zoeller R. B. Alzheimer disease, a physicians guide to practical management, 10th edition, USA Springer, 2004: 21-30

Royden H. J. Netter παθολογία νευρικού συστήματος, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Κωνσταντίνος Σπέγγος, τόμος 4ος, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδη, 2010: 367-388.

Sadock B. J. Sadock V.A Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Γεώργιος Ν Παπαδημητρίου, 4η έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, 2007: 493-499.

Scadding J. W. Losseff N. A. Clinical neurology, 4th edition, UK, Hodder Arnold, 2012: 402-420.

Schaie W. Willis S. Handbook of the Psychology of Aging, 17th Edition, USA Elsevier 2011: 170-290.

Silverman D. H.S. PET in the evaluation of Alzheimer's disease and related disorders, USA, Springer, 2009: 119-141.

Sommer S. et all Adult Medical Surgical Nursing Review Module, , 9th edition, USA, Assessment Technologies Institute, LLC , 2013: 82-90.

Surrena H. et all, Handbook for Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing, 12th edition, Philadelphia, Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins, 2010: 28-33.

Timiras P. Physiological Basis of aging and geriatrics, , 4th edition, USA Informa health care, 2007: 3-55, 71-103.

Walton L. Νευρολογία, επιμέλεια ελληνικής έκδοσης Θόδωρος Παπαπετρόπουλος, Χρήστος Πασχάλης και συν. 6η έκδοση, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, 1996: 163-164.