



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Ερευνητικά δεδομένα για την επιβάρυνση των
οικογενειακών φροντιστών ασθενών με άνοια.**

Φοιτήτριες:

Λάζου Χριστίνα Α.Μ.: 706 (17998)

Σιόντη Μαρία Α.Μ.: 37 (10509)

Επιβλέπουσα:

Δρ. Πάσχου Αθηνά

Ιωάννινα

2021

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει κεντρικό ρόλο τόσο στη διαχείριση των ασθενών με άνοια και τη φροντίδα τους, όσο και στην υποστήριξη των φροντιστών οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για τους ασθενείς. Η νοσηλευτική φροντίδα καθίσταται σημαντική στην άνοια, καθώς μπορεί να υιοθετήσει το ολιστικό μοντέλο φροντίδας με ιδιαίτερη προσοχή σε διαφορετικές διαστάσεις της υγείας ενός ασθενούς όπως η σωματική, η κοινωνική, η συναισθηματική και φυσικά η ψυχική. Οι νοσηλευτές είναι οι επαγγελματίες υγείας που διαθέτουν τις κατάλληλες γνώσεις και μπορούν να παρέχουν αξιοπρεπή και μακροχρόνια φροντίδα για σε δύσκολες περιόδους. Ιδιαίτερα σημαντικός είναι ο ρόλος τους στην υποστήριξη των φροντιστών οι οποίοι επιβαρύνονται καθημερινά. Παρέχοντας την κατάλληλη υποστήριξη στους φροντιστές σε κάθε επίπεδο, οι νοσηλευτές μπορούν να τους παρέχουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής και να τους δώσουν τη βοήθεια που χρειάζονται ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών, όσο το δυνατόν περισσότερο γίνεται.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή	4
Περίληψη	6
Abstract	7
Κεφάλαιο 1^ο	
Η Άνοια	
1.1 Ορισμός της άνοιας	9
1.2 Συμπτώματα και κλινική εικόνα.	11
1.3 Διάγνωση της άνοιας.	12
1.4 Επιδημιολογία παθήσεων που συνδέονται με την άνοια	12
1.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις.	14
Κεφάλαιο 2^ο	
Η επιβάρυνση	
2.1 Ορισμός της έννοιας της επιβάρυνσης	16
Κεφάλαιο 3^ο	
Οι οικογενειακοί φροντιστές	
3.1 Ερευνητικά δεδομένα για τους οικογενειακούς φροντιστές.	19
Κεφάλαιο 4^ο	
Οι Οικογενειακοί φροντιστές ασθενών με άνοια	
4.1 Δεδομένα μελετών για τους οικογενειακούς φροντιστές ατόμων με άνοια.	22
Κεφάλαιο 5^ο	
Νοσηλευτικοί ρόλοι	
5.1 Ψυχοκοινωνική στήριξη ατόμων με άνοια.	27
5.2. Νέες προσεγγίσεις στην υποστήριξη ασθενών με άνοια	28
5.3. Ψυχοκοινωνική στήριξη οικογενειακών φροντιστών.	31
5.4. Πρόληψη – ενημέρωση – ευαισθητοποίηση	35
Κεφάλαιο 6^ο	
Συμπεράσματα	39
Βιβλιογραφία	41

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η άνοια είναι μια διαταραχή του νευρικού συστήματος που επηρεάζει τις νοητικές λειτουργίες και προκαλεί αδυναμία στη μνήμη, την κατανόηση, τη μάθηση αλλά και τη γλώσσα. Οι οικογενειακοί φροντιστές των ασθενών με άνοια αντιμετωπίζουν σημαντική επιβάρυνση σε διάφορα επίπεδα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ανασκοπικής μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση της άνοιας και η επιβάρυνση που δέχονται οι οικογενειακοί φροντιστές στα πλαίσια της φροντίδας ενός ασθενούς με άνοια. Σκοπός είναι η περιγραφή των παραγόντων που προκαλούν επιβάρυνση και η ανάγκη για διαχείρισή τους από τους νοσηλευτές. Επιμέρους στόχος είναι να αναδειχθούν οι νοσηλευτικοί ρόλοι.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Λέξεις που χρησιμοποιήθηκαν σε συνδυασμούς κατά την αναζήτηση ήταν «άνοια» (dementia), «νοσηλευτικές παρεμβάσεις» (nursing interventions), «οικογένεια» (family), «φροντιστής», (caregiver), «επιβάρυνση», (burden).

Αποτελέσματα: Ο εγκέφαλος πρέπει να μένει σε εγρήγορση στους ασθενείς με άνοια προκειμένου να μειωθεί η ένταση και η συχνότητα των συμπτωμάτων. Ιδιαίτερο ρόλο στη φροντίδα των ασθενών έχουν οι φροντιστές τους οι οποίοι δέχονται και την περισσότερη επιβάρυνση. Η επιβάρυνση αφορά κυρίως τον ψυχολογικό τομέα, αλλά και τον κοινωνικό και τον οικονομικό.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση της άνοιας απαιτεί την άμεση εμπλοκή των οικογενειακών φροντιστών, οι οποίοι περνούν τις περισσότερες ώρες της ημέρας με τους ασθενείς. Προκειμένου η επιβάρυνση που θα δεχτούν να είναι όσο το δυνατόν χαμηλότερη, είναι απαραίτητο να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση από το νοσηλευτικό προσωπικό και φυσικά την κατάλληλη υποστήριξη. Στόχος είναι επίσης η

πρόληψη της κατάθλιψης και αγχογόνων καταστάσεων, όπως το στρες. Οι οικογενειακοί φροντιστές πρέπει να εκπαιδεύονται ώστε να είναι πιστοί στην τήρηση της φροντίδας των ασθενών, τόσο όσον αφορά τη φαρμακευτική τους θεραπεία, όσο και στη ρύθμιση της διατροφής και άλλες παρεμβάσεις.

Λέξεις κλειδιά: άνοια, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οικογένεια, φροντιστής, επιβάρυνση

Abstract

Introduction: Dementia is a disorder of the nervous system that affects mental functions and causes impairment in memory, comprehension, learning and language. Family caregivers of patients with dementia face a significant burden at various levels.

Purpose: The purpose of this review study was to investigate dementia and the burden that family caregivers receive in the context of caring for a patient with dementia. The purpose is to describe the factors that cause burden and the need for their management by nurses. A separate goal is to highlight the nursing roles.

Material and Method: Greek and international bibliography was reviewed in PubMed and Google Scholar online databases and TEI library. Epirus. The study material consisted of selected books and articles published mainly in the last decade, and the material was collected following a detailed study of the relevant literature. The selection was made from books, general articles, reviews, systematic studies. There was a restriction on the language of publication of books and articles and only those published in Greek and English were used. Words used in search combinations were "dementia", "nursing interventions", "family", "carer", "caregiver", "burden".

Results: The brain must stay alert in patients with dementia in order to reduce the intensity and frequency of symptoms. A special role in the care of patients have their caregivers who receive the most burden. The burden mainly concerns the psychological sector, but also the social and the economic.

Conclusions: Treatment of dementia requires the immediate involvement of family caregivers, who spend most of the day with patients. In order for the burden they will receive to be as low as possible, it is essential that they receive the appropriate training from the nursing staff and of course the appropriate support. It also aims to prevent depression and stressful situations, such as stress. Family caregivers need to be trained to be committed to patient care, both in terms of their medication and in regulating diet and other interventions.

Keywords: dementia, nursing interventions, family, caregiver, burden

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η άνοια αποτελεί ένα από τα πιο συχνά ζητήματα στον χώρο της υγείας. Οι ασθενείς παρουσιάζουν μια σειρά από συγκεκριμένα χαρακτηριστικά συμπτώματα τα οποία οδηγούν στη διάγνωση μετά τον κατάλληλο έλεγχο. Η άνοια υπάγεται στις διαταραχές του νευρικού συστήματος που επηρεάζει τις νοητικές λειτουργίες και προκαλεί αδυναμία στη μνήμη, την κατανόηση, τη μάθηση αλλά και τη γλώσσα. Οι πιθανότητες να παρουσιάσει ένα άτομο άνοια αυξάνονται με την πάροδο των χρόνων. Ένας ασθενής με άνοια μπορεί να προκαλέσει σημαντικές αλλαγές ακόμα και στη ζωή των φροντιστών του. Οι φροντιστές δέχονται σημαντική επιβάρυνση εξαιτίας της πολυπλοκότητας της κατάστασης (Springate & Tremont, 2014).

Δεδομένου μάλιστα ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οι φροντιστές είναι οικογενειακοί, δηλαδή είναι άτομα από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς, η επιβάρυνση δεν αφορά μόνο τους ίδιους αλλά και την υπόλοιπη οικογένεια. Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να αναπτύξει_θεραπευτική σχέση μέσω της οικείας φροντίδας αλλά και να μετριάσουν τα επίπεδα επιβάρυνσης των φροντιστών που είναι κεντρικά πρόσωπα στην φροντίδα των ασθενών με άνοια. Δεδομένου ότι αρκετοί ασθενείς με άνοια φροντίζονται από τα μέλη της οικογένειάς τους στο σπίτι, οι νοσηλευτές έχουν σημαντικό ρόλο ως υποστηρικτές και συντονιστές φροντίδας της οικογένειας. Μάλιστα, οι νοσηλευτές υποχρεούνται να διασφαλίζουν ότι οι οικογενειακοί φροντιστές έχουν πρόσβαση σε διαθέσιμες ιατρικές υπηρεσίες και ότι γνωρίζουν όλα τα δικαιώματά τους (Bass et al., 2012).

Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι να παρουσιάσει τον πολλαπλό ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στους ασθενείς με άνοια και τους φροντιστές τους. Η εργασία αποτελείται από έξι επιμέρους κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζονται βασικές πληροφορίες για την άνοια όπως είναι τεκμηριωμένοι ορισμοί, τα συμπτώματα και η κλινική εικόνα των ασθενών, καθώς και οι μέθοδοι διάγνωσης. Επίσης, παρουσιάζονται επιδημιολογικά δεδομένα που αφορούν τις παθήσεις που συνδέονται με την άνοια, όπως για παράδειγμα ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές νόσοι και η παχυσαρκία. Στο ίδιο κεφάλαιο δίνονται και πληροφορίες σχετικά με τις θεραπευτικές προσεγγίσεις για την άνοια. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζονται ερευνητικά δεδομένα από πρόσφατες έρευνες για την

έννοια της επιβάρυνσης. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται πληροφορίες και ερευνητικά δεδομένα που αφορούν τους οικογενειακούς φροντιστές, τα άτομα δηλαδή που είναι υπεύθυνα για τον συγγενή τους που πάσχει από άνοια. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα δεδομένα ερευνών για τους οικογενειακούς φροντιστές ενώ το πέμπτο κεφάλαιο αφιερώνεται στους νοσηλευτικούς ρόλους. Ειδικότερα, αναφέρονται επιμέρους διαστάσεις του ρόλου του νοσηλευτικού προσωπικού, όπως για παράδειγμα η στήριξη των ατόμων με άνοια, οι νέες προσεγγίσεις στην υποστήριξή τους, η ψυχοκοινωνική υποστήριξη των οικογενειακών φροντιστών, ενώ τέλος αναλύεται ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την πρόληψη, την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση. Στο έκτο και τελευταίο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Η Άνοια

1.1 Ορισμός της άνοιας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2015), όσο αυξάνεται η ηλικία των ατόμων που βρίσκονται στην Τρίτη Ηλικία, τόσο παρατηρούνται σταδιακές μεταβολές στη νοητική τους ικανότητα. Η κατάσταση αυτή μπορεί να είναι μια ήπια νοητική διαταραχή σε φυσιολογικά πλαίσια, μπορεί όμως να έχει και μια βαρύτερη μορφή νοητικής διαταραχής. Η βαρύτερη αυτή μορφή είναι γνωστή στη διεθνή κοινότητα με τον όρο άνοια και βάσει της διεθνούς κατάταξης των νοσημάτων κατά το ICD10 χαρακτηρίζεται ως ένα σύνδρομο με μια χρόνια νοητική διαταραχή. Η χρόνια αυτή διαταραχή εξελίσσεται προοδευτικά και επηρεάζει τις ανώτερες λειτουργίες του φλοιού όπως τη μνήμη, τον προσανατολισμό, την κατανόηση, την μάθηση και την γλώσσα αλλά και την κριτική ικανότητα και την σκέψη, χωρίς να επηρεάζει το επίπεδο συνείδησης (WHO, 2016). Σταδιακά το άτομο χάνει την ικανότητά του να εκτελεί με άνεση καθημερινές δραστηριότητες και να χρησιμοποιεί βασικά εργαλεία. Μάλιστα, στα τελευταία στάδια παρουσιάζει μόνιμη κατάκλιση και αδυναμία κατάποσης.

Κατά προσέγγιση, το 60% των ατόμων που πάσχουν από άνοια διαμένουν σε κάποια αναπτυγμένη χώρα μεσαίου ή χαμηλού εισοδήματος. Αξίζει να αναφερθεί ότι υπάρχουν ενδείξεις σύμφωνα με την οποίες η συχνότητα εμφάνισης των περιστατικών είναι χαμηλότερη στις χώρες που είναι πιο αναπτυγμένες οικονομικά. Οι ειδικοί εξηγούν ότι αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι αυτές οι χώρες έχουν καλύτερο τρόπο να αντιμετωπίσουν τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και περισσότερα μέσα να αυξήσουν την εκπαίδευση των ατόμων που ανήκουν στις ομάδες κινδύνου (Bastawrous, 2013).

Σε παγκόσμιο επίπεδο, περισσότεροι από 35 εκατομμύρια άτομα έχουν διαγνωστεί με άνοια. Μάλιστα, το μεγαλύτερο ποσοστό έχει διαγνωστεί ότι πάσχει από Alzheimer. Αναφορικά με τις ηλικίες που συμβαίνει αυτό, υποστηρίζεται ότι η Τρίτη ηλικία είναι η

ομάδα εκείνη με τις περισσότερες πιθανότητες. Πιο συγκεκριμένα, η πλειονότητα των διαγνωσμένων περιστατικών ανήκει στην ηλικία των 65 ετών και άνω. Υποστηρίζεται επίσης ότι ο επιπολασμός της νόσου είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες (Lunenfeld & Stratton, 2013). Αναφορικά με τις κατηγορίες της άνοιας είναι οι εξής παρακάτω :

Alzheimer

Η νόσος Alzheimer είναι η πιο κοινή μορφή άνοιας και ευθύνεται για περίπου το 75% των περιπτώσεων, είτε από μόνη της είτε με άλλες μορφές παθολογίας. Περιγράφηκε για πρώτη φορά πριν από 100 χρόνια από τον Γερμανό ψυχίατρο Alois Alzheimer και πήρε το όνομά του. Ένας ασθενής με νόσο του Alzheimer, που είναι μια από τις πιο γνωστές εκφυλιστικές νόσους, παρουσιάζει ανωμαλία στις εγκεφαλικές πλάκες, γεγονός που επηρεάζει την ομαλή λειτουργία των εγκεφαλικών κυττάρων (Custodio et al., 2017).

Αγγειακή άνοια

Η αγγειακή άνοια είναι ο δεύτερος πιο κοινός τύπος άνοιας μετά τη νόσο Alzheimer. Εμφανίζεται όταν η παροχή αίματος στον εγκέφαλο διακυβεύεται από αρτηριακή νόσο, η οποία οδηγεί σε μειωμένη νευρωνική λειτουργία και τελικά στο θάνατο των εγκεφαλικών κυττάρων. Πολλοί παράγοντες αγγειακού κινδύνου μπορούν να συμβάλουν, όπως για παράδειγμα η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης, το κάπνισμα, η διατροφή και η παχυσαρκία (Jackson et al., 2013).

Άνοια με σώματα Lewy

Η άνοια με σώματα Lewy είναι ο τρίτος πιο κοινός τύπος άνοιας, που αντιπροσωπεύει περίπου το 10% των περιπτώσεων. Συνδέεται στενά με τις ασθένειες του Alzheimer και του Parkinson επειδή έχουν πολλά χαρακτηριστικά. Τα σώματα Lewy, τα οποία είναι χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας ασθενειών, είναι μικρές συγκεντρώσεις μιας πρωτεΐνης

που ονομάζεται άλφα-συνουκλεΐνη και εμφανίζονται στα κύτταρα σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού φλοιού (Custodio et al., 2017) .

Μετωποκροταφική άνοια

Η μετωποκροταφική άνοια είναι ένας σχετικά ασυνήθιστος τύπος άνοιας και ο όρος καλύπτει μια σειρά καταστάσεων που επηρεάζουν περιοχές στο μπροστινό μέρος του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για τον σχεδιασμό, το συναίσθημα, τα κίνητρα και τη γλώσσα. Υπάρχουν διάφοροι τύποι μετωποκροταφική άνοιας, ανάλογα με το ποιο μέρος του μετωπικού ή κροταφικού λοβού επηρεάζεται περισσότερο (Warren et al 2013)

Μικτή Άνοια

Η Μικτή άνοια αναφέρεται σε μια κατάσταση όπου υπάρχουν περισσότεροι από ένας τύποι άνοιας. Ο πιο συνηθισμένος τύπος είναι οι μικτές άνοιες του Alzheimer και των αγγείων, όπου υπάρχουν κλινικά χαρακτηριστικά και οι εγκεφαλικές αλλαγές είναι κοινές και στις δύο καταστάσεις. Αυτό γίνεται πολύ πιο συνηθισμένο με την προχωρημένη ηλικία, πέραν των 80 ετών περίπου (Custodio et al., 2017).

1.2 Συμπτώματα και κλινική εικόνα

Όσον αφορά τα κυριότερα συμπτώματα της άνοιας, ο Harisson (2018) υποστηρίζει ότι είναι εμφανή στο γνωστικό και το συμπεριφορικό τομέα. Όσο πιο σοβαρό είναι το περιστατικό, τόσο περισσότερο μειώνονται οι δυνατότητες και οι επιδόσεις των ασθενών. Τα πιο συχνά συμπτώματα είναι η αδυναμία του ατόμου να συγκρατεί νέες πληροφορίες και να τις ανακαλεί. Η κατάσταση αυτή είναι δυνατό να οδηγήσει το άτομο σε

επαναλαμβανόμενες ερωτήσεις αλλά και σε καταστροφή προσωπικών αντικειμένων. Επίσης, το άτομο δε θυμάται σημαντικά γεγονότα και ραντεβού.

Συχνές είναι οι βλάβες και στη συλλογιστική διαδικασία, τα σύνθετα ζητήματα και την άσκηση κριτικής. Τα άτομα με άνοια δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν έναν επικείμενο κίνδυνο. Την ίδια ώρα, αδυνατούν να διαχειριστούν τα οικονομικά τους, αλλά και πάσχουν στο ζήτημα της λήψης αποφάσεων (Brown, 2018).

Σύμφωνα με τους Bature et al. (2017), τα άτομα με άνοια παρουσιάζουν μειωμένες οπτικοακουστικές ικανότητες. Με άλλα λόγια, αδυνατούν να αναγνωρίσουν πρόσωπα ακόμα και του κοντινού τους περιβάλλοντος ή ακόμα και αγαπημένα τους αντικείμενα. Επιπλέον, παρουσιάζουν δυσκολίες στο λόγο τους, τη γραφή και την ανάγνωση, ενώ δυσκολεύονται να ανακαλέσουν απλές λέξεις. Η κατάσταση αυτή έχει ως αποτέλεσμα να παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές στην προσωπικότητα και τη συμπεριφορά τους, αλλά και αλλαγές στη διάθεση. Το άτομο αποσύρεται κοινωνικά, σταματά να έχει ενδιαφέρον για πράγματα και δραστηριότητες που άλλοτε του επέφεραν ευχαρίστηση, ενώ μειωμένα είναι και τα κίνητρα και οι πρωτοβουλίες. Τέλος, απαραίτητο είναι να αναφερθεί ότι παρατηρείται έντονη απώλεια της ενσυναίσθησης, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε εκδήλωση κάποιας κοινωνικά μη αποδεκτής συμπεριφοράς.

Οι Terracciano και συνεργάτες (2017) αναφέρουν ότι η κλινική εικόνα επηρεάζεται από την προνοσηρή προσωπικότητα του ασθενούς και την υποκείμενη αιτία της άνοιας. Σε αρχικό επίπεδο, η διαταραχή της μνήμης αφορά πρόσφατα γεγονότα. Με την πάροδο του χρόνου ωστόσο εξελίσσεται και περιλαμβάνει και παλαιότερα γεγονότα, ονόματα, ημερομηνίες με αποτέλεσμα επίμονη επανάληψη ερωτήσεων και χρήση μέσων υπενθύμισης. Περισσότερο ενδεικτική της γνωστικής έκπτωσης είναι η δυσκολία απόκτησης νέων γνώσεων, σε ασθενείς όμως με πολλές κοινωνικές δεξιότητες μπορεί να μην είναι εμφανής και να λειτουργούν ικανοποιητικά παρά τη γνωστική έκπτωση.

1.3 Διάγνωση της άνοιας

Προκειμένου να ολοκληρωθεί με επιτυχία η διαδικασία της διάγνωσης, είναι απαραίτητο να γίνει λεπτομερώς η λήψη του ιστορικού του ασθενούς. Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να απευθυνθεί είτε στον ίδιο τον ασθενή αν αυτό είναι εφικτό, είτε

στους φροντιστές του. Είναι επίσης απαραίτητη η φυσική εξέταση με την αξιοποίηση διαγνωστικών εργαλείων που έχουν σχεδιαστεί για την εκτίμηση της γνωστικής λειτουργίας. Ένα από τα πιο συχνά επιλεγόμενα τεστ είναι το MMSE (Mini Mental Test). Πρόκειται για ένα εύχρηστο τεστ που είναι αξιόπιστο και έγκυρο. Σε πρακτικό επίπεδο, η διάγνωση της νόσου μπορεί να ολοκληρωθεί όταν εμφανιστούν τα πρώτα σημάδια, με κυριότερο αυτό της μειωμένης προοδευτικής μνήμης για διάστημα που ξεπερνά τους 6 μήνες. Στα πλαίσια της διάγνωσης, απαραίτητο είναι οι νοσηλευτές να λαμβάνουν υπ' όψιν την ηλικία του ασθενούς, την καταγραφή κάποιου εγκεφαλικού στο ιστορικό του ασθενούς αλλά και τα ελλείμματα σε δύο ή περισσότερες περιοχές γνωστικής λειτουργίας (Velayudhan και συν., 2014).

1.4 Επιδημιολογία παθήσεων που συνδέονται με την άνοια

Ο διαβήτης είναι ένας από τους πιο κοινώς αποδεκτούς παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση της άνοιας. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με διαβήτη τύπου 2 έχουν 60% αύξηση στον κίνδυνο άνοιας (Biessels & Despa, 2018). Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια πολυπαραγοντική ασθένεια σημαντικής ετερογένειας. Η ασθένεια είναι η πιο κοινή χρόνια ενδοκρινική διαταραχή, η οποία επηρεάζει περίπου το 5% –10% των ενηλίκων παγκοσμίως. Οι προβλέψεις που βασίζονται σε πολλές μελέτες έχουν δείξει μια αυξανόμενη αύξηση του σακχαρώδους διαβήτη, ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Προβλέπεται ότι μεταξύ 2010 και 2030, οι ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες θα σημειώσουν αύξηση κατά 20% και 69%, αντίστοιχα, στον αριθμό των ενηλίκων με διαβήτη (Shaw et al., 2010).

Ο επιπολασμός του διαβήτη μεταξύ των ατόμων ηλικίας 20-79 ετών μπορεί να αυξηθεί σε 7,7%, αποτελώντας 439 εκατομμύρια έως το 2030. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι τροποποιήσεις του τρόπου ζωής είναι αποτελεσματικές στην πρόληψη της παχυσαρκίας και του διαβήτη σε ενήλικες υψηλού κινδύνου με μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη (Biessels & Despa, 2018). Σε παγκόσμιο επίπεδο, η περιοχή της ανατολικής Μεσογείου έχει το δεύτερο υψηλότερο επιπολασμό διαβήτη από άποψη πληθυσμού. Σύμφωνα με τον

Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), σχεδόν το ένα τέταρτο του πληθυσμού της περιοχής έχει διαβήτη με τη μία ή την άλλη μορφή (Thelin & Holmberg, 2014).

Η παχυσαρκία συνδέεται επίσης με την άνοια. Η παχυσαρκία και η άνοια είναι δύο από τις πιο συχνές νόσους στη σύγχρονη πραγματικότητα, καθώς και οι δύο επικρατούν με ανησυχητικό ρυθμό. Ένα άτομο που καταναλώνει πολύ περισσότερες θερμίδες από αυτές που καίει μπορεί να οδηγηθεί σε πολύ επικίνδυνες καταστάσεις πέρα από την παχυσαρκία. Τέτοιου είδους καταστάσεις είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις αλλά και οι επιπλοκές στις αρθρώσεις. Η μελέτη των Anjum et al. (2018) έδειξε ότι τα άτομα με παχυσαρκία έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άνοιας και θνησιμότητας, ιδίως όταν η ηλικία τους ξεπερνά τα 65 έτη. Πιο συγκεκριμένα, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα ποσοστά της παχυσαρκίας αγγίζουν το 32% στους ασθενείς με άνοια, νούμερο ιδιαίτερα ανησυχητικό.

Είναι κοινώς αποδεκτό ότι η παχυσαρκία είναι μια πολύπλοκη, πολυπαραγοντική, και σε μεγάλο βαθμό αποτρέψιμη ασθένεια, η οποία επηρεάζει περισσότερο από το ένα τρίτο του παγκόσμιου πληθυσμού σήμερα (Livingston et al., 2020).

Εάν συνεχιστούν οι τάσεις που καταγράφονται στις σύγχρονες έρευνες, εκτιμάται ότι το 2030 το 38% του παγκόσμιου ενήλικου πληθυσμού θα είναι υπέρβαρο και ένα άλλο 20% θα είναι παχύσαρκοι. Οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής είναι μια από τις πιο καταπονημένες ηπείρους όσον αφορά την παχυσαρκία. Βάσει των ερευνών, υπολογίζεται ότι έως το 2030 πάνω από το 85% των ενηλίκων θα είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (Hruby & Hu, 2015).

1.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Η αντιμετώπιση της άνοιας μπορεί να είναι είτε φαρμακευτική είτε μη φαρμακευτική. Στην περίπτωση της φαρμακευτικής αγωγής, στόχος είναι η ρύθμιση των συμπτωμάτων του ασθενούς και σε καμία περίπτωση η αναστολή της βλάβης των νευρώνων (O'Brien και συν., 2017).

Οι ασθενείς λαμβάνουν σκευάσματα που είναι αναστολείς της χολινεστεράσης και περιέχουν ριβαστιγμίνη, γκαλανταμίνη αλλά και δονεπεζίλη. Οι ουσίες αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών σε ήπιες ή μέτριες περιπτώσεις. Από την άλλη η μεμαντίνη έχει ένδειξη για μέτρια και σοβαρή νόσο, ενώ η συνδυαστική θεραπεία μενταμίνης με τους αναστολείς χολινεστεράσης έχει ένδειξη για μέτρια προς βαριά νόσο. Τα παραπάνω φαρμακευτικά σκευάσματα χρησιμοποιούνται κυρίως για τη βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών, ενώ για την βελτίωση των συμπεριφορικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων της άνοιας επιλέγονται τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιψυχωσικά, οι σταθεροποιητές διάθεσης και οι βενζοδιαζεπίνες (Masopust και συν., 2018).

Οι μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις αποτελούν σημαντικό μέρος στη θεραπεία κάθε ασθενούς με άνοια. Συνήθως δρουν συμπληρωματικά στη φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς με άνοια πρώιμης φάσης που έχουν επίσης πρόβλημα στην αποτελεσματική επικοινωνία με τους γύρω τους έχουν ανάγκη από περισσότερες στρατηγικές επικοινωνίας. Οι νοσηλευτές, αξιοποιώντας την ενσυναίσθηση κι όλες τις υπόλοιπες επικοινωνιακές τους δεξιότητες μπορούν να συνάψουν μια θεραπευτική σχέση με τον ασθενή τους και να τον βοηθήσουν να νιώθει πιο άνετα, μειώνοντας τα επίπεδα του άγχους και της ανησυχίας τους (O'Brien και συν., 2017).

Ο προγραμματισμός της νοσηλευτικής περίθαλψης για τους ασθενείς με προχωρημένη άνοια είναι συχνά μια διαδικασία ιδιαίτερα απαιτητική. Εξαιτίας της προχωρημένης ηλικίας, οι ασθενείς παρουσιάζουν συννοσηρότητες όπως η χοληστερίνη και οι καρδιακές παθήσεις που επίσης χρειάζονται συνέπεια στη φαρμακευτική αγωγή (Lee και συν., 2017).

Η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής από τους ασθενείς είναι απαραίτητη για τη φροντίδα ατόμων με άνοια, δεδομένου ότι οι ασθενείς με άνοια έχουν ανεπάρκεια γνωστικής λειτουργίας που έχει αρνητική επίδραση στην τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να επηρεάσουν την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής από την πλευρά των ασθενών. Άλλοι παράγοντες περιλαμβάνουν την ανεπαρκή γνώση του θεραπευτικού σχήματος και το σκοπό των φαρμάκων, την πολυπλοκότητα των προγραμμάτων χορήγησης φαρμάκων, την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών, τη διαβίωση, το χαμηλό εισόδημα, τη χαμηλή εκπαίδευση, τις προσωπικές και πολιτιστικές

πεποιθήσεις για τα φάρμακα, και την κατάθλιψη, τη συνήθεια καπνίσματος και το πρόβλημα της κατανάλωσης αλκοόλ (Agar et al., 2017).

Η θεραπεία με φάρμακα είναι ένας κοινός τρόπος αντιμετώπισης των ασθενών με άνοια σε πρώιμο στάδιο. Ως εκ τούτου, η συνεργασία μεταξύ των φροντιστών και των νοσηλευτών είναι σημαντική για να βοηθήσει τους ασθενείς να λάβουν το καλύτερο αποτέλεσμα από τα φάρμακα. Οι ασθενείς μπορεί να ξεχάσουν να παίρνουν φάρμακα λόγω της απώλειας της μνήμης (Broughton και συν., 2020). Χάρη στην εξέλιξη της τεχνολογίας, οι νοσηλευτές μπορούν να αξιοποιήσουν τις τεχνολογικές λύσεις προκειμένου να ενισχύσουν την προσκόλληση στην φαρμακευτική αγωγή. Συνολικά, η έγκαιρη διάγνωση, η κατάλληλη φροντίδα και οι ολιστικές θεραπείες ενισχύουν την προσκόλληση των ασθενών (Jenkins & McKay 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Η Επιβάρυνση

2.1 Ορισμός της έννοιας της επιβάρυνσης.

Η έννοια της επιβάρυνσης είναι άμεσα συνδεδεμένη με την αύξηση του βάρους που δέχεται ένα άτομο. Το βάρος αυτό προκαλείται από μια δύσκολη κατάσταση και μπορεί να προκαλέσει σημαντικές μεταβολές στην καθημερινότητα και φυσικά στην ποιότητα ζωής. Πριν αναφερθεί κάτι περαιτέρω, είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι η πρώτη αναφορά σχετικά με την έννοια αυτή, παρουσιάζεται στην Παλαιά Διαθήκη όπου είχε την έννοια του ότι κάποιος σηκώνει και αντέχει ένα φορτίο. Φυσικά η έννοια αυτή είναι μεταφορική, καθώς επικεντρώνεται στο ψυχικό βάρος και τον ψυχικό πόνο που μπορεί να βιώνει κάποιος. Με την πάροδο των χρόνων, η επιβάρυνση άρχισε να παίρνει διαφορετικές σημασίες και να χρησιμοποιείται από διαφορετικούς κλάδους, υπό διαφορετικές περιστάσεις. Από τους πιο γνωστούς κλάδους στους οποίους χρησιμοποιήθηκε η έννοια αυτή ήταν ο νομικός και ο οικονομικός. Σταδιακά, η έννοια άρχισε να αξιοποιείται και στον κλάδο της υγείας, και συγκεκριμένα στις περιπτώσεις των οικογενειών με μέλη τα οποία αντιμετώπιζαν ψυχικές νόσους, όπως το χρόνιο στρες (Liu et al., 2017).

Η έννοια, λοιπόν, της επιβάρυνσης είναι άμεσα συνδεδεμένη με το άγχος και το στρες, με τη χαμηλότερη ποιότητα ζωής και φυσικά με τις εντάσεις και τη διαρκή ανησυχία. Οι Grad & Sainsbury (1966) πρώτοι έκαναν λόγο για την οικογενειακή επιβάρυνση, αναφέροντας τον όρο αυτό στα πλαίσια της εξέτασης της φροντίδας των ψυχικά πασχόντων στην κοινότητα, όταν οι οικογένειες άρχισαν να γίνονται οι μόνοι φροντιστές τους. Πιο συγκεκριμένα, οι συγγραφείς υποστήριξαν ότι η επιβάρυνση ήταν αρνητικό επακόλουθο της φροντίδας στην οικογένεια, και μέσα στο ίδιο πλαίσιο η επιβάρυνση είναι δυνατό να θεωρηθεί ως εκείνη η δύναμη που μεσολαβεί μεταξύ της ανικανότητας του ασθενούς και της επίδρασης που έχει η φροντίδα του στην οικογένεια και κυρίως στον βασικό φροντιστή.

Την ίδια χρονιά, οι Hoening και Hamilton (1966) εμβάθυναν την έννοια της επιβάρυνσης, υποστηρίζοντας ότι τα γεγονότα, οι δραστηριότητες και κάποια περιστατικά είναι απαραίτητο να διαχωρίζονται από τα συναισθήματα και τις ιδιότητες της φροντίδας, κάνοντας για πρώτη φορά τον διαχωρισμό ανάμεσα στην έννοια της *υποκειμενικής* και *αντικειμενικής* επιβάρυνσης. Όσον αφορά την αντικειμενική επιβάρυνση, σε αυτή περιλαμβάνονται όλοι οι παράγοντες που μπορούν να διαταράξουν την οικογενειακή ζωή εξαιτίας των προβλημάτων που αντιμετωπίζει ένας ασθενής.

Οι συγκεκριμένοι παράγοντες μπορεί να ασκήσουν σημαντική επίδραση στην οικογένεια, και συγκεκριμένα στους ρόλους της και τα οικονομικά της, την καθημερινή ρουτίνα και τις δραστηριότητες της οικογένειας, και φυσικά τις σχέσεις μεταξύ των μελών. Από την άλλη, η υποκειμενική επιβάρυνση έχει άμεση σχέση με την υποκειμενική εμπειρία, και κυρίως τα συναισθήματα του φροντιστή που σχετίζονται με την κατάσταση και τις ψυχοσυναισθηματικές επιπτώσεις που προκαλούνται στον άνθρωπο. Συνεπώς, η αντικειμενική επιβάρυνση σχετίζεται κατά κύριο λόγο με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που αφορούν την διαδικασία της φροντίδας. Από την άλλη, η υποκειμενική επιβάρυνση αφορά όλα τα συναισθήματα που βιώνει ο οικογενειακός φροντιστής, προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι λειτουργίες της φροντίδας (Cheng, 2017).

Οι Zarit και συνεργάτες (1980), προσπάθησαν να αναλύσουν την έννοια της επιβάρυνσης, υποστηρίζοντας ότι πρόκειται για την έκταση κατά την οποία ένας φροντιστής μπορεί να αντιληφθεί την υγεία του, την κοινωνική του ζωή και φυσικά την οικονομική του υπόσταση ως συνέπεια της φροντίδας ενός ασθενούς του συγγενικού του περιβάλλοντος. Μάλιστα, οι ερευνητές υποστήριξαν ότι η επιβάρυνση είναι το προϊόν μιας ειδικής, υποκειμενικής, ερμηνευτικής διαδικασίας. Αυτό μάλιστα υποδηλώνει ότι η επιβάρυνση δεν συνιστά ένα αναπόφευκτο και συνάμα αρνητικό επακόλουθο της φροντίδας, αλλά μια ξεκάθαρα υποκειμενική αντίληψη της φροντίδας και των αντιδράσεων στην συμπεριφορά του ατόμου που δέχεται την φροντίδα.

Ο Platt (1985) με την σειρά του υποστήριξε ότι στην αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνεται η διαταραχή της οικογενειακής ζωής, που είναι δυνητικά επαληθεύσιμη. Στο ίδιο μήκος κύματος, οι Montgomery και συνεργάτες (1985) ανέφεραν σχετικά με την υποκειμενική επιβάρυνση ότι πρόκειται για την στάση του φροντιστή ή τις συναισθηματικές του αντιδράσεις στη φροντίδα. Υποστήριξαν επίσης σχετικά με την

αντικειμενική επιβάρυνση ότι έχει σχέση με τις αλλαγές στις διαφορετικές πλευρές της καθημερινότητας, τόσο των φροντιστών όσο και των υπόλοιπων μελών της οικογένειας.

Ομοίως, οι Miller και συνεργάτες (1991) κάνουν λόγο για δύο διαφορετικές υποκατηγορίες, όσον αφορά τις διαστάσεις της επιβάρυνσης. Ειδικότερα, αναφέρουν την *προσωπική επιβάρυνση* ως την αντίληψη του φροντιστή σχετικά με τα προβλήματα στις προσωπικές πράξεις και δραστηριότητες, οι οποίες επηρεάζονται από την φροντίδα και την *διαπροσωπική επιβάρυνση* που αφορά τα προβλήματα στην σχέση του με το άτομο που δέχεται την φροντίδα.

Σημαντική είναι και η άποψη του Dawood (2016), ο οποίος υποστηρίζει ότι η επιβάρυνση συνιστά μια οξεία αντίδραση στην παροχή της φροντίδας, η οποία αποτελεί επακόλουθο των νέων απαιτήσεων που παρουσιάζονται κάθε φορά. Οι Lloyd και συνεργάτες (2014) υποστηρίζουν ότι η επιβάρυνση των φροντιστών σχετίζεται σημαντικά και με τη ν σωματική καταπόνηση. Οι φροντιστές των ατόμων με άνοια, όχι μόνο αναμένεται να έχουν ανάγκη για υποστήριξη όσον αφορά τη ν σωματική τους καταπόνηση και να αντιμετωπίσουν συμπεριφορικά προβλήματα και ενοχλητικές αλλαγές στην προσωπικότητά τους, αλλά συχνά επίσης έχουν ανάγκη από υποστήριξη που προσφέρεται μέσω των σύνθετων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και υποστήριξης.

Η έρευνα των Werner και των συνεργατών τους (2012) έγινε προσπάθεια να εξεταστεί εάν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ οικογενειακού στίγματος και βάρους φροντιστή για όσους φροντίζουν ένα μέλος της οικογένειας με άνοια. Πραγματοποιήθηκαν δομημένες συνεντεύξεις με 185 συμμετέχοντες. Ενώ αυτή η μελέτη ανέφερε χαμηλότερα επίπεδα αναφερόμενου στίγματος που σχετίζεται με τη φροντίδα κάποιου με άνοια από αυτά που φροντίζουν κάποιον με ψυχική ασθένεια, οι ερευνητές αναγνωρίζουν ότι οι επιπτώσεις στο άτομο και την οικογένεια ως αποτέλεσμα της φροντίδας ενός ατόμου με άνοια είναι πιο έντονες σε εκείνους τους φροντιστές που αντιλήφθηκαν ότι υπήρχε στίγμα που συνδέεται με το άτομο με άνοια. Ομοίως, συναισθήματα ντροπής βρέθηκαν επίσης να αυξάνουν σημαντικά την πιθανότητα επιβάρυνσης για τους φροντιστές συγγενών με την άνοια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Ποιοι είναι οι οικογενειακοί φροντιστές

3.1 Ερευνητικά δεδομένα για τους οικογενειακούς φροντιστές

Όσον αφορά τους φροντιστές, πρόκειται στην πλειοψηφία των περιπτώσεων για άτομα τα οποία προέρχονται από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Έτσι, οι οικογενειακοί φροντιστές είναι στην περίπτωση ενός έγγαμου ατόμου συνήθως είτε ο/η σύζυγος είτε τα παιδιά. Όσον αφορά τα παιδιά, χαρακτηριστικό είναι πως συνήθως αξιοποιούνται κάποια κριτήρια για την επιλογή τους ως φροντιστές τα οποία σχετίζονται με το φύλο, τον τόπο κατοικίας αλλά και παράγοντες όπως η πρωτοτοκία και η συγκατοίκηση. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων πάντως οι οικογενειακοί φροντιστές, είναι είτε οι κόρες είτε οι νύφες των ασθενών (Sakakibara et al., 2015).

Σύμφωνα με τους Prorok et al. (2013) οι οικογενειακοί φροντιστές είναι τα άτομα εκείνα που βοηθούν τους ασθενείς με βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής όπως το ντύσιμο, η προσωπική υγιεινή, η σίτιση, η μετακίνηση και η τουαλέτα. Μερικές φορές οι φροντιστές μπορούν επίσης να βοηθήσουν σε εργασίες που είναι λιγότερο απαραίτητες, γνωστές και ως οργανικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, για τη βασική λειτουργία που βοηθούν τους ασθενείς να έχουν μια σχετικά πιο ανεξάρτητη ζωή. Τέτοιου είδους εργασίες περιλαμβάνουν την υποστήριξη στις εργασίες του σπιτιού, την διαχείριση φαρμάκων, τις αγορές, την διαχείριση χρημάτων και παροχή μεταφοράς. Οι οικογενειακοί φροντιστές παρέχουν χωρίς αμοιβή την υποστήριξή τους σε ένα μέλος της οικογένειάς τους που πάσχει από κάποια χρόνια ασθένεια ή λειτουργικά προβλήματα.

Οι Cohen et al. (2012) υποστηρίζουν ότι οι οικογενειακοί φροντιστές μπορεί να έχουν κίνητρα να παρέχουν φροντίδα για διάφορους λόγους, με σημαντικότερους το αίσθημα της αγάπης ή της αμοιβαιότητας, το αίσθημα της πνευματικής εκπλήρωσης και της αίσθησης καθήκοντος, και φυσικά επειδή αισθάνονται την ανάγκη να υποστηρίξουν την οικογένειά τους. Φυσικά, δεν πρέπει να λησμονούνται παράγοντες όπως οι κοινωνικοί, μεταξύ των οποίων αναγνωρίζονται οι κοινωνικές πιέσεις, ή ακόμα και οι πολιτιστικοί κανόνες και οι σχετικές νόρμες.

Οι Brodaty & Donkin (2009) αναφέρουν ότι οι οικογενειακοί φροντιστές σε ποσοστό 55% βιώνουν σχετικά θετικά συναισθήματα έναντι των φροντιστών που απασχολούνται επί πληρωμή. Τα συναισθήματα που βιώνουν οι φροντιστές και εντάσσονται στα θετικά είναι η συντροφικότητα, το αίσθημα του αμοιβαίου δεσμού, η πνευματική και προσωπική ανάπτυξη, η αυξημένη πίστη και το συναίσθημα ότι μπορούν να προσφέρουν ευημερία στα δικά τους άτομα. Οι ερευνητές αναφέρουν επίσης ότι το φύλο, η ηλικία, η εκπαίδευση και η εθνικότητα μπορούν επίσης να επηρεάσουν τον τρόπο που οι οικογενειακοί φροντιστές βλέπουν το ρόλο τους. Πιο συγκεκριμένα αναφέρουν ότι το να αισθάνεται ένας οικογενειακός φροντιστής πιο θετικά προς τη φροντίδα του ατόμου της οικογένειάς του, έχει συσχετιστεί με το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, τους μεγαλύτερους κοινωνικούς πόρους, την ικανοποίηση με την κοινωνική συμμετοχή και την καλύτερη κατάσταση σωματικής υγείας.

Ο Tremont (2011) υποστηρίζει ότι από τους κυριότερους ρόλους των οικογενειακών φροντιστών είναι οι οικονομικές υποχρεώσεις αλλά και η κάλυψη και εξυπηρέτηση των καθημερινών υποχρεώσεων και δραστηριοτήτων. Επίσης φαίνεται πως οι οικογενειακοί φροντιστές έχουν περισσότερο άγχος από τους επί πληρωμή φροντιστές, και φυσικά είναι φορτισμένοι ψυχοσυναισθηματικά σε υψηλότερα επίπεδα.

Σύμφωνα με την έρευνα των Carvalho και Neri (2018), οι οικογενειακοί φροντιστές στις αναπτυσσόμενες χώρες περνούν ένα μέσο όρο 3 έως 6 ωρών την ημέρα με το άτομο που φροντίζουν και 3 έως 9 ώρες βοηθώντας το στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Καθώς οι άνθρωποι αυτοί είναι πιο πιθανό να ζουν σε μεγάλα νοικοκυριά, η φροντίδα κατανέμεται σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων και υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι ο κύριος φροντιστής αντιμετωπίζει λιγότερη πίεση όταν γίνεται αυτό. Επιπλέον, παρόλο που ενδέχεται να υπάρχουν αρκετοί υπεύθυνοι για την φροντίδα, το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινής φροντίδας εξακολουθεί να είναι πιθανό να αφεθεί σε ένα άτομο μονάχα (Carvalho & Neri, 2018).

Ιδιαίτερη αναφορά αξίζει και στην άποψη των Fonareva και Oken (2014), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι οι φροντιστές αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια καθώς ισορροπούν τη φροντίδα με άλλες απαιτήσεις, όπως η ανατροφή των παιδιών, η καριέρα και οι σχέσεις. Διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για επιβάρυνση, άγχος, κατάθλιψη και μια σειρά άλλων επιπλοκών στην υγεία τους. Οι επιπτώσεις στους οικογενειακούς φροντιστές είναι ποικίλες

και περίπλοκες και υπάρχουν πολλοί άλλοι παράγοντες που μπορεί να επιδεινώσουν ή να βελτιώσουν τον τρόπο με τον οποίο οι φροντιστές αντιδρούν και αισθάνονται ως αποτέλεσμα του ρόλου τους. Πολλές μελέτες αναφέρουν ότι η φροντίδα ενός ατόμου με άνοια ή άλλες ψυχικές διαταραχές είναι πιο αγχωτική από τη φροντίδα ενός ατόμου με σωματική αναπηρία (Fonareva & Oken, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Οι οικογενειακοί φροντιστές ασθενών με άνοια

Δεδομένα μελετών για τους οικογενειακούς φροντιστές απόμων με άνοια

Σύμφωνα με τον Lee (2019), οι οικογενειακοί φροντιστές είναι αυτοί που θα αντιμετωπίσουν τη μεγαλύτερη επιβάρυνση όσον αφορά την άνοια. Στις νέες τους υποχρεώσεις περιλαμβάνεται όχι μόνο η φροντίδα του ασθενούς αλλά και το οικονομικό βάρος. Μάλιστα, όλη η επιβάρυνση που δέχονται ξεκινά ήδη από τη φάση της διάγνωσης. Ένα σημείο που προκαλεί ιδιαίτερη επιβάρυνση είναι η δυσκολία να αποδεχτούν τη νόσο αρχικά και έπειτα τον νέο τους ρόλο και τις αυξημένες ευθύνες.

Οι Jutkowitz και συν. (2017) θίγουν το ζήτημα της οικονομικής επιβάρυνσης που έχουν οι φροντιστές των ασθενών με άνοια. Πιο συγκεκριμένα, τονίζουν ότι οι φροντιστές επιβαρύνονται όσον αφορά το ζήτημα της διαχείρισης των οικονομικών ζητημάτων των ασθενών. Επίσης, εξαιτίας των υψηλών δαπανών που απαιτεί η θεραπεία της άνοιας, οι φροντιστές πλήττονται και οι ίδιοι οικονομικά σε υψηλό βαθμό.

Οι Mougias et al. (2011) αναφέρουν ότι η ποιότητα ζωής των φροντιστών σε ασθενείς με άνοια επηρεάζεται σημαντικά σε βάθος χρόνου. Ειδικότερα, οι άνθρωποι αυτοί παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, απομάκρυνση από δραστηριότητες που άλλοτε τους προκαλούσαν ευχαρίστηση, κακή γνωστική λειτουργία και συγκεκριμένα προβλήματα μνήμης. Χρήση αντιψυχωσικών φαρμάκων αλλά και κοινωνική απόσυρση εξαιτίας των αυξημένων απαιτήσεων.

Στην έρευνα των Ζαχαροπούλου και συν. (2015), οι ερευνητές με στόχο να εξετάσουν οικογενειακούς φροντιστές με άνοια στην κοινότητα, εστιάζοντας στην ανίχνευση και την μέτρηση του βαθμού επιβάρυνσης, πραγματοποίησαν ποσοτική έρευνα με δείγμα 102 φροντιστές. Στην έρευνα αξιοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο “The Zarit Burden Interview”. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων οι φροντιστές ήταν γυναίκες που είχαν μέση ηλικία τα 60,6 έτη και ήταν έγγαμες μέσης εκπαίδευσης. Οι γυναίκες αυτές έμεναν στο ίδιο σπίτι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, ενώ του παρείχαν φροντίδα για 5,5 χρόνια περίπου. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι οι φροντιστές αυτοί

αντιμετώπιζαν σημαντικά οικονομικά προβλήματα αλλά και προβλήματα υγείας που παρεμπόδιζαν την αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών με άνοια. Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι μόνο το 7,8% των συμμετεχόντων είχε λάβει μέρος σε κάποιο πρόγραμμα εκπαίδευσης ώστε να αποκτήσει γνώσεις για την φροντίδα ασθενών με άνοια.

Οι Παπασταύρου και συν. (2013) αναφέρουν ότι οι φροντιστές των ασθενών με χρόνιες νόσους, όπως η άνοια, παρουσιάζουν έντονα αρνητικά συναισθήματα, και φυσικά έντονη δυσφορία. Η κατάθλιψη είναι ένα από τα πιο συχνά προβλήματα που εκδηλώνουν όσον αφορά την συναισθηματική τους αξία. Τα αποτελέσματα της έρευνας απέδειξαν ότι οι άνθρωποι αυτοί που είναι φροντιστές ασθενών με άνοια, παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης και κατάθλιψης σε σχέση με φροντιστές άλλων χρόνιων νόσων. Τέλος, οι ερευνητές τονίζουν στην προσπάθειά τους αυτή ότι είναι απαραίτητη η ψυχολογική υποστήριξη των φροντιστών από τους νοσηλευτές και γενικότερα από τους επαγγελματίες υγείας.

Σημαντική αναφορά αξίζει στην έρευνα των Μούγιας και συν. (2015) που πραγματοποιήθηκε στην χώρα μας με στόχο την εκτίμηση των επιπέδων επιβάρυνσης των Ελλήνων φροντιστών ασθενών με άνοια. Τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά, καθώς τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και επεξεργάστηκαν απέδειξαν ότι το 50% σχεδόν των φροντιστών, και συγκεκριμένα το 49,06%, παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης. Χαρακτηριστικό είναι μάλιστα το γεγονός ότι το 22,4% παρουσίαζε έντονα συμπτώματα κατάθλιψης. Μάλιστα, οι ερευνητές έδωσαν έμφαση στους παράγοντες που προκαλούν τα υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι πιο επικίνδυνοι είναι οι διαταραχές στα πλαίσια της νόσου, η κατάθλιψη αλλά και η μικρή ηλικία των φροντιστών. Εξετάζοντας επίσης τις μορφές άνοιας που μπορεί να επιδράσουν αρνητικά στην ψυχοσύνθεση των φροντιστών, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η νόσος Alzheimer είναι αυτή που προκαλεί την μεγαλύτερη ψυχική επιβάρυνση στους φροντιστές.

Οι Doyle & Cicchetti (2017) κάνουν λόγο για ένα λεπτό ζήτημα που αφορά τους φροντιστές, την ετοιμότητά τους. Οι ερευνητές ορίζουν την ετοιμότητα του φροντιστή ως την αίσθηση της ικανότητας και της γνώσης του μέλους της οικογένειας (του φροντιστή) να φροντίζει το μέλος της οικογένειάς του που είναι ασθενής με άνοια. Το εάν ένα ή

περισσότερα μέλη της οικογένειας είναι έτοιμα να φροντίσουν το μέλος της οικογένειας με άνοια, μπορεί να επηρεάσει το οικογενειακό σύστημα στο σύνολό του. οι ερευνητές τονίζουν ότι δυστυχώς υπάρχει έλλειψη πόρων ψυχοεκπαίδευσης για να βοηθήσουν τους τρέχοντες φροντιστές της άνοιας. Αυτό μπορεί να έχει αντίκτυπο στην αίσθηση ετοιμότητας του φροντιστή. Έτσι, έχει αντίκτυπο στην ετοιμότητα ολόκληρου του οικογενειακού συστήματος. Ο τομέας της ετοιμότητας του φροντιστή ενσωματώνεται για να αυξήσει την ετοιμότητα παροχής φυσικής φροντίδας και διαχείρισης των στρες που σχετίζονται με τη φροντίδα (Doyle & Cicchetti, 2017).

Η ετοιμότητα ενός φροντιστή να φροντίζει το μέλος της οικογένειάς του με το άνοια είναι ένας βασικός παράγοντας για τον καθορισμό της δύναμης της υγείας του φροντιστή. Με την πάροδο του χρόνου, τα προγράμματα ετοιμότητας φροντιστών μπορούν να βελτιώσουν τις τεχνικές παρέμβασης με θετικά αποτελέσματα για τον φροντιστή και ολόκληρη την οικογένεια. Ορισμένα προγράμματα μάλιστα περιλαμβάνουν στρατηγικές που εστιάζουν σε τομείς όπως η υποστήριξη του οικογενειακού συστήματος, η υποστήριξη της πνευματικότητας και οι εσωτερικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Οι εσωτερικές στρατηγικές αντιμετώπισης περιλαμβάνουν τεχνικές για την επίλυση προβλημάτων, τη διαμόρφωση των προβλημάτων και την εκμάθηση της αποδοχής των προκλήσεων της φροντίδας (Richardson et al., 2013).

Τα μέλη της οικογένειας, και κυρίως οι βασικοί φροντιστές θα πρέπει να αφιερώνουν σημαντικό χρόνο στην εκπαίδευσή τους ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της κατάστασης. Θα πρέπει να γνωρίζουν πώς να έχουν μια συνομιλία χωρίς να ανησυχούν για το χρονικό πλαίσιο της μνήμης του ασθενούς. Η αναπόληση ιστοριών είναι μια αποτελεσματική μέθοδος για την επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επισκεπτών. Για παράδειγμα, θα πρέπει να προσπαθήσουν να πουν στους ασθενείς μια ιστορία για τους παλιούς φίλους των ασθενών αντί να αναγκάσουν τους ασθενείς να μάθουν ποιοι είναι. Είναι μια ώθηση της μνήμης όταν οι επισκέπτες λένε μια ιστορία για τη ζωή των ασθενών. Οι οικογένειες πρέπει επίσης να γνωρίζουν ότι υπάρχουν πολλά είδη μη λεκτικών δεξιοτήτων που μπορούν να αξιοποιήσουν για να βοηθήσουν τον ασθενή να νιώσει άνετα. Οι πιο αποτελεσματικές μέθοδοι είναι η βλεμματική επαφή, τα άγγιγμα των χεριών, ή ακόμα και η σιωπή. Επίσης, οι νοσηλευτές πρέπει να προετοιμάζουν τους φροντιστές για την ανεπιτυχή έκβαση σχετικών μεθόδων, προκειμένου τα επίπεδα άγχους και ανησυχίας

που θα βιώσουν στο πλαίσιο της επιβάρυνσης να είναι όσο το δυνατόν πιο χαμηλά γίνεται (Liu et al., 2017).

Οι Dias et al. (2015) επισημαίνουν ότι οι φροντιστές της άνοιας έχουν ισχυρότερη ανθεκτικότητα όταν έχουν στενούς δεσμούς με την οικογένειά τους, συμπεριλαμβανομένου του ασθενούς με άνοια. Υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ του ασφαλούς στυλ προσκόλλησης και της υψηλής αντοχής της ανθεκτικότητας. Η έρευνα δείχνει ότι η ύπαρξη προγράμματος παρέμβασης για τους φροντιστές μειώνει το επίπεδο νοσηρότητάς τους και φυσικά τα επίπεδα του άγχους, της καταπόνησης και της γενικότερης επιβράδυνσης.

Σύμφωνα με τους Bolt και συν. (2019), η παρηγορητική φροντίδα για άτομα με άνοια είναι περίπλοκη και απαιτεί ειδικές νοσηλευτικές δεξιότητες και εκπαίδευση των φροντιστών. Η έλλειψη εκπαίδευσης των φροντιστών μπορεί να οδηγήσει σε περιττές νοσηλείες, ανεπαρκή έλεγχο συμπτωμάτων και ανεπιθύμητες επιβαρυντικές θεραπείες και φυσικά σε επιβάρυνση των φροντιστών. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία είναι απαραίτητες. Όπως αναφέρει ο Reslock (2015), οι οικογενειακοί φροντιστές διαδραματίζουν βασικό ρόλο να υπενθυμίσουν στους συγγενείς τη σημασία μιας συνεχιζόμενης σχέσης με τους ασθενείς με άνοια, παρόλο που οι ασθενείς δεν γνωρίζουν ποιος είναι αυτός που τους επισκέπτεται, ακόμα και αν είναι το παιδί τους. Η κατάσταση αυτή προκαλεί ιδιαίτερη επιβάρυνση στους φροντιστές, καθώς τους προκαλεί ιδιαίτερη στεναχώρια και άγχος για το μέλλον. Πάραυτα, οι νοσηλευτές θα πρέπει να προετοιμάζουν τους φροντιστές για κάθε πιθανή αντίδραση του ασθενούς, ενώ επίσης απαραίτητο είναι να τους εκπαιδεύουν μέσα από αποτελεσματικές μεθόδους.

Οι Henskensa και συν. (2019) αναφέρουν ότι οι ασθενείς με άνοια που διαμένουν σε κάποιο γηροκομείο παρουσιάζουν ταχεία μείωση της ικανότητάς τους να εκτελούν καθημερινές δραστηριότητες, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην ψυχολογία των φροντιστών. Οι φροντιστές επιβαρύνονται ψυχολογικά όταν οι ασθενείς παρουσιάζουν παρά τις προσπάθειές τους μείωση των ικανοτήτων τους σε τομείς όπως ο γνωστικός, ο φυσικός και φυσικά ο νευροψυχιατρικός.

Οι Cohen et al. (2014) με τη σειρά τους υποστηρίζουν ότι οι φροντιστές που δε ζουν στο ίδιο σπίτι με τον ασθενή έχουν υψηλά επίπεδα άγχους και ευθύνης προς αυτόν. Πιο συγκεκριμένα, οι φροντιστές που αποφάσισαν να στείλουν τον ασθενή σε ένα γηροκομείο

έχουν αυξημένα επίπεδα άγχους καθώς πρέπει να τηρούν ένα πρόγραμμα όσον αφορά την επαφή με τους με τον ασθενή σε εβδομαδιαία βάση. Επίσης, οι συχνές επισκέψεις στο γηροκομείο, η εμπλοκή τους σε σημαντικές αποφάσεις αλλά και διαχείριση των οικονομικών, συνιστούν σημαντικές πηγές επιβάρυνσης.

Οι Liu και συν. (2019) αναφέρουν ότι ένα από τα σημαντικότερα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με άνοια είναι η πρόσληψη διατροφής, μια κατάσταση που επιβαρύνει σημαντικά τους φροντιστές τους καθώς προκαλεί έντονο άγχος και έντονα επίπεδα ανησυχίας και τύψεις πως κάτι δεν κάνουν καλά. Η απουσία ενός ικανοποιητικού διατροφικού προγράμματος μπορεί να επιφέρει προβλήματα στην καθημερινότητά τους. Οι νοσηλευτές έχουν ιδιαίτερο ρόλο στο ζήτημα αυτό και πρέπει να χρησιμοποιούν νέες τεχνικές προκειμένου οι φροντιστές να μην επιβαρύνονται τόσο και να αξιοποιούν αποτελεσματικές τεχνικές ώστε οι ασθενείς να καταναλώσουν θρεπτικές τροφές.

Η επιβάρυνση των οικογενειών που είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα ενός ασθενούς με άνοια στην οικογένειά τους είναι πολύ σημαντική στον κοινωνικό τους τομέα καθώς η ποιότητα ζωής τους μπορεί να επηρεαστεί σημαντικά. Οι φροντιστές συνήθως στερούνται ή ακόμα και παραμελούν τις κοινωνικές τους ανάγκες προκειμένου να βοηθήσουν τους γονείς τους. Αυτό έχει ως συνέπεια να στερούνται ακόμα και την εργασία τους (Χiao και συν., 2014).

Με την σειρά του ο Domaradzki (2015) υποστηρίζει ότι η επιβάρυνση των φροντιστών των ασθενών με άνοια έχει άμεση σχέση με τις επιπτώσεις στην ψυχική τους υγεία. Το αίσθημα την ευθύνης, η έλλειψη γνώσεων για την διαχείριση μιας κατάστασης αλλά και η έλλειψη πόρων και υποστήριξης μπορεί να οδηγήσει τους φροντιστές σε αυξημένα επίπεδα άγχους, αλλά και κατάθλιψη.

Ομοίως, οι Tsai και συν. (2015) υποστηρίζουν ότι οι φροντιστές επιβαρύνονται σημαντικά από την σκέψη τους για τον θάνατο. Η αγωνία, το άγχος της καθημερινότητας αλλά και οι αυξανόμενες προκλήσεις για την φροντίδα ενός ασθενούς με άνοια, αυξάνουν το άγχος των φροντιστών για την περίπτωση του θανάτου. Το ηθικό φορτίο είναι πολύ πιο υψηλό όταν οι φροντιστές δεν έχουν την κατάλληλη υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Σύμφωνα με τους Handley και συν. (2019) είναι απαραίτητο το νοσηλευτικό προσωπικό των γενικών νοσοκομείων να παρέχει αποτελεσματική φροντίδα στους

φροντιστές των ασθενών με άνοια. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι φροντιστές είναι πιο αποτελεσματικοί όταν έχουν την κατάλληλη γνώση, όταν λαμβάνουν διαρκή εκπαίδευση πάνω σε ένα τόσο ευαίσθητο ζήτημα. Τονίζουν επίσης ότι οι αποτελεσματικές αλληλεπιδράσεις μειώνουν την αναστάτωση του ασθενούς και τον προσανατολισμό του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Νοσηλευτικοί ρόλοι

5.1 Ψυχοκοινωνική στήριξη ατόμων με άνοια

Οι νοσηλευτές έχουν ρόλο διαμεσολαβητή στη διεπαγγελματική ομάδα που χειρίζεται τις περιπτώσεις ασθενών με άνοια. Οι νοσηλευτές αποτελούν μέρος της ιατρικής ομάδας και φροντίζουν τους ασθενείς για 24 ώρες σε καθημερινή βάση. Οι νοσηλευτές παρέχουν ολιστική φροντίδα με τη βοήθεια της ομάδας. Συνεπώς, ασχολούνται με τους ασθενείς σχεδόν συνεχώς. Οι νοσηλευτές συνοδεύουν τον ασθενή σε κάθε του κίνηση με στόχο την εκτέλεση δραστηριοτήτων της καθημερινής ανθρώπινης ρουτίνας οι οποίες δίνουν στο άτομο μια διανοητική διέγερση (Polidori και συν., 2010).

Ο ρόλος των νοσηλευτών στους ασθενείς με άνοια είναι πολύπλευρος. Αρχικά, θα πρέπει να ενθαρρυνθούν οι ασθενείς να συμμετάσχουν στα προγράμματα που βελτιώνουν τη λειτουργία της γνώσης και της φυσικής κατάστασης και επιβραδύνουν την ανάπτυξη της νόσου. Το αίσθημα ικανότητας στην εκμάθηση νέων πραγμάτων, η δραστηριότητα στις διεγερτικές δραστηριότητες και η αίσθηση του σεβασμού είναι θετικά σημεία για την αυτοπροστασία των ασθενών. Είναι απαραίτητο να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον όπου οι ασθενείς με άνοια και οι συγγενείς τους μπορούν να εκφράσουν ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις τους. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να ακουστούν οι ειδικές ανάγκες και οι προκλήσεις τους. Ταυτόχρονα, ο νοσηλευτής πρέπει να παρακινεί τους ασθενείς αλλά και τους φροντιστές τους να εκφράζουν τα εσωτερικά συναισθήματά τους. Η ενίσχυση των σχέσεων μεταξύ ασθενών και φροντιστών είναι σημαντική και μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο σε αυτούς. Η πρόθεση συμμετοχής σε αυτές τις δραστηριότητες βοηθά τους ασθενείς που πάσχουν από άνοια, ειδικά αυτούς που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο να διατηρήσουν όσο το δυνατόν περισσότερο τις γνωστικές και σωματικές λειτουργίες (Hain και συν., 2014)

Αυτό είναι σημαντικό για την ανάπτυξη θετικών σκέψεων στο μυαλό του ασθενούς και προάγει την ευημερία του. Οι ασθενείς με άνοια θεωρούν τους εαυτούς τους ως εμπόδιο

εξαιτίας της αδυναμία τους να εκτελέσουν όπως πρότινος τις σωματικές τους δραστηριότητες και να είναι κοινωνικοί. Οι ασθενείς γνωρίζουν τους περιορισμούς της αίσθησης της ανεξαρτησίας τους και των δυνατοτήτων διαχείρισης της ζωής τους. Έτσι, οι νοσηλευτές πρέπει να παρέχουν μια κατάλληλη και τρυφερή νοσηλευτική φροντίδα για να αυξήσουν τις εσωτερικές ικανότητες του ατόμου. Ο ασθενής θα εμπλακεί στις αποφάσεις περί υγειονομικής περίθαλψης, η οποία είναι σημαντική για την πρόληψη της φθοράς καθώς βελτιώνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και διεγείρει τον νου (Zamanzadeh και συν., 2015)

5.2. Νέες προσεγγίσεις στην υποστήριξη ασθενών με άνοια

Είναι αρκετά δύσκολο να περιγράψουμε τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές παρεμβαίνουν στην θεραπεία του ασθενή, και αυτό συμβαίνει επειδή η συμπτωματολογία είναι αρκετά μεγάλη και διαφορετική από ασθενή σε ασθενή. Όμως, η συμβολή του νοσηλευτή στην θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από άνοια είναι ιδιαίτερα σημαντικός, διότι καλύπτουν με τον δικό τους τρόπο τα ελλείμματα των ασθενών. Τα άτομα αυτά έχουν ανάγκη από την λήψη φαρμάκων στις σωστές ώρες και ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Τα άτομα που πάσχουν από την νόσο Alzheimer είναι αντιμέτωποι με αυτό το πρόβλημα, δηλαδή ξεχνούν ή αποφεύγουν να λάβουν τα φάρμακα που θα βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Αναγνωρίζουμε λοιπόν, ότι ένας νοσηλευτής, μπορεί να επιλύσει αυτή την δυσκολία, επειδή είναι εκπαιδευμένος για να αντιμετωπίζει τέτοιου είδους ζητήματα, και να εξελίσσεται σωστά η φαρμακευτική αγωγή (Jenkins et al., 2016).

Οι νοσηλευτές, έχουν ως απώτερο σκοπό κατά την νοσηλευτική φροντίδα του ασθενή να ελαττώσουν την επιθετικότητα και τα στοιχεία κατάθλιψης, να αυξήσουν την διάρκεια της φυσικής εξάσκησης και της κοινωνικής δραστηριότητας, να χορηγήσουν τα απαραίτητα φάρμακα που συντελούν στην ελάττωση του άγχους, να προσθέσουν περισσότερες ώρες ύπνου και να ελέγξουν την διατροφή και το έντερο του ασθενή. Εάν τα παραπάνω πραγματοποιούνται, τότε ο ασθενής έχει καταφέρει να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του. Ο νοσηλευτής κατά την παρέμβαση έχει ως στόχο να συναναστρέφεται με τον ασθενή και τα άτομα που βρίσκονται στον χώρο του, ώστε να δημιουργηθούν σχέσεις εμπιστοσύνης. Προσπαθεί να παροτρύνει τους ασθενείς για να συντελούν στην φροντίδα

του ασθενή, ενώ προτείνεται να μην του δίνονται αιχμηρά αντικείμενα τα οποία μπορεί να τον βλάψουν (Krutter et al., 2020).

Σε γενικές γραμμές, ο νοσηλευτής είναι το άτομο που δίνει τις απαραίτητες οδηγίες στους φροντιστές για την ελάττωση του άγχους και τον τρόπο αντιμετώπισης των καταστάσεων έκτακτης ανάγκης. Παράλληλα, είναι αυτός που ενημερώνει τους συγγενείς του ατόμου που πάσχει από άνοια για την εξέλιξη της νόσου και τα συμπτώματα της και τους βοηθά ψυχολογικά ενθαρρύνοντάς τους για να εξακολουθήσουν να βοηθούν στην φροντίδα του (Chiao et al., 2015).

Το βασικό χαρακτηριστικό των ατόμων που έχουν διαγνωστεί με άνοια είναι η χαμηλή απόδοση της μνήμης, πράγμα που μεταφράζεται ως δυσκολία στην αναγνώριση προσώπων, δηλαδή αρκετές φορές ξεχνούν το πρόσωπο και την ιδιότητα του νοσηλευτή τους και δεν συνεργάζονται για την λήψη τροφής ή την κατάποση της φαρμακευτικής αγωγής. Σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς εμφανίζουν παραβατικές συμπεριφορές επειδή δεν μπορούν να συνειδητοποιήσουν τον σκοπό του νοσηλευτή και των φροντιστών, λόγω της προσωποαγνωσίας. Για αυτό το λόγο, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι αρκετά σημαντικός, αφού μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση των παραπάνω δυσκολιών μέσω των γνώσεων και της εμπειρίας που έχει κατακτήσει (Nascimento & Figueiredo, 2019).

Ο νοσηλευτής πρέπει να προσεγγίσει με τον κατάλληλο τρόπο τον ασθενή. Για αρχή πρέπει να συστηθεί για άλλη μια φορά στον ασθενή και να τον κάνει να του αποσπάσει την προσοχή και να τον παρατηρήσει. Αν δεν πραγματοποιηθεί το παραπάνω, τότε η συμπεριφορά του ασθενή θα είναι ιδιαίτερα επιθετική, διότι θα αισθάνεται ότι κάποιος άγνωστος τον απειλεί αγγίζοντας τον ή προσπαθώντας να του χορηγήσει τα φάρμακα του. Στη συνέχεια, πρέπει να του ομιλεί καθαρά και χαμηλόφωνα εάν δεν αντιμετωπίζει δυσκολία με την ακοή του, αλλιώς να μιλά καθαρά και δυνατά αλλά όχι φωναχτά, ώστε να αντιληφθεί την διάθεση του νοσηλευτή και να ανακουφιστεί. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μην υπάρχει κάποια συσκευή στο δωμάτιο που αποτελεί οπτικό ή ακουστικό ερέθισμα στον ασθενή, όπως η τηλεόραση ή το ράδιο, για να μην μπερδεύεται, να ακούει καθαρά τα λεγόμενα του νοσηλευτή και να μην αποσπάται η προσοχή του. Κατά την διάρκεια της συνομιλίας του ασθενή με τον νοσηλευτή, ο δεύτερος πρέπει να θέτει ξεκάθαρα ερωτήματα, χρησιμοποιώντας απλό λεξιλόγιο, για να αποφεύγεται η σύγχυση. Στην περίπτωση που το άτομο δεν ακούσει ή δεν επιθυμεί να δώσει απάντηση στη φράση που

του έχει ολοκληρώσει ο νοσηλευτής, πρέπει να γίνει ακριβής επανάληψη για καλύτερη κατανόηση. Ακόμα και αν ο ασθενής αρνείται να απαντήσει, ο νοσηλευτής οφείλει να κάνει αρκετές φορές την ερώτηση και παράλληλα να δίνεται χρόνος για επεξεργασία των πληροφοριών και απάντηση (Peacock et al., 2014).

Όταν ο νοσηλευτής αναγνωρίζει τις δυσκολίες στην κατανόηση του ατόμου με άνοια, οφείλει να τον εκπαιδεύσει στην εκτέλεση απλών και κατανοητών εντολών. Για παράδειγμα, όταν δίνεται η εντολή «πάρε το χάπι σου» αλλά δεν υπάρχει κάποια ανταπόκριση, τότε ο νοσηλευτής δίνει τις ακόλουθες εντολές στον ασθενή:

- 1) «Βάλε νερό στο ποτήρι»
- 2) «Βγάλε το χάπι από τη θήκη»
- 3) «Βάλε το χάπι στο στόμα»
- 4) «Πιες το νερό» (Fukuda et al., 2015).

Τα παραπάνω προϋποθέτουν ότι ο ασθενής βρίσκεται σε υψηλή λειτουργικότητα και μπορεί να κουνά με ευκολία τα χέρια του. Επίσης πρέπει να ακολουθούν παύσεις ανάμεσα στις φράσεις και ταυτόχρονα ο νοσηλευτής να δείχνει με τα χέρια του τα αντικείμενα που προσφωνεί. Επιπλέον, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για το δωμάτιο που θα τοποθετηθεί το άτομο με άνοια, το οποίο πρέπει να βρίσκεται κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και να υπάρχει φως ακόμα και κατά την διάρκεια της νύχτας, για να μπορούν να αντιδράσουν ταχύτατα σε περίπτωση που παρατηρήσουν ότι αισθάνεται δυσφορία. Είναι απαραίτητο να υπάρχουν φωτογραφίες των παιδιών του ή των συγγενών του στον προσωπικό του χώρο, οι οποίες συνοδεύονται από τα ονόματα τους, για να ενισχύεται η μνήμη του (Bolt et al., 2019).

Επιπλέον, ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για το δωμάτιο που θα τοποθετηθεί το άτομο με άνοια, το οποίο πρέπει να βρίσκεται κοντά στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και να υπάρχει φως ακόμα και κατά την διάρκεια της νύχτας, για να μπορούν να αντιδράσουν ταχύτατα σε περίπτωση που παρατηρήσουν ότι αισθάνεται δυσφορία. Είναι απαραίτητο να υπάρχουν φωτογραφίες των παιδιών του ή των συγγενών του στον προσωπικό του χώρο, οι οποίες συνοδεύονται από τα ονόματα τους, για να ενισχύεται η μνήμη του. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τον ασθενή να ακούει κάποιες ιστορίες στις οποίες συμμετείχε στο παρελθόν, και να του δίνονται τόσες πληροφορίες ώστε να μπορεί να τις ανακαλέσει.

Με αυτό τον τρόπο του δημιουργούνται θετικά συναισθήματα, ενώ μειώνεται η αίσθηση της μοναξιάς και του θυμού (Anjum et al., 2018).

Αξίζει να αναφερθεί το γεγονός ότι είναι πολύ σημαντικό να εκπαιδεύεται κατάλληλα η οικογένεια και ο περίγυρος του ασθενή για τα συμπτώματα της ασθένειας, προκειμένου να είναι έτοιμοι να αντιμετωπίσουν κάθε πιθανή δυσκολία και να καταφέρουν να την βγάλουν εις πέρας. Προστίθεται ότι ο νοσηλευτής αξιολογεί τις δυνατότητες του ασθενή και ενημερώνει τους φροντιστές του, για να έχουν μια ολοκληρωμένη άποψη για την πορεία του. Πέρα από την εκπαίδευση που αναφέρθηκε νωρίτερα, είναι εξίσου σημαντική και η σωστή διδασκαλία της οικογένειας κάποιων μεθόδων οι οποίες μεταβάλλουν θετικά την λειτουργία της μνήμης και ταυτόχρονα μειώνουν τη σύγχυση και την επιθετική συμπεριφορά. Ο σκοπός αυτής της εκπαίδευσης είναι να γίνει πιο εύκολη η επικοινωνία (Agar et al., 2017).

5.3. Ψυχοκοινωνική στήριξη οικογενειακών φροντιστών

Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού είναι πολύ σημαντικός στη στήριξη των μελών της οικογένειας, των φίλων και των φροντιστών των ατόμων που νοσηλεύονται για ένα χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο. Για την ακρίβεια, παρέχεται μια σειρά από υπηρεσίες που σκοπεύουν αποκλειστικά στην βελτίωση της παρεχόμενης στήριξης. Είναι γνωστό μάλιστα, ότι σε αυτές τις περιπτώσεις η στήριξη από τον νοσηλευτικό προσωπικό είναι απαραίτητη λόγω του υψηλού άγχους. Η ενημέρωση για τον τρόπο φροντίδας είναι απαραίτητη, και συντελεί στην αποφυγή παρεξηγήσεων μεταξύ των ατόμων του προσωπικού και των συγγενών ή φίλων των ασθενών (Bkberg et al., 2014).

Όχι μόνο οι ασθενείς αλλά και οι φροντιστές της οικογένειας θα πρέπει να συμμετέχουν στην ενημέρωση και να εκπαιδεύονται από τους νοσηλευτές προκειμένου να φροντίζουν τα άτομα που το έχουν ανάγκη. Οι φροντιστές πρέπει να εκπαιδεύονται έτσι ώστε να παρέχουν ασφάλεια στα άτομα με άνοια, γεγονός που βοηθά σημαντικά στην πρόληψη συμπτωμάτων όπως η επιθετικότητα και το άγχος (Thompson, 2013).

Οι νοσηλευτές πρέπει να παρέχουν επαρκείς συμβουλές ειδικά στα μέλη της οικογένειας για να αποφύγουν τον τραυματισμό των ασθενών. Η προετοιμασία ενός

χαρτιού με λεπτομερείς πληροφορίες για τους ασθενείς περιλαμβάνει το όνομα, τη διεύθυνση και τον αριθμό τηλεφώνου σε περίπτωση απώλειας ασθενών. Εάν οι ασθενείς ζουν στο νοσοκομείο ή σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα, οι νοσηλευτές πρέπει να εκτιμούν την επίσκεψη των συγγενών, οι επισκέψεις των μελών της οικογένειας να είναι αποτελεσματικές και λειτουργικές για τους ασθενείς με απώλεια μνήμης. Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να προσπαθούν πάντα να βοηθούν τους ασθενείς να κατανοήσουν την πραγματικότητα. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να βοηθούν τις οικογένειες να οικοδομήσουν μια νέα σχέση με τους αγαπημένους τους και στη συνέχεια να ανακουφίσουν τις ανησυχίες τους και να βελτιώσουν την ποιότητα των επισκέψεων. Οι νοσηλευτές, πρέπει να βοηθήσουν τις οικογένειες να αποδεχθούν την πραγματικότητα, ότι δηλαδή οι αγαπημένοι τους με απώλεια μνήμης, ασθενείς εξακολουθούν να είναι τα μέλη της οικογένειάς τους, και ότι ο τρόπος με τον οποίο θα τους συμπεριφερθούν μπορεί να επηρεάσει την άνοια και τα συμπτώματά τους (Jenkins et al., 2016).

Το νοσηλευτικό προσωπικό μπορεί να παρέχει σημαντικές υπηρεσίες οι οποίες συντελούν στην αλληλεγγύη και την αυτοβοήθεια. Κάποιες από αυτές μπορεί να είναι η παροχή ενημέρωσης, η υποστήριξη και η βοήθεια στους συγγενείς, στα άτομα που είναι υπεύθυνα για την φροντίδα των ασθενών ή στους φροντιστές που είναι υπεύθυνοι για άτομα με άνοια ή ηλικιωμένους. Οι πληροφορίες αυτές συνήθως αφορούν ασθενείς οι οποίοι έχουν διαγνωστεί από τη νόσο Alzheimer ή από κάποιον τύπο άνοιας. Επίσης, προτείνεται μια σειρά από τις κατάλληλες υπηρεσίες. Παράλληλα, οι φροντιστές ή τα άτομα που ανήκουν στον στενό κύκλο μαθαίνουν πως να παρέχουν υποστήριξη και ταυτόχρονα τον τρόπο που πρέπει να συμπεριφερθούν στον ασθενή. Είναι αρκετά πιθανό να δίνονται κάποιες πληροφορίες μέσω ενημερωτικών φυλλαδίων, στα οποία περιλαμβάνονται επίσης κάποια τηλέφωνα επικοινωνίας για υπηρεσίες υποστήριξης, πληροφορίες για εκπαίδευση και δημιουργία της ανάλογης συμπεριφοράς που αρμόζει στον ασθενή. Τέλος, στις μεγάλες αστικές πόλεις, υπάρχουν βιβλιοθήκες οι οποίες σχετίζονται με την άντληση πληροφοριών για τα άτομα που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία και πάσχουν από άνοια ή κάποια άλλη νόσο (Jenkins et al., 2016).

Έχουν δημιουργηθεί αρκετές ομάδες που στοχεύουν στην υποστήριξη των φροντιστών, των μελών της οικογένειας και των φίλων. Πιο συγκεκριμένα, στόχος είναι η γνωριμία ατόμων τα οποία αντιμετωπίζουν τις ίδιες δυσκολίες, προκειμένου να αναγνωρίσουν ότι

και άλλοι βιώνουν αντίστοιχες εμπειρίες με τα άτομα που φροντίζουν. Για την ακρίβεια, αυτές οι ομάδες μοιράζονται τις εμπειρίες τους και συζητούν, μαζί με έναν ειδικό νοσηλευτή, τον τρόπο που μπορούν να επιλύσουν τις δυσκολίες τους με τον ασθενή στην καθημερινότητα. Επίσης, αρκετές φορές συζητούν για τον τρόπο αντιμετώπισης των δυσκολιών που συναντούν στο σύστημα υγείας (Cheng et al., 2019).

Παράλληλα, οι νοσηλευτές που οργανώνουν τις ομάδες υποστήριξης, μπορούν να προσκαλέσουν κάποιους ειδικούς για να βοηθήσουν στην καλύτερη ποιότητα ζωής των ασθενών και των ατόμων που τους φροντίζουν. Ακόμα, οι νοσηλευτές οργανώνουν ειδικά σεμινάρια και επισκέψεις σε σχολεία, προκειμένου να ενημερώσουν όσα περισσότερα άτομα γίνεται για αυτούς που πάσχουν από άνοια και να συμβάλλουν στην σωστή αντιμετώπιση καθολικά. Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός ότι κάποια μέλη από αυτές τις ομάδες στοχεύουν στην ενημέρωση συγκεκριμένου ακροατηρίου, όπως για παράδειγμα στα αδέρφια, στα παιδιά, την/τον σύντροφο και τους γονείς των ατόμων που έχουν στην οικογένεια τους έναν έστω ασθενή που πάσχει από άνοια, Alzheimer ή άλλες ψυχικές ασθένειες και χρειάζονται βοήθεια από έναν φροντιστή (Griffiths et al., 2018).

Το πρόγραμμα υποστήριξης φροντιστών σε κρίση αποτελεί ένα πρόγραμμα το οποίο είναι ευρέως διαδεδομένο στις χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης και σχετίζεται με την παροχή χρηματικής βοήθειας σε φροντιστές. Αυτή η υποστήριξη μπορεί να ενεργοποιηθεί μόνο για μια φορά για την αγορά εξοπλισμού που θα βοηθήσουν στην ανάπτυξη σχέσεων με τον ασθενή. Η ενεργοποίηση του σημαίνει ότι ο φροντιστής είμαι στα πρόθυρα στο να αντιμετωπίσει μια κρίση, ή την αντιμετωπίζει ήδη. Το πρόγραμμα έχει ως στόχο να βοηθήσει τον φροντιστή που βρίσκεται σε έκτακτη ανάγκη. Ταυτόχρονα, οι νοσηλευτές του προγράμματος φροντίζουν για την συμβουλευτική υποστήριξη του φροντιστή, έτσι ώστε να μην βρεθεί σε τέτοια κατάσταση ξανά. Είναι υπεύθυνοι επίσης για να τον καθησυχάσουν και να τον ηρεμήσουν σε αγχώδεις καταστάσεις (Cheng et al., 2019).

Οι φροντιστές ενεργοποιούν το πρόγραμμα σε περιπτώσεις που χρειάζονται:

- Οικιακά είδη
- Μέριμνα για παιδιά
- Αναψυχή, ακόμα και σε περιπτώσεις που ο ασθενής είναι σε προγραμματισμένη ανακούφιση

- Παροχή συντήρησης ή γενικής καθαριότητας στο σπίτι
- Μερική ανακούφιση για τον ασθενή και για τον φροντιστή
- Παροχή βοήθειας στον κλάδο της στέγασης όταν ο ασθενής δεν έχει την κατάλληλη οικονομική κατάσταση

Η προγραμματισμένη ανακούφιση αποτελεί μια υπηρεσία στην οποία ο ασθενής και τα άτομα που τον φροντίζουν ξεκουράζονται για ένα χρονικό διάστημα. Για την ακρίβεια, στην προγραμματισμένη ανακούφιση ο φροντιστής παίρνει λίγο χρόνο για τον εαυτό του και παίρνει την θέση του κάποιος άλλος. Το καινούριο άτομο προσφέρει διαφορετικές εμπειρίες στον ασθενή. Αυτή η διαδικασία ίσως είναι λίγο περίεργη, ενώ αρκετές φορές ενδέχεται να επηρεάσει το πρόγραμμά του. Η προγραμματισμένη ανακούφιση λαμβάνει χώρα με κάποιες συγκεκριμένες μεθόδους, όπως είναι οι ακόλουθες (Ruggiano et al., 2018).:

- Ανακούφιση μικρής διάρκειας, όπου ο φροντιστής είναι απαραίτητο να απουσιάσει λόγω κάποιου συμβάντος που προέκυψε.
- Τακτική ανακούφιση, όπου ο φροντιστής απουσιάζει μια συγκεκριμένη μέρα κάθε εβδομάδα.
- Εντατική ανακούφιση, όπου ο φροντιστής παρουσιάζει για ένα χρονικό διάστημα, πχ. 6 ημέρες.
- Παροδική ανακούφιση, όπου ο φροντιστής είναι απαραίτητο να απουσιάσει για 1 εβδομάδα ή και λίγο παραπάνω, ώστε να καλύψει κάποια υποχρέωση.

Η ανακούφιση μπορεί να είναι εξατομικευμένη, δηλαδή ο ασθενής δεν είναι στον ίδιο χώρο με τον φροντιστή του, ή παράλληλη, δηλαδή ο ασθενής είναι με τον φροντιστή του. Στην εξατομικευμένη συνήθως ο φροντιστής προτιμά να επισκεφτεί κάποιο προορισμό, και στην παράλληλη προτιμάται αρκετά συχνά ή μονοήμερη ή ολιγόωρη εκδρομή σε τόπους που μπορούν να ευχαριστήσουν κυρίως τον ασθενή, δηλαδή η επίσκεψη σε διάφορα κέντρα, όπου ο ασθενής συναντά νοσηλευτικό προσωπικό και αλληλεπιδρά ευχάριστα μαζί τους (Ruggiano et al., 2018).

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες έχουν δημιουργήσει τα τελευταία χρόνια κάποια κέντρα ανακουφιστικής φροντίδας για τους φροντιστές. Σε αυτά, οι φροντιστές έχουν την ευκαιρία να δομήσουν σωστά, να οργανώσουν ή να αγοράσουν κάποια προγράμματα τα οποία σχετίζονται με την υποστήριξη, με σκοπό να ανακουφιστούν. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε αυτούς τους χώρους, είναι αυτοί που ουσιαστικά καθοδηγούν τους φροντιστές στο πρόγραμμα που πρέπει να ακολουθήσουν. Βασικός στόχος είναι να ανιχνεύσουν πρώτα το πρόγραμμα που ταιριάζει σε αυτούς και τις υπηρεσίες που παρέχουν (Jenkins et al., 2016).

Ακόμα, η πλειοψηφία αυτών των κέντρων παρέχει υπηρεσίες ανακουφιστικής για τους φροντιστές, οι οποίες οργανώνονται σε μεγάλο βαθμό από τους νοσηλευτές. Σε αυτούς τους χώρους. Παρέχεται υποστήριξη ή ειδικός λειτουργός ψυχικής υγείας. Οι δεύτεροι, φροντίζουν για την ενημέρωση των ειδών υπηρεσιών και βοηθειών για φροντιστές. Ακόμα, είναι εφικτό για τους νοσηλευτές στο να συντελέσουν στην δημιουργία κάποιων ομάδων, οι οποίες θα έχουν ως στόχο την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης και βοήθειας στους φροντιστές (Nascimento et al., 2019).

5.4. Πρόληψη – ενημέρωση - ευαισθητοποίηση

Η πρόληψη είναι μια σειρά ενεργειών που πραγματοποιούνται με στόχο την εξάλειψη ή την ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της νόσου της άνοιας. Υπάρχουν τρεις τύποι πρόληψης που εφαρμόζονται στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Στο πρώτο στάδιο, η πρόληψη συμβαίνει πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων της νόσου. Στο δεύτερο στάδιο, τα συμπτώματα εντοπίζονται και η πρόοδος μειώνεται με τη βοήθεια φαρμάκων και χειρουργικών διαδικασιών. Στο τρίτο στάδιο, οι θεραπείες δίνονται για να σταματήσουν την εξέλιξη. Και οι τρεις τύποι προληπτικών μέτρων χρησιμοποιούνται στην πρόληψη της άνοιας και ο νοσηλευτής έχει κεντρικό ρόλο στην ενημέρωση των ενδιαφερομένων και των ασθενών έτσι ώστε να παρέχει τις κατάλληλες πληροφορίες (Marienfeld et al., 2016).

Οι μελέτες δείχνουν ότι μπορεί να προληφθεί ένα στα τρία περιστατικά άνοιας εφόσον οι οδηγίες που δίνουν οι επαγγελματίες υγείας και δη οι νοσηλευτές τηρούνται πιστά. Οι αλλαγές στον τρόπο ζωής μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση της εμφάνισης της άνοιας. Στην πρόληψη της άνοιας, η εξάλειψη των παραγόντων κινδύνου σε διάφορα στάδια της ζωής έχει βασικό ρόλο. Για παράδειγμα, δραστηριότητες και συνήθειες όπως η κοινωνική δραστηριότητα, η καλή διατροφή και ευεξία καθώς και η αποφυγή του καπνίσματος, μπορούν να αποτρέψουν τον κίνδυνο εμφάνισης της άνοιας (Cheng et al., 2019).

Οι σωματικές ασκήσεις προσφέρουν σημαντικά οφέλη. Οι νοσηλευτές πρέπει να προτρέπουν τον γενικό πληθυσμό να ασκείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, καθώς η άσκηση θα βοηθήσει στη βελτίωση των αρθρώσεων και των μυών, ενώ επίσης μειώνει τον κίνδυνο για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, διαβήτη αλλά και παχυσαρκίας, που συνδέονται με τις αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης της άνοιας. Δίνει επίσης στο άτομο μια αίσθηση ανεξαρτησίας. Αυτά τα οφέλη μπορούν να αποτρέψουν την εμφάνιση και την περαιτέρω πρόοδο της νόσου. Ο ρόλος των νοσηλευτών είναι ξεκάθαρος, καθώς θα πρέπει να επιβλέπουν τις καθημερινές δραστηριότητες των ηλικιωμένων στο κέντρο φροντίδας ή στο σπίτι και να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να συμμετέχουν στις καθημερινές ασκήσεις (Lach et al., 2017).

Στα πλαίσια της φροντίδας των ασθενών με άνοια, οι νοσηλευτές είναι επίσης απαραίτητο να υποστηρίζουν ενεργά και τους φροντιστές των ασθενών αυτών. Έτσι λοιπόν, οι ασθενείς εκείνοι με διάγνωση άνοιας που δεν νοσηλεύονται είτε στο νοσοκομείο είτε σε κάποια κλινική γηριατρική, και επιστρέφουν σπίτι τους, υποχρεωτικά λαμβάνουν από το κράτος χρηματοδότηση για καθημερινή βοήθεια στο σπίτι από εξειδικευμένο προσωπικό. Το νοσηλευτικό προσωπικό εκτός από την φροντίδα των ασθενών, έχει ιδιαίτερο ρόλο και στην υποστήριξη των φροντιστών τους ακριβώς επειδή η επιβάρυνση που δέχονται μπορεί να προκαλέσει σημαντικές επιπλοκές στην πορεία των ασθενών (Stans και συν., 2013).

Οι νοσηλευτές αναμένεται να αναπτύξουν θεραπευτική σχέση με τους ασθενείς τους έτσι ώστε να τους δώσουν το κίνητρο να προσπαθήσουν περαιτέρω και να βρίσκονται σε διαρκή κίνηση. Μειώνοντας την διάρκεια της καθιστικής ζωής και συνδυάζοντας ένα υγιεινό διατροφολόγιο, οι πιθανότητες να παρουσιάσει ένας ηλικιωμένος άνοια μειώνονται σημαντικά. Ο νοσηλευτής είναι ο επαγγελματίας υγείας που έχει τις γνώσεις ώστε να βοηθήσει τους ασθενείς να αναπτύξει ρεαλιστικούς στόχους για σωματική δραστηριότητα. Η καθημερινή φυσική αγωγή θα βελτιώσει τη γνωστική ικανότητα και θα βοηθήσει στην κοινωνικοποίηση. Είναι σημαντικό να μειωθεί η αίσθηση της μοναξιάς στο πάσχον άτομο. Έτσι, η νοσηλευτική παρέμβαση έχει βασικό ρόλο στη συνέχιση και τη διεξαγωγή σωματικών ασκήσεων, οι οποίες μπορούν να αποτρέψουν την εμφάνιση και την πρόοδο της άνοιας (Lloyd et al., 2014).

Η διατροφή είναι η πιο ελπιδοφόρα μορφή πρόληψης της εξέλιξης της άνοιας. Η νόσος της άνοιας μπορεί να προληφθεί μέσω της σωστής πρόσληψης τροφής. Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι οι «μεταβολικές διαταραχές» προκαλούνται λόγω της ανεπαρκούς διατροφής στην άνοια. Επιπλέον, τα συμπληρώματα διατροφής και οι τροποποιημένες δίαιτες μπορούν να επηρεάσουν την παθολογική κατάσταση του ατόμου με άνοια. Η μεσογειακή διατροφή συνιστάται σε ορισμένες μελέτες επιδημιολογικών ομάδων οι οποίες προτείνουν ότι η διατροφή με δημητριακά, φρούτα, ψάρια και λαχανικά μπορεί να βοηθήσει στην μείωση των πιθανοτήτων να παρουσιαστούν έντονα συμπτώματα της άνοιας (Polidori et al., 2010).

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο στην εξάλειψη της ανάπτυξης παραγόντων κινδύνου με κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα. Η αύξηση των επιπέδων χοληστερόλης, το κάπνισμα και η υπέρταση είναι μερικά από αυτά. Οι νοσηλευτές πρέπει να εκπαιδεύουν την κοινότητα και να την ευαισθητοποιήσουν σχετικά με τους κινδύνους που ελλοχεύουν τέτοιου είδους συνήθειες και προβλήματα. Στόχος σε κάθε περίπτωση είναι να υιοθετηθεί ένας πιο υγιεινός τρόπος ζωής προκειμένου να αποτραπεί η εμφάνιση της άνοιας. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι να ενημερώσουν την κοινότητα για τις αρνητικές επιπτώσεις που έχουν όλα τα παραπάνω στην υγεία (Polidori et al., 2010).

Παρέχοντας υποστήριξη και πληροφορίες όσον αφορά τα οφέλη της ισορροπημένης διατροφής, οι νοσηλευτές μπορούν να ευαισθητοποιήσουν την κοινότητα και τον γενικό πληθυσμό. Μάλιστα, είναι υπεύθυνοι ώστε να τους μεταλαμπαδεύσουν τις γνώσεις τους όσον αφορά την σημασία που έχει ο έλεγχος του σωματικού βάρους ανά τακτά χρονικά διαστήματα και γενικότερα οι τακτικοί έλεγχοι όσον αφορά τις εξετάσεις και την αυτοφροντίδα τους. Αυξάνοντας τα επίπεδα ενημέρωσης, οι νοσηλευτές παρακινούν τον γενικό πληθυσμό να είναι πιο συνεπείς με σημαντικές εξετάσεις και να υιοθετούν πιο υγιεινές συνήθειες. Έτσι, στην περίπτωση του γενικού πληθυσμού η άνοια μπορεί να προληφθεί, ενώ στην περίπτωση των ασθενών, οι οικογένειες ενημερώνονται και δρουν αναλόγως έτσι ώστε τα συμπτώματα να μετριαστούν και να μην χειροτερέψει η κατάσταση (Rakesh et al., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η άνοια αποτελεί ένα συχνό φαινόμενο της εποχής μας και βάσει των δεδομένων που εξετάστηκαν, πρόκειται να αυξηθεί μέσα στην επόμενη δεκαετία. Η έγκαιρη διάγνωση της νόσου είναι ευεργετική για τον προγραμματισμό των επικείμενων αναγκών των ασθενών με άνοια. Βάσει της έγκαιρης διάγνωσης, οι νοσηλευτές μπορούν να προετοιμαστούν κατάλληλα και με επιτυχία για την εποπτεία και τη θεραπεία των ασθενών με άνοια στην πρώιμη φάση. Η νοσηλευτική φροντίδα καθίσταται σημαντική στους ασθενείς με άνοια καθώς μπορούν να υιοθετήσουν το ολιστικό μοντέλο φροντίδας με ιδιαίτερη προσοχή στις διαφορετικές διαστάσεις της υγείας του ασθενούς (σωματικές, κοινωνικές, συναισθηματικές και ψυχικές) (Azermi και συν., 2012).

Καθίσταται σαφές ότι η έννοια της επιβάρυνσης του φροντιστή σε σχέση με τη φροντίδα κάποιου συγγενή του με άνοια έχει μελετηθεί εκτενώς. Αναγνωρίζεται ότι, λόγω της προοδευτικής φύσης των απαιτήσεων της άνοιας, οι φροντιστές κατά πάσα πιθανότητα θα αυξηθούν με την πάροδο του χρόνου και οι ανάγκες του παραλήπτη της φροντίδας, δηλαδή του ασθενούς, θα γίνουν πιο περίπλοκες και απρόβλεπτες. Καθώς οι απαιτήσεις φροντίδας αυξάνονται, είναι πιθανό να υπάρχουν συνεχείς αλλαγές στην κατάσταση, τις προσδοκίες του ρόλου και τις ευθύνες εντός των οικογενειών και των άτυπων δικτύων φροντίδας (Kim et al., 2019).

Οι φροντιστές των ασθενών με άνοια αντιμετωπίζουν σημαντική επιβάρυνση σε διάφορους τομείς. Πιο συγκεκριμένα, οι φροντιστές πλήττονται σε ψυχολογικό επίπεδο καθώς τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης αυξάνονται όσο αυξάνονται και οι απαιτήσεις της νόσου. Επίσης, σημαντική επιβάρυνση δέχονται στις κοινωνικές τους συναναστροφές καθώς είναι απαραίτητο να μένουν πολλές ώρες με τον ασθενή και να τον φροντίζουν. Τέλος, ένας τομέας που επίσης προκαλεί επιβάρυνση είναι ο οικονομικός, εξαιτίας του υψηλού κόστους της θεραπείας της νόσου (Nagata και συν., 2018).

Οι νοσηλευτές μπορούν να παρέχουν αξιοπρεπή και μακροχρόνια φροντίδα, αναπτύσσοντας θεραπευτικές σχέσεις μέσω της προσωπικής φροντίδας, τόσο στους ασθενείς που βρίσκονται στο γηροκομείο όσο και σε εκείνους που τους φροντίζουν οι οικογένειές τους στο σπίτι, δηλαδή τους φροντιστές. Θέτοντας στόχους και έχοντας την κατάλληλη εκπαίδευση, μπορούν να υποστηρίξουν τόσο τους ίδιους τους ασθενείς όσο και τις οικογένειές τους μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση. Η νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να προσφέρει ποιοτική φροντίδα, ώστε το άτομο που πάσχει από άνοια να διατηρήσει τη γνωστική ικανότητά του σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο και να οδηγήσει σε ποιοτική ζωή για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (Bkberg και συν., 2014).

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Agar, M., Luckett, T., Luscombe, G., et al., 2017. Effects of facilitated family case conferencing for advanced dementia: A cluster randomised clinical trial. *PloS one*, 12(8), e0181020.
2. Anjum, I., Fayyaz, M., Wajid, A., Sohail, W., & Ali, A., 2018. Does Obesity Increase the Risk of Dementia: A Literature Review. *Cureus*, 10(5), e2660.
3. Azermai, M., Petrovic, M., Elseviers, M., Bourgeois, J., Van Bortel, L., Vander Stichele, R., 2012. Systematic appraisal of dementia guidelines for the management of behavioural and psychological symptoms. *Ageing Res Rev*, 12 (9), p. 78-86.
4. Bastawrous, M., 2013. Caregiver burden--a critical discussion. *Int J Nurs Stud*. 50(3), p. 431-441.
5. Bass, D.M., Judge, K.S., Snow, A.L., et al., 2012. Negative Caregiving Effects Among Caregivers of Veterans With Dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(3), p. 239–247.
6. Bature, F., Guinn, B., Pang, D., Pappas, Y., 2017. Signs and symptoms preceding the diagnosis of Alzheimer's disease: a systematic scoping review of literature from 1937 to 2016. *BMJ Open*, p. 56-67.
7. Biessels, G. J., & Despa, F., 2018. Cognitive decline and dementia in diabetes mellitus: mechanisms and clinical implications. *Nature reviews. Endocrinology*, 14(10), p. 591–604.
8. Bkberg, C., Ahlstrm, G., Karlsson, S., Hallberg, I.R., Janvl, A., 2014. Best practice and needs for improvement in the chain of care for persons with dementia in Sweden: a qualitative study based on focus group interviews. *BMC health services research*, 14(1), 596-610.

9. Bolt, S., van der Steen, J., Schols, J., Zwakhalen, S., Pieters, S., Meijers, S., 2019. Nursing staff needs in providing palliative care for people with dementia at home or in long-term care facilities: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 96, p. 143-152.
10. Brodaty, H., & Donkin, M., 2009. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(2), p. 217–228.
11. Brown, D., 2018. Research into dementia care, treatment and prevention is more active than ever. *British Journal of Community Nursing*, 23(3), p. 146–147.
12. Broughton, M., Smitha, E., Baker, R., 2020. Evaluation of a caregiver education program to support memory and communication in dementia: A controlled pretest–posttest study with nursing home staff. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), p. 1436-1444.
13. Carvalho, B., & Liberalesso, N, A., 2018. Time use by family caregivers of elderly with dementia: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Suppl. 2), p. 893-904.
14. Cheng, S., Au, A., Losada A, Thompson LW, Gallagher-Thompson D., 2019. Psychological Interventions for Dementia Caregivers: What We Have Achieved, What We Have Learned. *Curr Psychiatry Rep*, 21(7), p. 59.
15. Cheng S. T., 2017. Dementia Caregiver Burden: a Research Update and Critical Analysis. *Current psychiatry reports*, 19(9), p. 64.
16. Chiao, C.Y. Wu, H.S. & Hsiao, C. Y., 2015. Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *Int Nurs Rev*, 62(3), p. 340-50.

17. Cohen, L.W., Zimmerman, S., Reed, D., et al., 2014. Dementia in relation to family caregiver involvement and burden in long-term care. *J Appl Gerontol*, 33(5), p. 522–540.
18. Cohen CA., Colantonio A., Vernich L., 2012. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiving experience. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12, p. 184–188.
19. Custodio, N., Montesinos, R., Lira, D., Herrera-Pérez D., Bardales, Y. & Valeriano-Lorenzo, L., 2017. Mixed dementia. A review of the evidence. *Dement Neuropsychol*, 11(4), 364-370
20. Domaradzki, J., 2015. The Impact of Huntington Disease on Family Carers: a Literature Overview, *Psychiatria Polska*, 49(5), p. 931–944.
21. Dawood, S., 2016. Caregiver Burden, Quality of Life and Vulnerability Towards Psychopathology in Caregivers of Patients with Dementia/Alzheimer's Disease. *J Coll Physicians Surg Pak*, 26(11), p. 892-895.
22. Dias, R., Santos, R. L., Sousa, M. F. B. D., Nogueira, M. M. L., Torres, B., Belfort, T., & Dourado, M. C. N., 2015. Resilience of caregivers of people with dementia: A systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 37(1), p. 12-19.
23. Doyle, C., & Cicchetti, D., 2017. From the cradle to the grave: The effect of adverse caregiving environments on attachment and relationships throughout the lifespan. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(2), p. 203-217.
24. Fonareva, I. & Oken, B.S., 2011. Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *Int Psychogeriatr*, 26(5), p. 725-47.
25. Fukuda, R., Shimizu, Y., & Seto, N., 2015. Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: a study based on focus group interviews. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 10, p. 25-28.
26. Grad J. & Sainsbury, P., 1966. Problems of caring of the mentally ill at home. *Proceeding of the Royal Society of Medicine*, 59(1), p. 20-23.

27. Griffiths, P.C., Kovaleva, M., Higgins, M., Langston, A.H. & Hepburn, K., 2018. Tele-Savvy: An Online Program for Dementia Caregivers. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*, 33 (5), p. 269-276.
28. Hain, D., Touhy, T., Sparks, D. & Engstrm, G., 2014. Using narratives of individuals and couples living with early stage dementia to guide practice. *J Nurs Pract Appl Rev Res*, 4, pp. 82-93.
29. Handley, M., Bunn, F., Goodman, C., 2019. Supporting general hospital staff to provide dementia sensitive care: A realist evaluation. *International Journal of Nursing Studies* 96(3), p.61-71.
30. Harisson-Dening, K., 2013. Dementia: diagnosis and early interventions. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 9(3): 245-256
31. Henskensa, M., Nautab, I., Drostd, K., Mildersa, M., Scherdera, E., 2019. Predictors of care dependency in nursing home residents with moderate to severe dementia: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 92: 47-54
32. Hoening, J., & Hamilton M.W., 1966. The schizophrenic patient in the community and its effect on the household. *International Journal of Social Psychiatry*, 21(3), p.165-176.
33. Hruby, A., & Hu, F. B., 2015. The Epidemiology of Obesity: A Big Picture. *PharmacoEconomics*, 33(7), p. 673–689.
34. Jackson K, Barisone GA, Diaz E, Jin LW, DeCarli C, Despa F (2013) Amylin deposition in the brain:a second amyloid in Alzheimer disease? *Annals of Neurology*, 74 (4), 517-526.
35. Jenkins, C. & Mckay, A., 2013. A collaborative approach to health promotion in early stage dementia. *Nursing Standard*, 27(36), p. 49-57.
36. Jenkins, C., Ginesi, L. & Keenan, B., 2016. The nurse's role in caring for people with dementia. *Nursing Times*, p. 19-24.
37. Jutkowitz, E., Kane, R.L., Gaugler, J.E., MacLehose, R.F., Dowd, B., Kuntz, K.M., 2017. Societal and Family Lifetime Cost of Dementia: Implications for Policy. *J Am Geriatr Soc*, 65(10), p. 2169–2175.

38. Kim, H. J., Kehoe, P., Gibbs, L. M., & Lee, J. A., 2019. Caregiving Experience of Dementia among Korean American Family Caregivers. *Issues in mental health nursing*, 40(2), p.158–165.
39. Krutter, A., Schaffler-Schaden, D., Essl-Maurer, R., Wurm, L., Seymer, A. & al., 2020. Comparing perspectives of family caregivers and healthcare professionals regarding caregiver burden in dementia care: results of a mixed methods study in a rural setting, *Age and Ageing*, 49 (2), p. 199–207.
40. Lach, H.W., Harrison, B.E. & Phongphanngam, S., 2017. Falls and Fall Prevention in Older Adults With Early-Stage Dementia: An Integrative Review. *Res Gerontol Nurs*, 10(3), p. 139-148
41. Lee, R.P., Bamford, C., Poole, M., Mclellan, E., Robinson, L. & Exley, C., 2017. End of life care for people with dementia: The views of health professionals, social care service managers and frontline staff on key requirements for good practice. *PLoS ONE*, 12(6), p.1-19.
42. Lee, K., Puga, F., Pickering, C.Z., Masoud, S.S., White, C.L., 2019. Transitioning into the caregiver role following a diagnosis of Alzheimer's disease or related dementia: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 96 (7), p. 119–131.
43. Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V., ... Mukadam, N., 2020. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet (London, England)*, 396(10248), p. 413–446
44. Liu, W., Williams, K., Batchelor-Murphy, M., Perkhounkova, Y., Hein, M., 2019. Eating performance in relation to intake of solid and liquid food in nursing home residents with dementia: A secondary behavioral analysis of mealtime videos. *International Journal of Nursing Studies*, 96, p. 18-26.
45. Liu S, Li C, Shi Z, et al., 2017. Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *J Clin Nurs*, 26(9-10), p. 1291-1300.

46. Lloyd, J., Patterson, T. & Muers J., 2014. The positive aspects of caregiving in dementia: A critical review of the qualitative literature. *Dementia*.
47. Lunenfeld, B., & Stratton, P. (2013). The clinical consequences of an ageing world and preventive strategies. *Best practice & research. Clinical obstetrics & gynaecology*, 27(5), 643–659.
48. Marienfeld, S., Flerchinger, C. & Bojunga, J., 2016. Prevention and treatment of dementia. It depends on nutrition. *Pflege Z*, 69(3), p. 142-6.
49. Masopust, J., Protopopová, D., Vališ, M., Pavelek , Z., Klímová , B., 2018. Treatment of behavioral and psychological symptoms of dementias with psychopharmaceuticals: a review. *Neuropsychiatr Dis Treat*, p. 1211-1220.
50. Miller, B. & McFall, S., 1991. The effect of caregiver's burden on change in frail older persons' use of formal helpers. *J Health Soc Behav*, 32(2), p. 165-79.
51. Montgomery, R., Stull D.E., Borgata E.F., 1985. Measurement and the analysis of burden. *Res Aging*, 7(1), p. 137-52.
52. Mougias, A., Politis, A., Mougias, M., Kotrotsou, I., Skapinakis, P., Damigos, D. & Mavreas, V., 2015. The burden of caring for patients with dementia and its predictors. *Psychiatriki*, 26 (1), 28-37.
53. Mougias, A, Politis, A., Lyketsos, C.. & Mavreas, G., 2011. Quality of life in dementia patients in Athens, Greece: Predictive factors and the role of caregiver-related factors. *Int Psychogeriatr*, 23, 395–403
54. Nagata, C., Yada, H. & Inagaki, J., 2018. Exploration of the Factor Structure of the Burden Experienced by Individuals Providing End-of-Life Care at Home. *Nurs Res Pract*, 1659040.
55. Nascimento, H.G. & Figueiredo, A., 2019. Dementia, family caregivers and health service: the care of yourself and the other. *Cien Saude Colet*, 24(4), p.1381-1392.
56. O'Brien, J., Holmes, C., Jones, M. et al., 2017. Clinical practice with anti-dementia drugs: A revised (third) consensus statement from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 8 (2), p. 147-168.

57. Papastavrou, E., Charalambous, A., Tsangari, H. & Karayiannis, G., 2012. The burdensome and depressive experience of caring: what cancer, schizophrenia and Alzheimer's disease caregivers have in common. *Cancer Nurs*, 38, 187–194
58. Peacock, S., Duggleby, W. & Koop, P., 2014. The lived experience of family caregivers who provided end-of-life care to persons with advanced dementia. *Palliative and supportive care*, 12, p. 117-126.
59. Polidori, M.C., Nelles, G., Pientka, L., 2010. Prevention of dementia: focus on lifestyle. *International journal of Alzheimer's disease*, 26(1), p. 65-74.
60. Platt, S., 1985. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15(2), p. 383-394.
61. Prorok, J.C., Horgan, S. & Seitz, D.P., 2013. Health care experiences of people with dementia and their caregivers: A meta-ethnographic analysis of qualitative studies. *CMAJ*, 185, E669–E680.
62. Rakesh, G., Szabo, S. T., Alexopoulos, G. S., & Zannas, A. S., 2017. Strategies for dementia prevention: latest evidence and implications. *Therapeutic advances in chronic disease*, 8(8-9), p. 121–136.
63. Reslock, D., 2015. Quality memory care visits. *Long-Term Living: For the Continuing Care Professional*, 64(6), p. 24-27.
64. Richardson, T. J., Lee, S. J., Berg-Weger, M., & Grossberg, G. T., 2013. Caregiver health: health of caregivers of Alzheimer's and other dementia patients. *Current Psychiatry Reports*, 15(7), p. 367.
65. Ruggiano, N., Brown, E.L., Li, J., Scaccianoce, M., 2018. Rural Dementia Caregivers and Technology: What Is the Evidence? *Res Gerontol Nurs*. 11(4), p. 216-224.
66. Sakakibara, K., Kabayama, M., & Ito, M., 2015. Experiences of "endless" caregiving of impaired elderly at home by family caregivers: a qualitative study. *BMC research notes*, 8, p. 827.
67. Shaw, J.E., Sicree, R.A. & Zimmet, P.Z., 2010. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res. Clin. Pract*, 87, p. 4–14

68. Springate, B. A., & Tremont, G., 2014. Dimensions of caregiver burden in dementia: impact of demographic, mood, and care recipient variables. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 22(3), p. 294–300.
69. Stans, S.E., Dalemans, R., De Wittem, L. & Beurskens, A., 2013. Challenges in the communication between ‘communication vulnerable’ people and their social environment: an exploratory qualitative study. *Patient education and counseling*, 92(3), p. 302-312.
70. Terracciano, A., Stephan, Y., Luchetti, M., Albanese, E., & Sutin, A., 2017. Personality traits and risk of cognitive impairment and dementia. *J Psychiatr Res*, 3 (9), p. 22-27.
71. Thelin, A. & Holmberg, S., 2014. Type 2 Diabetes and Lifestyle—A Prospective Population-Based Cohort Study among Rural Men. *Int. J. Diabetes Clin. Res*, 1, p. 2–5.
72. Thompson, J., 2013. Rethinking memory care. *Long-Term Living: For the Continuing Care Professional*, 62(6), p. 38-41.
73. Tremont G., 2011. Family caregiving in dementia. *Medicine and health, Rhode Island*, 94(2), p. 36–38.
74. Tsai, C.F., Lee, Y.T., Lee, W.J., Hwang, J.P., Wang, S.J. & Fuh, J.L., 2015. Depression of Family Caregivers Is Associated with Disagreements on Life-Sustaining Preferences for Treating Patients with Dementia. *PLoS One*, 10(7), e0133711.
75. Velayudhan, L., Ryu, S., Raczek, M. et al., 2014. Review of brief cognitive tests for patients with suspected dementia. *Int Psychogeriatr*, 8 (2), p. 1247–1262.
76. Warren, J.D., Rohrer, J.D. & Rossor, M.N., 2013. Clinical review: frontotemporal dementia. *British Medical Journal*, 347, f4827.
77. Werner, P., Mittelman, M.S., Goldstein, M.A. & Heinik, J., 2011. Family stigma and caregiver burden in Alzheimer’s disease. *The Gerontologist*, 52(1), p. 89-97.

78. WHO, 2015. *The Epidemiology and Impact of Dementia*. Current State and future trends. WHO
79. Xiao, L. D., Wang, J., He, G. P., De Bellis, A., Verbeeck, J. & Kyriazopoulos, H., 2014. Family caregiver challenges in dementia care in Australia and China: a critical perspective. *BMC geriatrics*, 14, p. 6.
80. Zamanzadeh, V., Jasemi, M., Valizadeh, L., Keogh, B. & Taleghani, F., 2015. Effective factors in providing holistic care: A qualitative study. *Indian journal of palliative care*, 21(2), pp. 214.
81. Zarit, S.H., Reeve, K.E. & Bach-Peterson, J., 1980. Relatives of the impaired elderly: correlates of the feelings of burden. *Gerontologist*, 20, p. 649-655.
82. Ζαχαροπούλου, Γ., Ζαχαροπούλου, Β., Κωνσταντικοπούλου, Α., Τσαλουκίδης, Ν. & Λαζακίδου, Α., 2015. Μέτρηση της επιβάρυνσης των οικογενειακών φροντιστών ηλικιωμένων ασθενών με άνοια που διαμένουν στην κοινότητα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5), 614-621.