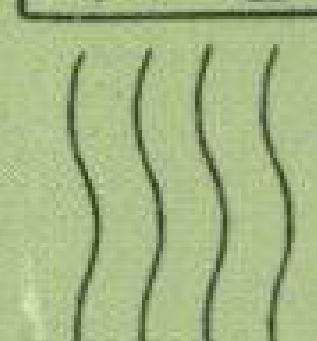


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΤΑΛΟΓΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΑΣ



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΚΑΤΑΛΟΓΟΓΡΑΦΙΑΣ Κ.Δ.Α.

POST PAVE HELLAS

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 2 Γ ΚΤΙΡΙΟ · 115 27 ΑΘΗΝΑ

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 37 - Τεύχος 3 - Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1998

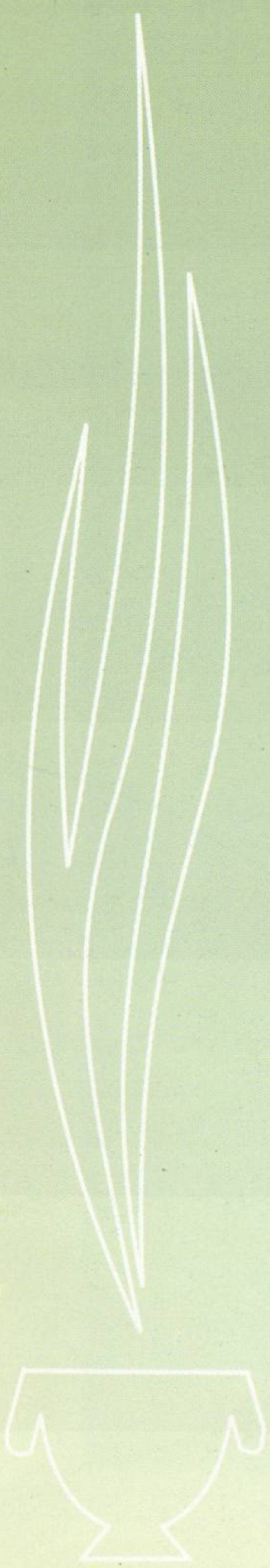


## NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE  
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 37 - No 3 - July - September 1998

ISSN 1105-6843







## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύνταξη .....	187
<i>A. Παπαδαντωνάκη</i>	
2. Πώς ετοιμάζεται και παρουσιάζεται μια ομιλία .....	189
<i>A. Ραγιά</i>	
3. Συγγραφή ερευνητικού άρθρου .....	190
<i>A. Παναουδάκη-Μπροκαλάκη</i>	
4. Οπτικοακουστικά μέσα διδασκαλίας .....	197
<i>E. Σιαμάγκα</i>	
5. Πρακτική προσέγγιση των οπτικοακουστικών μέσων .....	200
<i>M. Τσοπάνογλου</i>	
6. Νοσηλευτική και κοινότητα .....	210
<i>B. Ραφτόπουλος</i>	
7. Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και ποιότητα ζωής μετά από μεταμόσχευση μυελού των οστών: Πέντε χρόνια εμπειρίας .....	222
<i>A. Μολασσιώτης</i>	
8. Αρχές ψυχοογκολογίας και ογκολογική νοσηλευτική .....	230
<i>E. Βάντσι</i>	
9. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αρρώστους με νόσο Alzheimer .....	234
<i>M. Πριάμη</i>	
10. Σύγχρονες διαστάσεις νοσηλευτικής διοίκησης .....	240
<i>M. Μπατσολάκη</i>	
11. Διαπροσωπικές σχέσεις. Ικανοποίηση νοσηλευτών και ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα. ....	251
<i>M. Παπαδημητρίου, X. Λεβέντης, X. Φουλίδου, A. Φιδάνη, E. Δημοπούλου, X. Μαρνέρας</i>	
12. Απόψεις γυναικολόγων και παιδιάτρων για το επάγγελμα του νοσηλευτή .....	265
<i>A. Μαλλίδου, A. Δελσιού, X. Νάνου, Θ. Κατοστάρας</i>	
13. Η επικοινωνία στη νοσηλευτική .....	273
<i>Δ. Σαπουντζή-Κρέπια, A. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου</i>	
14. Ηγετικές μορφές της νοσηλευτικής που έφυγαν αλλά θα μείνουν αλησμόνητες- <i>Ανδρομάχη Ζαφειρίου</i> .....	282
<i>B. Λανάρα</i>	
15. Οδηγίες για τους συγγραφείς .....	284

## CONTENTS

1. Editorial .....	187
<i>A. Papadantonaki</i>	
2. How to prepare and how to deliver a speech .....	189
<i>A. Raya</i>	
3. Publishing a research article .....	190
<i>H. Papanoudaki-Brokalaki</i>	
4. Audio-visual teaching aids .....	197
<i>H. Siamanga</i>	
5. Practical approach to audio-visual aids .....	200
<i>M. Tsopanoglou</i>	
6. Research: Nursing and Community .....	210
<i>V. Raftopoulos</i>	
7. Psychosocial adjustment and quality of life after bone marrow transplantation: five years experience .....	222
<i>A. Molassiotis</i>	
8. The psychooncology and the oncology nursing .....	230
<i>E. Vantsi</i>	
9. Nursing interventions in patients with Alzheimer's disease .....	234
<i>M. Priami</i>	
10. New dimensions of nursing administration .....	240
<i>M. Batsolaki</i>	
11. Personal relationships-satisfaction of the nurses and patients derived from the nursing care .....	251
<i>A. Papadimitriou, C. Leventis, C. Foulidou, A. Fidani, E. Dimopoulos, C. Marneras</i>	
12. Gynecologists and pediatricians' opinion for nursing profession .....	265
<i>A. Mallidou, A. Deltsiou, Ch. Nanou, Th. Katostaras</i>	
13. Communication in nursing .....	273
<i>D. Sapountzi-Krepia, A. Kalokairinou-Anagnostopoulou</i>	
14. Leaders of Nursing who died but they will always be remembered - <i>Anthromahi Zaphiriou</i> .....	282
<i>B. Lanara</i>	
15. Instructions to authors .....	284

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΔΝΕ».
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΤΟ ΚΑΝΕΤΕ ΓΝΩΣΤΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ.

### ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος  
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών  
Ελλάδος  
Πύργος Αθηνών, Γ κτίριο, 2ος όροφος  
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ  
Τηλ.: 77 02 861

### ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Αγιώτου-Δημοπούλου  
Α. Καλοκαιρινού  
Α. Παπαδαντωνάκη  
Ε. Πατηράκη  
Α. Πορτοκαλάκη  
Ε. Χαραλαμπίδου

### ΕΚΔΟΤΗΣ

Δρ. Ασπασία Παπαδαντωνάκη

### ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ  
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.  
ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, 114 71 ΑΘΗΝΑ  
ΤΗΛ. 3624.728, 3609.342, 3601.605, FAX: 3601.679

### ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές .....	5.000	δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες .....	9.000	δρχ.
Εξωτερικού .....	80	\$
Τιμή τεύχους .....	1.500	δρχ.
Τιμή τευχών 1992-1996 .....	1.200	δρχ.
» » 1990-1991 .....	1.000	δρχ.
Παλαιότερα τεύχη .....	800	δρχ.

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ ΜΕ ΝΟΣΟ ALZHEIMER

Μαρία Πριάμη

Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

---

**ΜΑΡΙΑ ΠΡΙΑΜΗ. Νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε αρρώστους με νόσο Alzheimer.** Οι έρευνες για την πρόληψη και θεραπεία της νόσου Alzheimer συνεχίζονται, όμως το πρόβλημα της καθημερινής φροντίδας των ασθενών παραμένει αρκετά πολύπλοκο και απαιτεί ειδικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις για την προσέγγισή του. Σ' αυτό το άρθρο γίνεται σύντομη αναφορά στην αιτιοπαθογένεια της νόσου, στους παράγοντες κινδύνου, στα διαγνωστικά κριτήρια, καθώς και στις κλινικές εκδηλώσεις όπως αυτές παρουσιάζονται κατά την πορεία της νόσου. Επίσης, συζητούνται νοσηλευτικές παρεμβάσεις που μπορούν να επηρεάσουν πολλές πλευρές της ζωής και της λειτουργικότητας του αρρώστου και να ανακουφίσουν τα μέλη της οικογένειας που τον φροντίζουν. **Νοσηλευτική 3: 234-239, 1998.**

---

## Εισαγωγή

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού στην Ελλάδα με παράλληλη αύξηση του ποσοστού των ασθενών με άνοια.

Σύμφωνα με στατιστικές των τελευταίων χρόνων, υπολογίζεται ότι 150.000 ασθενείς με άνοια ζουν σε γηροκομεία, οίκους ευγηρίας, με συγγενικά τους πρόσωπα ή και μόνοι τους, με αποτέλεσμα την αύξηση των προβλημάτων κοινωνικής παθολογίας και των νευροψυχικών νόσων αυτής της ηλικίας, ενώ το ετήσιο κόστος της νόσου ανέρχεται σε 150-200 δισεκατομμύρια δραχμές<sup>1</sup>.

Τις άνοιες συνθέτουν ομάδες νοσημάτων, οι οποίες συντελούν βαθμιαία στην εμφάνιση πνευματικής υποβάθμισης, ανικανότητας εκτελέσεως καθημερινών ασχολιών και προοδευτικής απομόνωσης του ατόμου.

Ο πιο κοινός τύπος άνοιας είναι η νόσος Alzheimer και η συχνότητά της κυμαίνεται μεταξύ 60-65% στο σύνολο των ανοιών. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, υπολογίζεται ότι 3-5% των ανθρώπων άνω των 65 ετών πάσχουν από τη νόσο Alzheimer.

Η μελέτη της φροντίδας και της θεραπείας των ανοϊκών ατόμων είναι δύσκολη, παρότι φαίνεται κοινότοπη. Η πορεία της νόσου είναι μακρά, η νοσηρότητα σημαντική, η κλινική εικόνα περίπλοκη, με δυσμενείς επιπτώσεις στον άρρωστο και κυριότερα στην οικογένεια, που καλείται να κάνει συνεχείς προσαρμογές στη βαθμιαία νοητική απώλεια που προκαλείται από τη νόσο<sup>2</sup>.

## Σύντομη ιστορική αναφορά της νόσου

Η γενικότερη έννοια της ανοϊκής κατάστασης ήταν γνωστή περίπου από τη δεύτερη δεκαε-

τία του 19ου αιώνα. Στο τέλος του ίδιου αιώνα, το 1898, ο Alois Alzheimer οδηγήθηκε στο συμπέρασμα ότι ορισμένες διαταραχές, που παρατηρούνται στη συμπεριφορά των ηλικιωμένων ανοϊκών ασθενών, δεν οφείλονται στις αθηρωματώδεις βλάβες των εγκεφαλικών κυτάρων. Ο ίδιος το Νοέμβριο του 1906 σε Συνέδριο της Γερμανικής εταιρείας των ψυχιάτρων στο Tübingen περιέγραψε τα κλινικά και παθολογοανατομικά χαρακτηριστικά της νόσου, την πρόωμη έναρξη, τη συνοδό εγκεφαλική ατροφία, τη διαταραχή των νευροϊνιδίων των φλοιωδών κυτάρων και την παρουσία των γεροντικών πλακών, που είχαν περιγραφεί προηγουμένως σε περιπτώσεις γεροντικής άνοιας<sup>3</sup>. Έκτοτε, ο όρος Alzheimer αναφερόταν σε παρόμοιες περιπτώσεις με κύριο χαρακτηριστικό την προγεροντική έναρξη της νόσου, ένας όρος, που διατηρήθηκε αρκετά χρόνια.

Η νόσος Alzheimer είναι η συνηθέστερη και περισσότερο σημαντική εκφυλιστική πάθηση του εγκεφάλου. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε περίοδο της ενήλικης ζωής και κυρίως σε άτομα άνω των 50 ετών με αύξουσα συχνότητα όσο προχωρεί η ηλικία<sup>4</sup>.

### **Αιτιοπαθογένεια της νόσου**

Η αιτιολογία της νόσου Alzheimer παραμένει ένα δυσεπίλυτο πρόβλημα στο χώρο της ιατρικής επιστήμης, που με το χρόνο αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα λόγω της σταδιακής αύξησης της συχνότητάς της, αλλά και της αδυναμίας που υπάρχει ακόμα στη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Μέχρι σήμερα δεν έχει επιβεβαιωθεί, εάν η νόσος Alzheimer είναι μια απλή νόσος ή ένα πολύπλοκο σύνδρομο με πολλές ποικιλίες και ομάδες, ή εάν πρόκειται για πολλές διαφορετικές παθήσεις με άθροισμα παραπλήσιων συμπτωμάτων. Η ετερογένεια της νόσου αποδεικνύεται από πολλά σημεία όπως: η ηλικία έναρξης, η διάρκεια, η κλινική πορεία, η πολυμορφία των νευρολογικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων, οι νευροπαθολογικές διαταραχές και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις<sup>2</sup>.

Μερικοί ερευνητές αποδίδουν τη νόσο σε λοιμώδη παράγοντα π.χ. σε βραδύ ιό, άλλοι σε

τοξικές ουσίες ενοχοποιώντας το αργίλιο και τα άλατά του, ενώ άλλοι την συνδέουν με ανεπαρκή αιμάτωση του εγκεφάλου ή έλλειψη ακετυλοχολίνης<sup>5,6</sup>. Μια άλλη υπόθεση, που σήμερα απασχολεί τους ερευνητές, είναι αυτή που αποδίδεται σε γενετικούς παράγοντες, δηλαδή σε αλλοίωση του γενετικού υλικού. Η πάθηση συσχετίζεται με ελαττωματικό γονίδιο που εντοπίζεται στο χρωμόσωμα 21. Ορισμένες μεταβολές του DNA, που συμβαίνουν μέσα στο γονίδιο αυτό, οδηγούν στην προοδευτική Β-αμυλοειδική εναπόθεση και που είναι χαρακτηριστική στη νόσο Alzheimer<sup>4,6,7,8</sup>.

Οποιαδήποτε όμως κι αν είναι η αρχική νοσηρά εξεργασία, η νόσος του Alzheimer οδηγεί σε μια εξελικτική διαδικασία, της οποίας το τελικό αποτέλεσμα είναι η καταστροφή των νευρώνων και η παραγωγή συμπτωμάτων. Δηλαδή, η νοσηρά εξεργασία οδηγεί σε βλάβη των νευρώνων και υπό συνθήκες που έχουν ήδη αρχίσει να γίνονται προοδευτικά κατανοητές, καταλήγει σε θάνατο των νευρώνων. Στη συνέχεια παύει η έκλυση νευρομεταβιβαστών, η οποία υποτίθεται ότι αποτελεί τον αρχικό μηχανισμό απώλειας λειτουργιών και η εμφάνιση συμπτωμάτων, τα οποία είναι νοητικά και μη νοητικά συμπτώματα.

### **Παράγοντες κινδύνου**

Ίσως δεν υπάρχουν σημαντικές αποδείξεις ότι η ηλικία από μόνη της μπορεί να προκαλέσει τη νόσο Alzheimer, υπάρχουν όμως ισχυρές ενδείξεις ότι μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου. Υποστηρίζεται ότι σημαντικό παράγοντα αποτελεί η μεγάλη ηλικία και το οικογενειακό αναμνηστικό ανοιτών, καθώς επίσης και το σύνδρομο Down σε συγγενείς.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις με απώλεια συνειδήσεως ίσως αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Ως παράγοντες κινδύνου έχουν αναφερθεί επίσης η χειρωνακτική εργασία και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Δεν απεδείχθη όμως ότι και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο προφυλάσσει από τη νόσο<sup>2</sup>. Τελευταία υποστηρίζεται η άποψη ότι η νόσος Alzheimer αποτελεί συνδυασμό στοιχείων από γενετικούς, περιβαλλοντικούς και μορφωτικούς παράγοντες<sup>2</sup>.

## Διαγνωστικά κριτήρια

Σήμερα με τις νέες τεχνολογικές εξελίξεις και την πρόοδο των διαγνωστικών μεθόδων η αναγνώριση όλο και περισσότερων οντοτήτων με κοινό σύμπτωμα την άνοια οδήγησαν στην καθιέρωση διαγνωστικών κριτηρίων της νόσου.

Η ανάδειξη της χαρακτηριστικής ιστολογικής εικόνας, που είναι γεροντικές πλάκες και νευροϊνιδικές αλλοιώσεις, παραμένει η πιο ισχυρή ένδειξη για τη διάγνωση της νόσου Alzheimer<sup>9</sup>. Μακροσκοπικά ο εγκέφαλος παρουσιάζει μια διάχυτη φλοιϊκή ατροφία, που είναι πιο εμφανής στις βρεγματικές περιοχές. Οι έλικες στενεύουν και οι αύλακες διευρύνονται, ενώ η τρίτη και η τέταρτη κοιλία διατείνονται συμμετρικά. Ιστολογικά παρατηρείται διάσπαρτη απώλεια νευρικών κυττάρων, κυρίως από το φλοιό, ενώ υπάρχει επίσης μια σημαντική ελάττωση των νευρώνων του βασικού πυρήνα του Meynet, του υποκάμπου και του εγκεφαλικού φλοιού.

Στην αξονική τομογραφία, καθώς και στην απεικόνιση με μαγνητικό συντονισμό διακρίνεται η διάταση των πλαγίων κοιλιών, η συμμετρική φλοιϊκή ατροφία και η μεγέθυνση των αυλάκων του εγκεφάλου<sup>10</sup>. Όσον αφορά στις σπινθηρογραφικές μεθόδους απεικόνισης, η τομογραφία SPECT ή SPET παρουσιάζει σημαντική ελάττωση της αιματικής διάχυσης στις παραπάνω περιοχές που ήδη αναφέρθηκαν<sup>11</sup>.

Σημαντικό κριτήριο για τη διάγνωση της νόσου φυσικά αποτελεί και η ύπουλη εισβολή της, η προοδευτική επιδείνωση και ο αποκλεισμός όλων των άλλων αιτίων που μπορούν να προκαλέσουν άνοια και οπωσδήποτε απαιτείται ευρεία κλινική, νευρολογική, ψυχιατρική, νευροφυσιολογική αξιολόγηση του αρρώστου.

## Κλινικές εκδηλώσεις

Οι κυριότερες εκδηλώσεις της νόσου αρχίζουν με αλλαγές της προσωπικότητας, βλάβη στην εκτελεστική λειτουργία και χαλάρωση αναστολών στη συμπεριφορά<sup>12</sup>. Η εκρηκτικότητα, η ευερεθιστότητα και η επιθετικότητα συχνά είναι πρώιμες εκδηλώσεις της νόσου. Ακολουθεί προοδευτική απώλεια μνήμης, ελάττωση της ικανότη-

τας εκτελέσεως απλών καθημερινών ασχολιών, διαταραχή της κρίσεως και του προσανατολισμού, δυσκολία μαθήσεως, απώλεια λεκτικών ικανοτήτων και έκπτωση της νοητικής λειτουργίας<sup>12,13</sup>.

Αργότερα αναπτύσσονται κινητική δυσλειτουργία, βραδύτητα των κινήσεων και ακαμψία, οι οποίες οδηγούν σε συχνές πτώσεις. Η αμνησία, η αφασία και η απραξία, πολύ συχνά αναπτύσσονται μέσα σε μερικά χρόνια.

Στη νόσο Alzheimer επίσης εμφανίζονται διαταραχές από την ψυχική σφαίρα, όπως η εγκατάσταση μιας φτωχά οργανωμένης παρανοϊκής κατάστασης που συνοδεύεται από παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις<sup>10</sup>.

Η κλινική πορεία της νόσου συνήθως ολοκληρώνεται μέσα σε μια περίοδο περίπου πέντε ετών, όπου τα φαινόμενα της ψυχοδιανοητικής έκπτωσης γίνονται έκδηλα. Τελικά, ο άρρωστος εξαρτάται πλήρως από τους άλλους, ακόμα και για τις στοιχειωδέστερες ανάγκες και καταλήγει σε κοινωνική απομόνωση.

## Νοσηλευτική εκτίμηση

Οι νοσηρές εξεργασίες, οι οποίες καταλήγουν σε άνοια θεωρούνται ανίατες και όσο βαρύτερη είναι η νευρολογική βλάβη, τόσο πιο δύσκολη είναι η αποκατάσταση της λειτουργίας της. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις μπορούν να επηρεάσουν πολλές πλευρές της ζωής και της λειτουργικότητας του αρρώστου<sup>14</sup>. Ο θεμέλιος λίθος της αποτελεσματικής φροντίδας είναι η εκτίμηση, η οποία εστιάζεται στις ανάγκες και τα προβλήματα των ασθενών, στις ανάγκες διαπαιδαγώγησης και ανακούφισης της οικογένειας και των ατόμων που φροντίζουν τον ασθενή, καθώς και στην πρόβλεψη ασφαλούς περιβάλλοντος.

Ως προς την εκτίμηση του ασθενούς αξιολογούνται:

1. Οι νοητικές αλλαγές. Δηλαδή αν παρουσιάζει:
  - Δυσκολία να επικοινωνεί και να καταλαβαίνει τον προφορικό και γραπτό λόγο
  - Δυσκολία να βρίσκει κατάλληλες λέξεις
  - Σύγχυση ή δυσκολία προσανατολισμού
2. Αλλαγή της προσωπικότητας ως προς την:
  - Ακατάλληλη φιλικότητα

- Κοινωνική απόσυρση
  - Εύκολη απογοήτευση
  - Κρίση εκρηκτικότητας
3. Προβλήματα σχετικά με την καθημερινή λειτουργικότητα:
- Παραμελεί τις δουλειές του σπιτιού
  - Αδιαφορεί για την ατομική του φροντίδα
4. Προβληματική συμπεριφορά που μπορεί να:
- Εμφανίζει ανησυχία
  - Βρίσκεται εκτός κρεβατιού κατά τη διάρκεια της νύκτας
  - Περιπλανάται ή να χάνεται
5. Ψυχιατρικά προβλήματα όπως:
- Άγχος, αϋπνία, φόβος, κατάθλιψη
  - Ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις

### Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας

Το σχέδιο της νοσηλευτικής φροντίδας του αρρώστου στρέφεται κυρίως προς τις εξής κατευθύνσεις<sup>15</sup>:

- Την εξασφάλιση ήρεμου και άνετου περιβάλλοντος.
- Την κοινωνική δραστηριότητα του αρρώστου.
- Την φυσική του άσκηση.
- Την κατάλληλη διατροφή.
- Την χορήγηση φαρμάκων για τη μείωση της επιθετικότητας και του άγχους.
- Την ανακούφιση ή την ύφεση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, εάν υπάρχουν.
- Την εξασφάλιση ύπνου και
- Την βελτίωση της συμπεριφοράς και των γνωσιακών λειτουργιών.

Ειδικότερα οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν υπόψη τους ότι ανάμεσα στις τόσες απώλειες που υφίστανται οι ασθενείς από τη νόσο Alzheimer, η απώλεια της ικανότητας επικοινωνίας ίσως είναι η μεγαλύτερη. Η ανάγκη για επικοινωνία με τους άλλους είναι τόσο αναγκαία, όσο η τροφή και το νερό<sup>15</sup>. Η κατανόηση της επικοινωνίας των ασθενών με άνοια πολλές φορές μεταφέρεται από την ομιλούμενη γλώσσα, στη μη λεκτική συμπεριφορά. Οι νοσηλευτές επιτυγχάνουν περισσότερο όταν κάνουν ερωτήσεις που χρειάζονται μονολεκτικές απαντήσεις «ναι» ή «όχι», παρά όταν οι ερωτήσεις απαιτούν πολύ-

πλοκες απαντήσεις, οι οποίες απογοητεύουν τον ασθενή.

Οι αναμνήσεις ίσως είναι ανακουφιστικό μέσο επικοινωνίας για τον ασθενή. Η αναθεώρηση κατά προτίμηση γεγονότων που ήταν ευχάριστα κατά το παρελθόν στον άρρωστο βοηθούν και ελαπώνουν τη μοναξιά, τη δυσθυμία, αλλά και το θυμό του.

Ερευνητικές μελέτες απέδειξαν ότι η μουσική ασκεί θεραπευτική επίδραση κυρίως σε προχωρημένα στάδια της άνοιας. Επομένως, η χρησιμοποίηση απαλής μουσικής ως ερέθισμα για συναισθηματική δόνηση και κινητοποίηση του ενδιαφέροντος του αρρώστου κρίνεται σκόπιμη<sup>16,17</sup>.

Συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν έξαρση των συμπτωμάτων και το αποτέλεσμα πολλές φορές είναι αντίσταση και επιθετικότητα. Οι προσεγγίσεις πρέπει να είναι ήρεμες, ουσιαστικές και να βασίζονται σε ρεαλιστικές προσδοκίες όσον αφορά στις ικανότητες του ασθενούς. Έτσι το φιλικό και ευγενικό πλησίασμα ανακουφίζει τον ασθενή, ενώ το εκνευρισμένο και βιαστικό τον κάνει αγχώδη και αντιδραστικό.

Λόγω της άνοιας οι ασθενείς παραμελούν την προσωπική τους υγιεινή. Η διατήρηση του αρρώστου καθαρού και περιποιημένου τον καθιστά κοινωνικά παραδεκτό.

Τα παραληρήματα και οι ψευδαισθήσεις θεωρούνται πραγματικές εμπειρίες για τον άρρωστο<sup>18</sup>. Οι νοσηλευτές δεν θα πρέπει να εμπλέκονται σε συζητήσεις γι' αυτές. Μπορεί να εκφραστούν κάποιες διορθώσεις με πολλή ευγένεια και διάκριση, ώστε να αποσπασθεί η προσοχή του αρρώστου σε κάτι άλλο, με σκοπό να ελαττωθεί το άγχος και να προληφθεί μια διέγερση ή επιθετικότητα<sup>14</sup>.

Στην παρούσα φάση, που οι νοητικές ικανότητες και η κινητικότητα είναι μειωμένες, κρίνεται σκόπιμη η εφαρμογή πολλών δραστηριοτήτων που άρεσαν στον ασθενή. Έτσι ένα πρόγραμμα, βασισμένο στη λειτουργική κατάσταση του ασθενούς, θα μειώσει την πιθανότητα να βρεθεί αντιμετώπος με δραστηριότητες ή και εργασίες που θα τον οδηγήσουν σε απογοήτευση και αισθήματα αποτυχίας.



## Εκτίμηση αναγκών της οικογένειας του αρρώστου

Η εκτίμηση των αναγκών της οικογένειας για διαπαιδαγώγηση και ενθάρρυνση του αρρώστου τονίζεται ιδιαίτερα, επειδή η διαδικασία της παροχής φροντίδας αφήνει την οικογένεια ευάλωτη σε ποικιλία αρνητικών επιπτώσεων. Ο Brody<sup>19</sup> προτείνει η οικογένεια του αρρώστου να θεωρείται «συνεργάτης» αλλά και «πελάτης» συγχρόνως, που χρειάζεται βοήθεια. Γι' αυτό εκτός από την εκτίμηση του αρρώστου, είναι απαραίτητη και η εκτίμηση της οικογένειας.

Κατά τη διαδικασία της εκτίμησης διαπιστώνεται το είδος των σχέσεων και ο τρόπος που επικοινωνούν με τον ασθενή. Οι πληροφορίες από αυτή την εκτίμηση είναι χρήσιμες για την παρακολούθηση των αλλαγών που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια και πορεία της νόσου, διότι μετά τη διάγνωση αρχίζει για την οικογένεια η μεγάλη οδύσσεια της φροντίδας<sup>15</sup>.

Τα μέλη της οικογένειας υφίστανται κόπωση στην προσπάθειά τους να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της φροντίδας, η οποία αρχίζει από απλές καθημερινές εργασίες, όπως είναι το πλύσιμο, ντύσιμο, τάϊσμα, μέχρι τη συνεχή φύλαξή του.

Τα άτομα που εμπλέκονται στη φροντίδα των ασθενών με νόσο Alzheimer θα πρέπει να διαθέτουν ψυχικό σθένος και τούτο γιατί πολλές φορές αισθάνονται πόνο και βαθιά οδύνη όταν βλέπουν τον άνθρωπό τους να παλινδρομεί χωρίς αναστολές κατά τρόπο που δεν θα τον ενέκρινε.

Σχετικές έρευνες αναφέρουν ότι πολλά προβλήματα των ασθενών αποτελούν πηγές stress για την οικογένεια που παρέχει φροντίδα. Ενδεικτικά αναφέρονται οι διαταραχές της συμπεριφοράς, διαταραχές του ύπνου, αδυναμία ελέγχου εντέρου και κύστεως, τάση φυγής<sup>20</sup>. Γι' αυτό καθήκον των νοσηλευτών είναι να ενημερώνουν τους συγγενείς του αρρώστου για τα χαρακτηριστικά της νόσου, να τους παρέχουν βοήθεια όπου είναι ανάγκη για την κάλυψη των ποικίλων αναγκών του αρρώστου, να παρέχουν ψυχολογική υποστήριξη και ενθάρρυνση να συνεχίζουν το τόσο κοπιώδες αλλά σημαντικό έργο που επιτελούν. Διότι κατά την παροχή φροντίδας δεν υπάρχει μόνο stress και δυσκολία,

αλλά υπάρχει και ικανοποίηση του καθήκοντος. Οι Kinney και Stephens<sup>21</sup> ονόμασαν αυτές τις δύο αντίθετες αντιδράσεις ως ταλαιπωρία και ευχαρίστηση.

## Ενημέρωση της οικογένειας για την ασφάλεια του περιβάλλοντος

Λόγω του ευρέος φάσματος των νοσητικών και νευρολογικών βλαβών, αλλά και των δυσκολιών της γλώσσας, οι ασθενείς με νόσο Alzheimer πολλές φορές παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία είναι θορυβώδη και οδηγούν σε διέγερση, βία η και ατυχήματα μέσω και έξω από το σπίτι.

Συχνά οι ασθενείς είναι ευαίσθητοι στις περιβαλλοντικές πιέσεις, όπως δυνατοί θόρυβοι, έντονος φωτισμός, διάφορες δραστηριότητες, οι οποίες είναι δυνατόν να τους εκνευρίσουν. Η πλήρης ανάλυση αυτών των συνθηκών βοηθάει ώστε να αποφευχθεί μια επικίνδυνη αντίδραση.

Η οικογένεια και όσοι εμπλέκονται στη φροντίδα του αρρώστου πρέπει να γνωρίζουν ότι ίσως ο άνθρωπός τους διατηρεί κάποια ευκινησία μπορεί να περπατάει ή να τρέχει, όμως του λείπει η κρίση να καταλαβαίνει επικίνδυνες καταστάσεις με αποτέλεσμα να είναι επιρρεπής σε ατυχήματα όπως δηλητηριάσεις, εγκαύματα, τραυματισμούς, πτώσεις ή και να βρεθεί μπροστά σε αυτοκίνητα. Η συνεργασία των νοσηλευτών με την οικογένεια είναι επιβεβλημένη γιατί πρέπει να τους γνωρίζουν το φάσμα των κινδύνων που διατρέχει ο άρρωστος, αλλά και τον τρόπο που μπορούν να δημιουργήσουν ένα ήρεμο, άνετο και ασφαλές περιβάλλον. Για παράδειγμα, ηλεκτρικές συσκευές που ακόμα χρησιμοποιεί ο ασθενής, βρύσες ζεστού νερού, θύρες που οδηγούν προς την έξοδο του σπιτιού και επικίνδυνες ουσίες, θα πρέπει να εποπτεύονται. Επίσης, καθρέφτες ή μεγάλα τζάμια που δημιουργούν αντανάκλαση κυρίως κατά τη νύκτα, καλόν είναι να καλύπτονται.

Καλή ιδέα είναι να φοράει ο ασθενής ένα βραχιόλι ταυτότητας με τα στοιχεία του. Δεν θεωρείται πλεονασμός, η τοποθέτηση στην τσέπη του αρρώστου μια κάρτα με τα απαραίτητα στοιχεία και πρόσφατη φωτογραφία, τα οποία θα βοηθήσουν σε περίπτωση που ο άρρωστος περιπλανάται ή έχει χαθεί.

Οι έρευνες για τη διάγνωση, πρόληψη και θεραπεία της νόσου Alzheimer συνεχίζονται. Δεν υπάρχει όμως αμφιβολία ότι το πρόβλημα της καθημερινής φροντίδας παραμένει αρκετά πολύπλοκο. Αυτή τη φροντίδα πολύ συχνά την αναλαμβάνει η οικογένεια, διότι μόνον ένα μικρό ποσοστό ασθενών με άνοια νοσηλεύεται σε νοσοκομεία.

Απαραίτητη λοιπόν θεωρείται η ανάπτυξη στρατηγικού σχεδίου το οποίο θα περιλαμβάνει την παροχή ειδικής εκπαίδευσης στους λειτουργούς υγείας, την εκπαίδευση του οικογενειακού περίγυρου που παρέχει φροντίδα και τη δημιουργία κοινωνικών υποστηρικτικών δομών, όπως κέντρα ημερήσιας φροντίδας, συμβουλευτικές υπηρεσίες, προγράμματα ψυχικής αγωγής. Τα παραπάνω θα συμβάλλουν στην στήριξη του ασθενούς και της οικογένειας, ώστε να αντέξουν στη χρόνια αρρώστια και στη νοητική απώλεια.

---

**PRIAMI M. Nursing interventions in patients with Alzheimer's disease.** *Research for the prevention and treatment of the Alzheimer's disease is continued. However, the patients' care is still so complicated that in order to be approached needs special nursing care. The paper briefly refers to some aspects of the disease such as the pathogenetic causes, the risk factors, the diagnostic criteria, as well as the various manifestations that appear during the course of the disease. Nursing interventions, which can be effective of the patients' functional condition and many other aspects of his family life are also discussed.* **Nosileftiki 3: 234-239, 1998.**

---

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Λυκέτσος ΚΓ, Steele C, Λυκέτσος ΓΚ. «Εκτίμηση και ψυχοκοινωνική αντιμετώπιση των ανοϊκών καταστάσεων». Ψυχιατρική 1996, 7:100-105.
2. Μεντόπουλος Γ. «Η νόσος Alzheimer: Ένα κοινωνικό πρόβλημα». Ελλην Ιατρ 1995, 61:105-110.
3. Alzheimer A. «On a peculiar disease of the cerebral cortex». Allg Z Psychiat 1907, 64:146
4. Adams OA, Victor M. «Principles of Neurology». 5th Intern ed New York: McGraw-Hill, 1993, pp. 959-966.
5. Perry EK. «The cholinergic hypothesis - ten years». On Brit Med Bull 1986, 42: 63-69.
6. Wurtman JR. «Alzheimer's Disease». Scient Amer 1985, 252: 48-56.
7. Key DW. «The genetics of Alzheimer's disease». Brit Med Bull 1986, 42:19-23.
8. Λιακοπούλου Ε, Μανιάτης Γ. «Μοριακή παθογένεια της νόσου Alzheimer». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 1989, 6: 56-59.
9. Μπαλογιάννης Σ. «Παρατηρήσεις επί της λεπτής υφής της λευκής ουσίας στη νόσο Alzheimer». Ελληνική Ιατρική 1987, 31: 161-168.
10. Στεγίου Β, Γραμματικός Φ. «Η συμβολή της πυρηνικής Ιατρικής στη διάγνωση της νόσου Alzheimer». Ελληνική Ιατρική 1996, 1: 17-24.
11. Λογοθέτης Ι. Νευρολογία, 2η έκδοση, Θεσσαλονίκη. Εκδόσεις, University Studio Press 1988, pp. 493-495.
12. Μπαλάκας Ν. «Η νόσος του Alzheimer». Νοσοκομειακά χρονικά 1986, 4: 292-293.
13. Καζής Α. «Διάγνωση και αξιολόγηση των ανοϊκών». Γαληνός 1993, 6: 679-682.
14. Ραγιά Α. «Νοσηλευτική ψυχικής υγείας: ψυχιατρική νοσηλευτική». Αθήνα 1993, σελ. 338-346.
15. Πλατή Χ. «Γεροντολογική Νοσηλευτική». Αθήνα 1993, σελ. 216-221.
16. Glynn NJ. «The music therapy assessment tool». J Gerontol Nurs 1992, 18, 1:1-19.
17. Cook J. «The therapeutic use of music. A literature review». Nurs Forum 1981, 3: 253-266.
18. Lyketsos CG, Rabins PV. «Psychopathology in dementia». Curr Opin Psychiatry 1994, 7: 342-246.
19. Brody EM. «Women in the middle and family to help order people». Gerontologist 1981, 21: 471-480.
20. George LK, Gwyther LP. «Caregiver wellbeing: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults». Gerontologist 1986, 26: 253-259.
21. Kinnye JM, Stephans MA. «Hassies and ultifts of giving care to a family member with dementia». Psychol Aging 1989, 4: 402-408.