
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LX, SUPPL. XVI, 7

SECTIO D

2005

¹Katedra i Klinika Geriatrii CM UMK w Bydgoszczy

Kierownik: dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. UMK
Department and Clinic of Geriatrics CM UMK

Head: dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. UMK

²Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM UMK

Kierownik: dr hab. n. med. Wojciech Beuth
Neurological and Neurosurgical Nursing Department CM UMK

Head: dr hab. n. med. Wojciech Beuth

³Zakład Polityki Zdrowotnej i Zabezpieczenia Społecznego CM UMK

Kierownik: dr n. med. Justyna Szrajda
Department of Health Policy and Social Security CM UMK

Head: dr n. med. Justyna Szajda

MONIKA BIERCEWICZ ¹, JUSTYNA SZRAJDA ³, ROBERT ŚLUSARZ ²,
KORNELIA KĘDZIORA-KORNATOWSKA ¹, WOJCIECH BEUTH ²

Complex nursing care of a patient with Alzheimer's disease

Kompleksowe postępowanie pielęgniarские wobec pacjenta z chorobą Alzheimera

Po raz pierwszy choroba Alzheimera (chA) została opisana i opublikowana w 1907 roku, przez niemieckiego neurologa i histologa Aloisa Alzheimera. To przewlekłe, postępujące schorzenie neuropsychiatryczne, którego efektem jest nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej. Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną zespołu otępiennego, odpowiedzialną za prawie połowę wszystkich przypadków otępienia [1, 8, 9, 11].

Jak dotąd nie udało się ustalić jednoznacznie przyczyny tego schorzenia. Bierze się pod uwagę wiele czynników, które mogą odegrać istotną rolę w etiologii choroby (wieloprzyczynowość). Wśród nich wymienić należy: patologiczne zmiany w mózgu, uwarunkowania genetyczne, procesy zapalne w mózgu, teorie wolnych rodników (masowe obumieranie neuronów), infekcje wirusowe będące przyczyną procesów zapalnych występujących w chorobie Alzheimera oraz czynniki środowiskowe [1,8].

W zależności od stadium klinicznego można wyróżnić kilka etapów chA [1,9,11]. Należy jednak pamiętać, iż w poszczególnych przypadkach mogą występować znaczne różnice zarówno w stanie klinicznym jak i dynamice procesu chorobowego. Postęp choroby jest powolny i stopniowy, nie obserwuje się gwałtownych i szybkich zmian w stanie klinicznym chorego.

POSTĘPOWANIE PIELĘGNIARSKIE WOBEC PACJENTA Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA

Zakres podejmowanych działań przez personel pielęgniarский jak również i rodzinę chorego/opiekunów, uzależniony będzie od stanu pacjenta, zaawansowania schorzenia jak i formy sprawowanej opieki (w warunkach domowych, instytucjonalna) [9, 11].

DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE

Jak dotąd nie ma badania, którego przeprowadzenie byłoby wystarczające do wczesnego rozpoznania choroby. Podstawą rozpoznania jest wywiad, badanie przedmiotowe i badania laboratoryjne oraz wykluczenie innych przyczyn otępienia. Obecna diagnostyka polega na rozpoznaniu eliminacyjnym tzn. wykluczeniu, na podstawie różnych badań, dodatkowych schorzeń, które mogą wywołać podobne objawy. Badana jest pamięć, myślenie, mowa i uwaga. W tym celu wykorzystuje się test MMSE (Mini-Mental State Examination), test rysowania zegara, łączenia cyfr. Kompletnie badania stanu somatycznego umożliwiają wykluczenie innych schorzeń organicznych. Na podstawie badań laboratoryjnych krwi i moczu można wykluczyć stany zapalne, zaburzenia hormonalne i niedobory witaminowe. Wykonuje się także badania neuroobrazowe głowy: CT (Computed Tomography), MRI (Magnetic Resonance Imaging), PET (Positron Emission Tomography), mogące wykazać typowe zmiany w obrębie mózgu. Rozpoznanie kliniczne postawione za życia pacjenta przy wykonaniu wymienionych badań daje 80 – 90% pewności. Całkowicie pewne rozpoznanie można postawić dopiero po śmierci chorego, po przeprowadzonych badaniach histopatologicznych mózgu [1, 2, 4, 8, 10]. Do zadań zespołu pielęgniarskiego w zakresie działań terapeutycznych, diagnostycznych należy [7, 12]:

- ✓ gromadzenie informacji na temat choroby, na temat rodziny pacjenta,
- ✓ przygotowanie chorego do badań, wyjaśnienie pacjentowi, rodzinie chorego, istotę przeprowadzanych badań (laboratoryjne, neuroobrazowe), asystowanie podczas ich wykonania,
- ✓ wykonanie oraz dokumentowanie pomiarów podstawowych czynności życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech, temperaturę),
- ✓ ocena stanu ogólnego pacjenta (stan higieniczny, odżywienie, zdolność lokomocyjna oraz zakres i możliwości samoobsługi),
- ✓ ocena stanu psychicznego pacjenta (szczególnie orientację allo i autopsychiczną, zachowanie, nastrój a także nastawienie chorego do faktu hospitalizacji oraz stosunek do personelu medycznego),
- ✓ pobieranie materiału do badań (mocz, krew),
- ✓ udział w farmakoterapii
 - podawanie leków ściśle według zleceń lekarskich drogą doustną, dożylną, we wlewach,
 - kontrola przyjęcia leku w przypadku stosowania drogi doustnej (pacjenci z chA mogą zapominać o konieczności przyjęcia leku, nie przestrzegają zasady systematyczności farmakoterapii, wymagają dopilnowania ze strony personelu pielęgniarskiego, w zaawansowanej fazie schorzenia leki podaje się w postaci rozkruszonej połączone z pożywieniem),
 - w przypadku podaży leków przez kaniulę dożylną stała kontrola miejsca wkłucia, pielęgnacja oraz odpowiednie jej zabezpieczenie,
 - obserwacja pacjenta po przyjęciu leku (działania niepożądane, nietolerancja leku),
 - dokumentowanie podaży zleconych leków.

DZIAŁANIA OPIEKUŃCZE

Celem działań opiekuńczych wobec pacjenta z chorobą Alzheimera jest przede wszystkim pomaganie choremu w rozwiązywaniu jego indywidualnych problemów wynikających z życia z chorobą oraz wynikających z jego indywidualnej reakcji na stosowane metody diagnozowania, leczenia i rehabilitacji. Do zadań zespołu pielęgniarskiego w zakresie działań opiekuńczych należy [3, 5, 7, 9, 11, 12]:

- pomoc w utrzymaniu higieny ciała (w zaawansowanej fazie choroby całkowite przejęcie czynności przez pielęgniarkę, opiekuna chorego),
- dbanie o prawidłowe odżywianie i nawodnienie organizmu,
- pomoc w bezpiecznym przemieszczaniu się chorego,

- pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych,
- pomoc w porozumiewaniu się z otoczeniem,
- zapewnienie odpowiednich warunków do snu i wypoczynku,
- zapewnienie optymalnych warunków do utrzymania aktywności pacjenta,
- w przypadku opieki instytucjonalnej (szpital, Dom Pomocy Społecznej, Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy) umożliwienie choremu kontaktu z rodziną, bliskimi.

DZIAŁANIA REHABILITACYJNE

Usprawnianie pacjentów z chA zmierza do: utrzymania ich umiejętności motorycznych, poprawy sprawności układu oddechowego, krążenia i układu trawiennego jak również wpływa na kondycje psychiczną pacjenta. Usprawniając pacjenta z chA, należy stawiać mu jasne i niezbyt trudne, (ale i nie za łatwe) zadania do wykonania. W pierwszych etapach pracy z pacjentem powinno koncentrować się na ćwiczeniach, które pozwolą utrzymać umiejętność wykonywania podstawowych czynności życia codziennego. Szczególnie w pracy z tą grupą chorych usprawnianie nie może sprowadzać się do mechanicznego powtarzania schematycznych ćwiczeń, lecz wymaga indywidualnego podejścia do chorego [7,9,11,12]. Do działań usprawniających pacjentów z chA, należy włączyć [6, 14, 15, 16]:

- terapię ruchową,
- terapię zajęciową,
- terapię sztuką,
- muzykoterapię,
- pozytywny wpływ na chorego wywiera również kontakt z dziećmi oraz dogoterapia.

DZIAŁANIA WYCHOWAWCZE

Choroba Alzheimera jest schorzeniem postępującym, wymagającym znacznego zaangażowania rodziny w opiekę nad pacjentem. Niezmiernie istotny jest także fakt, iż chA i wiążące się z nią zaburzenia w zakresie ważnych dla człowieka funkcji poznawczych pogarszają kontakt z chorym i utrudniają rozumienie oraz zapamiętywanie przekazywanych informacji. Jest to oczywiście uzależnione od etapu choroby a w przypadku jej znacznego zaawansowania współpraca z pacjentem w tym obszarze działań jest znacznie utrudniona. W związku z taką sytuacją wszelkie podejmowane działania powinny być ukierunkowane również na rodzinę/opiekunów pacjenta jako najbliższe otoczenie zapewniające niezbędną opiekę i pielęgnację (forma nieprofesjonalna). W odniesieniu do działań w tym obszarze interwencji należy uwzględnić [6, 7, 9, 11, 12, 13, 14]:

- przekazanie niezbędnej wiedzy na temat istoty choroby, jej objawów, oraz metod leczenia (zarówno dla chorego jak i opiekunów/rodziny),
- przygotowanie rodziny/opiekunów do sprawowania opieki nad chorym w domu,
- udzielenie wskazówek dotyczących właściwego przygotowania mieszkania dla osoby chorej,
- edukacja w zakresie prowadzonej farmakoterapii (zasady i sposoby podawania leków, znajomość objawów niepożądanych, ubocznych oraz sposobów postępowania w przypadku ich wystąpienia),
- wskazanie instytucji wspierających osoby chore i ich rodziny (grupy samopomocowe, stowarzyszenia i fundacje alzheimerowskie, poradnie psychogeriatryczne).

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE

Na obecnym etapie wiedzy nie ma pewnych metod zapobiegania chorobie Alzheimera. Pomocne i wskazane wydaje się przestrzeganie podstawowych zasad takich jak [13]:

- utrzymanie aktywności umysłowej i fizycznej w ciągu całego życia, również w okresie emerytalnym,
- uczenie się nowych umiejętności także w wieku podeszłym (utrzymanie umysłu w dobrej kondycji poprzez stałą aktywność która zwiększa możliwość kompensacji ubytków wynikających z choroby),
- propagowanie prozdrowotnego stylu życia.

DZIAŁANIA PROMOWANIA ZDROWIA

Do zadań zespołu pielęgniarskiego w zakresie działań promowania zdrowia należy [9,11,13]:

- współuczestniczenie w tworzeniu grup wsparcia, grup samopomocowych,
- udostępnienie, przygotowanie środków dydaktycznych promujących zdrowy styl życia, dostarczających wiedzy na temat schorzenia (poradniki, broszury, ulotki informacyjne, specjalistyczne pozycje książkowe itp.),
- zachęcanie do systematycznych wizyt kontrolnych u lekarza prowadzącego (szczególnie wskazana opieka ze strony poradni psychogeriatrycznej).

PODSUMOWANIE

Choroba Alzheimera, stanowi bardzo istotny problem medyczny, społeczny oraz psychologiczny w naszym społeczeństwie. Ma ona charakter przewlekły, postępujący, wprowadzający znaczące zmiany w życiu chorych i ich rodzin. Konsekwencją postępującego schorzenia jest stopniowo pogarszająca się wydolność funkcjonalna oraz utrata samodzielności i niezależności. W końcowym etapie choroby, samodzielna egzystencja staje się wręcz niemożliwa. Sprawowanie kompleksowej, codziennej opieki służyć ma jednemu głównemu celowi – poprawie jakości życia pacjentów dotkniętych chorobą.

PIŚMIENNICTWO

1. Abrams W.B., Beers M.H., Berkow M.D.: MSD Podręcznik geriatrii. U&P, Wrocław 1999,1237-1243
2. Corey-Bloom J. i in.: Diagnosis and evaluation of dementia. Neurology. 1995, 45, 211-218
3. Dobson M.: Opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera. Tematy. 1995 ,5, 5-15
4. Friendland R.P. i in.: Oxford Textbook of Geriatric Medicine. Oxford University Press, 2000, 922-932
5. Grochowska D.: Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą Alzheimera. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2001,1, 37-38
6. Grochowska D.: Standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą Alzheimera. W: Grochowska D., Twarowska M.: Wybrane standardy w pielęgniarstwie psychiatrycznym. NR-PiP, Warszawa 2002, 35-38
7. Gulanick M., Klopp A., Galanes S., Gradishar D., Puzas M.K.: Nursing care plans. Nursing diagnosis and intervention. Mosby-Year Book. USA 1994, 236-240
8. Kłoszewska I., Magierski R.: Zespoły otępienie. W: Prusiński A.: Neurogeriatria. Czelej, Lublin 2004, 205-226
9. Molloy W., Caldwell P.: Chory na alzheimera. Muza SA, Warszawa 2004.
10. Roman G.C. i in.: Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: raport of the NINDS-AIREN International Workshop. Neurology. 1993, 43, 250-260
11. Schwarz G.: Choroba Alzheimera. PZWL, Warszawa 2002.
12. Swearingen P.L.: Manual of medical surgical nursing care. Mosby-Year Book. USA 1994, 213-224

13. Śmiarowska G., Sadowska A., Fopka M., Lewandowska A.: Alzheimer. Medi. Magazyn Pacjenta Opieki Długoterminowej. 2001,1
14. Wilczek-Rużyczka E.: Standardy opieki nad pacjentem z zespołem otępiennym. W: Kózka M.: Wybrane standardy opieki pielęgniarskiej. Kraków 1997, 101-113
15. Żak M.: Rehabilitacja jako element programu terapeutycznego dla pacjentów z otępieniem. Problemy opieki długoterminowej. Zeszyt 1. Toruń 2003, 9-13
16. Żak M.: Rehabilitacja w geriatric – wybrane problemy. Medi. 2005, 4, 16-18

STRESZCZENIE

Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną zespołów otępiennych u osób w starszym wieku. Definiowana jest jako zwyrodnieniowa choroba mózgu, której istota polega na postępującym otępieniu wraz z objawami afatycznymi, agnostycznymi i apraktycznymi.

Celem prezentowanej publikacji jest przedstawienie kompleksowego postępowania pielęgniarskiego wobec pacjenta z chorobą Alzheimera.

W oparciu o literaturę i doświadczenie własne autorów, przedstawione zostały działania pielęgniarskie podejmowane w celu rozwiązania konkretnych problemów występujących u chorego. Zgodnie z zaproponowanym modelem zadaniowym pielęgniarstwa, wyszczególniono zadania/działania z zakresu terapii, opieki, rehabilitacji, profilaktyki, promowania zdrowia i wychowywania, w odniesieniu do pacjenta z chorobą Alzheimera. Zaproponowany obszar interwencji pielęgniarskiej wynika z funkcji zawodowych pielęgniarki i zgodny jest z przyjętym modelem holistycznego podejścia do chorego.

ABSTRACT

Alzheimer's disease (AD) is the most common cause of dementia in elderly patients. It is defined as a neuro-degenerative condition leading to dementia and symptoms such as aphasia, agnosia and apraxia.

The aim of the publication is to present the complex nursing care of patients with Alzheimer's disease.

Based on literature and authors' personal experience the authors present nursing actions taken to solve specific problems in AD patients. In accordance with a proposed task model of nursing, actions and tasks were specified in the scope of therapy, care, rehabilitation, prophylaxis, health promotion and education in relation to AD patients. These nursing interventions result from professional nursing functions and reflect a holistic approach to the patient.