

PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTÓW Z CHOROBA ALZHEIMERA

Problems in the care of patients with Alzheimer's disease

Izabella Uchmanowicz¹, Angelika Pierożyńska¹, Aleksandra Kołtuniuk²,
Izabella Kuberka², Joanna Rosińczuk²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Choroba Alzheimer'a jest to postępujące zwyrodnienie centralnego układu nerwowego z klinicznymi objawami otępienia najczęściej dotyczącą osób starszych (powyżej 65. r.ż.), które uszkadzając tkankę mózgową, powoduje nieodwracalną utratę funkcji poznawczych oraz zaburzenia afektu i zachowania. Zmiany chorobowe postępują w czasie i zwykle trwają około 10–15 lat powodując ostatecznie całkowite uzależnienie chorego od pomocy innych osób. Celem pracy jest omówienie najczęściej występujących problemów pielęgnacyjnych u pacjentów z chorobą Alzheimer'a oraz przedstawienie działań umożliwiających ich rozwiązanie.

Słowa kluczowe: choroba Alzheimer'a, opieka, obciążenie opiekunów.

SUMMARY

Alzheimer's disease is a progressive degeneration of the central nervous system with clinical symptoms of dementia mostly affecting elderly people (over 65 years). It damages the brain tissue causing irreversible loss of cognitive functions but also leads to affect and behaviour disorders. Lesions progress gradually over time and it usually takes approximately 10 to 15 years before eventually causing the patient rely completely on the assistance of others. The aim of the study is to discuss the most common problems in the care of patients with Alzheimer's disease and to present actions that will enable their solution.

Key words: Alzheimer's disease, caring, caregiver burden.

WSTĘP

Choroba Alzheimer'a to schorzenie polegające na zaniku komórek nerwowych i ich połączeń w wyniku odkładania się w tkance mózgowej białek o patologicznej strukturze (beta-amyloidu, tau i alfa-synukleiny). Głównym objawem choroby jest otępienie – chory przestaje interesować się otoczeniem, traci pamięć, poczucie czasu i miejsca. Do tego dochodzą zaburzenia zachowania i utrata zdolności prawidłowego funkcjonowania w codziennym życiu.

Diagnostyka opiera się przede wszystkim na objawach klinicznych, a pewne rozpoznanie można postawić wyłącznie na podstawie badania sekcyjnego.

Ogólne kryteria diagnostyczne choroby Alzheimer'a zawarte są w czterech punktach:

- 1) występowanie zespołu otępiennego (zespół psychopatologiczny spowodowany chorobą mózgu, zwykle o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są takie wyższe czynności korowe, jak: pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, mowa i ocena; świadomość przeważnie nie jest zaburzona; wymagane jest utrzymywanie się tych objawów przez co najmniej 6 miesięcy);
- 2) podstępny początek z powolnym pogarszaniem się stanu pacjenta;
- 3) brak objawów klinicznych i wyników innych badań, które wskazywałyby na możliwość wystąpienia otępienia jako rezultatu innych chorób układowych lub chorób mózgu;
- 4) brak nagłego, udarowego początku lub objawów ogniskowego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego [1].

Badania przeprowadzone w krajach rozwiniętych wskazują, iż od 5 do 7% populacji w wieku powyżej 65 lat cierpi z powodu otępienia w przebiegu choroby Alzheimer'a [2]. Dane epidemiologiczne dotyczące USA pokazują, iż w 2010 r. liczba osób 65-letnich i starszych z rozpoznaną chorobą Alzheimer'a wynosiła 4,7 mln, a w 2050 r. liczba ta może wzrosnąć do 13,8 mln [3].

Badania przeprowadzone w Polsce dotyczące rozpowszechnienia otępienia wśród mieszkańców terenów wiejskich wykazały, że jego rozpowszechnienie w populacji osób powyżej 60. roku życia wynosi 6,7% [4].

Ze względu na postępujące starzenie się społeczeństw państw rozwiniętych i rozwijających się, w tym także ludności Polski, z roku na rok przybyć będzie osób dotkniętych chorobą Alzheimer'a, wymagających ciągłej i holistycznej opieki ze względu na postępującą niepełnosprawność i brak samodzielności w codziennym funkcjonowaniu. Dlatego tak istotna jest wczesna diagnostyka otępienia oraz wdrożenie planu opieki dostosowanego do indywidualnych potrzeb chorego, gdyż te działania mogą skutecznie poprawić jakość życia pacjentów z chorobą Alzheimer'a, a opiekunom zapewnić pomoc i wsparcie podczas sprawowania opieki nad pacjentem z otępieniem.

Celem pracy jest omówienie najczęściej występujących problemów pielęgnacyjnych występujących u pacjentów z chorobą Alzheimer'a oraz przedstawienie działań umożliwiających ich rozwiązanie.

PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTÓW Z CHOROBA ALZHEIMERA [5, 6]

Problem 1. Ograniczenia w samoopiece spowodowane: zaburzeniami pamięci, orientacji, wyższych czynności nerwowych, zmniejszeniem lub utratą zdolności w podejmowaniu decyzji i odpowiedzialności za siebie oraz zaburzeniami ruchowymi.

Cel opieki: dążenie do utrzymania jak najdłużej samodzielności w zakresie samoobsługi, pomoc choremu w zaspokajaniu naturalnych potrzeb.

Interwencje pielęgniarские:

- ocena niedoborów w zakresie samoopieki oraz weryfikacja wymaganej pomocy;
- zapewnienie pomocy adekwatnej do stanu niepełności, stopniowe przejmowanie odpowiedzialności za pacjenta;

- zapewnienie bezpieczeństwa i komfortu przez:
 - cykliczne, domyślne i proste schematy dotyczące wykonywania codziennych czynności, np.: spożywanie posiłków, mycie się, przyjmowanie leków, spacer, odpoczynek;
 - wykonywanie określonych czynności o tej samej porze każdego dnia, w ten sam sposób, w tej samej kolejności, instruowanie chorego krok po kroku;
 - konsekwentne powtarzanie i utrwalanie zachowanych zdolności, zachowanie spokoju i stosowanie pozytywnych wzmocnień;
 - zorganizowanie otoczenia w sposób funkcjonalny i bezpieczny, utrzymanie porządku, nie przestawianie mebli;
 - umożliwienie choremu uczestnictwa w procesie pielęgnowania i podejmowania decyzji na miarę możliwości chorego;
 - omawianie z chorym spraw związanych z planowaniem przyszłości i dysponowaniem własnościami;
- współpraca z rodziną w kwestii przejęcia odpowiedzialności prawnej za chorego, z chwilą, gdy nie będzie on w stanie podejmować decyzji dotyczących własnego życia, przestanie zaspokajać swoje podstawowe potrzeby, nie wyrazi zgody lub będzie niezdolny do jej wyrażania z powodu choroby.

Problem 2. Upośledzenie codziennego funkcjonowania oraz utrata kontroli nad własnym życiem związana z zaburzeniami pamięci.

Cel opieki: ułatwienie choremu orientacji w jego otoczeniu oraz w jak najdłuższym podtrzymywaniu pamięci dotyczącej własnego życia i przeszłości.

Interwencje pielęgniarские:

- ocena zaburzeń pamięci i zastosowanie metod usprawniających pamięć w zależności od wielkości otępienia;
- sporządzenie i umieszczenie w widocznym miejscu listy codziennych czynności, kartek z przypomnieniami; pisanie instrukcji wykonania prostej czynności; zapisywanie nazwisk i często używanych numerów telefonów; umieszczanie naklejek na meblach i innych przedmiotach, a z czasem zamiana ich na obrazki; umieszczanie zegara (kalendarza) w widocznym miejscu (skreślanie minionych dni ułatwia orientację w czasie);
- usunięcie zbędnych przedmiotów, z którymi chory już nie kojarzy;
- pozostawianie w tym samym miejscu rzeczy osobistych (przybory toaletowe, telefon, okulary);
- ograniczenie miejsc, w których chory może trzymać rzeczy osobiste (półek, szuflad, szafek);
- przechowywanie wartościowych przedmiotów w bezpiecznym miejscu;
- sprawdzanie zawartości kosza na śmieci przed jego opróżnieniem;
- udzielanie dodatkowych informacji, gdy chory nie wie, z kim rozmawia, gdzie się znajduje (pomoc w koncentrowaniu się na znajomych szczegółach);
- przypominanie choremu, gdzie się znajduje (np. w szpitalu), uspokajanie, respektowanie przyzwyczajeń, zadbanie, aby podczas badań chorego była obecna bliska osoba, zachęcanie jej do częstych odwiedzin;
- pozwolenie choremu hospitalizowanemu na noszenie własnych ubrań, ustawienie fotografii bliskich osób na stoliku przyłóżkowym;
- przestrzeganie jednolitych zasad postępowania wobec chorego przez cały zespół pielęgniarский;
- zachęcanie pacjenta do udziału w terapii zajęciowej;
- jeśli chory mówi w czasie teraźniejszym o osobach zmarłych (np. „byłem u babci” lub „czekam na mamę”):
 - stosowanie odzwierciedlenia dla wyrażanego poczucia straty;
 - zachęcanie do opowiedzenia o tej osobie, obejrzenia albumów, przypomnienie historii rodzinnych lub ignorowanie wypowiedzi;
 - „terapia wspomnieniowa”: oglądanie rodzinnych zdjęć, śpiewanie znanych piosenek.

Problem 3. Częste gubienie się, wędrowanie i możliwość zaginięcia chorego w związku z zaburzeniami pamięci.

Cel opieki: zapewnienie bezpieczeństwa choremu.

Interwencje pielęgniarские:

- w momencie przebywania chorego w domu objęcie obserwacją i częste kontrolowanie, czy chory nie oddalił się zbyt daleko;
- zaopatrzenie chorego w karteczki z nazwiskiem, adresem i numerem telefonu opiekuna (kieszeń, torebka);
- w przypadku hospitalizacji objęcie chorego ścisłą obserwacją i częste upewnianie się, czy znajduje się na oddziale;
- towarzyszenie choremu w drodze na badania i niezbędnych wyjściach na zewnątrz oddziału;
- zaopatrzenie chorego w identyfikator z danymi personalnymi i nazwą oddziału.

Problem 4. Utrudniona komunikacja.

Cel opieki: podtrzymywanie komunikacji werbalnej i pozawerbalnej.

Interwencje pielęgniarские:

- podtrzymywanie i zachęcanie do rozmów w trakcie wykonywania wszelkich czynności, również pielęgnacyjnych;
- przedstawienie się, gdy się jest osobą obcą lub chory ma problemy z identyfikacją danej osoby;
- zwracanie się do chorego po nazwisku, z zachowaniem kontaktu wzrokowego;
- zwracanie się do chorego w sposób łagodny, wyraźny i powolny, używając krótkich zwrotów, pytań czy instrukcji;
- powinno się formułować pytania zamknięte tak, aby chory odpowiadał „tak” albo „nie”;
- polecenia należy powtórzyć kilka razy, zdania powinny być krótkie proste i jasne;
- powinno się stawiać tylko jedno pytanie raz i jeśli trzeba je powtórzyć, to przy użyciu tego samego zdania;
- nie należy przyspieszać odpowiedzi chorego, nie podsuwać mu słów, które mu trudno znaleźć, lecz naprowadzać na nie, nie przerywać, zachęcać do kontynuowania odpowiedzi;
- unikanie ośmieszania, krytyki, wyrażania negatywnych emocji, mówienie o chorym w osobie trzeciej;
- upewnienie, czy jest się słyszany przez chorego, w razie potrzeby zapewnienie choremu aparatu słuchowego;
- w sytuacji, gdy chory nie rozumie mowy, należy używać komunikatów werbalnych i pozawerbalnych:
 - pokazywanie, wręczanie przedmiotów, opisywanie czynności gestami, np. inicjowanie ruchów chorego podczas mycia;
 - odwracanie uwagi chorego lub próba zmiany tematu, gdy powtarza pytania lub wypowiedzi;
 - eliminowanie hałasu i działań utrudniających koncentrację chorego;
 - okazywanie zainteresowania samopoczuciem chorego przez formułowanie pytań dotyczących konkretnych potrzeb, np. czy jest zmęczony, śpiący, głodny, czy ma potrzebę pójścia do toalety;
 - okazywanie zainteresowania oraz obecność przy chorym nawet wtedy, gdy utracił zdolność porozumiewania się z otoczeniem.

Problem 5. Bezczynność, brak umiejętności organizacji czasu, izolacja społeczna związana z niezdolnością do interakcji z innymi osobami i otoczeniem, będące wynikiem: zaburzeń pamięci, trudnościami w kontrolowaniu emocji, zaburzeniami orientacji, narastającą nieufnością, objawami psychotycznymi, obniżoną zdolnością radzenia sobie z problemami.

Cel opieki: pomoc choremu w jak najdłuższym utrzymaniu aktywności dającej poczucie przydatności.

Interwencje pielęgniarские:

- zapewnienie choremu zajęć na miarę jego możliwości i zachęcanie do ich wykonywania z zachowaniem porządku, rutyny i prostoty (np. w warunkach domowych pomoc w przy-

- gotowywaniu posiłków, nakrywanie do stołu, mycie naczyń, składanie rzeczy, zamykanie podłogi, praca w ogrodzie);
- koncentrowanie się na czynności wykonywanej przez chorego i stosowanie wzmocnień pozytywnych;
- pomoc choremu w upraszczaniu wykonywania niektórych zajęć oraz poprzestanie na takiej formie aktywności, która zapewni mu poczucie swobody, sensowności jej wykonania i możliwości zakończenia;
- zachęcanie do kontynuowania dawnych zainteresowań, wraz z upływem czasu zmodyfikowanych i upraszczanych;
- umożliwienie wykonywania i motywowanie do ćwiczeń ruchowych na miarę możliwości chorego;
- w przypadku głębokiego otępienia chorego umożliwienie bycia z innymi osobami nawet wtedy, gdy już nie rozumie, co się wokół niego dzieje: przebywanie z chorym, mówienie do niego, śpiewanie, włączanie relaksacyjnej muzyki, trzymanie za rękę, głaskanie.

Problem 6. Niewłaściwe zachowanie chorego spowodowane postępującym procesem chorobowym, zaostrzeniem innych chorób, nieumiejętnym postępowaniem wobec chorego, tj.: gwałtowne/agresywne, seksualne, wykonywanie bezcelowych czynności, reakcje katastroficzne.

Cel opieki: pomoc choremu w samokontroli niewłaściwych zachowań i ich korygowanie.

Interwencje pielęgniarские:

- zapobieganie i minimalizowanie niewłaściwych zachowań i niekontrolowanych reakcji katastroficznych:
 - obserwacja i ocena symptomów narastającego stresu oraz zastosowanie metod ukierunkowanych na przeciwdziałanie pojawianiu się czynników nasilających stres;
- jeśli pojawiają się zachowania gwałtowne:
 - zachowanie spokoju w wypowiedziach i zachowaniu;
 - nieinterpretowanie złości chorego oraz unikanie reakcji gniewu, używania siły;
 - ograniczenie ilości i nasilenia bodźców, np. posiłki i inne czynności wymagające skupienia należy organizować w miejscach odosobnionych, zacisznych;
 - odwrócenie uwagi chorego od wydarzenia, które wywołało gwałtowną reakcję lub odnalezienie przyczyny jej wystąpienia w celu zapobiegania podobnym zachowaniom w przyszłości lub zmniejszenia ich nasilenia;
 - podawanie leków uspokajających na zlecenie lekarza, jeśli niektóre zachowania nadal utrzymują się (efekt przedłużającej się reakcji katastroficznej);
- gdy agresja czynna występuje stale lub chory jest mocno zaburzony i niedostosowany:
 - wymagany jest ścisły nadzór medyczny przy współpracy z lekarzem posiadającym doświadczenie psychogeriatryczne;
 - w ostateczności – zastosowanie środków przymusu na zlecenie lekarza lub na podstawie własnej oceny sytuacji i niezwłoczne powiadomienie lekarza;
- w przypadku powtarzania bezsensownych czynności ignorowanie ich lub odwrócenie uwagi chorego od tej czynności i zaproponowanie innego zajęcia (nie wolno przerywać na siłę – możliwość nasilenia pobudzenia);
- organizowanie zajęć wymagających większego wysiłku w godzinach wczesnych, kiedy chory nie jest zmęczony (np. kąpiel);
- w przypadku pojawienia się niestosownych zachowań seksualnych (publiczne obnażanie się, bawienie się genitaliami), zachowania kojarzone z seksualnymi (rozpinanie guzików, zdejmowanie ubrania, drapanie się w okolicy intymnej), należy:
 - zachować spokój, odwrócić uwagę chorego, dać choremu coś do ręki, spokojne wyprowadzenie z pomieszczenia;
 - zakładanie bluzek zapinanych z tyłu, koszul oraz obserwacja, czy wykonywanie powyższych czynności nie ma innego podtekstu, np. ściąganie spodni nie sygnalizuje potrzeby fizjologicznej, a drapanie w okolicy intymnej nie jest objawem np. infekcji;

- jeśli chory składa propozycje seksualne innym osobom – podjęcie próby wyprowadzenia chorego z błędu, uświadomienie kim są osoby;
- jeśli występują zachowania świadczące o objawach psychotycznych (omamy, urojenia), należy:
 - wysłuchać chorego, zachowując spokój;
 - zachęcić do wyjawienia przeżyć, nie zaprzeczać im;
 - okazać troskę i zrozumienie, zapewnić, że wszystko jest pod kontrolą, że nic mu nie zagraża;
 - odwrócić uwagę.

Problem 7. Obniżenie nastroju spowodowane postępowaniem choroby, ryzyko wystąpienia depresji i samookaleczenia.

Cel opieki: poprawa nastroju, zapobieganie samouszkodzeniom (zaplanowanie i realizacja samobójstwa zazwyczaj przekraczają możliwości chorego).

Interwencje pielęgniarские:

- ocena stopnia nasilenia objawów depresji, ewentualnego ryzyka samookaleczenia i podjęcie stosownych interwencji;
- niebagatelizowanie sygnalizowanego przez pacjenta złego samopoczucia, skarg somatycznych i komunikatów o samobójstwie oraz zgłaszanie ich lekarzowi;
- inicjowanie kontaktu z chorym i zapewnienie stałego wsparcia emocjonalnego (we współpracy z lekarzem, neuropsychologiem, duchownym);
- zachęcanie do kontaktów ze znajomymi, przyjaciółmi, bliskimi;
- udział w spotkaniach grup wsparcia;
- zapewnienie choremu zajęć na miarę jego możliwości, dających poczucie zadowolenia, chwalenie wszelkich postępów dokonywanych przez chorego;
- podawanie leków przeciwdepresyjnych na zlecenie lekarza;
- usunięcie niebezpiecznych przedmiotów (ostre narzędzia, leki).

Problem 8. Zaburzenia snu.

Cel opieki: pomoc choremu w zachowaniu prawidłowego rytmu dobowego.

Interwencje pielęgniarские:

- zapobieganie tzw. drzemkom w ciągu dnia przez utrzymanie aktywności chorego;
- jeśli jest taka możliwość, zapewnienie długiego spaceru w godzinach popołudniowych;
- dopilnowanie, aby pacjent zaspokoził potrzeby fizjologiczne przed snem;
- ograniczenie podaży płynów, w szczególności z kofeiną na około 3 godziny przed snem;
- wywietrzenie pokoju przed snem, zapewnienie odpowiedniej temperatury pomieszczenia, zasłonięcie okien, pozostawienie oświetlenia nocnego, zapewnienie ciszy;
- przyzwalanie choremu na zasypianie w późnych godzinach nocnych;
- podawanie leków uspokajających i nasennych na zlecenie lekarza.

Problem 9. Zaburzenia równowagi.

Cel opieki: zapewnienie choremu bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarские:

- towarzyszenie choremu podczas dłuższych spacerów (wskazane jest wzięcie pacjenta pod rękę, żeby zabezpieczyć przed ewentualnym upadkiem lub użycie sprzętu pomocniczego);
- zadbać o to, aby chory nie nosił zbyt luźnych butów ani zbyt ciasnych, buty powinny mieć najlepiej gumową podeszwę, która zapobiega poślizgnięciu się;
- poinformowanie o zabezpieczeniu elementów kanciastych (stół, szafka) w mieszkaniu;
- należy zwrócić uwagę na chodniki i dywaniki (najlepsze by było ich usunięcie albo zaopatrzenie w podkłady antypoślizgowe);
- nauka chorego, aby prosił o podanie pomocnej dłoni, jeśli

zachodzi potrzeba;

- poinformować rodzinę, że w razie upadku nie należy krzyżować ani robić przerażonej miny, co może zwiększyć stres u poszkodowanego (należy spokojnie obejrzeć chorego, sprawdzić, czy nie doszło do złamania i pomóc mu się podnieść);
- wszystkie kruche przedmioty należy umieścić poza zasięgiem chorego;
- informujemy najbliższe osoby chorego o zabezpieczeniu ostrych przedmiotów takich jak: noże kuchenne, nożyczki itp.;
- staramy się przekazać informacje rodzinie, jak ważne jest przechowywanie niebezpiecznych płynów, np. środków czystości, leków i kosmetyków, w zamkniętej szafce, a także o zakryciu przewodów elektrycznych i różnego rodzaju kabli odpowiednio przystosowanymi listwami;
- przy łóżku chorego (jeśli istnieje taka możliwość) można zamocować siatkę zabezpieczającą przed wypadnięciem chorego z łóżka (nie jest ona konieczna w początkowej fazie choroby, mogła by wówczas chorego przestraszyć) oraz uchwytów umożliwiających choremu podnoszenie;
- zalecenie rodzinie, że najlepiej byłoby, aby w łazience i toalecie przymocować uchwyty, których chory będzie się mógł trzymać, w wannie i pod prysznicem umieścić maty antypoślizgowe, można też wstawić stołeczek.

Problem 10. Trudności ze spożywaniem posiłków. Ryzyko wystąpienia odwodnienia i niedożywienia. Możliwe przyczyny problemu:

- 1) utrata zdolności do przygotowywania posiłków, rozpoznawania pokarmu jako żywności, komunikowania potrzeby głodu/pragnienia;
- 2) zaburzenia w odczuwaniu głodu/pragnienia, połykaniu;
- 3) zaburzenia perystaltyki przewodu pokarmowego.

Cel opieki: pomoc choremu w zaspokajaniu potrzeby odżywiania, zapobieganie niedożywieniu i odwodnieniu.

Interwencje pielęgniarские:

- obserwacja chorego pod kątem niedoborów pokarmowych: ocena stanu odżywienia i nawodnienia (kontrola masy ciała raz w tygodniu), określenie zapotrzebowania kalorycznego;
- określenie czynników utrudniających przyjmowanie posiłków;
- jeżeli chory przebywa w domu, najlepiej odwiedzać go w porze posiłków (aby zmotywować go do jedzenia, a także przypilnować, aby nie zapomniał o zjedzeniu posiłku), jeżeli nie ma się takiej możliwości, należy zadzwonić w porze posiłku bądź poinformować rodzinę, aby wykonała taką czynność;
- najodpowiedniej jest wprowadzić rytuał powtarzający się przy każdym posiłku, np. posiłki o tej samej porze i w tym samym pomieszczeniu, podawanie dań pojedynczo, nakładanie bezpośrednio na talerz, aby chory nie miał problemu z wyborem posiłku, używanie tych samych naczyń kontrastujących z nakryciem lub białym stołu;
- nie protestować, kiedy pacjent będzie chciał jeść rękoma, a nie za pomocą sztućców (chory powinien jeść samodzielnie najdłużej, jak to jest możliwe);
- pomóc choremu w jedzeniu, instruując go, co po kolei ma robić: „weź łyżkę, nabierz kawałek łyżką, włóż do ust, przeżuj, połknij”;
- jeśli chory nie jest w stanie normalnie jeść, można przygotować małe porcje produktów bardzo zróżnicowane: sery, jarzyny (przetarte) itp.;
- zapewnienie atmosfery intymności, spokoju oraz wystarczającej ilości czasu, zmniejszenie czynników wywołujących niepokój, utrudniających koncentrację (np. telewizja, radio); gdy niepokój chorego utrzymuje się, podanie zleconych leków uspokajających na godzinę przed posiłkiem, stosowanie werbalnych i pozawerbalnych technik uspokajających (np. głaskanie chorego po plecach);
- jeżeli pacjent nie jest w stanie spożywać posiłków fizjologicznie, należy założyć sondę żołądkową na zlecenie lekarza i karmić podopiecznego o ustalonych porach dnia za pomo-

cą sondy, wdrażać rodzinę do wykonywania tej czynności (może wystąpić także potrzeba karmienia drogą dożylną);

- należy pamiętać o utrzymaniu higieny jamy ustnej (jeśli pacjent potrafi samodzielnie wykonać toaletę jamy ustnej podajemy choremu proste, pojedyncze instrukcje, aby prawidłowo wykonał daną czynność);
- nie należy karmić chorego, który jest pobudzony lub senny;
- stosowanie na ubranie serwetki zabezpieczającej przed zabrudzeniem lub śliniaka z kieszonką dla dorosłych;
- przypominanie choremu o picciu lub częste podawanie płynów.

Problem 11. Niekontrolowane wydalenie moczu lub/i stolca spowodowane zaawansowanym procesem chorobowym, działaniem leków i innych czynników.

Cel opieki: pomoc choremu w jak najdłuższym kontrolowaniu wydalania moczu i stolca, zminimalizowanie dyskomfortu oraz usunięcie czynników będących przyczyną nasilania zaburzeń wydalania, np. infekcje dróg moczowych.

Interwencje pielęgniarские:

- przypominanie choremu o potrzebie oddawania moczu i stolca, zwracanie uwagi na pozawerbalne sygnały powiązane z potrzebą wydalania;
- wyraźne oznakowanie drogi do toalety;
- schowanie zbędnych przedmiotów w pobliżu WC, które chory może wykorzystać do zaspokojenia potrzeb;
- pozostawienie basenu, kaczki w pobliżu łóżka;
- stosowanie pieluchomajtek u chorych z niekontrolowanym oddawaniem moczu/stolca.

Problem 12. Ryzyko wystąpienia odleżyn spowodowane ograniczeniem aktywności fizycznej, zaburzeniami w wydalaniu, trudnościami w samodzielnym utrzymaniu higieny, nieprawidłowym odżywianiem.

Cel opieki: zapobieganie odleżynom i odparzeniom.

Interwencje pielęgniarские:

- systematyczna ocena powłok skórnych pod kątem ryzyka uszkodzenia skóry oraz postępowanie profilaktyczne zgodnie z obowiązującymi standardami.

Problem 13. Ryzyko wystąpienia przykurczów i zaników mięśniowych spowodowane ograniczeniem aktywności ruchowej.

Cel opieki: profilaktyka przykurczów i zaników mięśniowych.

Interwencje pielęgniarские:

- postępowanie przeciwpastyczne i kinezyterapia zgodnie z obowiązującymi standardami.

Problem 14. Wyczerpanie psychiczne i fizyczne opiekunów chorego spowodowane koniecznością sprawowania długoterminowej opieki nad chorem.

Cel opieki: udzielenie wsparcia opiekunom, przygotowanie do sprawowania opieki nad chorem.

Interwencje pielęgniarские:

- rozpoznanie zapotrzebowania rodziny na wsparcie emocjonalne i informacyjne;
- edukowanie rodziny w zakresie komunikowania się z chorem, istoty choroby, pielęgnowania chorego w różnych etapach choroby;
- edukowanie rodziny w zakresie radzenia sobie ze stresem i potrzebie dbania również o siebie;
- zachęcenie rodziny do uporządkowania spraw prawnych i finansowych;
- udzielanie rodzinie pomocy w nawiązywaniu kontaktów z właściwymi instytucjami leczniczymi, grupami wsparcia itp.;
- umożliwienie rodzinie swobodnego wyrażania swoich emocji i uczuć.

DYSKUSJA

Konsekwencją wydłużania się średniej długości życia jest wzrost liczby osób powyżej 65. roku życia, którzy predysponowani są do rozwoju chorób o charakterze otępiennym. Choroba

Alzheimera ze względu na swój postępujący charakter i brak możliwości leczenia przyczynowego stanowi poważny problem zarówno medyczny, jak i społeczny. W związku z występowaniem u tych chorych licznych problemów natury biologicznej, jak również społecznej [7, 8], które w konsekwencji prowadzą do niepełnosprawności i utraty zdolności samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym, należy zapewnić im profesjonalną i całościową opiekę.

Opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera – szczególnie w zaawansowanej fazie choroby – wymaga od osób ją sprawujących

ciągłej obecności przy chorym i gotowości do pomocy/lub wykonywaniu za niego wszystkich czynności dnia codziennego. Sytuacja taka powoduje nadmierne obciążenie fizyczne i psychiczne u opiekunów, co potwierdzają liczni autorzy [8–12] w swoich badaniach.

Choroba Alzheimera powoduje wiele zmian nie tylko w życiu samego pacjenta, ale również całej rodziny, która nagle musi zmierzyć się z wieloma problemami, a jednocześnie zapewnić pomoc i wsparcie psychiczne choremu członkowi rodziny.

BIBLIOGRAFIA

1. Antoniuk D. *Podstawowe informacje na temat choroby Alzheimera*. W: Parnowski T, red. *Choroba Alzheimera*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2013: 16–17.
2. Szczudlik A, red. *Sytuacja osób chorych na Alzheimera. Raport RPO*. Warszawa: Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich; 2014: 8–9.
3. Hebert LE, Weuve J, Scherr PA, et al. Alzheimer disease in the United States (2010–2050) estimated using the 2010 census. *Neurology* 2013; 80(19): 1778–1783.
4. Bidzan L, Turczyński J, Szabert K. Rozpowszechnienie zaburzeń otępiennych w populacji wiejskiej. *Psychiatr Pol* 2007; XLI(2): 181–188.
5. Górna K. *Diagnoz pielęgniarstwa i plan opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera*. W: Jaracz K, Kozubski W, red. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 292–301.
6. Adamczyk K. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2000: 78–79.
7. Spisacka S, Pluta R. Problemy opiekuńczo-pielęgnacyjne pacjentów z chorobą Alzheimera. *Ann. UMCS Sectio D: Medicina* 2003; LVIII, suppl XIII, 235: 174–179.
8. Misiak K, Kopydłowska E. Przygotowanie rodziny do opieki nad osobą starszą, cierpiącą na chorobę otępienną. *Piel Zdr Publ* 2011; 1(1): 65–75.
9. Spisacka S, Pluta R. Opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera – sprawą rodziny. *Ann. UMCS Sectio D: Medicina* 2003; LVIII, suppl XIII, 234: 169–173.
10. Szewczyszczak M, Adryan E, Stachowska, i wsp. Obciążenie rodziny w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera. *Probl Pielęgn* 2012; 20(2): 223–227.
11. Walczak M. *Narażenie osób opiekujących się pacjentami z otępieniem wynikające z podejmowanych obowiązków wobec tych pacjentów*. *Ann Acad Med Stetinensis, Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu* 2009–2011 2011: 68–71.
12. Kaczmarek M, Durda M, Skrzypczak M, i wsp. Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera. *Gerontol Pol* 2010; 18(2): 86–94.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Izabella Uchmanowicz
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Bartła 5
51-617 Wrocław
Tel.: 71 348-42-10
E-mail: izabella.uchmanowicz@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji:

Po recenzji:

Zaakceptowano do druku: