



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΤΥΠΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ
ΤΗ ΝΟΣΟ ALZHEIMER ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ**



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ/ ΤΡΙΑΣ: ΒΑΪΑ ΤΣΑΡΑΠΑΤΣΑΝΗ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΟΙΤΗΤΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ: 17365

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ: Δρ. ΙΡΙΣ ΖΑΜΠΡΑ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, 2019

«Η μνήμη δεν είναι μόνο το αποτύπωμα του παρελθόντος επάνω μας. Είναι αυτό που φυλάει ότι είναι σημαντικό από τις πιο βαθιές ελπίδες μας και τους πιο βαθύς φόβους μας.»

Rollo May, Αμερικανός ψυχολόγος, 1909- 1994.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση και την ολοκλήρωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια Δρ. Ίρις Ζαμπίρα για τη πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση για μια σωστή και ολοκληρωμένη πτυχιακή εργασία.

Θέλω να αφιερώσω τη παρούσα πτυχιακή εργασία στην οικογένεια μου που είναι πάντοτε δίπλα μου σε κάθε στιγμή της ζωής μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	10
3.1 ΟΡΙΣΜΟΙ.....	10
3.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	10
3.1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΤΥΠΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ.....	10
3.1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER.....	10
3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	11
3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	11
3.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ- ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	12
3.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	15
3.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	17
3.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	18
3.8 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	19
3.9 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER.....	19
3.10 ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 ΣΚΟΠΟΣ.....	23
4.2 ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ.....	23
4.2.1 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ.....	23
4.2.2 ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ.....	24
4.2.3 ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	24
4.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	27
4.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ.....	30
5.1 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	30
5.1.1 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	31
5.1.2 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	31
5.2 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	32
5.2.1 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	33
5.3 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	34
5.4 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	37

ΒΙΒΛΙΟΦΡΑΦΙΑ.....	39
--------------------------	-----------

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Σύμφωνα με επιστημονικά δεδομένα, υπολογίζεται ότι στις Η.Π.Α. έως το 2030 τα άτομα που θα πάσχουν από τη νόσο Alzheimer θα φτάνουν τον αριθμό των 4,8 εκατομμυρίων και ένας στους τρεις νέους του οποίου οι γονείς θα είναι άνω των 65 ετών θα φροντίζει έναν από τους δύο γονείς του ή και τους δύο οι οποίοι θα πάσχουν από τη νόσο, γεγονός που τονίζει την ανάγκη να υπάρξει επιστημονική και κοινωνική προετοιμασία για την αντιμετώπιση αυτής της ανερχόμενης μάστιγας

Στόχος/Σκοπός: Είναι η παρουσίαση της νόσου Alzheimer, η ανάδειξη των επιπτώσεων στην υγεία των άτυπων φροντιστών των ασθενών αυτών καθώς και του ρόλου του νοσηλευτή.

Μεθοδολογία: Για την συγγραφή της παρούσας εργασίας, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας και το υλικό αποτέλεσαν επιλεγμένα επιστημονικά βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα. Για τη συλλογή των νεότερων δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν οι ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google scholar, με συγκεκριμένο αλγόριθμο και κριτήρια επιλεξιμότητας.

Αποτελέσματα/Ευρήματα: Η συνεχόμενη και μεγάλης διάρκειας παροχή φροντίδας και η ενασχόληση με τον ασθενή έχει ως συνέπεια αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των άτυπων φροντιστών με αποτελέσματα να εκφράζουν χαμηλή ποιότητα ζωής. Τα πιο συχνά προβλήματα που παρατηρούνται είναι το αίσθημα βάρους που νιώθουν οι φροντιστές, η αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης, η δημιουργία άγχους, η σωματική καταπόνηση, ο «κακός» ύπνος και η οικονομική επιβάρυνση.

Συμπεράσματα: Η κακή ποιότητα ζωής των φροντιστών είναι το αποτέλεσμα των αρνητικών επιπτώσεων της υγείας τους (σωματική, ψυχική, κοινωνική, οικονομική). Για να είναι η παροχή φροντίδας αποτελεσματική στους ασθενείς με νόσο Alzheimer αλλά και για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των φροντιστών θα πρέπει να παρέχεται στους φροντιστές βοήθεια από τους επαγγελματίες υγείας καθώς και να υπάρχει πρόσβαση στις κατάλληλες παροχές και υποδομές.

Λέξεις-κλειδιά: Νόσος Alzheimer, φροντιστές ασθενών με νόσο Alzheimer, άτυποι φροντιστές, υγεία.

ABSTRACT

Background: According to scientific data, it is estimated that by 2030, in the United States, people suffering from Alzheimer's disease will reach 4.8 million, one out of three young people whose parents will be over 65 will take care of one them or both that will suffer from Alzheimer's disease. This highlights the need for scientific and social preparation to address this rising scourge.

Purpose /Aim: To present Alzheimer's disease, highlighting the health impact of informal caregivers of these patients as well as the role of the nurse.

Methodology: This thesis is based on review of international literature and the information used has been selected from scientific books and articles published in English and Greek. Specific keywords, boolean operators and eligibility criteria were used at the electronic databases of PubMed, Scopus and Google scholar.

Results: Continued and long-term care provision and patient involvement have a negative impact on the health of informal caregivers that result in poor quality of life. The most common problems that the Alzheimer' disease caregivers face are the feeling of weight, the increase in depression levels, increase of anxiety, physical strain, "bad" sleep and financial burden.

Conclusions: Poor quality of life for non formal caregivers is the result of their effort to provide care to Alzheimer's disease patients (negative physical, mental, social, economic impact). In order for care to be effective in patients with Alzheimer's disease but also to improve the quality of life of caregivers, it is necessary that healthcare professional provide them assistance and to have access to appropriate facilities and infrastructure.

Key words: Alzheimer's disease, caregivers Alzheimer, informal caregivers, health.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία αποτελείται από έξι κεφάλαια. Αναφέρεται στη νόσο Alzheimer αλλά και στις επιπτώσεις στην υγεία των άτυπων φροντιστών των ασθενών με τη νόσο Alzheimer και στον ρόλο του νοσηλευτή. Το πρώτο κεφάλαιο εισάγει τον αναγνώστη στο περιεχόμενο της παρούσας εργασίας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφονται ο σκοπός και οι στόχοι της παρούσας εργασίας. Στο τρίτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας γίνεται πλήρης αναφορά και περιγραφή της νόσου Alzheimer, ενώ παρουσιάζονται και οι συνήθεις νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφονται η στρατηγική ηλεκτρονικής αναζήτησης, τα κριτήρια επιλεξιμότητας των άρθρων, η μέθοδος και η διαδικασία συλλογής των δεδομένων.

Στο πέμπτο κεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των φροντιστών των ασθενών με τη νόσο Alzheimer και στο έκτο κεφάλαιο αναφέρονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των φροντιστών των ασθενών με τη νόσο Alzheimer. Στο τέλος της εργασίας υπάρχει η βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΤΟΧΟΙ & ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Από τη νόσο Alzheimer, υπάρχει πιθανότητα να νοσήσει ο κάθε άνθρωπος αλλά και να βρεθεί από τη πλευρά του φροντιστή έτσι ώστε να βρεθεί αντιμέτωπος να φροντίσει ένα άτομο που πάσχει από τη νόσο. Για το λόγο αυτό οι στόχοι εκπόνησης της συγκεκριμένης εργασίας είναι η μελέτη της νόσου Alzheimer, του νοσηλευτικού ρόλου και η μελέτη των επιπτώσεων στην υγεία των άτυπων φροντιστών που φροντίζουν άτομα με τη νόσο Alzheimer.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

3.1. ΟΡΙΣΜΟΙ

3.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγεία αποτελεί την πληρότητα του ατόμου (Dewit 2013, σελ. 15). Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας (Π.Ο.Υ.) όρισε την υγεία ως την κατάσταση της πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία της ασθένειας ή της αναπηρίας (Dewit 2013, σελ. 16).

3.1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΑΤΥΠΟΥ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗ

Άτυπος φροντιστής των ηλικιωμένων ορίζεται συνηθέστερα ο/η σύντροφος του ατόμου που πάσχει από τη νόσο και χρειάζεται φροντίδα, που συνήθως είναι ηλικιωμένος. Εφόσον, δεσμευτεί ο άτυπος φροντιστής ότι αυτός θα παρέχει τη φροντίδα στο άτομο που τη χρειάζεται τότε τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας ή οι επαγγελματίες φροντιστές υγείας προσφέρουν λιγότερη φροντίδα (Redfern & Ross 2011, σελ. 742).

3.1.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η νόσος του Alzheimer ορίζεται ως μια διαταραχή του εγκεφάλου, με σταδιακή επιδείνωση, η οποία αρχίζει με ελάχιστη απώλεια μνήμης και εξελίσσεται σε ολική αναπηρία και έχει ως κατάληξη το θάνατο (Nies, 2013). Η νόσος του Alzheimer είναι η πιο συχνή μορφή άνοιας. Είναι εκφυλιστική νόσος με εξελισσόμενη πορεία που αφορά το πενήντα τις εκατό των περιστατικών άνοιας σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερα των 65 ετών. Εάν η νόσος εμφανιστεί σε άτομα μικρότερης ηλικίας τότε χαρακτηρίζεται ως πρόιμη άνοια τύπου Alzheimer (Χαρατσή, Γ. Ε. 2014, σελ. 608).

3.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η νόσος αναφέρθηκε και αναλύθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του 14^{ου} αιώνα, πιο συγκεκριμένα το 1406. Οι γιατροί τη διαχώρισαν σε γεροντική και προ γεροντική άνοια, με κύριο χαρακτηριστικό το χρόνο έναρξης. Πιο παλιά η νόσος άνηκε στη προ γεροντική άνοια. Ωστόσο, σήμερα ανήκει στη γεροντική (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 354). Ένας αιώνας περίπου έχει περάσει από τη στιγμή που μια ομάδα ψυχιάτρων στη Γερμανία ανακάλυψαν και περιέγραψαν τις παθολογικές εναποθέσεις των πρωτεϊνών στον εγκέφαλο, οι οποίες καθορίζουν τα πιο συνηθισμένα νευροεκφυλιστικά νοσήματα. Γενετικές μελέτες παρουσίασαν ότι η δυσλειτουργία του β- αμυλοειδούς ή της τ- πρωτεΐνης είναι πλήρης για να εκδηλώσουν άνοια. Στη σημερινή εποχή περισσότερο από 20 εκατομμύρια νοσούν από τη νόσο Alzheimer η οποία αποτελεί το πιο συχνό νευροεκφυλιστικό νόσημα. Βρέθηκαν γονίδια που ευθύνονται για τη νόσο. Σε όλο τον κόσμο γίνεται αγώνας στήριξης για τις οικογένειες και των ατόμων που προσβάλλονται από τη νόσο. Η Διεθνής Εταιρία της νόσο Alzheimer, Alzheimer Europe, καθώς και η Ελληνική Εταιρία της νόσου Alzheimer, δίνουν έναν αγώνα προσπάθειας για να στηρίξουν τους πάσχοντες και τις οικογένειες τους (Τσολάκη, Μ., 2007, σελ.55).

3.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η νόσος Alzheimer είναι η πιο κοινή από τις άνοιες και ευθύνεται για το 50% όλων των άλλων ανοιών (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 354). Η νόσος προσβάλλει συνηθέστερα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2011), από το 2000 έως 2050 παγκοσμίως ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ηλικίας ίσης ή και μεγαλύτερης των 60 ετών θα υπερδιπλασιαστεί από 600 εκατομμύρια σε 20 δισεκατομμύρια. Αυτή η μεταβολή της αύξησης του πληθυσμού θα έχει πολλές αρνητικές επιδράσεις στη δημόσια υγεία. Η συχνότητα της νόσου μεταβάλλεται με την ηλικία μετά την ηλικία των 65 ετών κάθε πέντε έτη ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου σχεδόν διπλασιάζεται (Φέρρη, Τ., σελ. 26). Η νόσος προσβάλλει περίπου το 10% ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, 20% των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών και 25-35% των ατόμων ηλικίας άνω των 85 ετών. Η ετήσια επίπτωση της νόσου είναι 0,5%. Με βάση τα παραπάνω επιδημιολογικά δεδομένα διαπιστώνεται ότι 150.000 Έλληνες πάσχουν από τη νόσο. Ενώ κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 50.000 επιπλέον καινούργια περιστατικά. Στη Ελλάδα υπολογίζεται ότι έως το 2040 ο αριθμός αυτός θα ανέρχεται στις 560 χιλιάδες πασχόντων από τη νόσο (Τσολάκη, 2007). Το γυναικείο φύλο έχει μεγαλύτερη συχνότητα να πάσχει από τη νόσο,

ειδικότερα σε ηλικία άνω των 85 ετών (Φέρρη, Τ., σελ. 27). Στη Ελλάδα πριν από περίπου μια δεκαετία έπασχαν από τη νόσο 140 χιλιάδες άνθρωποι και υπολογίζεται ότι έως το 2040 ο αριθμός αυτός θα ανέρχεται στις 560 χιλιάδες πασχόντων από τη νόσο (Τσολάκη, 2007). Σε όλο τον κόσμο από τα 420 εκατομμύρια ηλικίας άνω των 65 ετών και άνω τα 25 εκατομμύρια πάσχουν από τη νόσο Alzheimer. Υπολογίζεται ότι 26,6 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως έπασχαν από τη νόσο το 2006 και αυτό το ποσοστό θα τετραπλασιαστεί έως το 2050 (Φέρρη, Τ., σελ. 27). Συνεπώς σημαντικό είναι να υπάρχει επιστημονική και κοινωνική προετοιμασία για την αντιμετώπιση αυτής της ανερχόμενης μάστιγας (Τσολάκη, 2007).

3.4 ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη, η απώλεια των νευρώνων που χαρακτηρίζουν τη νόσο παραμένει άγνωστη. Ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου εμφάνισης της νόσου είναι ο νευροδιαβιβαστής ακετυλοχολίνη που σχετίζεται με την επεξεργασία των αναμνήσεων, ο νευροδιαβιβαστής αυτός μπορεί να μειωθεί έως πενήντα τις εκατό στον εγκέφαλο του ατόμου με τη νόσο Alzheimer (Redfern & Ross 2011, σελ. 509). Οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου αλλά και ο συνδυασμός αυτών έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της νόσου. Αρκετοί είναι οι παράγοντες κινδύνου για τη νόσο αλλά οι κύριοι είναι η ηλικία και οι γενετικοί παράγοντες καθώς και το φύλο, το ιστορικό κατάθλιψης, το σύνδρομο Down και οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (Φώτος, Β. Ν. & Πανταζής, Δ. Κ., 2005, σελ. 71).

Με βάση τη ταξινόμηση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας προτείνονται για τη νόσο του Alzheimer οι εξής παράγοντες κινδύνου (Φώτος, Β. Ν. & Πανταζής, Δ. Κ., 2005, σελ. 71-72):

- **Ηλικία:** Είναι ο κυριότερος παράγοντας εμφάνισης της νόσου μετά την εξηκοστή δεκαετία της ζωής του ατόμου το ποσοστό εμφάνισης της νόσου αυξάνεται σημαντικά.
- **Φύλο:** Το γυναικείο φύλο προσβάλλεται από τη νόσο στο διπλάσιο ποσοστό από ότι το αντρικό φύλο, αυτό βασίζεται στο ότι οι γυναίκες ζούνε περισσότερο από τους άντρες. Ορμονικοί παράγοντες όπως μείωση των οιστρογόνων μετά την εμμηνόπαυση, η μεγάλη συχνότητα του αλληλίου ε4 της απολιποπρωτεΐνης Ε στις γυναίκες και η δυσκολία διάγνωσης της νόσου στους ηλικιωμένους άντρες λόγω του αυξημένου κινδύνου αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων.

- Κληρονομικότητα:** Τα γονίδια που σχετίζονται με την εκδήλωση της νόσου Alzheimer κληρονομούνται με αυτοσωμικό επικρατές χαρακτήρα. Τα γονίδια με τις αντίστοιχες πρωτεΐνες που κωδικοποιούν και που ενέχονται στην εκδήλωση της νόσου του Alzheimer είναι *α) η πρόδρομη πρωτεΐνη του αμυλοειδούς (APP)* είναι μια οικογένεια πρωτεϊνών που περιλαμβάνει την APP (που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 21), την APLP1 και την AP1P2 και αυτές οι πρωτεΐνες έχουν σχεδόν όμοια δομή. Το γονίδιο της APLP1 εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 19 ενώ της AP1P2 στο χρωμόσωμα 11. Όλες οι μορφές της APP συσχετίζονται στη δημιουργία συνάψεων σημαντικών για τη λειτουργία της μνήμης καθώς και η απώλεια της φυσιολογικής λειτουργίας επιδρά στην απώλεια της νοητικής λειτουργίας. Οι μεταλλάξεις του γονιδίου της βAPP είναι υπεύθυνες για τις αυξημένες ποσότητες πεπτιδίων Αβ42-43 που είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση της νόσου Alzheimer, *β) η προσενιλίνη-1 (PS-1)* που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 14 σχετίζεται με το μεταβολισμό της βAPP. Η πρωτεΐνη που κωδικοποιείται περιέχει έξι έως δέκα διαμεμβρανικές περιοχές και βρίσκεται στο ενδοπλασματικό δίκτυο και στο σύμπλεγμα Golgi. Οι μεταλλάξεις που διαπιστώνονται στο γονίδιο της PS-1 προκαλούν αυξημένη παραγωγή και εναπόθεση του Αβ42-43 αμυλοειδούς, *γ) η προσενιλίνη-2 (PS-2)* που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 1 κωδικοποιεί μια πρωτεΐνη που έχει πάνω από 50% παρόμοια αλληλουχία αμινοξέων με την PS-1. Το γονίδιο PS-2 είναι το δεύτερο γονίδιο για τη νόσο. Η σχεδόν όμοια δομή των πρωτεϊνών των δύο γονιδίων σχετίζεται ότι έχουν και σχεδόν όμοιες λειτουργίες. Οι μεταλλάξεις του γονιδίου PS-2 προκαλούν αυξημένη παραγωγή της μορφής Αβ42-43 του αμυλοειδούς και *δ) η απολιποπρωτεΐνη Ε (ApoE)* που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 19, είναι μια πρωτεΐνη του ορού η οποία ρυθμίζει την αποθήκευση, τη μεταφορά και το μεταβολισμό της γλυκόζης. Στον εγκέφαλο επιδρά στην κινητοποίηση και κατάταξη της χοληστερόλης και των φωσφολιπιδίων. Εκκρίνεται από τα οστροκύτταρα και τα μικρογλοιακά κύτταρα του εγκεφάλου. Κωδικοποιείται από τρία αλληλίες τις ApoE-ε2, ApoE-ε3 και ApoE-ε4. Η παρουσία ενός ή και δύο αλληλίων ε4 σχετίζεται με την αυξημένη εναπόθεση αμυλοειδούς στον εγκέφαλο και αυτά τα άτομα εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για τη νόσο του Alzheimer. Το γονίδιο ApoE επηρεάζει πιο πολύ την ηλικία έναρξης καθώς δεν αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα της νόσου διότι το ε4 αλληλίο αφορά με την πρόωμη έναρξη της νόσου. Η μεταβίβαση στους απογόνους του αλληλίου ε4 του ApoE γονιδίου επηρεάζει τον κίνδυνο ή την ηλικία έναρξης την εμφάνιση της νόσου Alzheimer. Το ε4 αλληλίο έχει μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες

- **Σύνδρομο Down:** Το σύνδρομο Down είναι μια κοινή αιτία διανοητικής αναπηρίας και σχετίζεται με την πρόωμη εμφάνιση της νόσου Alzheimer (Wilcock et al, 2018). Τα άτομα με σύνδρομο Down έχουν γενετική μετάλλαξη στο χρωμόσωμα 21 δηλαδή έχουν ένα επιπλέον αντίγραφο του χρωμοσώματος 21. Το σύνδρομο Down σχετίζεται με ένα πολύ αυξημένο κίνδυνο πρόωμης εμφάνισης της νόσου Alzheimer. Αυτός ο κίνδυνος εμφάνισης της πρόωμης νόσου οφείλεται στο ότι τα άτομα με σύνδρομο Down παρουσιάζουν τρία αντίγραφα του γονιδίου που κωδικοποιεί την πρόδρομη πρωτεΐνη του αμυλοειδούς (APP). Η πρόδρομη πρωτεΐνη του αμυλοειδούς είναι παράγοντας κινδύνου της νόσου Alzheimer (Wiseman et al, 2015).
- **Αγγειακή άνοια:** ο αγγειακός παράγοντας σχετίζεται με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου του Alzheimer. Η στεφανιαία νόσος με ή χωρίς οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου αυξάνει τη συχνότητα κατά έξι φορές σε ηλικιωμένους που έχουν εναποθέσεις αμυλοειδούς στον εγκέφαλο. Το αλληλίο ε4 της απολιποπρωτεΐνης Ε σχετίζεται με τις παθήσεις των στεφανιαίων και ενδυναμώνει την επίδραση των αγγειακών παθήσεων στη νόσο του Alzheimer. Το γονίδιο της απολιποπρωτεΐνης Ε σχετίζεται με την αρτηριοσκλήρυνση. Επιπλέον, άτομα με υπέρταση σε νεαρή ηλικία έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου Alzheimer όταν φτάσουν στην γεροντολογική ηλικία.
- **Τοξικές ουσίες:** Οι απόψεις για την επίδραση του αλουμινίου στην επίδραση της νόσου δίστανται. Η τοξικότητα του αλουμινίου οφείλεται στην αύξηση των επιπέδων του στον ανθρώπινο οργανισμό λόγω της παθολογικής διεργασίας της νόσου Alzheimer και είναι αδύνατη η αποβολή του. Το αλουμίνιο έχει ανιχνευτεί στις νευροϊνιδιακές αλλοιώσεις αλλά και σε νευρώνες χωρίς τις αλλοιώσεις αυτές.
- **Τραύμα κεφαλής:** ειδικά όταν συνδέονται με κώμα αποτελούν επιβαρυντικό παράγοντα. Βαρύτερες κακώσεις επιταχύνουν την εμφάνιση της νόσου κατά μέσο όρο πέντε έως δέκα χρόνια.
- **Κάπνισμα:** Από έρευνες δείχνουν ότι υπάρχει συσχέτιση του καπνίσματος με τη νόσο κατά τρεις περίπου φορές περισσότερο προσβάλλονται οι καπνιστές από τη νόσο Alzheimer σε σχέση με τους μη καπνιστές καθώς και αυτοί που θα σταματήσουν το κάπνισμα προσβάλλονται από τη νόσο Alzheimer κατά δύο φορές περισσότερο σε σχέση με τους μη καπνιστές.

Στους παραπάνω παράγοντες κινδύνου, και συγκεκριμένα όσον αφορά την κληρονομικότητα, υπάρχουν ορισμένα επιπρόσθετα γονίδια που φαίνεται να σχετίζονται με τη νόσο του με τη νόσο Alzheimer τα οποία είναι α) η *άλφα-2 μακρογλοβουλίνη (α-2M)* και β) η *A1-Αντιχυμοτρυψίνη (α1ACT)*. Η *άλφα-2 μακρογλοβουλίνη* είναι ένας αναστολέας πρωτεασών που βρίσκεται στον ορό έχει ενοχοποιηθεί για την όψιμη νόσο του Alzheimer λόγω της ικανότητας του να συνδέεται με το β-αμυλοειδές και να το αποικοδομεί. Η αποικοδόμηση αυτή γίνεται μέσω της πρόσδεσης της α-2M σε μια πρωτεΐνη που σχετίζεται με τον υποδοχέα των λιποπρωτεϊνών. Ο υποδοχέας αυτός συνδέει και την APP αλλά και την απολιποπρωτεΐνη E. Η α-2M αποτελεί το σημείο δημιουργίας μεταλλάξεων σχετικά με τη νόσο του Alzheimer. Το γονίδιο για την α-2M εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 12. Οι μεταλλάξεις στο γονίδιο της α-2M αυξάνουν το κίνδυνο εκδήλωσης της νόσου όμως δεν επηρεάζουν την ηλικία από την οποία αρχίζει η νόσος. Από την άλλη, η α1-αντιχυμοτρυψίνη ανήκει στην οικογένεια των αναστολέων πρωτεασών σερίνης και εντοπίζεται στις γεροντικές πλάκες του αμυλοειδούς. Το γονίδιο αυτό εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 19 και υπάρχουν δυο αλληλίες A και T. Η παρουσία του αλληλίου A αυξάνει το κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Φώτος, Β. Ν. & Πανταζής, Δ. Κ., 2005, σελ. 73).

Τέλος, άλλοι παράγοντες κινδύνου για τη νόσο του Alzheimer αποτελούν το ιστορικό ψυχικής διαταραχής και η νόσος του θυρεοειδούς (Φώτος, Β. Ν. & Πανταζής, Δ. Κ., 2005, σελ. 71-72).

3.5 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η κλινική εικόνα της νόσου αποτελείται από εξελικτικά στάδια τα οποία εμφανίζονται σε κάθε ασθενή με διαφορετική σειρά. Αρχίζει με ελάχιστη απώλεια μνήμης και συνειδησιακές αλλαγές. Με την εξέλιξη της νόσου παρατηρείται αλλαγή στη συμπεριφορά και στη προσωπικότητα του ατόμου επίσης παρατηρούνται και νευρολογικές διαταραχές όπως επιληπτικές κρίσεις και αταξία. Σε μεγαλύτερη εξέλιξη της πορείας της νόσου παρατηρείται από το άτομο που πάσχει από τη νόσο επιθετική συμπεριφορά, απότομες αλλαγές στη διάθεση, σύγχυση της βραδινές ώρες καθώς και περιπλάνηση (Χαρατσή, Γ. Ε. 2014, σελ. 608). Η κλινική πορεία της νόσου αποτελείται από επτά στάδια. Τα επτά στάδια της νόσου είναι τα εξής:

- 1^ο στάδιο: Το άτομο δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και να μάθει νέα πράγματα. Γίνεται υπενθύμιση για τις καθημερινές εργασίες και το καθημερινό πρόγραμμα (Redfern, S. J. &

Ross, F. M., 2011, σελ. 509). Δεν υπάρχουν διαταραχές των λειτουργιών του οργανισμού (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 358).

- 2^ο στάδιο: Παρατηρείται διαταραχή της μνήμης (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 358). Τα συνηθισμένα μέρη δεν είναι πλέον γνώριμα και το άτομο χάνεται εντός αυτών. Επιδείνωση της πρόσφατης μνήμης, όπως για παράδειγμα να ξεχάσει κάποιο ραντεβού ή να πληρώσει κάποιο λογαριασμό, η κατάσταση αυτή φέρει το άτομο σε αμηχανία. Δεν έχει πλέον κοινωνικές επαφές. Διαφωνεί και έρχεται σε σύγκρουση για τωρινά γεγονότα και για το ποιος έχει δίκιο σε μια διαφωνία (Redfern, S. J. & Ross, F. M., 2011, σελ. 509).
- 3^ο στάδιο: Παρατηρείται ελάχιστη νοητική στέρηση, όπως ανεπάρκεια απόδοσης, δυσκολία στο να θυμηθεί οικεία ονόματα και δυσκολία στο να ταξιδέψει σε άγνωστο μέρος (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 358). Δεν τρώει το φαγητό τις ώρες που έτρωγε. Οι κακές μέρες είναι πολύ περισσότερες από τις καλές. Πιθανή περιπλάνηση (Redfern, S. J. & Ross, F. M., 2011, σελ. 509).
- 4^ο στάδιο: Παρατηρείται μερική νοητική στέρηση, υπάρχουν κενά μνήμης, απώλεια μνήμης σε γεγονότα του παρόντος, δυσκολία συγκέντρωσης και εργασίας (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 358). Υπάρχει διαταραχή στον ύπνο και ξεσπάσματα φόβου και θυμού (Redfern, S. J. & Ross, F. M., 2011, σελ. 509).
- 5^ο στάδιο: Αρχίζει η άνοια. Ο ασθενής χρειάζεται φροντίδα βοήθεια δεν μπορεί να ανταπεξέλθει σε όλες τις δραστηριότητες μόνος του. Έχει ακράτεια ούρων και πολλές φορές και κοπράνων. Το νόημα του λόγου δεν γίνεται πλέον κατανοητό (Redfern, S. J. & Ross, F. M., 2011, σελ. 509). Δυσκολεύεται σε καθημερινά πράγματα και δεν θυμάται ονόματα κοντινών του ατόμων (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 359).
- 6^ο στάδιο: Μέτρια άνοια. Δεν θυμάται και δυσκολεύεται να θυμηθεί ονόματα και γεγονότα του παρελθόντος αλλά και του παρόντος. Έχει ανάγκη από παροχή φροντίδας στις καθημερινές δραστηριότητες και δουλειές. Υπάρχουν διαταραχές στο χαρακτήρα και στα συναισθήματα όπως νευρολογικές διαταραχές όπως για παράδειγμα επιληπτικές κρίσεις και αταξία, αγχώδης και βίαιες συμπεριφορές καθώς και αδυναμία σκέψεως (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 359)..
- 7^ο στάδιο: Σοβαρή άνοια. Ο ασθενής δεν μπορεί να μιλήσει, δεν μπορεί να κρατήσει τα ούρα του, δεν μπορεί να περπατήσει, δεν μπορεί να φάει μόνος του και είναι πλήρως εξαρτημένος από τον φροντιστή (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 359).

3.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Δεν είναι εφικτή κάποια διαγνωστική δοκιμασία που ανιχνεύει τη νόσο. Η διάγνωση της νόσου του Alzheimer στηρίζεται στα εξής (Φώτος & Πανταζής, 2005, σελ. 127):

- Στο ιστορικό του ασθενούς που περιέχει πληροφορίες για το πώς αρχίζει η νόσος, το οικογενειακό ιστορικό για την ύπαρξη διαφόρων διαταραχών και την λήψη φαρμάκων.
- Στη κλινική εξέταση κατά την οποία εκτιμάται η κατάσταση των ζωτικών σημείων.
- Στις νευροψυχολογικές δοκιμασίες που δοκιμάζουν τη μνήμη, τη γλωσσική λειτουργία, το συντονισμό όρασης/κίνησης και την κριτική ικανότητα.
- Στη νευρολογική εξέταση του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού για την ανίχνευση άλλων υποψήφιων νευρολογικών διαταραχών.
- Στη ψυχιατρική εξέταση με στόχο την απόρριψη της κατάθλιψης και σε προχωρημένα στάδια για την ανίχνευση παραλημάτων και ψευδαισθήσεων.
- Στις εργαστηριακές εξετάσεις οι οποίες είναι ακτινογραφίες θώρακος και κρανίου, αξονική ή μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου, ηλεκτροκαρδιογράφημα, εξέταση εγκεφαλονωτιαίου υγρού, πλήρης αιματολογικός έλεγχος, εξέταση θωρακικής λειτουργίας, έλεγχος ηπατικής λειτουργίας, έλεγχος βιταμίνης B12 και φυλλικού οξέος.

Η διάγνωση της νόσου χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία, *πιθανή νόσος Alzheimer*, ο γιατρός έχει απορρίψει όλες τις διαταραχές που πιθανόν να προκαλούν άνοια και συμπεραίνει ότι τα συμπτώματα πιθανότατα να οφείλονται στη νόσο Alzheimer. Στη δεύτερη κατηγορία, *δυνατή νόσος του Alzheimer*, η νόσος είναι το βασικό αίτιο των συμπτωμάτων της άνοιας αλλά υπάρχει και άλλη διαταραχή που πιθανόν να επηρεάζει την εξέλιξη της νόσου. Στην τρίτη κατηγορία, *βέβαιη νόσος Alzheimer*, η συγκεκριμένη διάγνωση μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο μετά από αυτοψία ή βιοψία και εξέταση του εγκεφαλικού ιστού. Η πρόωπη αναγνώριση της νόσου λοιπόν, έχει ως πλεονέκτημα ότι δίνει χρόνο για την εκτέλεση των κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων και βελτιώνει τη ποιότητα ζωής του ατόμου με τη νόσο (Φώτος & Πανταζής, 2005, σελ. 127) και οι κλινικές δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται κατά την εξέταση των ατόμων με υποψία της νόσου Alzheimer περιλαμβάνουν (Φώτος & Πανταζής, 2005, σελ. 128):

- Τη δοκιμασία για τη διάγνωση της άνοιας, Mini Mental State Examination (MMSE).

- Τη δοκιμασία για τη διάγνωση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, Geriatric Depression Screening Scale (GDSS).
- Τη δοκιμασία για τη διάκριση της άνοιας και της κατάθλιψης.
- Τη δοκιμασία για τη διάκριση της αγγειακής από την εκφυλιστική άνοια, κλίμακα Hachinski.
- Τη δοκιμασία για την αναγνώριση των σταδίων της άνοιας, κλίμακα του Reisberg.
- Τη δοκιμασία για τη παρακολούθηση της πορείας της νόσου μέσα από καθημερινές δραστηριότητες.
- Τη δοκιμασία για την εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης του ατόμου.
- Τη δοκιμασία για την εκτίμηση της νόσου Alzheimer, Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS).

Οι απεικονιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση της νόσου Alzheimer είναι η υπολογιστική τομογραφία (Computed Tomography CT), η απεικόνιση με μαγνητικό συντονισμό (Magnetic Resonance Imaging MRI), η απεικόνιση με λειτουργικό μαγνητικό συντονισμό (Functional MRI), η υπολογιστική τομογραφία εκπομπής φωτονίου (Single Photon Emission Computed Tomography SPECT), η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (Positrons Emission Tomography PET) ενώ μπορεί να γίνει και σύγκριση των απεικονιστικών μεθόδων PET και SPECT (Φώτος & Πανταζής, 2005, σελ. 130):

Επιπλέον, διαγνωστικές μέθοδοι που μπορεί να πραγματοποιηθούν είναι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, το τεστ γονιδίων και πρωτεϊνών [απολιποπρωτεΐνη E (ApoE), πρωτεΐνη TAU και β-αμυλοειδές] και η διαστολή της κόρης του οφθαλμού (Φώτος & Πανταζής, 2005, σελ. 131).

3.7 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Δεν υπάρχει θεραπεία για τη νόσο. Η νόσος είναι προοδευτική και μη αναστρέψιμη (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 359). Το άτομο που πάσχει από τη νόσο καταλήγει σε ακινησία και τελικά στον θάνατο (Χαρατσή, Γ. Ε. 2014, σελ. 609). Οι παρεμβάσεις για τη νόσο έχουν ως στόχο τον έλεγχο των συμπτωμάτων ώστε να μπορεί ο ασθενής να ζήσει όσο το δυνατό μια φυσιολογική ζωή (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 359). Από τα πρώιμα στάδια της νόσου διαμορφώνεται ένα κατάλληλο περιβάλλον για τον ασθενή στο οποίο θα είναι και θα νιώθει ασφαλής. Επιπλέον,

καταβάλλεται προσπάθεια στα πρώιμα στάδια να τονωθεί η μνήμη του ασθενούς και η ικανότητα του να επικοινωνεί με τα υπόλοιπα άτομα του περιβάλλοντος του, και να είναι όσο το δυνατόν πιο λειτουργικός στη καθημερινότητα του (Χαρατσή, Γ. Ε. 2014, σελ. 609). Τα φάρμακα που χορηγούνται στα πρώιμα στάδια της νόσου καθυστερούν την εξέλιξη της νόσου, επίσης έχουν ως στόχο τη νευροπροστασία. Η κύρια νευροχημική διαταραχή της νόσου είναι η μείωση του χολινεργικού συστήματος και τα φάρμακα με νευροπροστατευτική δράση που χρησιμοποιούνται είναι οι αναστολείς της ακετυλοχολινεστεράσης (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 359). Αντιψυχωσικά φάρμακα χορηγούνται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις που συνοδεύουν τη νόσο (Χαρατσή, Γ. Ε. 2014, σελ. 609).

3.8 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Η πρόληψη της νόσου συνιστά έναν σωστό και ισορροπημένο τρόπο διατροφής με τροφές πλούσιες σε βιταμίνες B6, B12, C, E και φυλλικού οξέος (Χαρατσή, Γ. Ε. 2014, σελ. 609). Η βιταμίνη B6 συμβάλλει στη σύνθεση των λιπιδίων του νευρικού συστήματος και στη σύνθεση των νευροδιαβιβαστών (Brown et al, 2016, σελ. 18). Η βιταμίνη C συμβάλλει στη σχηματισμό των νευροδιαβιβαστών. Η βιταμίνη E προλαμβάνει τη βλάβη των κυτταρικών μεμβρανών καθώς και αποκαθιστά τις βλάβες που προκλήθηκαν από τις ελεύθερες ρίζες (Brown et al, 2016, σελ. 20). Η ανεπάρκεια της βιταμίνης B12 και του φυλλικού οξέος συσχετίζονται με τη γνωσιακή έκπτωση (Brown et al, 2016, σελ. 656). Ένας σημαντικός τρόπος πρόληψης είναι η εξάσκηση των γνωσιακών λειτουργιών που σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Brown et al, 2016, σελ. 657). Εξίσου, σημαντική είναι η σωματική ευεξία, καθώς ένα τακτικό πρόγραμμα σωματικής άσκησης, μπορεί να προλαμβάνει τη νόσο. Τέλος, η χορήγηση μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών παραγόντων δίνεται προληπτικά χωρίς να είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ως μέσο πρόληψης της νόσου Alzheimer (Χαρατσή, Γ. Ε. 2014, σελ. 609).

3.9 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ALZHEIMER

Για τους ασθενείς με τη νόσο Alzheimer δεν υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία για να υπάρξει ίαση της νόσου. Η νόσος είναι προοδευτική και μη αναστρέψιμη (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 359), ενώ το προσδόκιμο ζωής του ασθενούς με τη νόσο Alzheimer είναι περίπου μια δεκαετία (Χαρατσή, Γ. Ε. 2014, σελ. 609). Τα φάρμακα που χορηγούνται στα πρώιμα στάδια της νόσου

καθυστερούν την εξέλιξη της πορείας της νόσου καθώς έχουν ως στόχο τη νευροπροστασία (Πλατής, Δ. Χ., 2006, σελ. 359). Η κατάσταση της υγείας του ασθενούς, εφόσον διαγνωστεί με τη νόσο, θα επιδεινώνεται με τελική κατάληξη τη την ακινησία και στο τελευταίο στάδιο και το θάνατο, (Χαρατσή, Γ. Ε. 2014, σελ. 609).

3.10 ΝΟΣΟΣ ALZHEIMER ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση συμβάλει στην αποτελεσματική φροντίδα η οποία επικεντρώνεται στις ανάγκες και τα προβλήματα των ασθενών αλλά και στις ανάγκες της οικογένειας του ασθενούς. Στη νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς αξιολογούνται μία σειρά από πολλές παραμέτρους. Αρχικά, αξιολογούνται οι νοητικές αλλαγές που συμβαίνουν στον ασθενή. Παραδείγματος χάρη, διερευνείται αν δυσκολεύεται να επικοινωνήσει και να μιλήσει, αν υπάρχει δυσκολία προσανατολισμού και αν δυσκολεύεται να θυμηθεί τις κατάλληλες λέξεις για να μιλήσει. Στη συνέχεια αξιολογούνται τυχόν αλλαγές στην προσωπικότητα του ασθενή, αλλαγές ως προς τις φιλικές σχέσεις, η εκδήλωση κοινωνικής απομόνωσης και επιθετικής συμπεριφοράς. Επιπρόσθετα αξιολογείται η ύπαρξη προβλημάτων στη συμπεριφορά του ατόμου όπως να περιπλανιέται ή να χάνεται και το βράδυ να μην κοιμάται αλλά και η παρουσία ψυχιατρικών διαταραχών όπως το άγχος, η κατάθλιψη, ο φόβος, η αϋπνία και οι ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις. Τέλος, σημαντικό είναι να αξιολογηθεί η ύπαρξη προβλημάτων σχετικά με τις καθημερινές ανάγκες (π.χ. να μην κάνει τις δουλειές του σπιτιού και να μην φροντίζει για την προσωπική του υγιεινή) (Πριάμη, Μ., 1998, σελ. 236-37). Συνεπώς, με την αξιολόγηση της κατάστασης του ατόμου, μπορούν να αποκαλυφθούν και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άτυποι φροντιστές στην παροχή φροντίδας στο άτομο που πάσχει από τη νόσο Alzheimer.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις χωρίζονται σε τρεις κύριες συνιστώσες όπου η πρώτη είναι η επικοινωνία με τον ασθενή, με την οικογένεια και το φιλικό του περιβάλλον, η δεύτερη είναι η βελτίωση και η ενθάρρυνση της ανεξαρτησίας του ατόμου και η τρίτη συνιστώσα είναι η εκπαίδευση της οικογένειας για την παροχή κατάλληλης φροντίδας και ασφάλειας του ασθενούς από τυχόν τραυματισμούς και τάσης φυγής. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορεί να ποικίλλουν διότι οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με μία μακροχρόνια κατάσταση συμπτωμάτων η οποία διαφέρει από άτομο σε άτομο και αυτή η κατάσταση αλλάζει με τη πάροδο του χρόνου. Το πλάνο της νοσηλευτικής φροντίδας του ατόμου που πάσχει από τη νόσο, σχετίζεται με το

στάδιο της νόσου και μπορεί να περιλαμβάνει πληθώρα από ενέργειες όπως τη δημιουργία ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος, την ορθή χορήγηση φαρμάκων, την επίλυση του προβλήματος του ύπνου, την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και της επιθετικότητας, την διατροφή του ατόμου που πάσχει από τη νόσο καθώς και τις κοινωνικές του σχέσεις (Πλατής, 2006).

Επομένως, για τον κατάλληλο σχεδιασμό της φροντίδας του ασθενούς, εκτός από τα παραπάνω, οι νοσηλευτές πρέπει να λαμβάνουν υπόψιν ότι η απώλεια μνήμης του ασθενούς συνεπάγεται και με την αδυναμία ικανότητας επικοινωνίας των ασθενούς με τη νόσο. Καθώς η επικοινωνία είναι τόσο αναγκαία όσο είναι το νερό και το φαγητό για τον άνθρωπο, οι νοσηλευτές μπορούν να επιτύχουν καλύτερη επικοινωνία με τον ασθενή όταν του μιλάνε με απλά και κατανοητά λόγια και κάνουν ερωτήσεις κυρίως κλειστού τύπου οι οποίες έχουν μονολεκτικές απαντήσεις. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις και προσεγγίσεις των νοσηλευτών θα πρέπει να γίνονται με ηρεμία και να βασίζονται σε ρεαλιστικά πλαίσια βάσει των ικανοτήτων του ασθενούς. Ακόμη, ο νοσηλευτής οφείλει να φροντίζει για την προσωπική υγιεινή του ασθενούς και να οργανώνει ένα πρόγραμμα καθημερινών δραστηριοτήτων για τον ασθενή, το οποίο ο ασθενής να μπορεί να ακολουθεί στην καθημερινότητα του (Πριάμη, Μ., 1998, σελ. 237). Όλα τα παραπάνω είναι ενέργειες στις οποίες μπορεί να εμπλακούν οι άτυποι φροντιστές, δηλαδή να ενημερωθούν και να εκπαιδευτούν, προκειμένου να παράσχουν όσο το δυνατό πιο αποτελεσματική φροντίδα στα άτομα που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer.

Η νοσηλευτική εκτίμηση σχετικά με τις ανάγκες της οικογένειας του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντική διότι η ανάληψη της φροντίδας ενός ασθενούς με νόσο Alzheimer από κάποιο μέλος της οικογένειας, έχει ως αποτέλεσμα την ανάπτυξη αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία αυτού. Η σωματική βοήθεια που απαιτείται από τον φροντιστή για την παροχή φροντίδας ποικίλει από άτομο σε άτομο αναλόγως με τις ανάγκες και τα προβλήματα του ασθενή (Πριάμη, Μ., 1998, σελ. 238). Η παροχή φροντίδας αποτελεί για το φροντιστή μια στρεσογόνο κατάσταση η οποία αυξάνει και επιβαρύνει με αρνητικές επιπτώσεις την υγεία του και συνεπώς την ποιότητα ζωής του (Nolan et al., 1990: Ζαχαραπούλου και συν 2015).

Γι' αυτό εκτός από τη νοσηλευτική εκτίμηση του ασθενούς είναι απαραίτητη και η νοσηλευτική εκτίμηση της οικογένειας. Κατά τη διαδικασία της νοσηλευτικής εκτίμησης της οικογένειας διαπιστώνεται η σχέση μεταξύ των μελών της οικογένειας και του ασθενή (Πριάμη, Μ., 1998,

σελ. 238) με απώτερο σκοπό να αναγνωρισθούν τα υπαρκτά ή πιθανά προβλήματα ώστε να δημιουργηθεί το κατάλληλο πλαίσιο φροντίδας.

Τέλος, επειδή οι ασθενείς με τη νόσο Alzheimer αρκετά συχνά έχουν προβλήματα συμπεριφοράς εξαιτίας των νοητικών και νευρολογικών βλαβών που προκαλεί η νόσος, τα οποία οδηγούν σε διέγερση, βία και ατυχήματα εντός και εκτός σπιτιού, η συνεργασία του νοσηλευτή με την οικογένεια του ασθενούς είναι αναγκαία για να επισημαίνει ο νοσηλευτής στην οικογένεια τους κινδύνους που διατρέχει ο ασθενής, τους τρόπους αποφυγής τους αλλά και πως να εξασφαλίσει ένα ήρεμο και ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή. (Πριάμη, Μ., 1998, σελ. 237).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Βιβλιογραφική ανασκόπηση των τελευταίων δεδομένων σχετικά με τη νόσο Alzheimer και τις αρνητικές επιπτώσεις στη ψυχική και τη σωματική υγεία των ασθενών των φροντιστών με τη νόσο Alzheimer.

4.1 ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της παροχής φροντίδας και ενασχόλησης με τους ασθενείς με τη νόσο Alzheimer και κατά πόσο η ενασχόληση και η παροχή φροντίδας των ασθενών με τη νόσο Alzheimer έχει αρνητικές επιπτώσεις στη ψυχική και στη σωματική υγεία των φροντιστών των ασθενών με τη νόσο Alzheimer.

4.2 ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ

4.2.1. ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

Διενεργήθηκε βιβλιογραφική αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, και google scholar με τις ακόλουθες λέξεις κλειδιά: Νόσος Alzheimer, φροντιστές ασθενών με τη νόσο Alzheimer, patient caregiver, Alzheimer 's disease.

Στην ηλεκτρονική μηχανή αναζήτησης PubMed χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος *patient caregiver AND Alzheimer's disease* με εφαρμογή φίλτρων ώστε να ανακτηθούν δημοσιευμένα στα αγγλικά την τελευταία δεκαετία που αφορούσαν τους φροντιστές των ασθενών με τη νόσο Alzheimer.

Στην ηλεκτρονική μηχανή αναζήτησης Scopus χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος *patient caregiver AND Alzheimer's disease* με εφαρμογή φίλτρων ώστε να ανακτηθούν δημοσιευμένα στα αγγλικά την τελευταία δεκαετία που αφορούσαν τους φροντιστές των ασθενών με τη νόσο Alzheimer.

Στην ηλεκτρονική μηχανή αναζήτησης google scholar χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος *φροντιστές ασθενών με τη νόσο Alzheimer* ώστε να ανακτηθούν δημοσιευμένα στα ελληνικά την τελευταία δεκαετία που αφορούσαν τους φροντιστές των ασθενών με τη νόσο Alzheimer.

4.2.2. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΕΞΙΜΟΤΗΤΑΣ

Ως κριτήρια ένταξης των μελετών στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση θεωρήθηκαν τα εξής: να είναι πρωτογενή άρθρα στην αγγλική γλώσσα και στην ελληνική γλώσσα, που έχουν επικεντρωθεί στις επιπτώσεις της υγείας (ψυχικής, σωματικής) των φροντιστών των ατόμων με νόσο Alzheimer. Τα κριτήρια αποκλεισμού των άρθρων ήταν τα εξής: να μην είναι μελέτες δημοσιευμένες υπό τη μορφή μεταπτυχιακών και διδακτορικών διατριβών και μελέτες που παρουσιάστηκαν σε συνέδρια, να μην είναι μελέτες που δεν αναφέρουν τα αποτελέσματα για τις επιπτώσεις της ψυχικής και σωματικής υγείας των φροντιστών των ασθενών με νόσο Alzheimer.

4.2.3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΛΕΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΘΕΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

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

Συγγραφέας (και συν.), έτος δημοσίευσης, χώρα	Είδος μελέτης	Σκοπός μελέτης	Κύρια ευρήματα
Ζαχαροπούλου και συν. (2015), Ελλάδα	Ποσοτική συγχρονική μελέτη 102 οικογενειακών φροντιστών νοητικών ασθενών.	Σκοπός της μελέτης ήταν ο εντοπισμός και η μέτρηση του βαθμού της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών με άνοια στη κοινότητα.	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των φροντιστών ήταν γυναίκες καθώς και το μεγαλύτερο ποσοστό επιβάρυνσης το είχαν οι γυναίκες. Σχεδόν όλοι οι φροντιστές του δείγματος είχαν υψηλή επιβάρυνση.
Alqantani et al. (2018), Σουηδική Αραβία	Ποσοτική συγχρονική μελέτη σε 110 φροντιστές των ασθενών με νόσο Alzheimer.	Σκοπός της μελέτης είναι οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης των φροντιστών των ασθενών με νόσο Alzheimer.	Κύρια ευρήματα είναι η ηλικία φροντιστή, ήπια μέτρια, υψηλή κατάθλιψη, η υψηλή κατάθλιψη προκαλεί διαταραχές στην αναπνοή.
Arthur et al. (2017), ΗΠΑ	Ποσοτική συγχρονική μελέτη σε συνολικά 569 ασθενείς της νόσο Alzheimer και των φροντιστών τους.	Σκοπός της μελέτης είναι να προσδιοριστεί ένα σημείο από το οποίο αρχίζει η δυσφορία του φροντιστή για να μπορέσουν οι επαγγελματίες υγείας να βοηθήσουν τους φροντιστές.	Κύρια ευρήματα είναι τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης.

Brown et al. (2018), Φλόριντα	Ποιοτική μελέτη σε 11 φροντιστές των ασθενών με νόσο Alzheimer.	Σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει ένα καινοτόμο εργαλείο το οποίο βασίζεται σε τεκμήρια για να προωθήσει τον έλεγχο της φροντίδας του φροντιστή.	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι οι φροντιστές με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα και μικρότεροι ηλικιακά έχουν λιγότερες επιπτώσεις στο να εμφανίσει προβλήματα υγείας.
Deb et al. (2018), Η.Π.Α.	Συστηματική ανασκόπηση 17 μελετών.	Σκοπός της μελέτης είναι η μελέτη της οικονομικής επιβάρυνσης που δημιουργείται από τη φροντίδα των ασθενών.	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι υπάρχει οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας της φροντίδας των ασθενών.
Delfino et al. (2018), Βραζιλία	Ποσοτική συγχρονική μελέτη σε 134 οικογενειακούς φροντιστές με τη νόσο Alzheimer.	Σκοπός της μελέτης είναι ο καθορισμός των κοινωνικοδημογραφικών συναισθηματικών χαρακτηριστικών των οικογενειακών φροντιστών (άτυπων φροντιστών) των ασθενών με νόσο Alzheimer που έχουν νευροψυχιατρικά συμπτώματα.	Κύρια ευρήματα είναι επικρατέστερο το γυναικείο φύλο των φροντιστών, τα υψηλά επίπεδα βάρους των φροντιστών, μέτρια κατάθλιψη.
Ferrara et al. (2008), Ιταλία	Ποσοτική μελέτη 200 φροντιστών και των ασθενών τους με τη νόσο Alzheimer.	Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης των φροντιστών.	Κύρια ευρήματα είναι ότι οι φροντιστές στη πλειοψηφία είναι συνήθως γυναίκες. Παρατηρήθηκε επιδείνωση της υγείας των φροντιστών και ότι υπήρχε λιγότερος χρόνος για ύπνο και το άγχος των φροντιστών αυξανόταν με τη πάροδο του χρόνου.
Karger (2016), Γερμανία	Ποιοτική μελέτη σε 63 άτυπους ή μη φροντιστές των ασθενών με νόσο Alzheimer.	Σκοπός της μελέτης είναι η κατανόηση της συναισθηματικής εμπειρίας των οικογενειών και των επαγγελματιών σε ασθενείς που είναι σε προχωρημένο στάδιο της νόσου Alzheimer.	Κύρια ευρήματα της ποιοτικής μελέτης έδειξαν ότι με εξαίρεση τους οικογενειακούς φροντιστές κατέχει σημαντικό ρόλο η συναισθηματική συμπεριφορά των φροντιστών.
Kim et al. (2018), ΗΠΑ	Ποσοτική συγχρονική μελέτη.	Σκοπός της μελέτης είναι η εξέταση της σωματικής δραστηριότητας σε υπερήλικες που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer. Οι φροντιστές παρείχαν πληροφορίες σχετικά με τους υπερήλικες ασθενείς. Το φύλο του ασθενούς ήταν σημαντικός παράγοντας.	Κύρια ευρήματα είναι η σημασία της αντίληψης του φροντιστή σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα του ασθενούς.

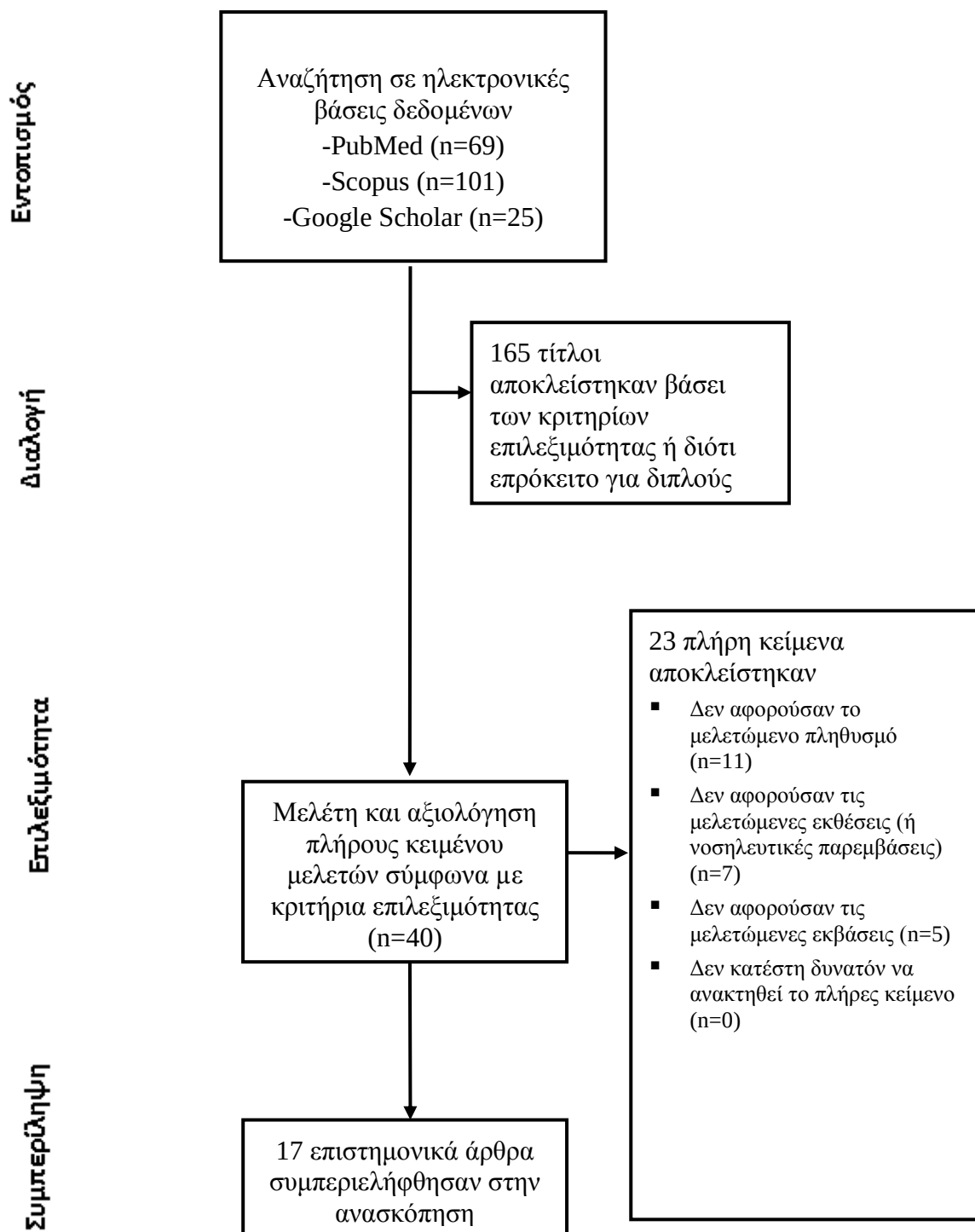
Lai et al. (2018), Ιταλία	Ποσοτική συγχρονική μελέτη σε 31 ασθενείς με νόσο Alzheimer και στους φροντιστές τους	Σκοπός της μελέτης ήταν να αξιολογήσει το αντίκτυπο της αντίληψης να αναγνωρίζεται τόσο στη ψυχολογική υγεία όσο και στο επίπεδο επιβάρυνσης των φροντιστών των ασθενών.	Κύρια ευρήματα είναι η κατ' οίκον φροντίδα επηρεάζει σημαντικά τη φυσική λειτουργία του φροντιστή και έχει ως αποτέλεσμα τη προώθηση της κοινωνικής λειτουργίας του φροντιστή.
Liu et al. (2016), Κίνα	Ποσοτική συγχρονική μελέτη σε 309 φροντιστές ατόμων με νόσο Alzheimer.	Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση του βάρους του φροντιστή και οι παράγοντες που επηρεάζουν το βάρος του φροντιστή στη Κίνα.	Κύρια ευρήματα είναι η υπνηλία, κατάθλιψη, άγχος, η χαμηλότερη λειτουργική κατάσταση.
Meyer et al. (2018), ΗΠΑ	Ποσοτική συγχρονική μελέτη σε 211 Λατίνων ηλικιωμένων φροντιστών των ασθενών με τη νόσο Alzheimer.	Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της επιβάρυνσης, του εκφοβισμού και της κατάθλιψης των Λατίνων νοσηλευτών που φροντίζουν ασθενείς με άνοια.	Κύρια ευρήματα όσο πιο μειωμένη η επίδραση τόσο λιγότερο το βάρος του φροντιστή.
Pudelewicz et al. (2018), Πολωνία	Ποσοτική συγχρονική μελέτη με 55 ασθενείς με νόσο Alzheimer και τους φροντιστές τους.	Σκοπός ήταν να εξεταστεί το επίπεδο αίσθησης βάρους στους φροντιστές ασθενών με νόσο Alzheimer και να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ επιλεγμένων παραμέτρων και η αίσθηση επιβάρυνσης	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι υπήρξε διαφορά του αισθήματος επιβάρυνσης με βάση το φύλο του φροντιστή, έλλειψη ελεύθερου χρόνου, τον αριθμό των ημερήσιων ωρών που αφιερώθηκαν στη φροντίδα, τον αριθμό των ετών της φροντίδας του ασθενούς.
Sausoni et al, (2013), Ιταλία	Συστηματική ανασκόπηση 17 μελετών	Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η επιβάρυνση και το άγχος των φροντιστών.	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι η επιβάρυνση των φροντιστών επηρεάζεται από τη συμπεριφορική και νοητική κατάσταση των ασθενών καθώς και από τις ώρες φροντίδας.
Stansfeld et al. (2018), ΗΠΑ	Συστηματική ανασκόπηση που περιλάμβανε 13 ποσοτικές μελέτες, 3 μεικτές, και 1 ποιοτική μελέτη στις οποίες συμμετείχαν οι φροντιστές των ατόμων με νόσο Alzheimer.	Ο σκοπός της μελέτης ήταν να προσδιοριστούν οι παράγοντες θετικοί και αρνητικοί που συνδέονται με την αντίληψη του φροντιστή για τη αίσθηση της ικανότητας	Τα κύρια ευρήματα περιλαμβάνουν τα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα της άνοιας, κατάθλιψη των φροντιστών.

Verulava et al, (2018), Γεωργία	Ποιοτική μελέτη σε συνολικά 15 ασθενείς και τους φροντιστές τους.	Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθούν οι ανάγκες των ασθενών με νόσο Alzheimer και των οικογενειακών φροντιστών τους.	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι οι περισσότεροι ασθενείς μένουν σε οικογενειακό και οικείο περιβάλλον και δεν παρέχεται στην οικογένειες αυτών κάποια οικονομική βοήθεια.
Yazar et al (2018), Τουρκία	Ποσοτική συγχρονική μελέτη σε 120 ασθενείς σε καθορισμένα στάδια της νόσου Alzheimer.	Σκοπός της μελέτης είναι η υγειονομική περίθαλψη των ασθενών με νόσο Alzheimer σύμφωνα με το στάδιο της νόσου και τη καταγραφή των ασθενών αυτών καθώς τη πρόληψη και την αντιμετώπιση της νόσου.	Κύρια ευρήματα έδειξαν ότι όσο πιο προχωρημένο το στάδιο του ασθενούς τόσο αυξάνεται και το φορτίο του φροντιστή και η ψυχική υγεία αρχίζει να δυσλειτουργεί.

4.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Τα βήματα που ακολουθήθηκαν για την επιλογή των άρθρων απεικονίζονται στο διάγραμμα ροής που φαίνεται στο Σχήμα 1. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις των άρθρων που εντοπίστηκαν από την ηλεκτρονική αναζήτηση ελέγχθηκαν σε αντιπαραβολή με τα κριτήρια επιλεξιμότητας. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση πλήρων κειμένων των τίτλων που θεωρήθηκαν σχετικοί με το σκοπό της εργασίας βάσει των κριτηρίων επιλεξιμότητας. Οι λόγοι αποκλεισμού των μελετών καταγράφηκαν.

Η αναζήτηση σε PubMed, Scopus και google scholar απέδωσε συνολικά 171 τίτλους από τους οποίους οι 40 κρίθηκαν επιλέξιμοι για ανάγνωση του πλήρους κειμένου του άρθρου. Από το σύνολο των 40 άρθρων αποκλείστηκαν τα 23 και περιλήφθηκαν οι 17 ερευνητικές μελέτες βάσει των κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού. Από τις τελικά επιλεγμένες μελέτες της παρούσας εργασίας οι 11 ήταν ποσοτικές και οι 3 ποιοτικές και οι 3 μεικτές και τα κύρια χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στο πίνακα 1. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε αφηγηματική σύνθεση των αποτελεσμάτων των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης μετά από ανάλυση του περιεχομένου τους.



Σχήμα 1. Διάγραμμα ροής

4.4 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας με χρονολογική σειρά έγινε αρχικά ηλεκτρονική αναζήτηση στην βάση δεδομένων PubMed με τον αλγόριθμο και με βάση τα κριτήρια επιλεξιμότητας αποκλείστηκαν και επιλέχθηκαν οι κατάλληλες μελέτες. Στη συνέχεια έγινε ηλεκτρονική αναζήτηση στη βάση δεδομένων Scopus με αλγόριθμο και με βάση τα κριτήρια επιλεξιμότητας αποκλείστηκαν και επιλέχθηκαν οι κατάλληλες μελέτες. Τέλος, έγινε ηλεκτρονική αναζήτηση στη βάση δεδομένων Google Scholar με αλγόριθμο και με βάση τα κριτήρια επιλεξιμότητας αποκλείστηκαν και επιλέχθηκαν οι κατάλληλες μελέτες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Ανάλυση τελευταίων δεδομένων σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις στη ψυχική και στη σωματική υγεία των φροντιστών των ασθενών με τη νόσο Alzheimer.

Στη συνέχεια παρατίθενται τα κυριότερα στοιχεία των τελευταίων ερευνών που έχουν δημοσιευτεί σχετικά με τις αρνητικές επιπτώσεις στη ψυχική και στη σωματική υγεία των φροντιστών των ασθενών με τη νόσο Alzheimer.

5.1 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας διερευνήθηκαν οι παράγοντες που σχετίζονται με τη αντίληψη του φροντιστή με το πόσο ικανός αισθάνεται ο φροντιστής για τη παροχή φροντίδα στον ασθενή. Η αίσθηση ικανότητας του φροντιστή επηρεάζεται από τη συμπεριφορά του ασθενή, τα ψυχολογικά συμπτώματα του ασθενή, το επίπεδο κατάθλιψης του ασθενή καθώς και το κυριότερο το κατά πόσο αισθάνονται ότι η παροχή φροντίδας βρίσκει ανταπόκριση από τους ασθενείς. Εάν ο φροντιστής αισθάνεται ότι η φροντίδα που παρέχει στον ασθενή δεν βρίσκει ανταπόκριση, τότε η ψυχολογική κατάσταση του φροντιστή είναι άσχημη με αποτέλεσμα και τη κακή ψυχική του υγεία (Stansfeld et al., 2018).

Σε μελέτη που διεξάχθηκε στη Γερμανία συμμετείχαν συνολικά 63 άτομα εκατομμύρια των οποίων οι 20 ήταν συγγενείς- φροντιστές, 17 επαγγελματίες υγείας, 12 ιατρούς, 14 επιστήμονες σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συναισθηματική εμπειρία των συγγενών-φροντιστών και των επαγγελματιών υγείας και των επιστημόνων σε ασθενείς με προχωρημένο στάδιο της νόσου Alzheimer (Karger et al, 2016). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλοι πίστευαν, εκτός των συγγενών, ότι τα συναισθήματα των ασθενών είναι ένα από τα χαρακτηριστικά που διατηρούνται. Ο ασθενής έχει συναισθήματα και τα εκφράζει, ανταποκρίνεται στους γύρω του και διατηρεί τα συναισθήματα του παρά την ασθένεια του. Σε αντίθεση με τους συγγενείς που υποστηρίζουν ότι αφού υπάρχει απώλεια μνήμης συνεπώς υπάρχει και απώλεια συναισθημάτων και λεκτικών εκφράσεων εφόσον μπορεί ο ασθενής να μην αναγνωρίζει και να μην μιλάει το δικό συγγενικό άτομο (Karger et al, 2016).

5.1.1 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΓΧΟΥΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Οι ασθενείς με τη νόσο Alzheimer λαμβάνουν κατ' οίκον φροντίδα από τους φροντιστές, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν μεγάλο κίνδυνο δημιουργίας άγχους. Το άγχος των φροντιστών είναι αποτέλεσμα των πρωτογενών παραγόντων στρες όπως είναι η άμεση φροντίδα του ασθενούς, η ικανοποίηση των βιολογικών αναγκών και των δευτερογενών παραγόντων όπως προβλήματα σχετικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς και την απώλεια μνήμης. Οι ερευνητές τονίζουν ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς του ασθενούς δημιουργούν στους φροντιστές περισσότερο στρες απ' ό,τι η παροχή άμεσης φροντίδας (Ferrara et al, 2008). Σε παρεμφερή συμπεράσματα καταλήγουν οι Sausoni et al., (2013) καθώς η έρευνα τους ανέδειξε ότι το άγχος του φροντιστή εμφανίζεται ιδιαίτερα όταν ο ασθενής έχει συμπτώματα παραισθήσεων, κατάθλιψης, αυπνίας, ακράτειας, διέγερσης ή γνωστικής παρακμής και μπορεί να γίνει πιο έντονό ανάλογα με το τύπο προσωπικότητας του φροντιστή τα χαρακτηριστικά αυτά σε συνδυασμό με το επίπεδο γνωστικής βλάβης άμεσα σχετίζεται με το επίπεδο άγχους του φροντιστή. Επιπλέον επισημαίνουν ότι η νοητική κατάσταση του ασθενούς αυξάνει τη δυσκολία της παροχής φροντίδας του ασθενούς και κατά μέσο όρο η δυσκολία αυτή εμφανίζεται δυο χρόνια μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων της νόσου.

Τέλος, τα ευρήματα που προκύπτουν από τη μελέτη των Ferrara et al., (2008) δείχνουν ότι η επιθετικότητα και η εχθρικότητα του ασθενούς προς το φροντιστή, κυρίως εάν ο φροντιστής είναι κάποιο μέλος της οικογένειας του ασθενή επηρεάζει αρνητικά την υγεία του φροντιστή και αυτή η συμπεριφορά προκαλεί άγχος στο φροντιστή. Η κυριότερη αιτία που ένα μεγάλο ποσοστό φροντιστών πάσχει από άγχος είναι οι τεράστιες ευθύνες που σχετίζονται με τη παροχή φροντίδας και μάλιστα η ανάπτυξη άγχους στους φροντιστές ατόμων με τη νόσο Alzheimer είναι τριπλάσια σε σχέση με φροντιστές ασθενών με άλλες παθήσεις.

5.1.2 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Όσον αφορά στα επίπεδα κατάθλιψης που παρατηρούνται στους φροντιστές ασθενών με νόσο Alzheimer, οι έρευνες δείχνουν ότι αυξάνονται από τις ώρες φροντίδας, προβλήματα ύπνου στο φροντιστή και τις συμπεριφορικές διαταραχές του ασθενούς καθώς και κατά πόσο ελεύθερο χρόνο έχει ο φροντιστής (Sausoni et al., 2013). Ακόμη σε πρόσφατη έρευνα που

πραγματοποιήθηκε από τους Alqahtani et al., (2018) διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της κατάθλιψης είναι το μηνιαίο εισόδημα, η έλλειψη προσωπικής και κοινωνικής ζωής και η έλλειψη θετικής σκέψης. Παραδείγματος χάρη, όταν οι ασθενείς εμφανίζουν συνεχείς πτώσεις καθώς κάτι το οποίο συνεπάγεται με το να είναι συνεχώς οι φροντιστές δίπλα στους ασθενείς για να μην υπάρχουν οι πτώσεις, οδηγεί σε σημαντική ή πλήρη έλλειψη του ελεύθερου προσωπικού χρόνου για τους φροντιστές, όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω με βάση τα αποτελέσματα αυτό είναι ένας παράγοντας κινδύνου που αυξάνει τα επίπεδα της κατάθλιψης των φροντιστών.

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το φύλο αποτελεί πιθανό παράγοντα κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των φροντιστών ανήκει στο γυναικείο φύλο (Ferrara et al., 2008: Yazar et al, 2018: Delfino et al, 2018) το οποίο εμφανίζει και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (Yazar et al, 2018: Delfino et al, 2018).

Επιπλέον, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2016 διαπιστώθηκε ότι συχνά οι φροντιστές είναι μέλη της οικογένειας (π.χ. σύζυγοι) και μάλιστα η χαμηλότερη ικανοποίηση για τη ζωή που επηρεάζεται από τη κατάθλιψη και το άγχος που έχουν σαν αποτέλεσμα το τεράστιο βάρος που κουβαλάει ένας άτυπος οικογενειακός φροντιστής (Liu et al, 2016).

5.2 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΝΤΑΙ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Το βάρος του φροντιστή ορίζεται ως ένα σύνολο συμπτωμάτων, ψυχολογικών, οικονομικών, συναισθηματικών και κοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων. Οι νοσηλευτές και οι άτυποι φροντιστές αναφέρουν ότι η παροχή φροντίδας στους ασθενείς τους δίνει ικανοποίηση ότι μπορούν να παρέχουν βοήθεια ωστόσο πολλές φορές νιώθουν το βάρος λόγω της πολύωρης σωματικής και συναισθηματικής προσπάθειας που χρειάζεται να καταβάλουν για τη παροχή φροντίδας στους ασθενείς με τη νόσο Alzheimer (Brown, 2018).

Οι παράγοντες που ενισχύουν το βάρος των φροντιστών είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του φροντιστών, των διαφόρων ειδών εμπόδια (Pudelewicz et al, 2018) αλλά και από τη συμπεριφορά και γνωστική κατάσταση του ασθενούς, τις ώρες που οι φροντιστές ασχολούνται με τη φροντίδα, το άγχος, την κοινωνική απομόνωση, τη σχέση τους με τον ασθενή και τη διαθεσιμότητα παροχής υπηρεσιών υποστήριξης (Sausoni et al, 2013). Ακόμη, σύμφωνα

με την έρευνα των Yazar et al,(2018) τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το βάρος των ασθενών αυξάνεται με την πάροδο των χρόνων. Το αντίκτυπο της παροχής φροντίδας σε ασθενή με τη νόσο Alzheimer στην ψυχολογική, συναισθηματική, κοινωνική και οικονομική υπόσταση του φροντιστή επισημαίνεται και μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας του Brown (2018). Επίσης, σύμφωνα με τον Brown (2018) οι άτυποι φροντιστές εμφανίζουν τρεις φορές περισσότερα αισθήματα απόγνωσης σε σύγκριση με τους επίσημους φροντιστές.

Οι Meyer et al., (2018) διερεύνησαν την επιβάρυνση, την κατάθλιψη και το άγχος των φροντιστών πριν αρχίσουν τη φροντίδα των ασθενών με τη νόσο Alzheimer αλλά και κατά την διάρκεια της φροντίδας. Με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης τους διαπιστώθηκε ότι θα πρέπει να προσφέρεται περισσότερη βοήθεια στους φροντιστές για να μειωθεί η επιβάρυνση τους και να είναι η παροχή φροντίδας τους αποτελεσματική. (Meyer et al, 2018).

Σε έρευνα που διεξάχθηκε στην Ελλάδα (στην Καλαμάτα) με το μεγαλύτερο των άτυπων φροντιστών να είναι γυναίκες, που ζούσαν στο ίδιο σπίτι με τους ανοϊκούς ασθενείς και παρείχαν υπηρεσίες φροντίδας κατά μέσο όρο περίπου πέντε έτη τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το πρόβλημα επιβάρυνσης των φροντιστών ήταν αρκετά υψηλό. Με βάση τα αποτελέσματα της κλίμακας Zarit παρατηρήθηκε ότι ελάχιστη έως καμία επιβάρυνση παρουσίαζε μόνο το 2,9% των φροντιστών, ήπια έως μέτρια επιβάρυνση παρουσίασε το 5,9% των φροντιστών, ενώ μέτρια έως σοβαρή 33,3% των φροντιστών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που παρουσίαζαν σοβαρή επιβάρυνση ήταν σύζυγοι και κόρες των ασθενών ενώ μεταξύ των προβλημάτων υγείας που εμφάνιζαν οι φροντιστές ήταν η υπέρταση, η κατάθλιψη και η αγχώδης διαταραχή (Ζαχαραπούλου και συν, 2015).

5.2.1 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Από την Αμερικάνικη Ένωση Alzheimer (2011), σχεδόν 15 εκατομμύρια Βορειοαμερικάνοι παρέχουν φροντίδα σε άτομα με τη νόσο Alzheimer χωρίς κανένα χρηματικό αντίτιμο. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε πρόσφατα σε άτυπους- οικογενειακούς φροντιστές δήλωσαν ότι δεν λαμβάνουν κάποια οικονομική βοήθεια από το κράτος πέρα από κάποια σύνταξη με αποτέλεσμα όλο το βάρος της παροχής φροντίδας πέφτει στην οικογένεια (Verulava et al., 2018). Ακόμη, πολλοί φροντιστές δηλώνουν ότι δυσκολεύονται με τα οικονομικά τους εξαιτίας της φροντίδας των ασθενών και της ιατρικής περίθαλψης (Liu et al., 2016). Επειδή δεν υπάρχει θεραπεία για τη νόσο, η νόσος επιφέρει μεγάλη οικονομική δυσκολία στους φροντιστές. Όσο πιο

προχωρημένο είναι το στάδιο της νόσου Alzheimer του ασθενούς τόσο περισσότερη ανάγκη για παροχή φροντίδας και υποστήριξης χρειάζονται καθώς και ιατρικής περίθαλψης, χορήγηση φαρμάκων, οικιακής ασφάλειας, υπηρεσιών ασφάλειας και προσωπική φροντίδα με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται όχι μόνο οι άτυποι φροντιστές αλλά τα συστήματα παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Με βάση πρόσφατες εκτιμήσεις από την ένωση Alzheimer οι συνολικές δαπάνες που σχετίζονται με την νόσο Alzheimer στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ανέρχονται στα 236 δισεκατομμύρια το 2016 και μέχρι το 2050 αυτό το ποσό θα αυξηθεί κατά ένα δισεκατομμύριο εξαιτίας των προβλεπόμενων αυξήσεων του πληθυσμού των ηλικιωμένων λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής (Deb et al., 2017).

5.3 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Εκτός από τις διαταραχές της ψυχικής υγείας των φροντιστών, επηρεάζεται και η σωματική τους υγεία. Βάσει των ερευνών, οι φροντιστές υποστηρίζουν ότι η σωματική φυσική τους υγεία έχει αλλάξει αρνητικά εξαιτίας της επιβάρυνσης που τους δημιουργήσε η παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Η παροχή φροντίδας στη καθημερινότητα περιλαμβάνει βοήθεια σε καθημερινές ασχολίες κάτι το οποίο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την έντονη σωματική κόπωση, μυϊκή καταπόνηση και επιδείνωση χρόνιων τραυματισμών (Liu et al., 2016).

Από μελέτη των Kim et al., (2018) διαπιστώθηκε ότι όσο πιο προχωρημένο είναι το στάδιο της νόσου τους ασθενούς τόσο περισσότερη φροντίδα χρειάζεται ο ασθενής και συνεπώς μειώνεται και ο ελεύθερος χρόνος του φροντιστή με αποτέλεσμα πολλές φορές να μην υπάρχει και καθόλου ελεύθερος χρόνος για το φροντιστή. Το γεγονός αυτό, έχει με τη σειρά του σαν αποτέλεσμα να μην υπάρχει ελεύθερος χρόνος για το φροντιστή για να ξεκουραστεί οδηγώντας το φροντιστή σε σωματική εξάντληση.

Σε άλλη έρευνα, που πραγματοποιήθηκε στη Κίνα, τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης, ότι η μακροχρόνια παροχή φροντίδας μπορεί να μειώσει τη ποιότητα ζωής των φροντιστών και να έχει ως αποτέλεσμα τη σωματική τους εξάντληση. Η λειτουργική κατάσταση των φροντιστών ήταν σε πιο κακή κατάσταση σε σχέση με πριν την παροχή φροντίδας καθώς υπήρξε διαταραχή στον ύπνο των φροντιστών (Liu et al., 2016).

Τέλος, και σε έρευνα που διεξάχθηκε στην Ελλάδα (στην Καλαμάτα), σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποιο πρόβλημα υγείας γεγονός που τους δυσκόλεψε να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς. Μεταξύ των προβλημάτων υγείας που κατεγράφησαν κυρίως ήταν τα καρδιαγγειακά και η κακή ποιότητα ύπνου (Ζαχαραπούλου και συν, 2015).

5.4 ΠΩΣ ΕΠΗΡΕΑΖΕΤΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ

Η ποιότητα ζωής των φροντιστών είναι το αποτέλεσμα του αθροίσματος κυρίως της σωματικής και ψυχικής των φροντιστών. Τα σημαντικότερα προβλήματα που δημιουργούνται στους φροντιστές και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους είναι η μεγάλη συναισθηματική πίεση, η κατάθλιψη, το άγχος, οι κρίσεις πανικού, η οικονομική επιβάρυνση, η δυσκολία στον ύπνο και η χρόνια κόπωση καθώς και τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα υγείας του φροντιστή (Lai et al., 2016). Βέβαια, η ποιότητα ζωής των φροντιστών σχετίζεται και με τη συμπεριφορά των ασθενών προς τους φροντιστές αλλά και με τη διάρκεια της νόσου που πάσχει ο ασθενής γεγονός που συνεπάγεται και με τα χρόνια παροχής φροντίδας του φροντιστή (Ferrara et al., 2008).

Με βάση την μελέτη των Lai et al., (2016) διαπιστώθηκε ότι όσο σε πιο προχωρημένο στάδιο της νόσου του Alzheimer είναι ο ασθενής τόσο περισσότερο κακή είναι η ποιότητα ζωής των φροντιστών. Το βάρος της φροντίδας που φέρει του φροντιστή είναι ο κυριότερος παράγοντας επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής του, δηλαδή όσο πιο μεγάλο το βάρος του φροντιστή τόσο πιο κακή και η ποιότητα ζωής του. Όσο περισσότερο είναι εξαρτημένοι οι ασθενείς από τους φροντιστές τόσο περισσότερο χρόνο περνούν οι φροντιστές μαζί τους κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους. Επίσης, η ποιότητα ζωής του φροντιστή φαίνεται να επηρεάζεται περισσότερο αν ο φροντιστής είναι ο/η σύζυγος παρά το παιδί του ασθενούς.

Σε μελέτη που έγινε στη Φλόριντα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 96% των ασθενών με Alzheimer έχουν τουλάχιστον ένα συμπεριφορικό και ψυχολογικό σύμπτωμα και ο αριθμός των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων έχει σημαντική συσχέτιση με την ανάπτυξη κατάθλιψης στους φροντιστές αλλά και με την αύξηση του βάρους των φροντιστών. πιο συγκεκριμένα τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι αν ο ασθενής με τη νόσο Alzheimer

έχει τέσσερα ή και περισσότερα ψυχολογικά και συμπεριφορικά συμπτώματα επηρεάζεται πολύ περισσότερο η ανάπτυξη της κατάθλιψης και αύξηση βάρους του φροντιστή. Η παροχή φροντίδας από τους επαγγελματίες φροντιστές αλλά και από τους άτυπους φροντιστές στους ασθενείς με τέσσερα και περισσότερα συμπεριφορικά και ψυχολογικά συμπτώματα εμφανίζει ένα σημείο ανατροπής κλινικά και προκαλεί ανησυχία για την υγεία και την ποιότητα ζωής των φροντιστών (Arthur et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, η συνεχόμενη και διαρκής παροχή φροντίδας που προσφέρουν οι φροντιστές στους ασθενείς επηρεάζει σημαντικά την ψυχική υγεία των φροντιστών. Τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι η ψυχική υγεία των άτυπων οικογενειακών φροντιστών επηρεάζεται από οικονομικούς παράγοντες εάν οι φροντιστές δεν λαμβάνουν κάποια οικονομική βοήθεια για την ιατρική περίθαλψη των ασθενών. Επίσης, η ψυχική υγεία επηρεάζεται αρκετά και από τη συμπεριφορά του ασθενούς καθώς και από τη σχέση που έχει ο ασθενής με το φροντιστή του και κατά πόσο ο ασθενής δίνει στο φροντιστή την αίσθηση ότι η παροχή φροντίδας που του προσφέρει έχει ανταπόκριση. Ένα άτομο με τη νόσο Alzheimer το οποίο έχει απώλεια μνήμης και δεν θυμάται απλά καθημερινά πράγματα δυσκολεύει τη παροχή φροντίδας του φροντιστή. Η κατάσταση γίνεται πιο δύσκολη και βαραίνει συναισθηματικά το φροντιστή όταν ο ασθενής δεν θυμάται το παρελθόν και πρόσωπα του οικείου του περιβάλλοντος.

Η κακή ψυχική υγεία των φροντιστών έχει ως αποτέλεσμα τη κατάθλιψη και το άγχος των φροντιστών. Σχεδόν όλοι οι άτυποι φροντιστές που παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς με τη πάροδο του χρόνου παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους. Το βάρος που νιώθουν οι φροντιστές των ασθενών εμφανίζεται και αυξάνεται με τη πάροδο του χρόνου και επηρεάζεται από τις αρνητικές σκέψεις που κάνουν οι φροντιστές από την έλλειψη οποιαδήποτε βοήθειας, από τη μειωμένη προσωπική ζωή και τον μειωμένο ελεύθερο χρόνο.

Η σωματική βοήθεια που προσφέρει ο φροντιστής διαφέρει από ασθενή σε ασθενή και σχετίζεται με τις ανάγκες και το πρόβλημα του κάθε ασθενή. Όσο πιο προχωρημένο το στάδιο της νόσου του ασθενή τόσο πιο εξαρτημένος είναι από τον φροντιστή και τόσο περισσότερη σωματική βοήθεια χρειάζεται από τον φροντιστή. Η σωματική βοήθεια μπορεί να είναι η βοήθεια σε καθημερινές ασχολίες του ασθενούς όπως το φαγητό, το μπάνιο, το ντύσιμο ακόμα και η βοήθεια που χρειάζεται ο ασθενής να σηκωθεί από το κρεβάτι και να μετακινηθεί. Τέτοια σωματική βοήθεια μπορεί να προκαλέσει στο φροντιστή καθημερινή σωματική εξουθένωση και κόπωση.

Η ποιότητα ζωής των φροντιστών είναι το αποτέλεσμα της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Οι περισσότεροι φροντιστές με τη πάροδο του χρόνου δεν έχουν καλή ποιότητα ζωής. Η μειωμένη ποιότητα ζωής του φροντιστή επηρεάζεται από την ανάπτυξη συναισθηματικών δυσκολιών, ενδοοικογενειακών συγκρούσεων, σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων υγείας καθώς μειωμένη ικανοποίηση από τη ζωή και βέβαια η ποιότητα ζωής δεν είναι καλή εάν ο ασθενής δεν είναι σε καλή σωματική υγεία και ψυχική ευεξία.

Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στη διαχείριση και στη φροντίδα του ασθενούς, μπορεί να εκτιμήσει τη κατάσταση του αλλά και να εκτιμήσει τη κατάσταση της οικογένειας του ασθενούς καθώς και της ανάγκες της και να δώσει τις απαραίτητες οδηγίες στο πώς να διαχειρίζεται σωστά τον ασθενή και να του παρέχει τη κατάλληλη φροντίδα αλλά και πώς να φροντίσει τη δική της υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alqahtani et al, (2018). Prevalence and risk factors for depression among caregivers of Alzheimer's disease patients in Saudi Arabia. *Neurology Research International Volume Article* ID 2501835, 7 pages.

Arthur et al, (2017). Relationship between the number of behavioral symptoms in dementia and caregivers distress: what is the tipping point. *Int Psychogeriatr*. Aug;30(8):1099-110.

Brown et al, (2018). The caregiver burden alert: A graphic tool for dementia caregiver burden screening and reference. *Home Health Care Management & Practice*. Vol. 30(3) 103 –109.

Brown et al, (2016). *Η διατροφή στο κύκλο της ζωής*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος.

Deb et al, (2017). Direct and indirect cost of managing Alzheimer's disease and related dementias in the United States. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. Apr;17(2):189-202.

Delfino et al, (2018). Path analysis of caregiver characteristics and neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease patients. *Geriatr Gerontol Int*. Aug;18(8):1177-1182

Dewit, S., (2013). *Βασικές αρχές και δεξιότητες της νοσηλευτικής φροντίδας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος.

Ferrara et al., (2008). Prevalence of stress, anxiety and depression in with Alzheimer. *Health Qual Life Outcomes*. Nov 6;6:93.

Karger, R. C., (2016). Emotional experience in patients with advanced Alzheimer's disease from the perspective of families, professional caregivers physicians and scientists. *Aging & Mental Health*. 22:3, 316-322.

Kim et al. (2018). The role of caregivers in physical activity for older adults with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. Vol. 33(2) 122-130.

Liu et al, (2016). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *J Clin Nurs*. May;26(9-10):1291-1300

Lai et al, (2018). The effects of the perception of being recognized by patients with Alzheimer disease on caregiver's burden and psychophysical health. *Am J Hosp Palliat Care*. Sep;35(9):1188-1194.

Meyer OL, Liu XL, Tancredi D, Ramirez AS, Schulz R, Hinton L., (2018). Acculturation level and caregiver outcomes from a randomized intervention trial to enhance caregiver's health: evidence from reach II. *Aging Ment Health*. Jun;22(6):730-737

Nies, A. M., (2013). *Κοινωνική νοσηλευτική: νοσηλευτική δημόσιας υγείας*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λάγος Δημήτριος.

Pudelewicz A., Talarska D, Bączyk G. (2018). Burden of caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Nordic College of Caring Science. Scand J Caring Sci*. Oct 31 [Epub ahead of print]

Redfern, J. S. & Ross, M. F., (2011). *Νοσηλευτική φροντίδα των ηλικιωμένων*. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδη.

Sausoni J, Anderson KH, Varona LM, Varela G. (2013). Caregivers of Alzheimer's patients and factors influencing institutionalization of loved ones: some considerations on existing literature. *Ann Ig*. May-Jun;25(3):235-46

Stanfeld J, Crellin N, Orrell M, Wenborn J, Charlesworth G, Vernooij-Dassen M., (2018). Factors related to sense of competence in family caregivers of people living with dementia in the community a narrative synthesis. *Int Psychogeriatr*. Nov 23:1-1

Verulava, T., (2018). Social problems of Alzheimer patients and their family members. *Home Health Care Management & Practice*. Vol. 30(4) 175 –178.

Wilcock DM, Schmitt FA, Head E., (2016). Cerebrovascular contributions to aging and Alzheimer's disease in Down syndrome. *Biochim Biophys Acta*. 1862(5): 909–914.

Wiseman FK, Al-Janabi T, Hardy J, Karmiloff-Smith A, Nizetic D, Tybulewicz VL, Fisher EM, Strydom A., (2015). A genetic cause of Alzheimer disease: mechanistic insights from Down syndrome. *Nat Rev Neurosci.* 16(9): 564–574.

Yazar T, Yazar HO, Demir EY, Özdemir F, Çankaya S, Enginyurt Ö., (2017). Assessment of the mental health of carers according to the stage of patients with diagnosis of Alzheimer- type dementia. *Neurological Sciences.* May;39(5):903-908

Ζαχαροπούλου Γ., και συν, (2015). Μέτρηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών ηλικιωμένων ασθενών με άνοια που διαμένουν στη κοινότητα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής,* 32(5):614-621

Πλατής, Δ. Χ., (2006). *Γεροντολογική νοσηλευτική*. Αθήνα : Εκδόσεις Παρισιάνου

Πριάμη, Μ., (1998). Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αρρώστους με τη νόσο Alzheimer. *Νοσηλευτική*, 37(3), σελ. 234-239.

Τσολάκη, Μ. (2007). *Κοινωνία και Υγεία*-Κεφ: Alzheimer: Νέες διαστάσεις στην προσέγγιση της νόσου, τομ. VI., ΕΚΤ

Φέρρη, Τ., (2017). Νόσος Alzheimer: Γενετικά σύνδρομα [e-βιβλίο] Available at: <https://books.google.gr/books?id=vF0EDQAAQBAJ&pg=PP1&dq=%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%B5%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC+%CF%83%CF%8D%CE%BD%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%B1&hl=el&sa=X&ved=0ahUKEwjq JijrsPhAhVjsIsKHfZ1BZEQ6AEIKDAA#v=onepage&q=%CE%B3%CE%B5%CE%BD%CE%B5%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AC%20%CF%83%CF%8D%CE%BD%CE%B4%CF%81%CE%BF%CE%BC%CE%B1&f=false>

Φώτος, Ν. Β. & Πανταζής, Κ., Δ., (2005). Διάγνωση της νόσου Alzheimer. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 4(3), σελ. 126-133.

Φώτος, Ν. Β. & Πανταζής, Κ., Δ., (2005). Παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση της νόσου Alzheimer και ο ρόλος συγκεκριμένων γονιδίων. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 4(2), σελ. 71-74.

Χαρατσή, Γ. Ε., (2014). *Σύγχρονη εσωτερική παθολογία*. Εκδόσεις Χαρατσή - Γιωτάκη Ελένη, Ιωάννινα.

