



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΉ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Νόσος Alzheimer και νοσηλευτικές παρεμβάσεις»

Φοιτήτρια: Μαγδαλιανίδου Μαρία (Α.Μ.: 18592)

Εισηγήτρια: Ζαμπίρα Τρις

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2022

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να αφιερώσω την εργασία αυτή στην οικογένεια μου και να τους ευχαριστήσω, που στάθηκαν δίπλα μου ψυχολογικά σε όλη αυτήν την διάρκεια της προετοιμασίας της παρούσας εργασίας. Οι άνθρωποι αυτοί πίστεψαν σε εμένα και μου έδωσαν δύναμη για να συνεχίσω. Επίσης, ένα ευχαριστώ και στην επιβλέπουσα της εργασίας μου, Τρις Ζαμπίρα, που με καθοδήγησε και μου έδειξε πώς να διαχειριστώ την πτυχιακή εργασία.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	8
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	9
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER	9
3.1. Ορισμός	9
3.2. Παθοφυσιολογία της νόσου Alzheimer	9
3.3. Επιδημιολογία της νόσου Alzheimer	10
3.4. Αιτιολογία της νόσου Alzheimer	10
3.5. Συμπτώματα της νόσου Alzheimer	12
3.6. Στάδια και Κλινική Εικόνα της νόσου Alzheimer	12
3.7. Διάγνωση της νόσου Alzheimer	14
3.8. Πρόγνωση-Πρόληψη της νόσου Alzheimer	16
3.9. Θεραπεία της νόσου Alzheimer	17
3.10. Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με νόσο Alzheimer	20
3.10.1. Ο ρόλος του νοσηλευτή ως φροντιστής	20
3.10.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή ως εκπαιδευτής και η σημασία της προαγωγής υγείας του οικογενειακού φροντιστή	21
3.10.3. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας του ασθενούς με νόσο Alzheimer	22
3.10.4. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην φροντίδα της διαταραγμένης διεργασίας σκέψης που σχετίζονται με γνωστική έκπτωση	23
3.10.5. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην φροντίδα των ελλειμμάτων αυτοφροντίδας που σχετίζονται με γνωστικές απώλειες, μειωμένη κρίση	24
3.10.6. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην φροντίδα αυξημένου κινδύνου για τραυματισμό που σχετίζονται με πτωχή μνήμη, δραστηριότητα, κρίση και αυτοέλεγχο, ασταθής βάδιση	25

3.10.7. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φαρμακευτική αγωγή.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	28
4.1. Το είδος της έρευνας.....	28
4.2. Περιγραφή δείγματος.....	28
4.3. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	28
4.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	29
4.5. Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	34
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	34
5.1. Ανάλυση των δεδομένων.....	34
5.1.1. Έρευνες που βασίστηκαν πάνω σε ερωτηματολόγια και εργαλεία.....	34
5.1.2. Η ψυχολογική κατάσταση ενός φροντιστή με ασθενή Alzheimer σε σύγκριση με φροντιστή χρόνιων νοσημάτων.....	36
5.1.3. Ο ρόλος της κουλτούρας στην ζωή ενός οικογενειακού φροντιστή.....	38
5.1.4. Πως η διαταραχή ύπνου του ασθενή με Alzheimer επηρεάζει την ψυχολογία του φροντιστή.....	41
5.1.5. Συνεντεύξεις από οικογενειακούς φροντιστές.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	45
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	47

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η νόσος Alzheimer είναι μια μορφή άνοιας η οποία προσβάλλει ολοένα και περισσότερους ανθρώπους γεγονός που αποτελεί πρόκληση για τους επαγγελματίες υγείας καθώς η νόσος δεν επηρεάζει σημαντικά μόνο τον ασθενή αλλά και τον/ τους φροντιστή/-ές του.

Σκοπός: Η διερεύνηση της νόσου Alzheimer και πως οι νοσηλευτές συμβάλλουν στη διαχείριση των προβλημάτων που προκαλεί στους ασθενείς αλλά και στους φροντιστές τους.

Μεθοδολογία: Η παρούσα εργασία αποτελεί βιβλιογραφική ανασκόπηση βασισμένη σε σύγχρονες πληροφορίες που συλλέχθηκαν από ηλεκτρονικές μηχανές αναζήτησης καθώς και από επιστημονικά νοσηλευτικά συγγράμματα. Η γλώσσα δημοσίευσης των πληροφοριών είναι η αγγλική και η ελληνική γλώσσα αντίστοιχα.

Αποτελέσματα: Το νοσηλευτικό πλάνο βασίζεται στην εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ασθενή, ώστε να προαχθεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό η υγεία του ασθενή. Η φροντίδα ενός ασθενή με Alzheimer αποτελεί πρόκληση και είναι μία ιδιαίτερα απαιτητική ενασχόληση. Οι κατάλληλες νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα που πάσχουν από Alzheimer να έχουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ η σωστή ενημέρωση των φροντιστών και των οικογενειακών φροντιστών για την νόσο συμβάλλει στην παροχή μιας πιο αποτελεσματικής φροντίδας στον ασθενή και ταυτόχρονα στη μείωση των αρνητικών επιπτώσεων που παρατηρούνται στην υγεία τους.

Συμπεράσματα: Η νόσος Alzheimer θεωρείται ανίατη μέχρι σήμερα και η θεραπεία που εφαρμόζεται είναι για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που προκαλεί η νόσος. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός αφού ο νοσηλευτής εμπλέκεται σε όλα τα στάδια της νόσου ενώ η σωστή ενημέρωση, εκπαίδευση και καθοδήγηση των φροντιστών συμβάλλει στην παροχή καλύτερης φροντίδας στους ασθενείς που πάσχουν από Alzheimer.

Λέξεις-κλειδιά: νόσος Alzheimer, νοσηλευτική, φροντίδα, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, φροντιστής.

ABSTRACT

Introduction: The Alzheimer's disease is a type of dementia that affects more and more people, this fact it's like a challenge for the health professionals because this disease doesn't affect only the patients but also their caregivers.

Purpose: The investigation of Alzheimer's disease and how nurses contribute to manage the problems that it causes to the patients and to their caregivers.

Methodology: The bibliographic review of this present paper is based on up-to-date information, which was collected from electronic data bases and scientific nursing books. The language of the published information is in English and in Greek.

Results: The nursing plan is based on the assessment of the patient's health condition, in order to provide a good quality of health to the patient. Caring for a patient with Alzheimer's disease is a challenge and a very demanding occupation. The appropriate nursing interventions can provide a better quality of life to the patients with Alzheimer's disease, while informing properly the caregivers and the family caregivers about the disease helps to provide a more effective care to the patient and, at the same time, reduces the negative effects in their health.

Conclusions: Alzheimer's disease is still considered incurable, and the treatment is used to treat the symptoms of the disease. The nurse's role is very important, because the nurse takes part in all the stages of the disease. The proper information, training and right guidance to the caregivers helps them to provide to their patients with Alzheimer a better quality of care.

Key words: Alzheimer's disease, nursing, care, nursing interventions, caregiver.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Η παρούσα εργασία, σύμφωνα με τον τίτλο της, θα επικεντρωθεί στην νόσο Alzheimer και θα τονίσει τον ρόλο που παίζει ο νοσηλευτής στην ζωή ενός τέτοιου ασθενή. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν έχουν να κάνουν με γενικές γνώσεις που πρέπει κάποιος να κατέχει για την νόσο Alzheimer και έξτρα γνώσεις που δείχνουν τον ρόλο του νοσηλευτή, βήματα και οδηγίες που θα μπορούσαν να βοηθήσουν κάποιον μελλοντικό συνάδελφο, φροντιστή ή οικογενειακό φροντιστή. Εκτός από τις γενικές γνώσεις, υπάρχει και το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας, το οποίο βασίστηκε πάνω σε άλλες έρευνες για να απαντήσει στο ερώτημα που τέθηκε. Όλα τα άρθρα και τα βιβλία που χρησιμοποιήθηκαν είναι επιστημονικά αποδεδειγμένα.

Η εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται η εισαγωγή της παρούσας μελέτης. Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται ο σκοπός και οι στόχοι της εργασίας. Στο τρίτο κεφάλαιο ξεκινά η βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπως για το τι είναι η νόσος Alzheimer, ποια η κλινική της εικόνα, η παθοφυσιολογία της και άλλα. Στο τέταρτο κεφάλαιο αρχίζει το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας, δηλαδή γίνεται η αναφορά της μεθοδολογίας που χρησιμοποιήθηκε και δημιουργήθηκε ένας πίνακας όπου φαίνεται ποια άρθρα επιλέχθηκαν για την μελέτη αυτή. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των άρθρων αυτών. Στο έκτο κεφάλαιο δίνεται σημασία στα συμπεράσματα των άρθρων. Κλείνοντας την εργασία, υπάρχει η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε από βιβλία και άρθρα στα ελληνικά και στα αγγλικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σκοπός της εργασίας είναι να μάθει ο αναγνώστης τι είναι η νόσος Alzheimer. Να τονίσει την βαρύτητα της νόσου και την ανάγκη που έχει αυτός ο ασθενής για φροντίδα, την οποία μπορεί να την λάβει από την οικογένεια του, αλλά και από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER

3.1 Ορισμός

Η νόσος Alzheimer είναι μια μορφή άνοιας. Άνοια είναι ο όρος που χρησιμοποιείται για την εγκεφαλική δυσλειτουργία, όπου παρατηρείται διαταραχή/έκπτωση της μνημονικής και γνωστικής ικανότητας. Με λίγα λόγια, το άτομο αρχίζει να ξεχνάει. Η νόσος αυτή χαρακτηρίζεται ως χρόνια, προοδευτική και είναι μη αναστρέψιμη της εγκεφαλικής δυσλειτουργίας (Osborn et al., 2013).

3.2 Παθοφυσιολογία της νόσου Alzheimer

Ως προς την παθοφυσιολογία της, χαρακτηριστικά ευρήματα που παρατηρούνται στους εγκεφάλους των ασθενών με Alzheimer είναι η απώλεια νευρώνων και η εμφάνιση αρκετών νευρικών πλακών, θυσάνων νευρώνων ινιδίων και αμυλοειδική αγγειοπάθεια. Πιο αναλυτικά, οι νευρικές πλάκες, που δημιουργούνται από τα αδιάλυτα ιζήματα β-αμυλοειδούς της πρόδρομης πρωτεΐνης του, είναι αυτά που αναπτύσσονται σε περιοχές του εγκεφάλου όπου είναι υπεύθυνες για την αντίληψη και την μνήμη και εμποδίζουν την μεταβίβαση των νευρικών ώσεων με αποτέλεσμα την έκπτωση της μνήμης. Ακόμη, ένας άλλος βασικός παράγοντας είναι οι πρωτεΐνες tau, οι οποίες είναι υπεύθυνες για την θρέψη των νευρώνων. Όταν επηρεάζονται οι πρωτεΐνες tau, χάνεται η ακεραιότητα του συστήματος μεταφοράς θρεπτικών συστατικών και η επικοινωνία μεταξύ των νευρώνων, η οποία οδηγεί σιγά-σιγά στον θάνατό τους και στην εκδήλωση της άνοιας. Έτσι, η αιματική ροή στις περιοχές αυτές μειώνεται και ο εγκέφαλος ατροφεί όλο και πιο πολύ με την πάροδο του χρόνου. Οι επιπτώσεις αυτές επιφέρουν απώλειες πρόσφατης μνήμης, γλωσσικών δεξιοτήτων και ανικανότητα πραγματοποίησης απλών δραστηριοτήτων. Δυστυχώς, με τον καιρό προσβάλλονται και άλλες περιοχές του εγκεφάλου καθιστώντας το άτομο απαθές και ανίκανο να καλύψει τις βασικές του ανάγκες (Lemone, Burke & Bauldoff, 2014; Dewit, 2009).

Φυσιολογικά, θεωρείται πως και η γήρανση παίζει ρόλο στην αλλοίωση των νευρώνων μνήμης σε άτομα που πάσχουν από Alzheimer αφού δημιουργεί πλάκες και δίκτυα σε μεγαλύτερο ρυθμό και μάζα σε σύγκριση με ένα άτομο που δεν πάσχει (Osborn, Wraa, Watson & Holleran, 2013).

3.3 Επιδημιολογία της νόσου Alzheimer

Συνήθως προσβάλλει άτομα άνω των 65 ετών, όμως αυτό δεν σημαίνει πως δεν μπορεί και σε νεότερα άτομα. Ενώ, ως προς το φύλο, οι περισσότεροι ασθενείς που νοσούν είναι γυναίκες παρά άνδρες. Επίσης, να σημειωθεί πως τα συμπτώματα της νόσου είναι κοινά για όλους ανεξάρτητα το φύλλο, την ηλικία ή την εθνικότητα. Η έναρξη της νόσου ξεκινά με κενά μνήμης και σταδιακά σε χρόνια απώλεια μνήμης, δηλαδή της προσωπικότητας, της λογικής, της ικανότητας αναγνώρισης προσώπων ή πραγμάτων και της αυτοφροντίδας. Για παράδειγμα, στις ΗΠΑ το 8% έως το 15% των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω προσβάλλονται από νόσο Alzheimer και κατατάσσεται έκτη στην λίστα αιτιών θανάτων στις ΗΠΑ. Μελέτες δείχνουν πως πάνω από 4,5 εκατομμύρια άτομα στις ΗΠΑ πάσχουν από Alzheimer και υπολογίζεται πως με τα χρόνια τα περιστατικά νόσου Alzheimer θα αυξηθούν, διότι η νόσος αυτή εμφανίζεται με αιφνίδια κενά μνήμης, τα οποία με την πάροδο του χρόνου προκαλούν χρόνια έκπτωση της μνήμης. (Dewit, 2009; Osborn, et al., 2013).

3.4 Αιτιολογία της νόσου Alzheimer

Η αιτία εμφάνισης της νόσου είναι ακόμα άγνωστη. Θεωρείται πως επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και όχι μόνο από έναν. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι ψυχοκοινωνικοί, γενετικοί, αγγειακά προβλήματα ή ο τρόπος ζωής του ατόμου. Εκτός από αυτά, υπάρχει μια άλλη θεωρία που βασίζεται πάνω στην ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, με την πρόοδο της ηλικίας αυξάνονται οι πιθανότητες εμφάνισης κάποιου τύπου άνοιας, διότι χάνονται αρκετοί νευρώνες στους κροταφικούς και μετωπιαίους λοβούς, με αποτέλεσμα να ατροφούν οι περιοχές αυτές και να μην γίνεται σωστά η παραλαβή και η επεξεργασία των πληροφοριών που δέχονται. Ακόμη, και η παρουσία κάποιας άλλης νόσου, όπως το σύνδρομο Down και άλλα, μπορεί να οδηγήσουν σε Alzheimer (Lemone et al., 2014).

Αναλυτικότερα:

- Ως προς τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, μελέτες έχουν δείξει ότι όσο πιο χαμηλό είναι το μορφωτικό τους επίπεδο τόσο πιο πιθανόν είναι να πάθουν άνοια. Για παράδειγμα, όταν ένα άτομο δεν δραστηριοποιείται (όπως να γυμνάζεται ή να έχει κάποιο χόμπι), δεν έρχεται σε επαφή με άλλων κόσμο και κλείνεται μόνος του στο σπίτι, ή δεν διαβάζει τίποτε (έχει χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης), σημαίνει πως δεν διατηρεί τον εγκέφαλο του τόσο ενεργό με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν προβλήματα στους νευρώνες που μπορούν να καταλήξουν σε άνοια. Ακόμη, και τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να νοσήσουν από Alzheimer σε σύγκριση με ένα πιο ενεργό άτομο. Για αυτό για να διατηρηθούν οι γνωστικές και οι λειτουργικές του ικανότητες πρέπει ο εγκέφαλος να μένει δραστήριος (Redfern & Ross, 2011).
- Ως προς τους γενετικούς παράγοντες, υπάρχουν θεωρίες πως η νόσος οφείλεται από μετάλλαξη γονιδίων ή από κληρονομικότητα ή από αυξημένα επίπεδα β-αμυλοειδούς. 1) Έρευνες στην γενετική για μετάλλαξη γονιδίων που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου Alzheimer έχουν βρει τουλάχιστον τρία γονίδια υπεύθυνα για αυτό: το APP στο χρωμόσωμα 21, το PS1 στο χρωμόσωμα 14 και το PS2 στο χρωμόσωμα 1. 2) Η κληρονομικότητα έχει ελάχιστες πιθανότητες να είναι μια από τις αιτίες της νόσου. Μέσα από μελέτες που έχουν γίνει, ένα μικρό ποσοστό έχει δείξει πως μόνο μέλη της οικογένειας πρώτου βαθμού μπορεί να νοσήσουν αν είναι πάνω των 75 ετών και αν ο οργανισμός τους έχει την προδιάθεση. 3) Τα αυξημένα επίπεδα β-αμυλοειδούς εμποδίζουν την μεταβίβαση των πληροφοριών στους νευρώνες με αποτέλεσμα την έκπτωση της μνήμης (Dewit, 2009 : Lemone et al., 2014).
- Ως προς τα αγγειακά προβλήματα, η αγγειακή άνοια παίζει ρόλο στην πιθανή εμφάνιση νόσου Alzheimer. Η άνοια αυτή προκύπτει από την απόφραξη των αιμοφόρων αγγείων που τροφοδοτούν τους νευρώνες. Η απόφραξη μπορεί να προκλήθηκε από αιμορραγία ή από θρομβοεμβολή ή από κάποια εγκεφαλική βλάβη. Αυτή η αγγειακή ανωμαλία είναι υπεύθυνη στην προδιάθεση του οργανισμού για άνοια (Lemone et al., 2014).
- Ως προς τον τρόπο ζωής του ατόμου παίζει ρόλο οι συνήθειες που έχει. Για παράδειγμα, όταν το άτομο αυτό καπνίζει, πίνει αρκετό αλκοόλ, καθιστική ζωή

ή καταναλώνει αρκετές ποσότητες ανθυγιεινών τροφίμων (κακή σωματική κατάσταση), έχουν μεγάλες πιθανότητες να αποκτήσουν Alzheimer (Redfern & Ross, 2011; Dewit, 2009).

3.5 Συμπτώματα της νόσου Alzheimer

Τα κυριότερα προειδοποιητικά συμπτώματα για ένα άτομο που πάσχει από Alzheimer είναι η απώλεια μνήμης, η δυσκολία της γλώσσας-μάθησης, ο αποπροσανατολισμός χρόνου και χώρου, οι αλλαγές στην διάθεση, στην συμπεριφορά και στην προσωπικότητα του ασθενή και η δυσκολία στην εφαρμογή των καθημερινών του πράξεων (Lemone et al., 2014).

Πιο αναλυτική περιγραφή των κλινικών αυτών εικόνων με βάση το στάδιο του Alzheimer στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής θα γίνει στην παρακάτω υποενότητα 3.6.

3.6 Στάδια και κλινική εικόνα της νόσου Alzheimer

Τα στάδια της νόσου Alzheimer είναι επτά και στο καθένα από αυτά παρουσιάζεται η κλινική τους εικόνα.

Στάδιο 1 – Χωρίς γνωστικές διαταραχές: Δεν είναι αντιληπτά τα προβλήματα κάποιας απώλειας μνήμης, ούτε είναι ορατά από τρίτο άτομο (Lemone et al., 2014).

Στάδιο 2 – Πολύ ήπια γνωστική έκπτωση: Υπάρχουν κάποια κενά μνήμης, στα οποία δεν δίνουν οι πάσχοντες και τόση σημασία. Κυρίως, ξεχνούν τα ονόματα προσώπων που είναι γύρω τους και που βρίσκονταν τα αντικείμενά τους. Αλλά, δεν είναι τόσο εμφανές ώστε να καταλάβουν κάτι οι γύρω τους, ούτε αναγνωρίζεται κατά την κλινική εξέταση (Lemone et al., 2014).

Στάδιο 3 – Ήπια γνωστική έκπτωση: Γίνεται φανερό και από τρίτους ότι το άτομο έχει πρόβλημα, δηλαδή αρχίζει να ξεχνάει και όχι μόνο. Παρατηρείται πως ο ασθενής με νόσο Alzheimer δυσκολεύεται να βρει λέξεις ή ονόματα, πραγμάτων ή ατόμων που γνώριζε ή ονόματα ατόμων που μόλις γνώρισε. Εκτός, από αυτό παρατηρείται πως δυσκολεύεται να θυμηθεί που άφησε κάποια πράγματά του ή τα τοποθετεί σε λάθος σημείο, ενώ παρουσιάζει και προβλήματα στην δουλειά (Lemone et al., 2014).

Στάδιο 4 – Μέτρια γνωστική έκπτωση: Σε αυτό το στάδιο οι ασθενείς αυτοί αρχίζουν να εμφανίζουν μια ήπια κατάθλιψη, άγχος και μια μικρή απώλεια μνήμης. Πιο συγκεκριμένα, δεν μπορούν να θυμηθούν πρόσφατα γεγονότα ή προσωπικά γεγονότα που έχουν συμβεί στο παρελθόν, δυσκολεύονται στην επίλυση εύκολων μαθηματικών πράξεων και ξεχνούν καθήκοντα που έχουν να κάνουν (όπως ψώνια ή πληρωμή των λογαριασμών). Έτσι, μέσα τους σιγά-σιγά αρχίζει να τους διακατέχει το αίσθημα του φόβου και της ανασφάλειας (Lemone et al., 2014 : Redfern & Ross, 2011).

Στάδιο 5 – Μέτρια σοβαρή γνωστική έκπτωση: Ο ασθενής με νόσο Alzheimer αρχίζει και ξεχνάει όλο και πιο συχνά τι έχει κάνει ή τα πρόσωπα που υπάρχουν στο περιβάλλον του, συνήθως θυμάται τα ονόματά ή τα μέλη της οικογένειας, αλλά δεν συγκρατεί νούμερα τηλεφώνων, διευθύνσεις, ημερομηνίες ή σε ποια εποχή είναι. Ως προς τον χαρακτήρα του φαίνεται μια αλλαγή προς το χειρότερο. Το άγχος και ο φόβος διακατέχουν τον ασθενή, κάνοντας τον ανίκανο να σκεφτεί καθαρά και οδηγώντας στην απομόνωσή του μακριά από την κοινωνία λόγω της κυμαινόμενης διάθεσής του. Ακόμη, παρατηρείται μια δυσχέρεια στο να πράξει κάποιες καθημερινές του δραστηριότητες, όπως είναι το βούρτσισμα των δοντιών. Ένα άλλο χαρακτηριστικό που παρατηρείται στους ασθενείς με Alzheimer σε αυτό το στάδιο είναι η αλλαγή στον τρόπο ομιλίας, δηλαδή δυσκολεύονται να θυμηθούν λέξεις ή ποια είναι η σημασία μιας λέξης που ψάχνουν με αποτέλεσμα να παραφράζουν και να αντικαθιστούν λέξεις οι οποίες δεν βγάζουν νόημα (Dewit, 2009 : Lemone et al., 2014: Swartz, 2013).

Στάδιο 6 – Σοβαρή γνωστική έκπτωση: Το στάδιο αυτό χαρακτηρίζεται ως προοδευτικό, λόγω επιδεινούμενης απώλειας μνήμης. Ο ασθενής με νόσο Alzheimer δυσκολεύεται να αναγνωρίσει οικία πρόσωπα, αλλά αναγνωρίζει ποια είναι γνωστά και ποια άγνωστα πρόσωπα, δυσκολεύεται να θυμηθεί πρόσφατα γεγονότα και δεν θυμάται το περιβάλλον στο οποίο μένει, δηλαδή σε ποια γειτονιά βρίσκεται το σπίτι του ή ποιο είναι το σπίτι του (μπορεί δηλαδή να χαθεί). Επίσης, χρειάζεται πλήρης φροντίδα, διότι το άτομο δεν μπορεί να πράξει τίποτα μόνο του, για παράδειγμα ξεχνάει να τρώει ή να κλείνει την πόρτα του ψυγείου. Ένα άλλο πρόβλημα που εμφανίζει είναι η ακράτεια ούρων ή και κοπράνων. Ο φυσιολογικός κύκλος ύπνου διαταράσσεται, υπάρχει μια διαταραχή την ώρα του ύπνου ή μπορεί να μην καταφέρει να κοιμηθεί καθόλου. Ως προς την συμπεριφορά του, ο ασθενής γίνεται πιο εχθρικός, καθώς υπάρχουν έντονες εκρήξεις θυμού. Αναφέρεται η εμφάνιση καχυποψίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και ψυχαναγκαστική ή επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά. Το αίσθημα του

παραληρήματος που δημιουργείται μερικές φορές τους οδηγεί σε παράνοια, απόπειρα αυτοκτονίας ή εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς (Dewit, 2009: Lemone et al., 2014: Swartz, 2013: Γιωτάκη, 2014).

Στάδιο 7 – Πολύ σοβαρή γνωστική έκπτωση: Αυτό είναι το τελευταίο στάδιο. Ο ασθενής έχει χάσει την επαφή με το περιβάλλον του, δεν έχει πια την όρεξη να μιλήσει και χάνεται ο έλεγχος των κινήσεων του. Πιο αναλυτικά, το άτομο που πάσχει από Alzheimer τελευταίου σταδίου βρίσκεται συνήθως σε κλινήρη κατάσταση, διότι είναι πλέον ανίκανο να φροντίσει τον εαυτό του και χάνεται η θέληση για να κάνει το οτιδήποτε, όπως είναι να σηκωθεί ή για να πάει στην τουαλέτα. Χρειάζεται συνεχή φροντίδα. Το αίσθημα της πείνας και της δίψας μειώνονται, οδηγώντας τον σε αφυδάτωση και σοβαρή απώλεια βάρους και αυτό οφείλεται από την απώλεια νευρώνων και την δυσκολία κατάποσης. Ως προς την ομιλία, δεν έχει την θέληση να μιλήσει, χάνεται η όρεξη για ζωή και όταν προσπαθεί να μιλήσει οι λέξεις ή οι φράσεις είναι μη αναγνωρίσιμες. Τέλος, λόγω της κακής θρέψης και της κλινήρης κατάστασης μπορεί να εμφανιστεί αναπνευστική ανεπάρκεια, πνευμονία, κατακλίσεις ή μυϊκές συσπάσεις. Λοιμώξεις που μπορούν να εμφανιστούν οδηγούν συνήθως σε σήψη και τέλος τον φέρνουν πιο κοντά στον θάνατο. Ο θάνατος είναι συνέπεια πολλών αιτιών, όχι μόνο της ασθενείας τους (Lemon et al., 2014: Dewit, 2009: Swartz, 2013: Γιωτάκη, 2014).

3.7 Διάγνωση και διαφοροδιάγνωση της νόσου Alzheimer

Η διάγνωση της νόσου βασίζεται πάνω στις εξετάσεις που θα γίνουν στον ασθενή και στο λεπτομερές ιατρικό και οικογενειακό ιστορικό του. Αρχικά, από το ιστορικό κομμάτι λαμβάνονται πάρα πολλές πληροφορίες που είναι σημαντικά για την διάγνωση της νόσου. Γίνεται αναφορά για υπάρχοντα ή όχι άλλα νοσήματα (κληρονομικά νοσήματα, λοιμώξεις και άλλα), έλεγχος προηγούμενων ιατρικών εξετάσεων και φάρμακα τα οποία έχουν δοθεί, και ερωτήσεις για την οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς, όπου φαίνεται σε τι περιβάλλον ζει. Για το ιστορικό, πληροφορίες μπορούν να ληφθούν και από συνέντευξη από ένα μέλος της οικογένειας ή από τον αποκλειστικό φροντιστή του (Lemone et al., 2014).

Ως προς την πνευματική/γνωστική κατάσταση του ασθενούς ελέγχεται με μικρής διάρκειας εξετάσεις. Μια γνωστική εξέταση που γίνεται είναι το Folstein Mini Mental

Status Examination. Η εξέταση αυτή περιλαμβάνει 11 ερωτήσεις, οι οποίες επικεντρώνονται σε πέντε σημεία: στον προσανατολισμό, στην καταγραφή και ανάκληση των πληροφοριών, στην προσήλωση, στους υπολογισμούς και στον λόγο. Ανάλογα με τον βαθμολογία της εξέτασης, φαίνεται ενδεικτικά η πνευματική εξασθένηση, δηλαδή η μέγιστη βαθμολογία που μπορεί να φτάσει κανείς είναι 30 όπου θεωρείται άριστο χωρίς καμία παρουσία προβλήματος, ενώ 23 ή λιγότερο είναι ένδειξη εξασθένησης. Μια άλλη εξέταση που γίνεται είναι η Κλίμακα Εκτίμησης της νόσου Alzheimer όπου ελέγχεται η μνήμη, η ομιλία, αν ο ασθενής παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης ή ψύχωσης, και οι φυτικές λειτουργίες του. Επίσης, υπάρχει το τεστ σχεδιασμού ρολογιού. Στην δοκιμασία αυτή ζητείται στον ασθενή να ζωγραφίσει μέσα στον κύκλο που θα του δοθεί τους αριθμούς και τους δείκτες του ρολογιού ανάλογα με την ώρα που θα του ζητήσει ο ιατρός. Η τεχνική αυτή χρησιμοποιείται για να δουν σε βάθος χρόνου τις γνωστικές του λειτουργίες. Όλες αυτές οι πνευματικές εξετάσεις δίνουν μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της κατάστασης στην οποία βρίσκεται ο ασθενής και ανάλογα με αυτή εκτιμάται για το πόσο είναι ικανό το άτομο να φροντίσει τον εαυτό του και να ανταπεξέρχεται στην καθημερινότητά του (Lemone et al., 2014).

Η κατάθλιψη, σύμφωνα με την προηγούμενη υποενότητα 3.6, μπορεί να παρουσιαστεί σε ασθενή με νόσο Alzheimer για αυτό είναι σημαντικό να δοθεί περισσότερη προσοχή στην διάγνωση. Ο ιατρός θα πρέπει να καταλάβει αν όντως ο ασθενής πάσχει από Alzheimer ή από κατάθλιψη, ώστε να μπορέσει να βγει η κατάλληλη θεραπεία, γιατί τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του Alzheimer είναι κοινά, όπως είναι η κόπωση, οι αλλαγές στον ύπνο και στην όρεξη, και διαταραχές στην συμπεριφορά (Osborn et al., 2013).

Το παραλήρημα, επίσης, έχει πολλά παρόμοια συμπτώματα με την άνοια και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την εξέταση. Η διαφορά του παραληρήματος με της άνοιας είναι ότι το παραλήρημα είναι κάτι παροδικό και προκαλείται από μια συγκεκριμένη ιατρική κατάσταση, ενώ στην άνοια είναι προοδευτική και δεν αντιστρέφεται (Dewit, 2009).

Για περαιτέρω διερεύνηση της νόσου γίνονται εργαστηριακές και ακτινολογικές εξετάσεις. Μέσω αυτών των εξετάσεων λαμβάνονται υπόψη άλλες αιτίες που μπορούν να οδηγήσουν σε άνοια, ώστε να τις αποκλείσουν. Συνήθως οι αιτίες αυτές περιλαμβάνουν εγκεφαλικό επεισόδιο, έλλειψη βιταμίνης 12 και άλλα. Μια συχνή

εργαστηριακή εξέταση που γίνεται σε ασθενείς με νόσο Alzheimer είναι η γενετική ανάλυση του γονιδίου απολιποπρωτεΐνης E4, η οποία δηλώνει όψιμη έναρξη της νόσου. Ακόμη, και οι απλές εξετάσεις αίματος ρουτίνας όπως είναι ο έλεγχος αναιμίας ή θυρεοειδισμού, βοηθούν στην διάγνωση. Σημαντικό ρόλο παίζει η μαγνητική, η ακτινολογική και η αξονική απεικόνιση, οι οποίες καθοδηγούν τον ιατρό εκεί που πρέπει και αποκλείουν άλλες καταστάσεις (Dewit, 2009).

Έτσι, στο κομμάτι της διαγνωστικής διαδικασίας είναι απαραίτητη η λεπτομερής φυσική εξέταση και η νευρολογική εκτίμηση του ασθενούς, ώστε να βγει το σωστό πόρισμα της διάγνωσης και να ξεκινήσει η κατάλληλη θεραπεία (Lemone et al., 2014).

3.8 Πρόγνωση-Πρόληψη της νόσου Alzheimer

Δυστυχώς δεν υπάρχει ακριβής πρόγνωση της νόσου. Η πρόιμη κατάσταση της νόσου δεν είναι τόσο φανερή ώστε να θέσει το άτομο σε σκέψεις ότι πάσχει από άνοια. Αυτό που μπορεί να κάνει είναι να δώσει βάση σε σημάδια που εμφανίζονται χαρακτηριστικά στα αρχικά στάδια της νόσου. Τέτοια σημάδια είναι: οι αλλαγές στην συμπεριφορά του ασθενή, πρόσφατη απώλεια μνήμης γεγονότων ή προσώπων, προβλήματα στην ομιλία και στην μειωμένη κρίση, δυσκολία προσανατολισμού τόπου και χρόνου, απότομες αλλαγές της προσωπικότητας και η ανικανότητα να παίρνει πρωτοβουλίες και να επεξεργάζεται λέξεις/φράσεις. Αν εμφανίσει κάποια από αυτά, επισκέπτεται έγκαιρα τον ιατρό του, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες εργαστηριακές, αιματολογικές και απεικονιστικές εξετάσεις. Αν όντως διαγνωστεί με Alzheimer, αυτό που μπορεί να κάνει ο ιατρός είναι να δώσει λύση στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, δεν μπορεί να γιατρέψει πλήρως τον ασθενή με Alzheimer, διότι η νόσος είναι ανίατη. (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2016)

Πρόληψη για την συγκεκριμένη νόσο δεν υπάρχει. Ωστόσο, μελέτες δείχνουν πως για να αποφύγει κανείς την νόσο Alzheimer, θα πρέπει να αποφεύγει παράγοντες που μπορούν να τον θέσουν σε κίνδυνο, όπως είναι η απομόνωση, το αλκοόλ, η παχυσαρκία και άλλα. Η καλή φυσική κατάσταση του ατόμου, η σωστή διατροφή, η νοητική άσκηση και η προσοχή της υγείας του μειώνουν τις πιθανότητες να νοσήσει το άτομο. Για παράδειγμα, συχνές νοητικές ασκήσεις διατηρούν τον εγκέφαλο ενεργό, όπως η επίλυση ενός σταυρόλεξου ή η εξάσκηση στο σκάκι. Ακόμη, το άτομο πρέπει να αποφεύγει καταστάσεις όπου του προκαλούν έντονη συναισθηματική φόρτωση, στρες

και άγχος. Σημασία δίνεται και στην ηλικία του ατόμου. Όσο μεγαλώνει το άτομο τόσο μεγαλώνουν οι πιθανότητες να εμφανίσει κάποιου τύπου άνοιας, για αυτό τον λόγο πρέπει να υπάρχει συχνή επαφή του ατόμου με τον ιατρό του για check-up (Λογοθέτης & Μυλωνάς, 2016).

3.9 Θεραπεία της νόσου Alzheimer

Για την νόσο Alzheimer δεν υπάρχει θεραπεία, διότι η αιτιολογία της είναι ακόμη άγνωστη κατατάσσοντας την στις ανίατες ασθένειες. Οι θεραπείες που εφαρμόζονται έχουν ως στόχο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου προσφέροντας έτσι μια καλύτερη ποιότητα ζωής στον ασθενή, διότι η νόσος είναι ανίατη και δεν μπορεί να θεραπευτεί. Η θεραπεία ποικίλει και παίρνει διάφορες μορφές ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται το άτομο. Μπορεί να περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, δραστηριότητες ώστε να μένει ενεργός και κοινωνικά με το περιβάλλον του ή συχνή κάτοικόν φροντίδα γιατί πλέον το άτομο δεν είναι ικανό να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του. Στόχος της θεραπείας είναι να φτιάξει ένα ασφαλές και ευχάριστο περιβάλλον όπου ο ασθενής θα μπορεί να ανταπεξέρχεται με τις λειτουργικές ικανότητες που κατέχει. Για αυτό τον λόγο, νοσηλευτές, γιατροί, φυσικοθεραπευτές και κοινωνικοί λειτουργοί συνεργάζονται με την οικογένεια του ώστε να πετύχουν αυτόν τον στόχο (Dewit, 2009).

Φαρμακευτική αγωγή

Τα συνηθέστερα φάρμακα που δίνονται, φυσικά με εντολή ιατρού, χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: αυτά που αντιμετωπίζουν τα συμπεριφορικά συμπτώματα (όπως είναι η κατάθλιψη, η ψύχωση κ.α.) και εκείνα που βοηθούν στην ενίσχυση της μνήμης. Ότι φάρμακα συνταγογράφονται, δίνονται με μεγάλη προσοχή στην δοσολογία και στις παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν. Σε περίπτωση εμφάνισης παρενεργειών το φάρμακο διακόπτεται και δίνεται νέα φαρμακευτική αγωγή (Lemone et al., 2014).

Τα αγχολυτικά φάρμακα βοηθούν στην αντιμετώπιση των συμπεριφορικών συμπτωμάτων όπως είναι το άγχος και η δυσφορία. Τα φάρμακα αυτά μειώνουν τα επίπεδα άγχους του ατόμου και προσωρινά το ηρεμούν. Θεωρείται πως είναι καλύτερα από τα αντιψυχωτικά, αλλά και αυτά έχουν τις παρενέργειες τους, οι οποίες μπορούν

να οδηγήσουν σε αστάθεια του ατόμου και καταστολή του οργανισμού του, δηλαδή στην άμυνα του οργανισμού (Lemone et al., 2014).

Ένα χαρακτηριστικό που παρατηρείται συχνά σε ασθενείς με Alzheimer είναι η κατάθλιψη. Αν ο ασθενής βρίσκεται σε σοβαρή κατάσταση κατάθλιψης χρήζει φαρμακευτικής αγωγής. Η σωστή δοσολογία των φαρμάκων αυτών είναι απαραίτητη, γιατί η υπερβολική κατανάλωση τους εμφανίζει ανεπιθύμητες παρενέργειες, όπως διαταραχές στην όρεξη του ασθενούς, να χειροτερεύει την ψυχική του κατάσταση και άλλα. Τέτοια είναι τα αντισταμινικά και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, τα οποία αυξάνουν την επιδείνωση της κατάθλιψης. Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να αντικατασταθούν με τα αντιψυχωτικά, όπως είναι θειοριδαζίνη, για μια πιο σοβαρή κατάσταση, αλλά και αυτά συνήθως αποφεύγονται, διότι διπλασιάζουν τον κίνδυνο θανάτου μέσα σε λίγα χρόνια λόγω της συχνής χρήσης τους ή υπερδοσολογίας. Για αυτό τον λόγο, γίνεται ενημέρωση του φροντιστή που είναι υπεύθυνος για τον ασθενή με Alzheimer από τον γιατρό για τις παρενέργειες των φαρμάκων και στα φυλλάδια οδηγιών των φαρμάκων υπάρχουν πληροφορίες για παρενέργειες που μπορούν να υπάρξουν από το φάρμακο (Lemone et al., 2014).

Ως προς την θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή για την ενίσχυση της μνήμης, τα συνηθέστερα τέσσερα φάρμακα που χορηγούνται (ένα από αυτά) είναι το Aricept, το Exelon, το Reminyl και το Ebixa, αποδεδειγμένα και αποδεκτά από τον Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων. Όλα τους έχουν τον στόχο στην αύξηση της ακετυλοχολίνης, η οποία είναι υπεύθυνη για την επεξεργασία και αποθήκευση μνήμης. Πιο συγκεκριμένα, το Aricept και το Exelon, χρησιμοποιούνται στα πρώιμα στάδια της νόσου. Περιέχουν αναστολείς της χολινεστεράσης, οι οποίες μειώνουν τα επίπεδα χολινεστεράσης και αυξάνουν τα επίπεδα ακετυλοχολίνης στον εγκέφαλο (Osborn et al., 2013; Redfern & Ross, 2011).

Το Reminyl έχει την ίδια ιδιότητα με το Aricept και το Exelon, δηλαδή είναι αναστολέας της χολινεστεράσης, αλλά με μια μικρή διαφορά. Η διαφορά τους είναι πως ενεργοποιεί τους νευρικούς υποδοχείς, οι οποίοι αυξάνουν τον μηχανισμό παραγωγής ακετυλοχολίνης. Τέλος, το Ebixa διαφέρει από το Aricept, το Exelon και το Reminyl ως προς τον τρόπο λειτουργίας, όμως παραμένει στον ίδιο στόχο με εκείνα, δηλαδή στην ενίσχυση μνήμης. Οι αναστολείς του στοχεύουν στην αναστολή/μείωση του γλουταμικού νευροδιαβιβαστή, ο οποίος προκαλεί ζημιές στον

εγκέφαλο όταν βρίσκεται σε μεγάλες ποσότητες όπως σε ασθενείς που πάσχουν από Alzheimer. Το συγκεκριμένο φάρμακο μπορεί να δοθεί στα στάδια ήπιας και μέτριας κατάστασης της νόσου (Redfern & Ross, 2011).

Ενναλακτικές και Συμπληρωματικές Θεραπείες

Οι δραστηριότητες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ζωή ενός ασθενή με Alzheimer αποτελώντας επίσημα μέρος της θεραπείας. Εκτός από τις σωματικές δραστηριότητες που έχουν στόχο να ενδυναμώσουν την σωματική κατάσταση του ασθενούς, δίνεται σημασία στην διατροφή του, στην ψυχολογική του κατάσταση και στην επαφή με το περιβάλλον και τους γύρω του (Redfern & Ross, 2011).

Η μουσικοθεραπεία χρησιμοποιείται πολύ συχνά τώρα τα τελευταία χρόνια. Η θεραπεία αυτή βασίζεται στην μουσική, όπου μέσω αυτής το άτομο ηρεμεί, χαλαρώνει με αποτέλεσμα να του φτιάχνει την ψυχολογία. Δεν είναι ακριβώς θεραπεία, είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης μια προσωρινής κακόκεφης διάθεσης. Μέσα από έρευνες και μελέτες που έχουν γίνει, έχουν δείξει πως βοηθούν αρκετά για μια καλύτερη ποιότητα ζωής σε ασθενείς που πάσχουν γενικά από άνοια. Σύμφωνα με μελέτες των Fukui et al., (2012), τα επίπεδα των φυλετικών ορμονών (οιστρογόνα για τις γυναίκες και τεστοστερόνη για τους άνδρες) πέφτουν αρκετά όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος και επηρεάζουν την ψυχολογία του. Έτσι, η μουσική έχει δείξει πως ανεβάζει τα επίπεδα αυτά, με αποτέλεσμα να φτιάχνει η ψυχική κατάσταση του ατόμου προς το καλύτερο έστω και αν αυτό είναι προσωρινό. Αυτή η καλή διάθεση που δημιουργείται δίνει ενέργεια και θέληση για ζωή στον ασθενή (Fukui et al., 2012).

Άλλος τρόπος θεραπείας/δραστηριότητας είναι η καθημερινή άσκηση του ασθενούς, δηλαδή να κινείται το άτομο, ώστε να αποφεύγονται οι κατακλίσεις και η εμφάνιση λοιμώξεων στην στοματική κοιλότητα και αλλού λόγω κακής υγιεινής. Το περπάτημα, οι απλές ασκήσεις για τα άκρα και η επαφή με τον έξω κόσμο για καθαρό φρέσκο αέρα επιβραδύνουν την ανάπτυξη της νόσου. Το αερόμπικ θεωρείται αποτελεσματική σε τέτοιες καταστάσεις. Όσο πιο νωρίς αρχίσει ο ασθενής το αερόμπικ τόσο καλύτερα για τον ίδιο. Εφαρμόζεται στα πρώιμα στάδια της νόσου, διότι στα τελευταία δύο στάδια (βλέπε υποενότητα 3.6.) το άτομο δεν είναι ικανό να κάνει τίποτα μόνο του. Σε εκείνες τις περιπτώσεις αναλαμβάνει ο φροντιστής ή ο οικογενειακός φροντιστής για το θέμα αυτό (Cui et al., 2018; Morris et al., 2017).

Η τέχνη θεωρείται μια εναλλακτική θεραπεία για τα άτομα αυτά. Μέσα από έρευνες των Chancellor et al., (2014), η ζωγραφική επηρεάζει την ψυχολογία του ατόμου που πάσχει από άνοια. Μειώνει το άγχος και το στρες. Το άτομο νιώθει ελεύθερο να εκφράσει τις σκέψεις τους, την φαντασία του σε μια κόλλα χαρτί. Ακόμη, και η επίσκεψη σε ένα μουσείο και η παρατήρηση των εικόνων του κάνει καλό. Με λίγα λόγια τον κάνει να ξεχνά προσωρινά την κατάσταση στην οποία βρίσκεται και τον γεμίζει χαρά (Chancellor et al., 2014).

Σημαντικό ρόλο παίζει και η διατροφή του ασθενούς και η συχνή παρακολούθηση/εξετάσεις από τον ιατρό εκτός από την φαρμακευτική αγωγή και τις δραστηριότητες. Συμπληρώματα διατροφής, όπως βιταμίνη 12 και C, αναδεικνύουν μια καλύτερα κλινική και εργαστηριακή εικόνα του πάσχοντος. Τροφές πλούσιες σε βιταμίνες και πρωτεΐνες βελτιώνουν την σωματική κατάσταση του και δείχνει πιο υγιής. Ακόμη, η χρήση ήπιων μπαχαρικών που δίνουν γεύση στα γεύματα των ασθενών με νόσο Alzheimer ανοίγει την όρεξη τους. Όμως, υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο ασθενής δεν θέλει να φάει. Αυτό οφείλεται σε διαταραχές που δημιουργούνται στο στομάχι του ασθενούς λόγω άγχους, στρες, κατάθλιψης ή της έκπτωση της γνωστικής του μνήμης όπου ξεχνάει να τρέφεται. Για αυτό το λόγο, πρέπει να υπάρχει ένα καθημερινό πρόγραμμα διατροφής, ένα διαιτολόγιο, ώστε να λαμβάνει όλα τα θρεπτικά συστατικά που χρειάζεται. Στην περίπτωση όπου ο ασθενής κατά την σίτιση του στρεσάρεται λόγω της παρουσίας των μαχαιροπίρουνων, προτείνεται στον φροντιστή να παροτρύνει τον ασθενή να προσπαθήσει να φάει με τα χέρια του. Έτσι, μειώνεται το στρες και νιώθει πιο άνετα ο ασθενής (Shah, 2013).

3.10 Ο ρόλος του νοσηλευτή και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε ασθενή με νόσο Alzheimer

3.10.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως φροντιστής

Σε περιστατικά όπως σε ασθενείς με νόσο Alzheimer, ο νοσηλευτής δεν παίζει μόνο τον ρόλο του φροντιστή αλλά και του εκπαιδευτή. Ως φροντιστής έχει την ευθύνη της φροντίδας του ασθενούς, η οποία θα του παρέχει μια καλύτερη ποιότητα ζωής τώρα που βρίσκεται σε μια δύσκολη θέση και δεν είναι πλέον ανεξάρτητος. Για αυτό τον

λόγο ο νοσηλευτής στον ρόλο αυτό προσπαθεί να τον βοηθήσει από κάθε πλευρά, ώστε να καλύψει τα κενά που υπάρχουν. Η δουλειά αυτή και η ευθύνη που αναλαμβάνει δεν είναι εύκολη, γιατί ένας ασθενής με Alzheimer έχει αρκετά προβλήματα εκτός της γνωστικής κατάστασης του όπως είναι οι διατροφικές διαταραχές, η μετακίνηση και άλλα. Πριν αναλάβει αυτή την θέση ο νοσηλευτής γνωρίζει πως θα περνάει αρκετό χρόνο με τον ασθενή την ημέρα και πως χρειάζεται αρκετή υπομονή. Η φροντίδα αυτή είναι χρονοβόρα και αρκετές φορές επηρεάζει τους ίδιους τους φροντιστές ψυχολογικά και σωματικά. Για να αποφευχθεί αυτό, φροντίζει να βγάλει μια σωστή νοσηλευτική διάγνωση και ένα σωστό νοσηλευτικό πλάνο φροντίδας το οποίο θα “ταιριάζει” στο άτομο, γιατί ο κάθε άνθρωπος είναι ξεχωριστός. Η κατάσταση της υγείας του φροντιστή είναι και αυτός ένας σημαντικός παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στο πλάνο φροντίδας, διότι παίζει ρόλο στο αποτέλεσμα του πλάνου φροντίδας (Βιβιλάκη, και συν., 2015:Lemone, et al., 2014).

3.10.2 Ο ρόλος του νοσηλευτή ως εκπαιδευτής και η σημασία της προαγωγής υγείας του οικογενειακού φροντιστή.

Στην φροντίδα του ασθενή με νόσο Alzheimer, μερικές φορές, δεν υπάρχει προσωπικός φροντιστής/νοσηλευτής, αλλά ένας ή πολλά μέλη της οικογένειας που αναλαμβάνουν την ευθύνη για την φροντίδα του ανθρώπου τους λόγω οικονομικού προβλήματος ή για προσωπικούς λόγους. Αυτός ονομάζεται οικογενειακός φροντιστής (Osborn et al., 2013).

Αρχικά, για να γίνει κάποιος οικογενειακός φροντιστής θα πρέπει να κατέχει γνώσεις πάνω στο θέμα της νόσου (συμπτώματα, επιπλοκές, τρόποι αντιμετώπισης κ.α.), να έχει υπομονή και θέληση, την δυνατότητα να προσφέρει ένα ασφαλές περιβάλλον για το άτομο που πάσχει από άνοια και να δίνει προσοχή στην σωματική και ψυχική του υγεία. Αν ο ίδιος ο φροντιστής δεν είναι καλά, τότε επηρεάζεται και ο ασθενής δίνοντας αρνητικά αποτελέσματα, έτσι αναζητείται ένα νέο πλάνο φροντίδας με έναν άλλον φροντιστή. Φυσικά, τα μέλη της οικογένειας των ατόμων αυτών δεν είναι μόνο τους. Υπάρχουν διάφορα μέρη/κέντρα στα οποία μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια, καθώς και σε υγειονομικό προσωπικό, όπως είναι οι γιατροί, νοσηλευτές, διατροφολόγοι, φυσιοθεραπευτές και άλλοι. Στην παρούσα εργασία, περισσότερη σημασία θα δοθεί στον ρόλο του νοσηλευτή (Osborn et al., 2013).

Εδώ, ο νοσηλευτής κατέχει την θέση του εκπαιδευτή. Στόχος του είναι να περάσει όλες τις γνώσεις που κατέχει για την νόσο Alzheimer στον οικογενειακό φροντιστή ώστε ο ασθενής να περάσει για το υπόλοιπο της ζωής του σε ένα ευχάριστο και ασφαλές περιβάλλον. Για να το πετύχει αυτό, λαμβάνει υπόψη του και την υγεία του φροντιστή, γιατί αρκετές μελέτες έχουν δείξει πως αρκετοί φροντιστές που αναλαμβάνουν αυτό τον ρόλο χωρίς τις απαραίτητες πληροφορίες που χρειάζονται καταλήγουν σε ψυχολογική ή σωματική κόπωση. Οι νοσηλευτές για να προάγουν την υγεία των οικογενειακών φροντιστών λαμβάνουν υπόψιν τους τα εξής: (Osborn et al., 2013):

- Παρέχουν όσες πληροφορίες χρειάζεται για την νόσο Alzheimer σε προφορική και γραπτή μορφή.
- Προτείνουν υπηρεσίες όπου μπορούν να απευθυνθούν για βοήθεια όπως είναι υποστηρικτικές ομάδες, πληροφορίες για οικονομικά και νομικά θέματα, προσωπικής ανακούφισης και επιλογές μακροχρόνιας φροντίδας.
- Ενθαρρύνουν τους φροντιστές να μιλήσουν για τα θέματα που τους απασχολούν, δηλαδή τι τους προβλημάτισε στο πλάνο φροντίδας ή πώς να καθοδηγηθούν για την αντιμετώπιση των προχωρημένων σταδίων της νόσου.
- Σε περιπτώσεις στρες, ψυχολογικής πτώσης του φροντιστή παρέχεται βοήθεια μέσω ατομικής ή ομαδικής ψυχοθεραπείας.

Η προσπάθεια αυτή γίνεται για την βέλτιστη φροντίδα του ασθενούς με νόσου Alzheimer (Osborn et al., 2013; Lemone et al., 2014).

3.10.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα της ψυχοκοινωνικής υγείας του ασθενούς με νόσο Alzheimer.

Για να πετύχει κάποιος υψηλά επίπεδα ευεξίας, εκτός από την σωματική του κατάσταση προσέχει και την ψυχική του. Αυτό ισχύει και για άτομα με Alzheimer, μόνο που στην συγκεκριμένη περίπτωση το άτομο δεν μπορεί να το κάνει μόνος του για αυτό ζητά βοήθεια από τρίτο πρόσωπο, για παράδειγμα από έναν νοσηλευτή. Η ανάγκη για επαφή με τον κόσμο, την κοινωνία είναι ένας βασικός παράγοντας στην ψυχολογία του ατόμου, διότι το διατηρεί ενεργό με το περιβάλλον του. Αν χαθεί αυτή η επαφή, οδηγείται στην απομόνωση, όπου χάνεται μόνο στις σκέψεις του (αρνητικές σκέψεις) και επηρεάζεται σωματικά (ακινησία, κατακλίσεις, κ.α.) (Dewit, 2013).

Ο νοσηλευτής πριν ξεκινήσει να φτιάχνει το πλάνο φροντίδας λαμβάνει υπόψη του δύο παράγοντες: (1) να φροντίσει να παραμείνει ο πάσχων σε καλή σωματική υγεία, περιλαμβάνοντας την πλήρη χρήση των αισθήσεων όρασης και ακοής, και (2) να του παρέχει ένα φυσικό περιβάλλον στο οποίο ανταποκρίνονται οι ανάγκες του (Redfern & Ross, 2011).

Ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να παρέμβει ο νοσηλευτής είναι (Dewit, 2009: Dewit, 2013: Redfern & Ross, 2011):

- Να αξιολογήσει τα πρότυπα κοινωνικής δραστηριότητας, που προτιμούσε ο ασθενής στο παρελθόν και να δει αν είναι δυνατόν (ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται) να το συνεχίσει.
- Να διατηρεί το άτομο ενεργό μέσω δραστηριοτήτων όπως ζωγραφικής, χορού, τραγουδιού και άλλα.
- Όταν συμμετέχει σε ομαδικές δραστηριότητες, να παραμένει δίπλα στην οπτική εικόνα του ασθενή, ώστε να νιώθει ασφάλεια.
- Να αποφεύγει καταστάσεις όπου βλέπει πως ο ασθενής νιώθει ότι πιέζεται.
- Να ενισχύει την κοινωνική συναναστροφή με φίλους, με μέλη της οικογένειας ή με το προσωπικό που έχει αναλάβει την φροντίδα του.

3.10.4 Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην φροντίδα της διαταραγμένης διεργασίας σκέψης.

Για να φτιάξει ένας νοσηλευτής ένα νοσηλευτικό πλάνο, δίνει προσοχή και στο στάδιο γνωστικής έκπτωσης που βρίσκεται ο ασθενής, δηλαδή ελέγχει την διαταραγμένη διεργασία σκέψης του. Τα σημάδια που δείχνουν σε τι κατάσταση βρίσκεται είναι οι ακατάλληλες συμπεριφορές, η δυσλειτουργική συμπεριφορά, οι ψευδαισθήσεις και η παράνοια. Όταν εμφανίζει ένα από αυτά τα χαρακτηριστικά, θα πρέπει να ληφθούν κάποια έξτρα μέτρα, όχι μόνο στην φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς, αλλά και στην συμπεριφορά φροντιστή ή οικογενειακού φροντιστή απέναντι σε αυτόν για να αποφευχθούν δυσάρεστες καταστάσεις, όπως εκνευρισμός και βίαιη συμπεριφορά (επιθετικότητα) (Osborn et al., 2013).

Σε τέτοιες καταστάσεις οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται είναι (Osborn et al., 2013: Dewit, 2009):

- Η συζήτηση ανάμεσα σε ασθενή και φροντιστή να γίνεται με σύντομες, καθαρές φράσεις και αργή ομιλία, ώστε να καταλαβαίνει ο ασθενής τι του λένε. Συνήθως, γίνονται ερωτήσεις τύπου ναι/όχι για να αποφεύγεται η πιθανή εμφάνιση σύγχυσης που μπορεί να του προκληθεί. Ακόμη, και ο τρόπος με τον οποίο θα του μιλήσει θα είναι ήρεμος και ευγενικός για να μην τον αιφνιδιάσει ή τρομάξει.
- Να μην κριτικάρει τις πράξεις του ασθενούς, διότι μπορεί να τον αγχώσουν.
- Πάντα σε κάθε συνομιλία να υπάρχει άμεση οπτική επαφή με τον άλλον και αν φαίνεται πως ο ασθενής δεν καταλαβαίνει, η χρήση εικόνων διευκολύνει την επικοινωνία, καθώς και η επανάληψη των προτάσεων με πιο απλά λόγια ώστε να γίνουν κατανοητά.
- Εκτός από την λεκτική συμπεριφορά, υπάρχει και η μη λεκτική. Παρακολουθούνται οι εκφράσεις του προσώπου και η στάση του σώματος, οι οποίες μπορούν να δηλώσουν πόνο ή κάποια δυσφορία, συναισθήματα ή ανάγκη να έρθει σε επαφή με κάποιον, όπως μια αγκαλιά.
- Για να μην ξεφύγει ο πάσχον από το πρόγραμμα του και διαταραχθεί η ψυχική του υγεία, αναθέεται η φροντίδα στο ίδιο προσωπικό, ο οποίος θα του εξασφαλίσει ένα ήρεμο περιβάλλον χωρίς θορύβους και ακαταστασία.
- Για να αναπροσανατολίσει τον ασθενή στην πραγματικότητα, του παρέχονται στοιχεία, όπως ρολόγια και ημερολόγια.
- Κάποιες φορές, επιδεικνύονται παλιές εικόνες στον ασθενή, οι οποίες τον πυροδοτούν με ευχάριστες αναμνήσεις.

3.10.5 Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην φροντίδα των ελλειμάτων αυτοφροντίδας που σχετίζονται με γνωστικές απώλειες, μειωμένη κρίση.

Με το χρόνο, ο ασθενής μεταπηδά από το ένα στάδιο της νόσου στο άλλο, κάνοντας τον πιο ανίκανο να επιτελέσει πράξεις αυτοφροντίδας. Απλές πράξεις, όπως το βούρτσισμα των δοντιών ή το πλύσιμο των χεριών του είναι πλέον πολύ δύσκολα να τα κάνει. Για αυτό χρειάζεται βοήθεια από ένα τρίτο πρόσωπο, όπως ένας φροντιστής ο οποίος θα τον κρατάει στο πρόγραμμα του, θα του θυμίζει τι πρέπει να κάνει και πώς να το κάνει, τι είναι σωστό και τι δεν είναι (Osborn et al., 2013).

Πιο συγκεκριμένα (Osborn et al., 2013: Dewit, 2009: Dewit, 2013):

- Αξιολογείται η κατάσταση του ασθενούς, δηλαδή αν είναι ικανός να κάνει κάποια πράγματα μόνος του και που θα χρειαστεί βοήθεια/υπόδειξη.
- Όταν παρατηρούνται ανεξάρτητες καθημερινές δραστηριότητες, να επιβραβεύεται ο ασθενής και να ενθαρρύνεται ώστε να συνεχίσει έτσι προς το καλύτερο.
- Ως ενδυμασία προτείνονται ρούχα με φερμουάρ ή αυτοκόλλητα για να μπορεί ο ασθενής να το φοράει μόνος του πιο εύκολα.
- Διατηρείται συγκεκριμένο πρόγραμμα για την χρήση της τουαλέτας και του λουσίματος, καθώς και ποιες είναι οι ώρες του ύπνου και του φαγητού. Αν ξεφύγει από το πρόγραμμα του μπορεί να αγχωθεί ή να θυμώσει.
- Να δίνεται άφθονος χρόνος στην προετοιμασία του ασθενούς, γενικά στο οτιδήποτε που κάνει, δεν χρειάζεται βιασύνη.
- Αν δει πως ο ασθενής παρουσιάζει κάποια κενά στην εκτέλεση μιας πράξης, γίνεται επανάληψη της διαδικασίας, βήμα-βήμα για να φρεσκάρει την μνήμη του.

3.10.6 Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην φροντίδα αυξημένου κινδύνου για τραυματισμό που σχετίζεται με πτωχή μνήμη, δραστηριότητα, κρίση και αυτοέλεγχο, ασταθής βάδιση.

Μερικές φορές, χωρίς να το θέλουν οι ασθενείς με νόσο Alzheimer (και γενικότερα τα άτομα με άνοια) αυτοτραυματίζονται. Ο τραυματισμός αυτός οφείλεται σε έλλειψη προσοχής του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκονται και στην συχνή έκπτωση μνήμης. Ακόμη, και την ώρα μιας δραστηριότητας χάνεται σε σκέψεις, οι οποίες αποπροσανατολίζουν τον ασθενή με αποτέλεσμα να τραυματιστεί. Για παράδειγμα, την ώρα που ο ασθενής ζωγραφίζει χάνεται και τραυματίζεται με το μολύβι στο χέρι (Osborn et al., 2013).

Σε τέτοιες καταστάσεις, οι νοσηλευτικές πράξεις που εφαρμόζονται είναι (Osborn et al., 2013 :Lemone et al., 2014: Dewit, 2009: Dewit, 2013):

- Όταν κάποιες από τις αισθήσεις του ασθενή δεν λειτουργούν σωστά, όπως η όραση ή η ακοή, να δίνονται γυαλιά για μια καλύτερη εικόνα των πραγμάτων

που βρίσκονται γύρω τους, και να απευθύνεται στον ασθενή με πιο δυνατή φωνή και πιο κατανοητές λέξεις, ώστε να ακούει καλύτερα.

- Αν εμφανίζει πρόβλημα στην βάδιση, υπάρχουν διάφορες βοηθητικές συσκευές.
- Απομακρύνονται αιχμηρά αντικείμενα από το περιβάλλον του ασθενούς, καθώς και φάρμακα σε περίπτωση που θέλει να βλάψει τον εαυτό του. Να διατηρούνται οι χώροι όπου κυκλοφορεί ελεύθεροι από διάσπαρτα αντικείμενα και άλλα εμπόδια.
- Τοποθετούνται περίπλοκες κλειδαριές στις πόρτες, σε περίπτωση που θέλει να φύγει και αρχίζει να περιπλανιέται στους δρόμους.
- Πάντα να υπάρχει στα ρούχα του γραμμένο κάπου το ονοματεπώνυμο του ή να φοράει ένα βραχιόλι με τα στοιχεία του, σε περίπτωση που χαθεί και τον βρει κάποιος.
- Ενημέρωση των γειτόνων, σε περίπτωση που δουν τον ασθενή να προσπαθεί να φύγει ή να περιπλανιέται στους δρόμους.
- Δίνεται προσοχή στην ψυχολογική κατάσταση που βρίσκεται ο ασθενής, ώστε να αποφεύγονται πιθανοί αυτοτραυματισμοί ή εμφάνιση βίαιης συμπεριφοράς.

3.10.7 Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φαρμακευτική αγωγή

Μια από τις πολλές ευθύνες που αναλαμβάνει ο νοσηλευτής είναι και η ευθύνη των φαρμάκων που λαμβάνει ο ασθενής. Η φαρμακευτική αγωγή δεν θα επαναφέρει την μνήμη του ασθενούς, απλά θα καθυστερήσει την έκπτωση της μνήμης δίνοντας περισσότερα χρόνια ζωής και μια καλύτερη κλινική εικόνα. Για να χορηγηθούν τα φάρμακα θα πρέπει ο νοσηλευτής να γνωρίζει μήπως ο ασθενής έχει αλλεργίες ή παρουσιάσει παρενέργειες από τις ουσίες που περιέχουν τα φάρμακα, ώστε να γίνει έγκαιρα η διακοπή τους και να δοθεί νέα φαρμακευτική αγωγή. Η υπνηλία, η τάση για έμετο, το άλγος στο στομάχι θεωρούνται παρενέργειες των φαρμάκων για αυτό και διακόπτονται. Ακόμη, τα φάρμακα πρέπει να δίνονται πάντα την ίδια ώρα, κάθε μέρα όπως λένε οι οδηγίες του γιατρού. Και τέλος, να ενημερώνεται η οικογένεια του ασθενούς για τα φάρμακα που λαμβάνει το πρόσωπο τους, δηλαδή να τους δώσει οδηγίες για το πώς χορηγούνται, πότε και πόσο, και αν παρατηρήσουν κάποια

ανεπιθύμητη ενέργεια να ενημερώσουν τον ιατρό τους ή τον φαρμακοποιό τους (Dewit, 2009; Dewit, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Το είδος της έρευνας

Το είδος της έρευνας στην συγκεκριμένη εργασία είναι δευτερογενής έρευνα. Δευτερογενής θεωρείται η έρευνα που βασίζεται πάνω σε μελέτες άλλων πρωτογενών ερευνών, οι οποίες έχουν ήδη συλλέξει στοιχεία και τα έχουν αξιολογήσει. Οι μελέτες αυτές μπορούν να βρεθούν σε ηλεκτρονική μορφή μέσω διαδικτύου ή σε επιστημονικά περιοδικά.

Το ερευνητικό ερώτημα που θα τεθεί εδώ είναι ποια είναι η ψυχολογική κατάσταση ενός φροντιστή ή οικογενειακού φροντιστή με ασθενή νόσου Alzheimer. Πιο συγκεκριμένα το ερευνητικό ερώτημα είναι: «Η ψυχική κόπωση ενός φροντιστή ή οικογενειακού φροντιστή με ασθενή νόσου Alzheimer».

4.2 Περιγραφή δείγματος

Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε αποτελείται από 10 επιστημονικά άρθρα στην αγγλική γλώσσα, τα οποία είναι δημοσιευμένα τα τελευταία πέντε χρόνια (2015-2020) στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar.

4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Για την συλλογή των νεότερων ερευνητικών δεδομένων πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντικαταβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας, δηλαδή να έχουν σχέση με το Alzheimer, να αφορούν τους φροντιστές των ασθενών αυτών και τα άρθρα να είναι διαθέσιμα για το κοινό (free access).

4.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar προκειμένου να βρεθούν οι νεότερες πληροφορίες σχετικά με το ποια είναι η ψυχολογική κατάσταση ενός φροντιστή ή οικογενειακού φροντιστή με ασθενή νόσου Alzheimer. Όλες οι λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν ήταν στην αγγλική γλώσσα. Ξεκινώντας την αναζήτηση, πήγα στην σύνθετη αναζήτηση. Αρχικά, οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποίησα ήταν “mental drain of caregivers with patients of Alzheimer’s disease”, για ακριβή φράση “burden OR Alzheimer’s disease”, για τουλάχιστον μια από τις λέξεις “caregivers OR family caregivers”, για άρθρα που έχουν δημοσιευτεί σε “nursing” και για ημερομηνίες “2015-2020”. Το αποτέλεσμα ήταν 14 άρθρα από τα οποία μόνο τα πέντε απαντούσαν στο ερευνητικό μου ερώτημα. Για τον λόγο αυτό έκανα πολλές προσπάθειες να περιορίσω τα άρθρα χρησιμοποιώντας διάφορες λέξεις κλειδιά όπως mental drain, emotional drain, mental state, stress ή mental condition, αλλά πάντα ο αριθμός των επιθυμητών άρθρων για αυτές τις χρονολογίες ήταν τέσσερα με πέντε. Έτσι, αποφάσισα να πάρω από μια άλλη αναζήτηση που είχε 572 άρθρα, ενδεικτικά 10 από αυτά. Η αναζήτηση αυτή είχε ως λέξεις κλειδιά “burden of caregivers with patients of Alzheimer’s disease”, ως ακριβή φράση “Alzheimer’s disease OR stress”, για τουλάχιστον μια από τις λέξεις “caregivers OR family caregivers”, για άρθρα που έχουν δημοσιευτεί σε “nursing” και για ημερομηνίες “2015-2020”. Πριν γίνει η επιλογή τους, ελέγχθηκαν τα αποτελέσματα τους, οι περιλήψεις και το θέμα της έρευνας. Τα 10 αυτά άρθρα θα αναλυθούν πιο συγκεκριμένα για τα κύρια χαρακτηριστικά τους και τα αποτελέσματα τους στις παρακάτω υποενότητες (Πίνακας 1).

4.5 Επιλογή μελετών και σύνθεση δεδομένων

α/α	Συγγραφέας, έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κύρια ευρήματα
1	Bekhet. & Sjostedt, 2017, USA.	Ποσοτική	Σκοπός της μελέτης είναι να αποδείξει με βάση την θεωρία της	Κύρια ευρήματα έδειξαν πως υπήρχαν φροντιστές που είχαν

			ανθεκτικότητας πως οι φροντιστές, ανάλογα με την δυσκολία του περιστατικού (άνοια), διαχειρίζονται την κατάσταση και αν όλη αυτή η διαδικασία τους επηρεάζει ψυχικά και σωματικά.	επηρεαστεί αρνητικά (ψυχολογικά και σωματικά) από την διαδικασία της φροντίδας και φροντιστές που δεν είχαν κανένα θέμα.
2	Tang,. et al., 2018, USA.	Ποσοτική	Σκοπός της μελέτης είναι να δουν αν υπάρχουν διαφορές στις ανάγκες των φροντιστών με ασθενείς Alzheimer σε σύγκριση με φροντιστές ασθενών χρόνιων νοσημάτων.	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι όλοι οι φροντιστές ανεξαρτήτως του περιστατικού είχαν την ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη.
3	Silva et al., 2018, Brazil.	Ποιοτική	Σκοπός της μελέτης είναι να δει πως οι οικογενειακοί φροντιστές επηρεάζονται από την διαδικασία της φροντίδας ενός ασθενή με Alzheimer, χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο.	Κύρια ευρήματα έδειξαν πως οι οικογενειακοί φροντιστές είχαν κουραστεί ψυχολογικά και σωματικά από την διαδικασία αυτή και χρειαζόντουσαν οπωσδήποτε υποστήριξη από κάποιον φορέα, αλλά δεν την είχαν.
4	Liu et al., 2016, China.	Ποιοτική	Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση	Κύρια ευρήματα έδειξαν πως αρκετοί

			του φόρτου εργασίας των φροντιστών με ασθενείς Alzheimer και των παραγόντων που τους επηρεάζουν.	φροντιστές εμφάνιζαν συμπτώματα κατάθλιψης, διαταραχή στον ύπνο και σωματική κόπωση με την πάροδο του χρόνου.
5	Czekanski, 2017. Philadelphia, USA.	Ποιοτική	Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση εμπειριών μελών οικογένειας με ασθενή που πάσχει από Alzheimer, οι οποίοι αναγκάστηκαν να πάρουν τον ρόλο του οικογενειακού φροντιστή.	Κύρια ευρήματα έδειξαν πως όσο περνούσε ο καιρός οι οικογενειακοί φροντιστές είχαν κουραστεί από την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών αυτών.
6	Chan. 2019, Malaysia.	Ποσοτική	Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνησει το πόσο επιβαρύνει η διαδικασία της φροντίδας ενός ασθενή με Alzheimer τον οικογενειακό φροντιστή σε σύγκριση άλλες ομάδες.	Κύρια ευρήματα έδειξαν αρνητικά αποτελέσματα από την λήψη των ερωτηματολογίων. Περίπου το 77% των φροντιστών παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα άγχους και διαταραχές στην ψυχική τους υγεία.
7	Martins de Araujo, et al., 2017, Brazil.	Ποιοτική	Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της επίπτωσης φροντίδας ασθενή με	Κύρια ευρήματα έδειξαν πως οι φροντιστές είχαν επιβαρυνθεί ψυχικά και σωματικά από την

			Alzheimer στην ζωή ενός φροντιστή.	διαδικασία της φροντίδας γιατί είχαν ελλείψεις σε γνώσεις για την φροντίδα και την ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζονταν.
8	de Souza et al., 2020, Brazil.	Ποιοτική	Σκοπός της μελέτης είναι να αναλύσει τις αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής των φροντιστών που φροντίζουν ηλικιωμένους που πάσχουν από Alzheimer.	Κύρια ευρήματα έδειξαν πως η ποιότητα ζωής των φροντιστών μπορεί να βελτιωθεί αν απευθυνθούν για βοήθεια σε διάφορους φορείς υποστήριξης, όπως υπάρχουν τα κυβερνητικά προγράμματα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών.
9	Gehrman et al., 2018. Pennsylvania, USA.	Ποσοτική	Σκοπός της μελέτης είναι να δει πως οι διαταραχές ύπνου ενός ασθενή με Alzheimer μπορεί να επηρεάσει τον φροντιστή του.	Κύρια ευρήματα έδειξαν (με βάσει άλλων μελετών και ερωτηματολογίων) ότι η διαταραχή ύπνου του ασθενή επηρεάζει ψυχολογικά τον φροντιστή, ο οποίος δείχνει πιο κουρασμένος και δεν αποδίδει καλά στην διαδικασία της φροντίδας.

10	Shafiezadeh et al., 2020, Iran.	Ποσοτική	Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί από πού οφείλεται η παρουσία του άγχους και της κατάθλιψης σε φροντιστές με ασθενείς Alzheimer.	Κύρια ευρήματα έδειξαν πως αρκετοί φροντιστές είχαν κενά πάνω στις γνώσεις που χρειαζόταν να έχουν για την νόσο με αποτέλεσμα να τους επηρεάζει ψυχολογικά, καθώς και ο αρκετός χρόνος με τον ασθενή τους κουράζει.
-----------	---------------------------------	----------	---	---

Πίνακας 1. Κύρια χαρακτηριστικά των άρθρων που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ/ΕΥΡΗΜΑΤΑ

5.1 Ανάλυση των δεδομένων

Σε αυτό το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας, θα γίνει αναλυτική αναφορά για τα δέκα άρθρα που βρέθηκαν για το ερευνητικό ερώτημα. Πιο συγκεκριμένα, κάθε άρθρο έχει διαβαστεί και αναλυθεί με αποτέλεσμα να συλλεχθούν τα στοιχεία που χρειάζονται. Όλα τα άρθρα αφορούν την ψυχολογική κατάσταση ενός φροντιστή ή οικογενειακού φροντιστή με ασθενή νόσου Alzheimer. Έτσι με βάση το περιεχόμενο τους έχουν χωριστεί σε υποενότητες. Υπάρχουν πέντε υποενότητες: 1) έρευνες που βασίστηκαν πάνω σε ερωτηματολόγια και εργαλεία, 2) η ψυχολογική κατάσταση ενός φροντιστή με ασθενή Alzheimer σε σύγκριση με φροντιστή χρόνιων νοσημάτων, 3) ο ρόλος της κουλτούρας στην ζωή ενός οικογενειακού φροντιστή, 4) πως η διαταραχή ύπνου του ασθενή με Alzheimer επηρεάζει την ψυχολογία του φροντιστή, και 5) συνεντεύξεις από οικογενειακούς φροντιστές.

5.1.1. Έρευνες που βασίστηκαν πάνω σε ερωτηματολόγια και εργαλεία.

Σε μια έρευνα που έγινε στην Κίνα από τους Liu et al., το 2016, η οποία βασίζεται στα ερωτηματολόγια που δόθηκαν σε φροντιστές ασθενών Alzheimer, τα αποτελέσματα τους έδειξαν πως η φροντίδα ενός ασθενή με Alzheimer δεν επηρέασε την ψυχολογική τους κατάσταση. Πιο αναλυτικά, τέθηκαν ερωτήσεις που αφορούσαν την οικονομική τους κατάσταση, την σωματική τους κατάσταση, τον τρόπο ζωής τους και την ψυχολογική τους κατάσταση. Στο κομμάτι της οικονομικής κατάστασης, η πλειοψηφία (85,1%) παραδέχτηκε ότι ήταν στενά οικονομικά λόγω της φροντίδας του ασθενούς και του κόστους της ιατρικής περίθαλψης, αλλά πρέπει να το κάνουν γιατί προέχει η υγεία του αγαπημένου τους ανθρώπου. Ωστόσο, ως προς το σωματικό και ψυχικό κομμάτι δήλωναν πως ήταν ικανοποιημένη με την τρέχουσα ποιότητα ζωής τους και πως δεν θα άλλαζαν τίποτα. Για αυτό και το 96,4% ανέφερε ότι θα ξανά αναλάμβανε μια τέτοια ευθύνη αν χρειαζόταν. Παρόλα αυτά, υπήρχε και ένα μικρό ποσοστό 5,8%

των φροντιστών που είχαν εμφανίσει σημάδια μέτριας έως σοβαρής κατάθλιψης και χαμηλά επίπεδα άγχους. Ένα άλλο 87,7% παρουσίαζαν συμπτώματα υπνηλίας λόγω κούρασης και έλλειψης ύπνου.

Σε άλλη έρευνα που έγινε το 2018, στην Βραζιλία από τους Silva et al., μέσω συνεντεύξεων με οικογενειακούς φροντιστές ασθενών νόσου Alzheimer, τα αποτελέσματα έδειξαν πως η φροντίδα ενός τέτοιου ατόμου μπορεί να επηρεάσει την ζωή ενός φροντιστή σε διάφορους τομείς, έχοντας θετικές ή αρνητικές επιπτώσεις. Οι περισσότεροι οικογενειακοί φροντιστές που συμμετείχαν ήταν γυναίκες και είχαν πρώτου βαθμού συγγένεια με τον ασθενή, καθώς και περίπου το 50% αυτών είχαν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η εκπαίδευση του οικογενειακού φροντιστή παίζει σημαντικό ρόλο για την φροντίδα ενός ασθενή, διότι μέσα από τις συνεντεύξεις διαπιστώθηκε πως αυτοί που δεν είχαν αρκετές γνώσεις πάνω στο θέμα δυσκολεύτηκαν αρκετά να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα στον ασθενή αυτόν. Εκτός, της έλλειψης γνώσεων, ένα άλλο βασικό πρόβλημα ήταν (με βάσει την πλειοψηφία των φροντιστών) η έλλειψη βοήθειας από την ίδια την οικογένεια και τους επαγγελματίες υγείας. Το βάρος όλης αυτής της δουλειάς δημιουργούσε συναισθήματα ανησυχίας, άγχους, ευθύνης, λύπης και στοργής λόγω της κατάστασης στην οποία βρισκόταν το μέλος της οικογένειας τους. Όσο εξελισσόταν η νόσος τόσο πιο δύσκολα γινόντουσαν τα πράγματα για τους οικογενειακούς φροντιστές, λόγω των νέων προβλημάτων που δεν ήξεραν πώς να τα αντιμετωπίσουν. Κάποιες φορές δεν ξεχώριζαν αν αυτό οφείλεται από τα γηρατειά ή από την νόσο. Με λίγα λόγια, είναι μια κουραστική και αγχωτική διαδικασία για εκείνον που αναλαμβάνει την ευθύνη φροντίδας ενός ασθενή με άνοια.

Την ίδια χρονιά, η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τις Bekhet και Sjostedt, το 2018, βασιζόμενη σε ερωτηματολόγια για τους φροντιστές ασθενών με άνοια αποδεικνύει ότι οι φροντιστές αυτοί έχουν από ανάγκη για ψυχολογική υποστήριξη, όχι μόνο από επαγγελματίες υγείας, αλλά και από τους γύρω τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν πως η φροντίδα ενός ασθενή με άνοια δεν είναι και τόσο εύκολη, καθώς υπάρχουν πάρα πολλές ευθύνες και δουλειές που πρέπει να γίνουν. Οι φροντιστές αυτοί αφιερώνουν τον περισσότερο χρόνο τους με τον ασθενή, αγνοώντας τις δικές τους ανάγκες και τον χρόνο που χρειάζεται να αφιερώσουν για τον εαυτό τους. Με την πάροδο του χρόνου διάφορα συναισθήματα δημιουργούνται, όπως στεναχώρια και κούραση, νιώθουν ότι χάνουν χρόνια από την ζωή τους. Μερικοί από τους φροντιστές

δεν αντιλαμβάνονται πως χρειάζονται, εκτός από τον ασθενή, και οι ίδιοι βοήθεια. Έτσι, με την πάροδο του χρόνου εμφανίζονται υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και σωματική εξάντληση.

Στην Μαλαισία, το 2019, έγινε μια έρευνα από τους Chan et al., η οποία βασισμένη στην κλίμακα μέτρησης CSI για την ψυχολογική κατάσταση ενός ατόμου απέδειξε πως η ψυχολογία ενός φροντιστή ασθενούς Alzheimer εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και όχι μόνο από έναν. Βάσει των αποτελεσμάτων, το 77,7% των συμμετεχόντων φροντιστών είχαν υψηλό επίπεδο άγχους και τάση για κατάθλιψη. Μια από τις αιτίες ήταν το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο του φροντιστή και η έλλειψη γνώσεων. Ως άλλη αιτία δηλώνεται ο παρατεταμένος χρόνος και χρόνια που αφιερώθηκαν στην φροντίδα αυτού του ατόμου. Επίσης, το υπερβολικό φόρτο εργασίας που αναλάμβαναν μόνοι τους χωρίς καμία βοήθεια από άλλα μέλη της οικογένειας ή από κάποιον ειδικό τους ξεθέωνε. Όλο αυτό το βάρος τους έριχνε την ψυχολογία. Ένιωθαν πως δεν μπορούσαν να στηριχθούν από πουθενά και κάποιες φορές ένιωθαν εγκλωβισμένοι στο ίδιο τους το σπίτι. Γυναίκες φροντιστές ανέφεραν πως υπήρχε μια συναισθηματική επιβάρυνση, ενώ οι άνδρες φροντιστές έβλεπαν πιο θετικά τα πράγματα, θεωρώντας της όλη διαδικασία ως μια στρατηγική προσανατολισμένη στην εργασία.

5.1.2 Η ψυχολογική κατάσταση ενός φροντιστή με ασθενή Alzheimer σε σύγκριση με φροντιστή χρόνιων νοσημάτων.

Η μελέτη των Tang et al., (2018) ήταν μια δευτερογενής έρευνα που είχε ως στόχο να δει σε τι κατάσταση βρίσκονταν, ψυχολογικά και σωματικά, φροντιστές με ασθενείς νόσου Alzheimer σε σύγκριση με φροντιστές ασθενών με χρόνια νοσήματα, και αν υπήρχαν διαφορές μεταξύ τους. Η έρευνα αυτή βασίστηκε πάνω σε ερωτηματολόγια, όπου οι ερωτήσεις είχαν σχέση με το αν το άτομο αυτό φροντίζει κάποιο δικό του πρόσωπο ή φίλο που έχει πρόβλημα υγείας, αν το άτομο που φρόντιζαν έπασχε από Alzheimer ή από άλλο χρόνιο νόσημα (ώστε να μπορέσουν να χωρίσουν τους συμμετέχοντες σε φροντιστές με Alzheimer και μη), αν ο ίδιος ο φροντιστής χρειάστηκε ποτέ βοήθεια και άλλες πολλές ερωτήσεις που έχουν να κάνουν με τον τρόπο που λειτουργούσε ως φροντιστής. Αρχικά, το δείγμα των συμμετεχόντων ήταν 50.000, από αυτούς μόνο οι 4.033 κατάφεραν να παραδώσουν ολοκληρωμένα πίσω τα ερωτηματολόγια. Αυτοί οι 4.033 περιορίστηκαν σε 650, οι οποίοι

αυτοπροσδιορίστηκαν ότι παρέχουν τακτική φροντίδα ή βοήθεια σε φίλο ή οικογενειακό μέλος της οικογένειας με χρόνια πάθηση υγείας ή αναπηρία. Από το τελικό αυτό αριθμό συμμετεχόντων το 11.6% φρόντιζε άτομα με Alzheimer και το 81% φρόντιζε άτομα με άλλες χρόνιες παθήσεις.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τα αποτελέσματα και οι δυο ομάδες είχαν άτομα που είχαν δηλώσει πως έχουν προβλήματα υγείας. Αρκετοί είχαν δηλώσει πως δεν υπήρξε κανένα πρόβλημα με την υγεία τους, πως ο μόνος λόγος για να επισκεφτούν τον γιατρό ήταν απλά για ένα check-up και πως η σχέση τους με την φροντίδα του ασθενή δεν τους επηρέαζε στην καθημερινότητα τους. Από την άλλη πλευρά, τα προβλήματα υγείας που είχαν αναφέρει τα άτομα εκείνα (φροντιστές με Alzheimer και μη) ήταν υψηλή πίεση, κατάθλιψη, χρόνιος πόνος, άγχος και αυπνία. Σχεδόν οι μισοί από αυτούς επισκέφτηκαν κάποιον γιατρό. Το 79,5% των φροντιστών με χρόνια πάθηση δεν επισκέφτηκε κανέναν γιατρό, ενώ οι περισσότεροι από τους φροντιστές με Alzheimer δήλωσαν πως πήγαν. Όσοι φροντιστές κατέφυγαν στην βοήθεια του γιατρού ανέφεραν πως ο λόγος για τον οποίο πήγαν ήταν επειδή η φροντίδα ενός ατόμου με πρόβλημα υγείας μετά από κάποιο σημείο τους επηρέαζε σωματικά και ψυχικά. Μάλιστα, αρκετοί από τους συμμετέχοντες παραδέχονταν πως η φροντίδα ενός τέτοιου ατόμου επηρεάζει την καθημερινότητα τους για αυτό και αποφάσισαν να απευθυνθούν σε ειδικό. Σε άλλα ερωτήματα που τυπώθηκαν που είχαν σχέση με τον τύπο παροχής βοήθειας στον ασθενή, περίπου το 30% των φροντιστών με Alzheimer δήλωσε πως αναλάμβανε ευθύνες για τις καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή, όπως η σίτιση του αρρώστου, να παίρνει τα χάπια του, να τον βοηθάει και να του υπενθυμίζει να κάνει μόνοι του απλές κινήσεις/πράξεις και άλλα πολλά. Για τους φροντιστές των χρόνιων νοσημάτων μόνο το 17% δήλωσε πως αναλάμβανε τέτοιες ευθύνες και αν χρειαζόταν. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά ανάμεσα στους φροντιστές με ασθενείς νόσου Alzheimer σε σύγκριση με φροντιστές με ασθενείς χρόνιων νοσημάτων. Όλοι οι φροντιστές πράττουν το ίδιο λειτουργήμα και έχουν τις ίδιες ανάγκες ασχέτως με το περιστατικό που έχουν αναλάβει.

5.1.3. Ο ρόλος της κουλτούρας στην ζωή ενός οικογενειακού φροντιστή. (Παραδείγματα από άλλες χώρες)

Παράδειγμα 1

Το 2020 στο Ιράν πραγματοποιήθηκε μια μελέτη από τους Shafieezadeh et al., με θέμα η ψυχική κατάσταση φροντιστών με ασθενείς νόσου Alzheimer. Η μελέτη αυτή βασίστηκε πάνω σε πληροφορίες που συλλέχθηκαν από τους συμμετέχοντες και επιστημονικά εργαλεία (ερωτηματολόγια), το BAI (απογραφή άγχους Beck) και το BDI (απογραφή Beck Depression Inventory). Οι πληροφορίες που συλλέξαν ήταν από ασθενείς με νόσο Alzheimer και τους φροντιστές τους. Αφορούσαν το φύλο τους, την ηλικία τους, το επίπεδο μόρφωσης τους, ο τόπος διαμονής των φροντιστών και άλλα πολλά σε σχέση με τον τρόπο ζωής τους. Τα εργαλεία BAI και BDI που χρησιμοποιήθηκαν είναι ερωτηματολόγια όπου με βάσει κάποιων αλγορίθμων έλεγχαν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης του ατόμου, πιο συγκεκριμένα, έλεγχαν την συναισθηματική/ψυχολογική επιβάρυνση, την χρονική εξάρτηση και την σωματική επιβάρυνση του ατόμου.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μέση ηλικία των φροντιστών ήταν 56 έτη και 77 έτη των ασθενών. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες φροντιστές ήταν γυναίκες και ζούσαν με τους ασθενείς, ήταν δηλαδή μέλη της οικογένειας. Γυναίκες: σύζυγος, αδερφή ή κόρη δήλωναν πως έχουν την ευθύνη, πως είναι χρέος τους να φροντίσουν μόνο αυτές το μέλος της οικογένειας που νοσούσε και πως σπάνια κάποιος άνδρας θα αναλάμβανε μια τέτοια ευθύνη. Το χαρακτήρισαν ως μια από τις πολλές ευθύνες της νοικοκυράς του σπιτιού. Ακόμη, οι περισσότεροι ασθενείς ήταν γυναίκες και ο επιπολασμός της μέτριας έως της σοβαρής άνοιας μεταξύ των ασθενών ήταν 19% και 57,8% αντίστοιχα. Έτσι, ανάλογα με το φύλο του φροντιστή, την ηλικία, την σχέση με τον ασθενή και την σοβαρότητα της άνοιας του ασθενή εξαρτιόταν η συνολική βαθμολογία της επιβάρυνσης του φροντιστή.

Ένας από τους βασικούς παράγοντες, η συναισθηματική/ψυχολογική επιβάρυνση, έδειξε στα αποτελέσματα ότι αρκετά μέλη της οικογένειας που αναλάμβαναν τον ρόλο του οικογενειακού φροντιστή αναγκάζονταν να παρέχουν άτυπη φροντίδα μόνο τους στους ασθενείς χωρίς καμία εκπαίδευση, προσανατολισμό ή υποστήριξη από επαγγελματίες υγείας. Χωρίς της απαραίτητες γνώσεις παίρνανε μόνοι τους την πρωτοβουλία για το πώς θα αντιμετωπίσουν το πρόβλημα που θα προέκυπτε. Σύμφωνα

με τα μοντέλα BAI και BDI τέτοιες καταστάσεις αυξάνουν τις πιθανότητες να αποκτήσει το άτομο (ο φροντιστής) ψυχολογικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, συμπτώματα έντονου άγχους και χαμηλή ποιότητα ζωής. Διότι, είναι πολύ δύσκολο για ένα άτομο χωρίς τις γνώσεις που χρειάζεται να αναλάβει μια τέτοια ευθύνη, όχι μόνο κάνει κακό στον ίδιο, αλλά και στον ίδιο τον ασθενή.

Ο δεύτερος παράγοντας έλεγχε πόσο χρόνο στην καθημερινότητα του αφιέρωνε ο φροντιστής στον ασθενή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αυτό εξαρτάται από την σοβαρότητα της ασθένειας του ασθενούς και το πόσο συμμετέχει ο φροντιστής στην φροντίδα του ασθενούς, δηλαδή πόση προσοχή δίνει και στον αριθμό των καθηκόντων που εκτελούνται. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωναν πως δεν υπήρχε καθόλου χρόνος για να αφιερώσουν στον εαυτό τους, αφού όλη τους η μέρα χανόταν σε δουλειές του σπιτιού και στην συνεχή παρακολούθηση και φροντίδα του ασθενούς μέλους.

Ο τρίτος και ο τελευταίος παράγοντας βασιζόταν στα αποτελέσματα που έδειχναν την σωματική επιβάρυνση και σωματικές διαταραχές που παρουσίαζε ο φροντιστής. Η σωματική κατάσταση εξαρτιέται από την υγεία του ίδιου του φροντιστή, αλλά και από την υγεία του ασθενή. Όσο πιο βαρύ είναι το περιστατικό, τόσο πιο πολύ κουράζεται σωματικά ο οργανισμός του φροντιστή λόγω του φόρτου εργασίας που έχει αναλάβει. Και, πάλι, οι περισσότεροι συμμετέχοντες, γυναίκες, δήλωσαν πως τους είναι πολύ δύσκολο να ασχολούνται με το σπίτι και με τον ασθενή, γιατί εκτός από ψυχικά, κουράζονται και σωματικά.

Παράδειγμα 2

Στην Βραζιλία το 2020, η Souza et al., αποφάσισαν να κάνουν μια έρευνα πάνω στην ποιότητα ζωής ενός φροντιστή ή οικογενειακού φροντιστή με ασθενή νόσου Alzheimer. Η μελέτη αυτή στηρίχτηκε στις συνεντεύξεις των συμμετεχόντων, όπου σύμφωνα με τους ερωτήσεις που διατυπώθηκαν και οι απαντήσεις που δόθηκαν χώρισαν τα αποτελέσματα σε δυο βασικές κατηγορίες. Η μια κατηγορία αφορούσε στην οικογενειακή στήριξη που λαμβάνει το ηλικιωμένο άτομο που πάσχει από Alzheimer και η άλλη κατηγορία στο βάρος του εκτεταμένου φόρτου εργασίας του φροντιστή. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η μελέτη συμμετείχαν 31 γυναίκες και 1 άνδρας με μέση ηλικία 54 ετών (34-79 ετών). Από τους συμμετέχοντες όλες οι γυναίκες ήταν ή μέλος της οικογένειας ή οικογενειακή φίλη ή γνωστή της οικογένειας, ενώ ο

άνδρας ήταν επίσημα, εκπαιδευμένος φροντιστής. Ακόμη, όλοι οι συμμετέχοντες της έρευνας αυτής δήλωσαν από την αρχή πως η φροντίδα του ηλικιωμένου με Alzheimer ήταν η μόνη τους δουλειά, δηλαδή δεν ασχολούνταν με τίποτα άλλο παρά μόνο με την φροντίδα αυτού του ατόμου. Το μέσο χρονικό διάστημα που αφιερώνουν αυτοί οι άνθρωποι για τους ασθενείς αυτούς είναι περίπου 20 ώρες, από 8 έως 24 ώρες.

Τα αποτελέσματα της κατηγορίας που αφορούσαν την οικογενειακή υποστήριξη ως προς το ασθενούς μέλος της οικογένειας βγήκαν αρκετά θετικά. Σύμφωνα πάντα με τα λεγόμενα των συμμετεχόντων φροντιστών, τα μέλη της οικογένειας έβλεπαν θετικά στην ιδέα να βοηθήσουν το άτομο της οικογένειας τους που τους έχει ανάγκη. Τον ρόλο του φροντιστή, συνήθως, τον αναλάμβανε κάποιο μέλος της οικογένειας, όπως η κόρη, η νύφη, η σύζυγος ή ο γιός. Λόγω του οικονομικού προβλήματος της χώρας, όταν το μέλος της οικογένειας που ήταν υπεύθυνο για την φροντίδα του ηλικιωμένου δεν μπορούσε να εκτελέσει τον ρόλο του φροντιστή και επειδή δεν υπήρχαν τα χρήματα για να προσλάβουν κάποιο ειδικό, καλούνταν άλλα μέλη της οικογένειας, φίλοι ή γείτονες για να εκπληρώσουν τα καθήκοντα του φροντιστή. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν οικογενειακοί φροντιστές και δήλωσαν πως χωρίς την υποστήριξη της οικογένειας δεν θα τα κατάφερναν, γιατί η παροχή βοήθειας από την οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο στην ζωή του φροντιστή. Χάρη την βοήθεια αυτή, οι φροντιστές έβρισκαν λίγο χρόνο για τον εαυτό τους, ξεκουραζόντουσαν ή έκανες δουλειές που δεν μπορούσαν να κάνουν λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας τους ως φροντιστές. Ακόμη, αρκετοί ανέφεραν πως η στήριξη αυτή τους βοηθάει στην αντιμετώπιση σωματικών, συναισθηματικών και ψυχικών στρεσογόνων παραγόντων, όπως είναι το άγχος. Διότι, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν έλαβαν ποτέ καμία ειδική εκπαίδευση για το πώς να φροντίζουν άτομα με άνοια.

Ως προς την άλλη κατηγορία που αφορά το βάρος του εκτεταμένου φόρτου εργασίας του φροντιστή, τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι άνθρωποι αυτοί δούλευαν μόνο για την φροντίδα και συνεχή παρακολούθηση του ηλικιωμένου με Alzheimer τουλάχιστον 20 ώρες την ημέρα για 6 ημέρες την εβδομάδα. Σύμφωνα με τις συνεντεύξεις, ήταν υπεύθυνοι για την χορήγηση φαρμάκων, το μαγείρεμα, το τάισμα, το καθάρισμα και την συνεχή παρακολούθηση του ασθενή καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας. Υπήρχαν δηλώσεις από αρκετούς πως δεν μπορούσαν να κάνουν τις βαριές δουλειές λόγω της ηλικίας τους ή του βάρους για αυτό και ζητούσαν βοήθεια από άλλους. Σε άλλα περιστατικά, όπου στο στάδιο Alzheimer στο οποίο βρισκόταν ο ασθενής ήταν πολύ

σοβαρά τα πράγματα, οι φροντιστές έρχονταν να αντιμετωπίσουν νέα προβλήματα, όπως είναι η περιπλάνηση του ασθενούς, η επιθετικότητα, η απότομη αλλαγή στην συμπεριφορά, η κατάθλιψη και άλλα συμπεριφορικά και ψυχολογικά προβλήματα. Όλα αυτά επιβαρύνουν το φόρτο εργασίας του φροντιστή, τον κουράζουν σωματικά και ψυχικά.

Πιο αναλυτικά, μέσα από τις συνεντεύξεις, διαπιστώθηκε πως πολλοί φροντιστές δεν έχουν χρόνο για τον εαυτό τους, ούτε για να ξεκινήσουν κάποιο χόμπι ή να πράξουν μια δραστηριότητα. Εκτός από τον ρόλο του φροντιστή πρέπει να διαχειρίζονται και τους άλλους ρόλους που έχουν ως μητέρες, εργαζόμενες γυναίκες και άλλα. Τα αποτελέσματα δείχνουν πως αυτά τα άτομα δεν έχουν δικιά τους ζωή, αλλά πράττουν σύμφωνα με αυτό που τους επιβάλει η κοινωνία.

5.1.4. Πως η διαταραχή ύπνου του ασθενή με Alzheimer επηρεάζει την ψυχολογία του φροντιστή.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Gehrman et al., η διαταραχή ύπνου του ασθενή με Alzheimer δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής του φροντιστή, σωματικά και ψυχικά. Για να το αποδείξουν αυτό, ξεκίνησαν μια έρευνα στην Πενσυλβάνια, το 2018, με αρχικό δείγμα συμμετεχόντων 203 ζευγάρια φροντιστών/λήπτες φροντίδας (ασθενής με Alzheimer), όπου τελικά μόνο τα 130 ζευγάρια έφτασαν μέχρι το τέλος της έρευνας. Η μελέτη αυτή βασίστηκε στις συνεντεύξεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες και στα εργαλεία μέτρησης της ψυχολογίας που χρησιμοποιήθηκαν, MMSE και Bonferroni. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι πλειονότητα των φροντιστών ήταν γυναίκες και σύζυγοι των ληπτών φροντίδας, δηλαδή ήταν οικογενειακοί φροντιστές. Από την άλλη, περισσότεροι από τους λήπτες ήταν γυναίκες, όπου οι φροντιστές τους ήταν οι ίδιοι τους οι σύζυγοι ή ειδικοί φροντιστές. Σε αυτά τα άτομα, τα αποτελέσματα του μοντέλου MSSE για την κατάθλιψη, έδειξαν πως το 81,4% φροντιστών και λήπτες φροντίδας δεν είχαν εμφανίσει ή έχουν σημάδια κατάθλιψης. Χαρακτήρισαν την ποιότητα ζωής τους ως καλή προς εξαιρετική. Μόνο το 6% των φροντιστών παρουσίασε σημάδια κατάθλιψης και ένα 3% στους λήπτες φροντίδας.

Μέσα από τις συνεντεύξεις, συλλέχθηκαν στοιχεία για τους λήπτες φροντίδας που δήλωναν ποιες ήταν οι μορφές διαταραχής ύπνου που εμφάνιζαν. Οι διαταραχές συνήθως ήταν περιπλάνηση κατά την διάρκεια της νύχτας, ροχαλητό, νυχτερινές

αφυπνίσεις ή υπνηλία πάνω από μια ώρα. Τα χαρακτηριστικά αυτά εμφανιζόντουσαν δύο με τρεις φορές την εβδομάδα, παρόλα αυτά κανένας φροντιστής δεν είχε πρόβλημα (ποιοτικά στην ζωή του) με τις διαταραχές ύπνου των ληπτών. Για αυτό τον λόγο οι ερευνητές για να το αποδείξουν αυτό, χρησιμοποίησαν τα εργαλεία MSSE και Bonferroni για να δουν αν υπάρχει πιθανότητα να επηρεάσουν την ζωή του φροντιστή, βάζοντας επιπλέον διάφορες παραμέτρους, όπως είναι η οικονομική κατάσταση του φροντιστή, η ψυχολογική του κατάσταση και άλλα, και τα αποτελέσματα έδειξαν πως κανένα σύμπτωμα διαταραχής ύπνου δεν μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής του φροντιστή. Ακόμη, σύμφωνα με δηλώσεις των φροντιστών που είχαν ασθενείς Alzheimer με υπνηλία κατάφεραν να βρουν χρόνο για να ξεκουραστούν.

Η μελέτη αυτή αφορά περιστατικά με ασθενείς Alzheimer ήπιου έως μέτριου επιπέδου γνωστικής έκπτωσης. Οι ερευνητές θεωρούν πως αν το περιστατικό είναι πιο σοβαρό, τότε σίγουρα με την πάροδο του χρόνου θα υπάρξουν διαταραχές στην ποιότητα ζωής του φροντιστή ή οικογενειακού φροντιστή.

5.1.5. Συνεντεύξεις από οικογενειακούς φροντιστές.

Στην Βραζιλία, το 2017, πραγματοποιήθηκε μια μελέτη από τους Araujo et al., που είχαν ως στόχο μέσω των συνεντεύξεων οικογενειακών φροντιστών με ασθενείς νόσου Alzheimer να μάθουν πως διαχειρίζονται όλο αυτό το φόρτο εργασίας, σωματικά και ψυχικά. Για την μελέτη αυτή, συμμετείχαν πέντε οικογενειακοί φροντιστές, τέσσερις γυναίκες (κόρες/σύζυγοι) και ένας άνδρας (γιος), ηλικίες 38-62 ετών. Οι ερωτήσεις που τυπώθηκαν είχαν σχέση με το αν ο φροντιστής έχει γνώσεις για την παρούσα ασθένεια, ποια είναι τα συναισθήματα του τώρα που έχει αναλάβει ένα τέτοιο ρόλο, τι δυσκολίες αντιμετωπίζει και πως το αντιμετωπίζει. Οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν θετικές και αρνητικές. Επειδή, ο ασθενής αυτός είναι μέλος της οικογένειας τους νιώθουν αγάπη για αυτό το πρόσωπο, στεναχώρια που τον βλέπουν σε τέτοια κατάσταση, αλλά από την άλλη πλευρά, λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας που έχουν αναλάβει κάποιες φορές νιώθουν αγανάκτηση, κούραση, θυμό και θλίψη. Κανένας τους δεν απευθύνθηκε σε κάποιον επαγγελματία υγείας ή σε κάποιο κέντρο φροντίδας, παρά μόνο στην εκκλησία και στις προσευχές.

Τα αποτελέσματα μέσω των συνεντεύξεων μας δείχνουν, πως ένας λόγος που δημιουργούνται τέτοια αρνητικά συναισθήματα είναι λόγω της έλλειψης γνώσεων για την νόσο Alzheimer. Οι οικογενειακοί φροντιστές δεν γνωρίζουν πολλά για αυτή την νόσο για αυτό δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του ηλικιωμένου με άνοια. Αυτή η έλλειψη οδηγεί όχι μόνο σε χαμηλή ποιότητα ζωής του ασθενή, αλλά και σε χαμηλή ποιότητα ζωής του φροντιστή.

Ένας άλλος λόγος για τα συναισθήματα αυτά είναι το μεγάλο φόρτο εργασίας που έχουν να αναλάβουν, το οποίο εξαρτάται από το στάδιο του Alzheimer στο οποίο βρίσκονται. Όσο πιο σοβαρή είναι η κατάσταση τόσο πιο δύσκολη θα είναι η προσφορά φροντίδας σε αυτόν τον ασθενή. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν πως συχνά δίνουν περισσότερο χρόνο στο ρόλο τους ως φροντιστές παρά στον ίδιο τους τον εαυτό. Αφιερώνουν όλη τους την ενέργεια και χρόνο στο να παρέχουν φροντίδα στον ηλικιωμένο, ξεχνώντας τις δικές του ανάγκες και επιθυμίες. Έτσι, επιβαρύνεται σωματικά και ψυχικά ο φροντιστής με αποτέλεσμα να αλλοιώνεται σιγά-σιγά η ποιότητα ζωής του και η ποιότητα φροντίδας που προσφέρει στον ηλικιωμένο με Alzheimer.

Γενικά, υπάρχουν αρκετές δυσκολίες στην φροντίδα ενός τέτοιου ασθενή κυρίως όταν ο φροντιστής είναι μόνος του και αναλαμβάνει να κάνει τα πάντα, συμπεριλαμβανομένων και τις βαριές δουλειές. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η συναισθηματική και σωματική εξάντληση.

Σε άλλη έρευνα της Czekanski στην Philadelphia, το 2017, συλλέχθηκαν συνεντεύξεις από οικογενειακούς φροντιστές πάνω σε ερωτήσεις που είχαν να κάνουν με την εμπειρία τους ως φροντιστές ατόμων με νόσο Alzheimer. Οι συμμετέχοντες ήταν οκτώ γυναίκες και δύο άνδρες, ηλικίας 21 ετών και άνω, οι οποίοι ήταν υπεύθυνοι για την σωματική, συναισθηματική και πνευματική φροντίδα του λήπτη φροντίδας. Τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων έδειξαν πως υπήρχαν θετικές και αρνητικές στιγμές κατά την φροντίδα αυτού του οικογενειακού μέλους.

Τα θετικά ήταν ότι σαν οικογένεια έρχονται πιο κοντά με αυτό το αγαπημένο τους πρόσωπο και δημιουργείται μια πιο δυνατή σχέση ανάμεσα τους, στην οποία υπάρχει αγάπη, στήριξη και συμπόνια. Κάποιοι από τους οικογενειακούς φροντιστές είχαν τις γνώσεις για το τι είναι η νόσος Alzheimer και ποια είναι τα μέτρα που πρέπει να παρθούν, με αποτέλεσμα να προσφέρουν στον άνθρωπο τους μια σωστή φροντίδα σε

ένα υγιές περιβάλλον. Μάλιστα, μερικοί χαρακτηρίζονταν ως βετεράνοι λόγω την φροντίδας που παρείχαν για αρκετό καιρό και είχαν αναπτύξει μια εξοικείωση με τους επαγγελματίες υγείας, λαμβάνοντας αρκετές γνώσεις από αυτούς. Άλλοι είχαν αφιερώσει τόσο χρόνο στην φροντίδα ενός τέτοιου ατόμου που στο τέλος είχαν αρκετές γνώσεις ώστε να μπορούν να χορηγούν και μόνοι τους τα φάρμακα.

Οι αρνητικές στιγμές που αναφέρονται είναι οι αρνητικές σκέψεις/συναίσθημα που τους δημιουργούνται είτε λόγω του υπερβολικού φόρτου εργασίας που έχουν να αναλάβουν μόνοι τους, είτε λόγω της έλλειψης χρόνου για τον εαυτό τους. Σύμφωνα με τα λεγόμενα τους, κάποιες στιγμές είχαν αμφιβολίες για το αν αυτό που κάνουν είναι σωστό ή όχι, ή αν πρέπει να δώσει τα φάρμακα τώρα ή πιο μετά. Ακόμη, όταν παρατηρούσαν μια σύγχυση ή μια αλλαγή συμπεριφοράς του λήπτη φροντίδας, πίστευαν πως αυτό οφείλεται σε κάποιο δικό τους λάθος, πως δεν ακολούθησαν σωστά το πλάνο φροντίδας. Με λίγα λόγια, ανάλογα με τον χρόνο και τα χρόνια που αφιέρωναν για να φροντίσουν αυτό το άτομο και με βάση την σοβαρότητα της κατάστασης εξαρτιόταν η σωματική και ψυχική υγεία του φροντιστή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ψυχολογία ενός φροντιστή ή οικογενειακού φροντιστή εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και όχι μόνο από έναν. Βάσει της ψυχολογίας του κυμαίνεται η ποιότητα της φροντίδας που θα προσφέρει στον ασθενή με νόσο Alzheimer. Αν η κατάσταση του δεν είναι καλή, τότε η φροντίδα που προσφέρει δεν θα είναι αποτελεσματική. Δεν βλάπτει μόνο τον ασθενή, αλλά και τον ίδιο. Μια κακή ψυχολογία μπορεί να οδηγήσει σε μια σωματική επιβάρυνση, όπως κούραση, πόνος, εξάντληση, και σε μια κακή ποιότητα ζωής. Εάν βρίσκεται σε καλή σωματική, συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση, η απόδοση της φροντίδας στον ασθενή είναι πιο αποτελεσματική/θεραπευτική, αλλά και ο ίδιος είναι πιο υγιής.

Για να καταφέρει να παραμένει ο φροντιστής υγιής, θα πρέπει να έχει στην διάθεσή του αρκετό χρόνο όχι μόνο για τον ασθενή, αλλά και για τον εαυτό του. Η έλλειψη της αυτοφροντίδας επηρεάζει την αποδοτικότητα της φροντίδας του ασθενή και την σωματική και ψυχική υγεία του φροντιστή. Κάθε φροντιστής ή οικογενειακός φροντιστής χρειάζεται τον χρόνο του. Ο χρόνος αυτός μπορεί να είναι στην αφιέρωση του στους άλλους ρόλους που κατέχει εκτός από φροντιστής, όπως είναι ο ρόλος μιας μητέρας ή εργαζόμενης γυναίκας, ή να θέλει να κοινωνικοποιηθεί με άλλα άτομα, τα οποία είναι πιο κοντά στην δικιά του ηλικία, ή να θέλει να πάει ένα μικρό ταξίδι έτσι για αλλαγή παραστάσεων.

Ένα άτομο δεν μπορεί να τα κάνει όλα μόνο του, κυρίως, όταν πρόκειται για την φροντίδα ενός ατόμου που πάσχει από κάποια πάθηση ή αναπηρία, όπως στην δικιά μας περίπτωση από νόσο Alzheimer. Οι γνώσεις που κατέχει ο φροντιστής δεν είναι αρκετές, ώστε να παρέχουν την πλήρη αποτελεσματική φροντίδα. Χρειάζονται βοήθεια/υποστήριξη, η οποία μπορεί να προέρθει από την ίδια την οικογένεια του πάσχοντος ή από εξωτερική βοήθεια όπως οικογενειακοί φίλοι ή από επαγγελματίες υγείας όπως νοσηλεύτες, γιατροί, φυσιοθεραπευτές και άλλα. Με αυτόν τον τρόπο, το μεγάλο φόρτο εργασίας του φροντιστή γίνεται πιο ελαφρύ και πλέον έχει χρόνο να φροντίσει τον εαυτό του, όμως σε μερικές χώρες δεν υπάρχει αυτή η στήριξη. Επίσης, η έλλειψη γνώσεων μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στον φροντιστή σωματικά και

ψυχικά. Ένας φροντιστής με τις απαραίτητες γνώσεις τελειώνει μια εργασία φροντίδας σε λιγότερο χρόνο και χωρίς να σπαταλήσει αρκετή ενέργεια απ' ότι ένας φροντιστής που δεν έχει τις γνώσεις για την πάθηση αυτή.

Μέσα από το ταξίδι της φροντίδας ενός ασθενή με Alzheimer, παρατηρούμε να αποκαλύπτονται διάφορα συναισθήματα από τον φροντιστή. Κυρίως, οι οικογενειακοί φροντιστές που είναι μέλη της οικογένειας, όπως κόρες ή γιοι, νιώθουν ότι έρχονται πιο κοντά με το αγαπημένο του πρόσωπο που αυτή την στιγμή τους έχει ανάγκη. Με την πάροδο του χρόνου η σχέση μεταξύ τους γίνεται πιο στενή και δημιουργείται ένα ευχάριστο, οικείο κλίμα. Από την άλλη, μερικές φορές, υπήρχαν συναισθήματα αγανάκτησης και κούρασης με αυτόν τον τρόπο ζωής. Αυτό οφείλεται στην επαναλαμβανόμενη εξαντλητική ρουτίνα, γιατί όσο περνάει ο καιρός τόσο πιο δύσκολη θα είναι η φροντίδα του ασθενούς λόγω της εξέλιξης της σοβαρότητας της νόσου.

Συμπερασματικά, η ψυχική υγεία ενός φροντιστή ή οικογενειακού φροντιστή εύκολα μπορεί να επηρεαστεί από διάφορους παράγοντες αρνητικά ή θετικά. Αυτό που πρέπει να κάνει, είναι να βρει τον χρόνο για όλους τους ρόλους που κατέχει, ώστε να μπορέσει να υπάρξει μια ισορροπία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Araujo, C., Vieira, D., Barbosa Teles, M., Lima, E. & Oliveira, K., 2017. The repercussions of Alzheimer's disease on the caregiver's life. *Journal of Nursing UFPE*, 11(2).
- Bekhet, A. & Avery, J., 2017. Resilience from the perspectives of caregivers of persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), p. 19-23.
- Chan, E.W.L., Yap, P.S. & Khalaf, Z.F., 2019. Factors associated with high strain in caregivers of Alzheimer's disease (AD) in Malaysia. *Geriatric Nursing*, 40(4), p. 380-385.
- Chancellor, B., Duncan, A. & Chatterjee, A., 2014. Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(1), p. 1-11.
- Cui, M.Y., Lin, Y., Sheng, J.Y., Zhang, X. & Cui, R.J., 2018. Exercise intervention associated with cognitive improvement in Alzheimer's disease. *Neural plasticity*, 2018.
- Czekanski, K., 2017. CE Original Research: The experience of transitioning to a caregiving role for a family member with Alzheimer's disease or related dementia. *AJS, American Journal of Nursing. The Leading Voice of Nursing Since 1900*, 117(9), p.24-32.
- Dewit, S.C., 2009. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης. 2^{ος} τόμος.
- Dewit, S.C., 2013. *Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας*. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. 3^{ος} τόμος.
- Friedman, D.B., et al., 2018. Experiences of caregivers by care recipient's health condition: A study of caregivers for Alzheimer's disease and related dementias versus other chronic conditions. *Geriatric Nursing*, 40(2), p. 181-184.
- Fukui, H., Arai, A. & Toyoshima, K., 2012. Efficacy of music therapy in treatment for the patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2012.
- Gehrman, P., Richards, K., et al., 2018. Impact of Alzheimer disease patient's sleep disturbances on their caregivers. *Geriatric Nursing*, 39(1), p. 60-65.
- Lemone, P., Burke, K. & Bauldoff, G., 2014. *Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Κριτική σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς*. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος. 2^{ος} τόμος.

- Liu, S., Li, C., et al., 2016. Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing. The International Voice of Nursing Research, Theory and Practice*, 26(9-10), p. 1291-1300.
- Morris, J.K., et al., 2017. Aerobic exercise for Alzheimer's disease: A randomized controlled pilot trial. *PloS one*, 12(2).
- Osborn, K., Wraa, C., Watson, A. & Holleran, G., 2013. *Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική. Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική Πρακτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 1^{ος} τόμος.
- Redfern, S. & Ross, F., 2011. *Νοσηλευτική Φροντίδα Ηλικιωμένων*. Κύπρος: Εκδόσεις Broken Hill Publishers LTD.
- Shafieezadeh, A., Heravi-Karimooi, M., Mirzaee, A., Rejeh, N., Nia, H.S., Bandari, R. & Montazeri, A., 2020. Psychometric characteristics of the Iranian caregiver burden inventory (CBI) in caregivers of elderly patients with Alzheimer. *Health and Quality of the life Outcomes*, 18(1), p. 1-7.
- Shah, R., 2013. The role of nutrition and diet in Alzheimer's disease: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), p. 398-402.
- Silva, M., Oliveira Alves, A., Salgueiro, C. & Barbosa, V., 2018. Alzheimer's disease: Biopsychosocial repercussions in the life of the family caregiver. *Journal of Nursing UFPE*, 12(7).
- Souza, M., Silva, D., et al., 2020. Perceptions on the quality of life of caregivers caring for older adults with Alzheimer's disease in Brazil: An urgent need for social and health policies. *International Journal of Studies in Nursing*, 5(4).
- Swartz, M.H., 2013. *Κλινική Διάγνωση. Ιστορικό και Φυσική Εξέταση*. Αθήνα: Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- Βιβιλάκη και συν., 2015. *Εισαγωγή στην Νοσηλευτική Επιστήμη και τη Φροντίδα Υγείας*. Κύπρος: Εκδόσεις Broken Hill Publishers LTD.
- Γιωτάκη, Ε., 2014. *Σύγχρονη Εσωτερική Παθολογία*. Ιωάννινα: Εκδόσεις ΙΔΙΩΤΙΚΗ.
- Λογοθέτης, Γ. & Μυλωνάς, Ι., 2016. *Νευρολογία. Λογοθέτη*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις UNIVERSITY STUDIO PRESS.