

## Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem z otępieniem w przebiegu choroby Alzheimera – na przykładzie studium przypadku

Grudzińska-Jędrzejczyk Beata<sup>1</sup>, Zając Halina<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Wydział Opieki Zdrowotnej, Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej, Absolwent

<sup>2</sup> Wydział Opieki Zdrowotnej, Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych w Rudzie Śląskiej,

### Streszczenie

**Wstęp:** Niniejsza praca stanowi próbę zobrazowania roli pielęgniarki w opiece nad pacjentką ze zdiagnozowanym otępieniem w stopniu umiarkowanym, w przebiegu choroby Alzheimera.

**Cel:** Celem głównym było określenie roli i działań pielęgniarki w opiece nad osobą z otępieniem w przebiegu choroby Alzheimera.

**Material i metoda:** Do analizy wykorzystano metodę badawczą „case study”, metodę indywidualnego przypadku. Analizą objęto pacjentkę w wieku 94 lat z rozpoznany otępieniem w przebiegu choroby Alzheimera w stopniu umiarkowanym.

**Wyniki i wnioski:** Holistyczna opieka nad pacjentką z otępieniem poprawi jej samopoczucie, jakość życia, a także pozwoli na wydłużenie samodzielności umysłowej i fizycznej chorej, co przyczyni się z kolei do przesunięcia w czasie utraty przez nią autonomii i niezależności. W pierwszej kolejności pielęgniarka powinna zapewnić zaspokojenie podstawowych potrzeb chorej oraz zadbać o jej bezpieczeństwo. Działania pielęgniarki nie dotyczą tylko i wyłącznie procesu terapeutycznego, ale wykonuje ona także zadania o charakterze edukacyjnym, wychowawczym, profilaktycznym oraz opiekuńczym i organizacyjnym.

**Słowa kluczowe:** demencja, zaburzenia poznawcze, choroba Alzheimera, proces pielęgnowania.

### Summary

**Introduction:** This work is an attempt to illustrate the role of a nurse in the care of a patient diagnosed with moderate dementia in the course of Alzheimer's disease.

**Aim of the study:** The main aim was to determine the role and activities of a nurse in caring for a person with dementia due to Alzheimer's disease.

**Material and Methods:** The "case study" research method, an individual case method, was used for the analysis. The analysis included a 94-year-old patient diagnosed with moderate Alzheimer's dementia.

**Results and Conclusions:** Holistic care for a patient with dementia will improve her well-being, quality of life, and will also allow the patient to extend her mental and physical independence, which in turn will contribute to postponing the loss of her autonomy and independence. First of all, the nurse should ensure that the patient's basic needs are met and ensure her safety. The nurse's activities do not only concern the therapeutic process, but also perform educational, upbringing, preventive, caring and organizational tasks.

**Keywords:** dementia, cognitive disorders, Alzheimer's disease, nursing process.

### Wstęp

Alzheimer's disease to choroba neurodegeneracyjna, która prowadzi do obumierania neuronów w wyniku patologicznego odkładania się dwóch białek: białka beta-amyloidu w postaci starczych płytek oraz białka tau w mózgu pacjenta. W wyniku tego mechanizmu dochodzi do utraty przez chorego funkcji poznawczych, to jest: mówienia, uczenia się, pamięci, myślenia oraz deficytów w zakresie zdolności odbierania przez niego wrażeń słuchowych, wzrokowych oraz dotykowych. Schorzenie to, uważane jest obecnie za najczęstszą przyczynę demencji na świecie i dotyczy przede wszystkim osób starszych, po 65 roku życia.

Etiologia i patogeneza choroby Alzheimera nie jest do końca znana, więc leczenie farmakologiczne opiera się tylko i wyłącznie na leczeniu objawowym. Poza tym, bardzo ważna jest również, między innymi: psychoterapia, fizjoterapia, racjonalne odżywianie, a także pomiar poziomu glukozy, utrzymanie prawidłowej masy ciała oraz kontrola ciśnienia tętniczego krwi pacjenta. W procesie terapeutycznym istotną rolę odgrywa także leczenie nefarmakologiczne, które może pozytywnie wpływać na poprawę funkcji poznawczych chorego, a także sposób jego zachowania.

Zadania pielęgniarki, jakie realizuje ona w opiece nad pacjentem z chorobą Alzheimera wymagają od niej nie tylko wiedzy merytorycznej w zakresie pielęgniarstwa, ale także kompetencji i umiejętności z różnych dziedzin nauki, między innymi: fizjoterapii, dietetyki, a także psychologii i psychiatrii. Jednakże, troska i pielęgnacja osoby z otępieniem daje wiele satysfakcji, zadowolenia, spełnienia zawodowego, a także uczy empatii, cierpliwości i zrozumienia dla drugiego człowieka.

### Definicja demencji

Demencja (łac. dementia), według WHO, jest zespołem objawów, które spowodowane są chorobą mózgu. Charakteryzują się one zazwyczaj przewlekłym bądź też postępującym przebiegiem choroby. Ponadto, dochodzi tu do wystąpienia klinicznie licznych zaburzeń wyższych funkcji korowych, takich jak: pamięć, myślenie, rozumienie, orientacja, mówienie, zdolność uczenia się, ocena, liczenie. Wymienionym wyżej problemom towarzyszą bądź też je wyprzedzają zaburzenia emocjonalne oraz zaburzenia zachowania i motywacji pacjenta. Wraz

z wiekiem częstość występowania tego schorzenia znacznie wzrasta. U osób do 65 roku życia otępienie występuje u około 1% osób. Natomiast, wśród osób po 90. roku życia odsetek ten wzrasta już do 40% [1].

W Europie – według WHO - otępienie występuje u około 10 milionów osób, a na całym świecie schorzenie to zdiagnozowano u około 50 milionów osób. Każdego roku liczba ta wzrasta o 10 milionów nowych przypadków, a w 2030 prognozuje się, iż liczba wszystkich osób ze stwierdzoną demencją zostanie podwojona [1].

### Rodzaje demencji

Współczesna medycyna wyodrębnia ponad sto różnych przyczyn, rodzajów oraz form otępienia. Do najczęściej diagnozowanych należą: choroba Alzheimera, otępienie naczyniopochodne oraz otępienie z ciałami Lewy'go i otępienie czołowo-skroniowe. Jednakże, w obrazie klinicznym często można zauważyć koegzystencję dwóch lub więcej postaci demencji. Wówczas mówimy o tak zwanym otępieniu mieszanym (ang. mixed dementia). Oprócz tego, demencja występuje także między innymi w: chorobie Parkinsona, stwardnieniu rozsianym, nowotworze mózgu, padaczce, HIV, AIDS, hiponatremii oraz w chorobie Huntingtona, Wilsona i chorobie Creutzfelda Jacoba. Do innych przyczyn, powodujących otępienie należą zatrucia metalami ciężkim, zatrucia pestycydami i fosforanami, a także nadużywanie alkoholu, substancji psychoaktywnych i wyrobów tytoniowych. Ponadto, otępienie może wywołać choroba infekcyjna, obrażenia głowy, niedobór witamin (np.: witamina B12) oraz stosowanie określonych leków (np.: steroidy, interferon). Choroba Alzheimera stanowi 50-60% wszystkich zdiagnozowanych przypadków, otępienie naczyniopochodne–20-30%, otępienie z ciałami Lewy 'go–10-25%, a otępienie czołowo-skroniowe to grupa 10-15%. [1]

### Fazy demencji

W literaturze przedmiotu możemy spotkać się podziałem demencji na trzy fazy, to jest: otępienie łagodne, średnio zaawansowane i otępienie zaawansowane. W pierwszym stadium choroby u pacjenta sporadycznie występują problemy z pamięcią, z zachowaniem równowagi, ma on obniżony nastrój, a także nie wykazuje samokrytyki względem własnej postawy i sytuacji. W następnym etapie można zauważyć zaburzenia na płaszczyźnie emocjonalnej, odżywiania, wzroku oraz afazję, apraksję

i ataksję. Tu wymagana jest już pomoc osób drugich. W trzecim stadium, następuje pogłębienie się wszystkich poprzednich zaburzeń a chory wymaga pomocy w każdej podstawowej czynności dnia codziennego [2].

Precyzyjny opis zmian poszczególnych stadiów demencji, zawiera siedmiostopniowa skala GDS (ang. Global Deterioration Scale wg Reisberga). Wyróżnia ona następujące etapy choroby: bez zaburzeń poznawczych, bardzo łagodne zaburzenia poznawcze, łagodne zaburzenia poznawcze, umiarkowane zaburzenia poznawcze, średnio głębokie zaburzenia poznawcze, głębokie zaburzenia poznawcze oraz bardzo głębokie zaburzenia poznawcze (ciężkie otępienie) [2].

### Skale punktowe

Podstawowe znaczenie w rozpoznaniu demencji ma zebranie rzetelnego wywiadu od pacjenta oraz jego najbliższego otoczenia. Ponadto, stosuje się tu również krótkie testy przesiewowe, do których zaliczymy skalę MMSE oraz Test Rysowania Zegara.[3]

Skala MMSE pozwala ocenić stopień zaburzeń poznawczych poprzez sprawdzenie takich obszarów, jak: orientacja w czasie i w miejscu, uwaga i liczenie, zapamiętywanie, przypominanie, funkcje językowe, pisanie oraz praktyka konstrukcyjna. W teście tym, pacjent otrzymuje punkty, a interpretacja jego wyników wygląda następująco: 30-27 – wynik prawidłowy, 26-24 – zaburzenia poznawcze bez otępienia, 23-19 – otępienie lekkiego stopnia, 18-11 – otępienie średniego stopnia, 10-0 – otępienie głębokie.[3]

Metoda TRZ wg Sunderlanda „(...) angażuje różnorodne procesy poznawcze – wymaga zrozumienia i zapamiętania złożonego polecenia słownego oraz znajomości pojęcia „zegar”, czyli zachowanej pamięci semantycznej (konieczność odwołania do słownej i wzrokowej reprezentacji tarczy zegara) – a także procesy wykonawcze (m. in. zdolność planowania przy wypełnianiu tarczy) oraz funkcje wzrokowo-przestrzenne i konstrukcyjne (m. in. prawidłowe rozmieszczenie elementów względem siebie)” [3].

Oprócz tego, do prawidłowej oceny, stopnia zaburzeń poznawczych pacjenta ze zdiagnozowanym otępieniem, wykorzystuje się skalę ADL (ang. Activities of Daily Living) oraz skalę IADL (ang. Instrumental Activities of Daily Living) [4].

Warto wspomnieć, iż w zakładach leczenia zamkniętego, stosuje się także inne skale, które pozwalają dokonać rzetelnego opisu

pacjenta z otępieniem. Wśród nich można wymienić: skalę CAM, Barthel, Tinetti, Norton oraz Geriatryczną Skalę Oceny Depresji.

### Choroba Alzheimera

AD należy do grup chorób neurodegeneracyjnych. Rozwój choroby możemy podzielić na trzy etapy: łagodną, umiarkowaną oraz zaawansowaną (ciężką) postać choroby Alzheimera. Dokładniejszy opis zaburzeń, jakie występują w jej przebiegu, definiuje Skala Oceny Nasilenia Otępienia (GDS) [5].

Do czynników ryzyka, oprócz wieku zaliczamy także: nieprawidłowy wskaźnik masy ciała (BMI), cukrzycę, niskie ciśnienie, wysokie ciśnienie w średnim wieku, niski poziom wykształcenia, małą aktywność umysłową, stres, uraz głowy [5], predyspozycje genetyczne, płęć żeńską, depresję, chorobę Downa [6] oraz nieleczone schorzenia wzroku i słuchu. Niektórzy naukowcy wysunęli nawet hipotezę, że otępienie typu alzheimerowskiego to cukrzyca typu 3, która rozwija się w mózgu i posiada właściwości cukrzycy typu 1 i cukrzycy typu 2. Z perspektywy działań profilaktycznych winniśmy dodać tu jeszcze: złe nawyki żywieniowe, chroniczny stres, krótki sen, a także palenie papierosów i spożywanie wyrobów alkoholowych [7].

Ważną rolę odgrywa tu również genetyka, dzięki której możemy ocenić predyspozycje pacjenta do zachorowania na Alzheimera. Priorytetowe znaczenie w tej kwestii ma gen APOE, który znajduje się na chromosomie 19 i posiada trzy główne allele to jest: E2, E3 i E4. Za główny czynnik ryzyka zachorowania na omawianą chorobę, uznano wariant APOEE4, którego jedna kopia zwiększa prawdopodobieństwo zachorowania trzykrotnie, a dwie kopie aż dwunastokrotnie. Poza tym wykazano, iż współistnienie genotypu APOEE4 i słabego powonienia u pacjentów, mogą sygnalizować chorobę dziesięć lat przed zachorowaniem [8].

Literatura przedmiotu nie określa w sposób jednoznaczny etiologii i patogenezę choroby Alzheimera. Niemniej jednak – jak ustalono – w rozwoju schorzenia podstawową rolę odgrywają czynniki genetyczne i środowiskowe, a także naturalny proces starzenia się organizmu ludzkiego. Istotne znaczenie ma tu patologiczne odkładanie się białek, to jest: białka beta-amyloidu w postaci starczych płytek oraz białka tau. Zgodnie z hipotezą „kaskady amyloidu”, gromadzenie się złożeń obu białek następuje w różnym czasie. Pierwotną patologię stanowi

beta amyloid, a białko tau odkłada się w kolejnym stadium procesu neurodegeneracji. W końcowej fazie dochodzi do zwyrodnienia i obumierania komórek nerwowych (zaniku neuronów) oraz zaburzeń demencyjnych [9].

### **Leczenie farmakologiczne i niefarmakologiczne**

Leczenie farmakologiczne choroby Alzheimera opiera się na leczeniu objawowym, ponieważ – jak napisano wyżej, etiologia i patogeneza tego schorzenia nie są do końca znane. Poza tym, ważna jest także aktywność fizyczna pacjenta, rehabilitacja, psychoterapia, terapia zajęciowa, racjonalne odżywianie, a także realizacja własnych zainteresowań, kontrola ciśnienia tętniczego, poziomu glukozy oraz utrzymanie prawidłowej masy ciała, zaprzestanie spożywania alkoholu i palenia wyrobów tytoniowych.

Leczenie niefarmakologiczne choroby Alzheimera dobierane jest indywidualnie do każdego przypadku, a stadium choroby i możliwości pacjenta stanowią kryterium jego kwalifikacji. Nauka zna wiele rodzajów, terapii, które mają pozytywny wpływ na sposób zachowania chorego oraz na poprawę jego funkcji poznawczych. Należą do nich: terapia zajęciowa, terapia środowiskowa, terapia kognitywna, terapia poznawczo-behawioralna, terapia walidacyjna, terapia reminiscencyjna oraz rehabilitacja ruchowa [10].

Warto tu również wspomnieć o innych metodach terapii, które mogą być wykorzystywane w pracy z osobami z otępieniem przebiegającym w chorobie Alzheimera, to jest: dogoterapia [11] i fototerapia [12].

### **Rola i zadania pielęgniarki**

Postępujący i przewlekły charakter choroby prowadzi do stopniowej utraty zdolności samodzielnego funkcjonowania pacjenta w życiu codziennym. W chwili obecnej AD uważana jest za chorobę nieuleczalną, a terapia farmakologiczna ukierunkowana jest na łagodzenie jej symptomów. Opieka nad takim pacjentem wymaga współpracy całego zespołu terapeutycznego, to jest: pielęgniarki, lekarza, psychologa, dietetyka i fizjoterapeuty. Kазus staje się bardziej skomplikowany, gdy osoba z chorobą Alzheimera przebywa w warunkach domowych. Wówczas cały trud opieki spoczywa na najbliższych członkach rodziny i pielęgniarce środowiskowej, której priorytetowym zadaniem jest edukacja opiekunów

na temat prawidłowej pielęgnacji, odżywiania, przystosowania mieszkania pod względem architektonicznym oraz pomoc w dostępie do specjalistycznej opieki medycznej.

Edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny wymaga od pielęgniarki nie tylko wiedzy teoretycznej, ale także umiejętności organizacyjnych, negocjacyjnych oraz kompetencji w zakresie komunikacji międzyludzkiej.

Warto podkreślić, iż istotne znaczenie ma również wsparcie psychiczne pacjenta i przede wszystkim jego opiekunów przez pielęgniarkę, gdyż schorzenie to dezorganizuje życie całego jego otoczenia, a kondycja psychiczna pacjenta wpływa na przebieg choroby i proces leczenia.

„W kontakcie z chorym z otępieniem na każdym etapie choroby bardzo ważny jest ton głosu, życzliwość i spokój okazywany przez pielęgniarkę. Nawet jeśli chory nie rozumie sensu kierowanych do niego słów; w przypadku niepokoju i zaburzeń zachowania spokojny ton głosu i przyjazne gesty mogą złagodzić lęk, a nawet ograniczyć konieczność doraźnej farmakoterapii” [1].

### **Cel**

Celem pracy było określenie roli i działań pielęgniarki w opiece nad osobą z otępieniem w przebiegu choroby Alzheimera.

### **Metoda badawcza**

Do analizy wykorzystano metodę badawczą „case study”, metodę indywidualnego przypadku. Polega ona na holistycznym podejściu do analizowanej jednostki, przedstawiając ją we wszystkich możliwych aspektach jej „(...) funkcjonowania i dopiero wypadkowa dogłębnych analiz sfer życia daje pogląd na całość zagadnienia i występujące problemy” [13].

### **Proces pielęgnowania**

#### **1. Opis przypadku**

W styczniu 2017 roku chora została przyjęta na Oddział Neurologii Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej z powodu zawału mózgu wywołanego zatorom tętnic mózgowych.

Z wywiadu rodzinnego wynika, iż przebyty udar spowodował u pacjentki znaczne pogorszenie pamięci. Występują u niej zaburzenia zarówno pamięci krótkotrwałej, jak i długotrwałej. W rodzinie nie występują obciążenia w kierunku zespołu otępiennego.

Ponadto, u pacjentki stwierdzono zaburzenia rytmu dobowego snu, negację spadku łaknienia, łagodny epizod depresyjny, obniżony nastrój, spowolnienie psychoruchowe, ale bez myśli i tendencji suicydalnych. Chora odczuwa niepokój z powodu swojego stanu zdrowia i sporadycznie płacze. W chwili obecnej pacjentka przebywa w domu, gdzie opiekę sprawują nad nią członkowie najbliższej rodziny.

## 2. Diagnoza pielęgniarska

Pacjentka w wieku 94 lat z rozpoznaniem otępieniem w przebiegu choroby Alzheimera w stopniu umiarkowanym, przebywa w swoim domu rodzinnym, wielopokoleniowym. Chora nie jest zdolna do samodzielnego funkcjonowania i wymaga pomocy osób drugich w zakresie podstawowych czynności dnia codziennego. Stopień sprawności pacjentki – według skali ADL – wynosi 2 punkty, stopień jej samodzielności – zgodnie z skalą Barthel – 20 punktów, co oznacza całkowity brak samodzielności, a w skali Norton otrzymała 9 punktów.

Chora jest pod stałą opieką lekarza geriatry, pielęgniarki środowiskowej, a dwa razy w tygodniu przychodzi do niej fizjoterapeuta. Jednakże Pani nie jest zmotywowana do współpracy w zakresie rehabilitacji, gdyż w październiku 2016 roku doszło u niej do złamania kości udowej lewej, które wywołało tak zwany zespół poupadkowy.

U pacjentki występują zaburzenia allopsychiczne, spowolnienie psychoruchowe, obniżony nastrój, błędy żywieniowe, zaparcia, a także nieprawidłowości w dobowym rytmie snu. Kontakt logiczny przeplatany jest zaburzeniami treści myślenia w typie urojeniowym (urojenia porzucenia). Ponadto, chora odczuwa lęk z powodu swojego stanu zdrowia i pesymistycznie patrzy w przyszłość. Trudno jej zaakceptować obecny stan, gdyż całe życie dążyła do tego, aby stawiane przed nią zadania i obowiązki realizowane były w oparciu o bardzo wysokie standardy. Strach przed popełnieniem błędu, a także ambicja, pracowitość, odpowiedzialność, perfekcjonizm i samokrytycyzm pacjentki negatywnie wpływają na proces leczenia, opieki, psychoterapii oraz fizjoterapii.

## 3. Proces pielęgnowania

### 1. Zaparcia spowodowane długotrwałym unieruchomieniem pacjentki w łóżku.

**Cel opieki:** Wyeliminowanie zaparć i przywrócenie prawidłowego cyklu wypróżnień.

**Interwencje pielęgniarskie:** przeprowadzenie z pacjentką i jej opiekunami ukierunkowanego wywiadu (dieta, częstość i czas zaparcie, stosowane metody defekacji), wykonanie badania fizykalnego (osłuchanie perystaltyki jelit, badanie brzucha pod kątem zalegania twardej masy kałowej), wdrożenie diety bogatoresztkowej (zwiększona zawartość błonnika pokarmowego: tłuszcze: oliwa z oliwek, chłodne płyny: kefir, maślanka, jogurt naturalny, kompot z suszonych śliwek, powidła ze śliwek, warzywa i owoce: pomidory, kiszona kapusta, rzodkiewka, buraki, zielony groszek, jabłka, winogrona (rodzynki), agrest, suszone śliwki, produkty zbożowe: kasza jaglana, gryczana, jęczmienna, otręby owsiane, orkiszowe, jęczmienne, chleb żytni, chleb razowy), zachęcenie pacjentki do zwiększenia aktywności ruchowej (wykonywanie ćwiczeń dostosowanych do możliwości chorej), wykonanie zabiegów dorektalnych (lewatywa oczyszczająca, wlewka doodbytnicza z oliwy, parafiny lub gliceryny), podaż doustnych preparatów przeczyszczających (według zlecenia lekarskiego).

### 2. Deficyt w zakresie wykonywania czynności higieniczno-pielęgnacyjnych z powodu stanu zdrowia.

**Cel opieki:** Zaspokojenie potrzeb higieniczno-pielęgnacyjnych oraz zachęcenie pacjentki do wykonywania niektórych czynności w tym zakresie.

**Interwencje pielęgniarskie:** obserwacja pacjentki i ocena w zakresie możliwości samodzielnego wykonywania niektórych czynności higieniczno-pielęgnacyjnych, motywowanie pacjentki do czynnego udziału w codziennej pielęgnacji (smarowanie twarzy i dłoni kremem), zapewnienie intymności podczas wykonywania higieny i pielęgnacji, wykonanie toalety całego ciała, higiena oczu, higiena jamy ustnej, zmiana bielizny osobistej i pościelowej, edukacja opiekunów chorej w zakresie prawidłowego wykonywania toalety oraz pielęgnacji całego ciała osoby leżącej, przekazanie opiekunom pacjentki wiedzy na temat profilaktyki przeciwoleżynowej, sposobach zmiany pozycji oraz zastosowania różnych

udogodnień (łóżko rehabilitacyjne, materac zmiennościśnieniowy, podpórki, wałki, koce).

### **3. Zaburzenia snu utrudniające prawidłowe funkcjonowanie organizmu.**

**Cel opieki:** Uzyskanie efektywnego snu poprzez przywrócenie prawidłowego rytmu dobowego.

**Interwencje pielęgniarskie:** prowadzenie ukierunkowanej obserwacji, zapoznanie się z dotychczasowymi metodami radzenia sobie z bezsennością, odreagowanie napięcia emocjonalnego (serdeczna rozmowa z pacjentką), zastosowanie technik relaksacyjnych przed snem (rytuał wieczornej kąpieli, masaż, ćwiczenia oddechowe, czytanie książki), niefarmakologiczne sposoby radzenia sobie z bezsennością (aromaterapia, dogoterapia, muzykoterapia), odpowiednia dieta (ograniczenie picia napojów zawierających kofeinę, unikanie spożywania ciężkostrawnej kolacji, spożywanie ostatniego posiłku najpóźniej dwie godziny przed snem, produkty zawierające tryptofan korzystnie wpływają na sen, np.: dojrzałe banany, mleko z miodem, awokado, jaja, ryby, nasiona), unikanie drzemek

w ciągu dnia, zasypianie – zapewnienie ciszy i spokoju, przewietrzenie pokoju, w którym przebywa pacjentka, optymalna temperatura pomieszczenia to 18-20 stopni Celsjusza, stosowanie farmakoterapii (według zlecenia lekarskiego).

### **4. Zaburzenie orientacji allopsychicznej i problem z pamięcią krótkotrwałą (świeżą) w przebiegu choroby Alzheimerera.**

**Cel opieki:** Uzyskanie redukcji zaburzeń orientacji allopsychicznej i problemów z pamięcią świeżą.

**Interwencje pielęgniarskie:** ocena funkcji poznawczych pacjentki według Globalnej Skali Demencji, ocena stanu psychicznego chorej według Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego, empatyczne podejście do pacjentki, przeprowadzenie terapeutycznej rozmowy w celu zdobycia zaufania, ustalenie harmonogramu dnia i jego przestrzeganie, stymulowanie pamięci pacjentki poprzez systematyczne przypominanie jej gdzie się znajduje oraz znanych miejsc, ludzi, faktów, rzeczy, a także pytanie o zjedzony posiłek, przeczytaną książkę, czy obejrzany film, zachęcanie rodziny do wsparcia duchowego chorej oraz regularne wykonywanie ćwiczeń z zakresu stymulowania pamięci, podaż leków według zlecenia lekarskiego.

### **5. Lęk o przyszłość z powodu pogarszającego się stanu zdrowia pacjentki.**

**Cel opieki:** Ograniczenie lub wyeliminowanie poczucia lęku u pacjentki, a także pomoc w zaakceptowaniu choroby oraz jej objawów i dalszego przebiegu.

**Interwencje pielęgniarskie:** prowadzenie ukierunkowanej obserwacji pacjentki i jej opiekunów empatyczne podejście do pacjentki, terapeutyczna rozmowa z chorą i jej opiekunami, zaproponowanie rozmowy z psychologiem oraz grupami wsparcia dla osób ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimerera, wskazanie fizjoterapii jako sposobu na poprawę jakości oraz wydłużenie sprawności pacjentki, zachęcanie chorej do samodzielnego wykonywania czynności w zakresie samoobsługi i samopielęgnacji, zapoznanie pacjentki i jej opiekunów z metodami radzenia sobie z chorobą, podaż leków (według zlecenia lekarskiego).

### **6. Niepokój spowodowany obecnością urojeń.**

**Cel opieki:** Zmniejszenie poziomu niepokoju oraz redukcja lub wyeliminowanie urojeń.

**Interwencje pielęgniarskie:** obserwacja pacjentki pod kątem nasilania się urojeń, stworzenie miłej i spokojnej atmosfery, zdobycie zaufania pacjentki poprzez empatyczne podejście, cierpliwość, zrozumienie, akceptację i zainteresowanie, spokojne wysłuchanie pacjentki (bez oceny i bez krytyki), wykorzystanie w kontakcie z chorą techniki terapeutycznego dotyku, zaproponowanie pacjentce i jej opiekunom konsultacji psychologicznej, podaż leków (według zlecenia lekarskiego).

### **7. Zmniejszenie poczucia bezpieczeństwa wynikające z przeżywania lęku i niepokoju.**

**Cel opieki:** Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa.

**Interwencje pielęgniarskie:** prowadzenie ukierunkowanej obserwacji pacjentki, zachęcanie pacjentki do wyrażania własnych uczuć (obawy, lęki, niepokoje), wyeliminowanie lub zmniejszenie czynników, które mogą wpływać na brak poczucia bezpieczeństwa pacjentki, edukacja pacjentki i jej opiekunów w zakresie wzmocnienia mechanizmów obronnych, które pozwolą chorej na „walkę” z własnymi emocjami, zastosowanie farmakoterapii (według zlecenia lekarskiego).

#### **8. Niestosowanie się do zaleceń fizjoterapeuty i okazywanie zniechęcenia podczas wykonywania ćwiczeń.**

**Cel opieki:** Zmotywowanie pacjentki do aktywnego uczestnictwa w zajęciach z fizjoterapeutą.

**Interwencje pielęgniarские:** terapeutyczna rozmowa z pacjentką na temat istoty fizjoterapii, umożliwienie chorej przedstawienie własnych wątpliwości związanych z procesem rehabilitacyjnym, próba zmiany postrzegania dotychczasowych obaw przez pacjentkę, zaproponowanie pacjentce dotrzymywania towarzystwa podczas ćwiczeń, pochwała każdego ćwiczenia wykonanego przez pacjentkę, motywowanie chorej do kolejnego spotkania z fizjoterapeutą, zaproponowanie pacjentce i opiekunom spotkania z psychologiem, prowadzenie obserwacji pacjentki w kierunku jej stanu psychicznego oraz motywacji do wykonywania ćwiczeń z fizjoterapeutą.

#### **9. Wycofanie się z życia społecznego z powodu postępu choroby.**

**Cel opieki:** Pomoc pacjentce w odnowieniu kontaktów społecznych.

**Interwencje pielęgniarские:** rozmowa z opiekunami pacjentki o konieczności odnowienia przez nią kontaktów towarzyskich, zachęcenie chorej do spotkania ze swoimi koleżankami z przeszłości, pomoc w zorganizowaniu i przygotowaniu spotkania, zapewnienie spokoju, ciszy, intymności i bezpieczeństwa paniom, gotowość do niesienia pomocy w trakcie spotkania, zorganizowanie transportu uczestnikom spotkania, rozmowa z pacjentką o wrażeniach, uczuciach i emocjach, jakich doznała w trakcie spotkania, zmotywowanie chorej do kolejnych spotkań towarzyskich.

#### **10. Ryzyko niedożywienia z powodu braku apetytu.**

**Cel opieki:** Poprawa łaknienia i utrzymanie prawidłowej masy ciała pacjentki.

**Interwencje pielęgniarские:** uświadomienie pacjentce i jej opiekunom, że racjonalne odżywianie jest jednym z podstawowych warunków powrotu do zdrowia, zastosowanie diety lekkostrawnej zgodnie z zaleceniami dietetyka klinicznego oraz z uwzględnieniem preferencji żywieniowych pacjentki, atrakcyjność i urozmaicenie posiłków, stworzenie odpowiednich warunków do spożywania posiłków (cisza, spokój), towarzyszenie w czasie posiłków

i zachęcanie chorej do jedzenia, udzielenie pomocy w karmieniu (w razie konieczności), spokojne spożywanie posiłków (cierpliwość), kontrola przyjętych pokarmów, prowadzenie kart obserwacyjnej, podaż leków według zlecenia lekarskiego.

#### **11. Możliwość wystąpienia zakrzepicy żył głębokich spowodowanej długotrwałym przebywaniem chorej w łóżku.**

**Cel opieki:** Wyeliminowanie lub zmniejszenie ryzyka zakrzepicy żył głębokich.

**Interwencje pielęgniarские:** przeprowadzenie rozmowy z opiekunami chorej o konieczności fizjoterapii, przekonanie pacjentki do zajęć z fizjoterapeutą, zachęcanie chorej do regularnego wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych, towarzyszenie oraz pomoc w wykonywaniu gimnastyki, nawadnianie pacjentki, obserwacja kończyn dolnych chorej w kierunku wystąpienia objawów żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej, kompresjoterapia (rajstopy, pończochy, podkolanówki), podaż leków według zlecenia lekarskiego.

#### **12. Możliwość powstania odleżyn z powodu długotrwałego unieruchomienia w łóżku.**

**Cel opieki:** Zmniejszenie ryzyka powstania odleżyn u pacjentki.

**Interwencje pielęgniarские:** ocena ryzyka odleżyn według skali Norton, wykonanie dokładnej toalety, ułożenie chorej na materacu zmienno-ciśnieniowym (z uwzględnieniem masy ciała chorej), zmiana pozycji pacjentki co 2-3 godziny, wykonywanie delikatnego masażu z zastosowaniem np.: oliwki, zastosowanie (w razie potrzeby) poduszek, klinów, wałków, podpórek pod piętę, kolana i inne miejsca narażone na powstanie odleżyn, dokładne prześcielenie łóżka chorej (bez fałdów i zmarszczek), systematyczna zmiana bielizny osobistej i pościelowej (bez guzików, suwaków), codzienna obserwacja skóry pacjentki (dokumentowanie jej wyników), zastosowanie diety według zlecenia dietetyka klinicznego (uzupełnienie niedoborów białka w organizmie), prowadzenie indywidualnej dokumentacji chorej w kwestii dotyczącej ryzyka wystąpienia odleżyn.

#### **13. Ryzyko upadku z powodu zaburzeń chodu.**

**Cel opieki:** Wyeliminowanie lub zmniejszenie ryzyka upadku, zapewnienie bezpiecznego przemieszczania się pacjentki.

**Interwencje pielęgniarские:** obserwacja chodu pacjentki oraz przedmiotów, znajdujących się

w otoczeniu, które mogą być przyczyną upadku, zastosowanie skali Tinetti do oceny ryzyka upadku chorej, usunięcie przedmiotów stwarzających zagrożenie, współpraca z fizjoterapeutą w zakresie ćwiczeń usprawniających, zaproponowanie zakupu odpowiednich narzędzi (laska, balkonik), zapewnienie pacjentce bezpieczeństwa podczas fizjoterapii oraz poruszania się, edukacja pacjentki i jej opiekunów w zakresie profilaktyki upadków (ćwiczenia, dieta, odpowiedni rozmiar obuwia z antypoślizgową podeszwą, drzwi zamykane na zewnątrz, telefon w zasięgu ręki, bezpieczna droga przemieszczania).

#### **14. Deficyt wiedzy opiekunów pacjentki w zakresie opieki nad osobą otępienną.**

**Cel opieki:** Edukacja opiekunów pacjentki w zakresie codziennego funkcjonowania (przygotowanie się do życia z osobą otępienną w środowisku domowym).

**Interwencje pielęgniarskie:** przekazanie rodzinie pacjentki wiedzy w zakresie postępowania z osobą otępienną (np.: używanie prostych słów, krótkich zdań, wybór pomiędzy dwoma możliwościami, w przypadku irytacji i znudzenia zaprzestanie pracy z chorą, odpowiedni poziom zajęć, wdrożenie aktywności ruchowej w codzienny harmonogram), pomoc w adaptacji przestrzeni chorej, zorganizowanie zajęć dla pacjentki (np.: słuchanie ulubionej muzyki, audiobooków, wspólne oglądanie rodzinnych zdjęć i telewizyjnych programów przyrodniczych), edukacja opiekunów chorej na temat zdrowego odżywiania oraz potrzeby przyjmowania określonej ilości płynów (prowadzenie bilansu płynów), zwrócenie uwagi na kwestie nadmiernej opiekuńczości, która może prowadzić do utraty pewności siebie i zwiększonego poziomu lęku, zaproponowanie rodzinie pacjentki leczenia niefarmakologicznego, farmakoterapia (według zlecenia lekarskiego).

#### **4. Ewaluacja działań pielęgniarskich**

Po zastosowaniu interwencji pielęgniarskich uzyskano:

1. Chora regularnie oddaje stolec. Rodzina pacjentki stosuje zalecenia dietetyczne.
2. Utrzymano prawidłową higienę pacjentki. Codzienna toaleta oraz pielęgnacja całego ciała poprawiła komfort i samopoczucie chorej, która samodzielnie smaruje twarz i dłonie kremem.
3. Pacjentce zapewniono optymalne warunki, ułatwiające zasypianie. Zastosowano techniki

relaksacyjne i wdrożono odpowiednią dietę. Chora przyjmuje leki zlecone jej przez lekarza, zaczęła spać w nocy z przerwami, przywrócono rytm dobowy snu.

4. U pacjentki zaobserwowano mniejszą liczbę występowania epizodów zaburzeń orientacji allopsychicznej. Opiekunowie chorej systematycznie wykonują ćwiczenia z zakresu stymulacji pamięci.
5. Poczucie lęku u chorej zostało ograniczone. Pacjentka stara się zaakceptować własną chorobę, a opiekunowie rozumieją specyfikę choroby Alzheimera.
6. Poziom niepokoju u pacjentki został obniżony, a częstość występowania urojeń zmniejszona. Samopoczucie chorej uległo zdecydowanej poprawie.
7. Poczucie bezpieczeństwa pacjentki zostało zwiększone poprzez wyeliminowanie określonych bodźców oraz edukację chorej i jej opiekunów w zakresie metod radzenia sobie z silnymi emocjami i konfliktem wewnętrznym.
8. Pacjentka jest zmotywowana do aktywnego uczestnictwa w zajęciach z fizjoterapeutą. Wszelkie wątpliwości związane z procesem rehabilitacyjnym zostały wyeliminowane. Chora i jej opiekunowie rozumieją, jak ogromne znaczenie w chorobie Alzheimera ma systematyczne wykonywanie ćwiczeń.
9. Pacjentka wyraziła zgodę na odnowienie kontaktów towarzyskich z dwiema koleżankami z miejscowości, w której mieszka. Panie spotykają się raz na kilka tygodni. Każde spotkanie pozytywnie wpływa na samopoczucie chorej, która o każdym takim zdarzeniu opowiada z wielkim przejęciem.
10. Pacjentka systematycznie przyjmuje pokarmy o odpowiedniej kaloryczności, z uwzględnieniem diety zaproponowanej przez dietetyka klinicznego oraz preferencji żywieniowych.
11. Ryzyko wystąpienia zakrzepicy żył głębokich zostało zminimalizowane. Pacjentka regularnie wykonuje ćwiczenia oraz codziennie przyjmuje odpowiednią ilość płynów.
12. Ryzyko powstania odleżyn zostało wyeliminowane. Rodzina pacjentki systematycznie kontroluje stan skóry pacjentki oraz dba o właściwe prześcielenie łóżka chorej.
13. Ryzyko upadku zostało wyeliminowane. Z przedpokoju usunięto wystające i niebezpieczne przedmioty. Pacjentka



bezpiecznie przemieszcza się po swoim domu przy pomocy swoich opiekunów.

14. Rodzina pacjentki wie, jak pielęgnować oraz w jaki sposób postępować z osobą otępienną, a także gdzie szukać wsparcia i pomocy dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera.

### Wnioski

Na podstawie dokonanej analizy indywidualnego studium przypadku wysunięto następujące wnioski:

1. Zakres obowiązków pielęgniarki w opiece nad osobą w wieku geriatrycznym ze zdiagnozowaną chorobą Alzheimera, zależy od stopnia zaawansowania schorzenia.
2. Pielęgniarka powinna dokonać rzetelnej oceny sprawności pacjentki (na podstawie obserwacji, analizy dokumentów, wywiadzie rodzinnym, środowiskowym, testach) i na jej podstawie opracować indywidualny plan opieki pielęgniarskiej, który będzie zawierać bieżące oraz potencjalne problemy zdrowotne i pielęgnacyjne.
3. W pierwszej kolejności pielęgniarka powinna zapewnić zaspokojenie podstawowych potrzeb chorej oraz zadbać o jej bezpieczeństwo.
4. Działania pielęgniarki nie dotyczą tylko i wyłącznie procesu terapeutycznego, ale wykonuje ona także zadania o charakterze edukacyjnym, wychowawczym, profilaktycznym oraz opiekuńczym i organizacyjnym.
5. W celu poprawy jakości życia chorej, wszystkie zrealizowane interwencje pielęgniarskie powinny być kontynuowane przez opiekunów pacjentki.
6. Pielęgniarka odgrywa bardzo ważną rolę w edukacji opiekunów chorej.
7. Holistyczna opieka nad pacjentką z otępieniem poprawi jej samopoczucie, jakość życia, a także pozwoli na wydłużenie samodzielności umysłowej i fizycznej chorej, co przyczyni się z kolei do przesunięcia w czasie utraty przez nią autonomii i niezależności.

### Piśmiennictwo

1. Wieczorowska-Tobis K., Talarska D. (red.): Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2018.
2. Pietrzak M., Knoff B., Kryczka T.: Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.
3. Wójcik D., Szczechowiak K., Wybrane wersje testu rysowania zegara w praktyce klinicznej – analiza porównawcza ilościowych i jakościowych systemów oceny, Aktualności neurologiczne, 2019; 19 (2): 83-90,
4. Wysokiński M., Fidecki W., Gębała S., Ocena samodzielności osób starszych hospitalizowanych na oddziałach internistycznych, Gerontologia Polska, 2013; 21, 3: 89-97,
5. Marciniak A., Kielczewski T., Choroba Alzheimera. Wyzwanie zdrowotne oraz ekonomiczne obciążenie w starzejącym się społeczeństwie, raport zrealizowany na zlecenie Biogen Poland sp. z o.o., Warszawa 2021.
6. Strugała W., Badania na temat choroby Alzheimera i zespołu Downa, Współczesna dietetyka, 2018,18  
<https://www.wspolczesnadietetyka.pl/aktualnosci/badania-na-temat-choroby-alzheimera-i-zespołu-downa>
7. Marszałek M., Cukrzyca typu 2 a choroba Alzheimera – jedna czy dwie choroby? Mechanizmy asocjacji, Diabetes type 2 and Alzheimer disease – one or two disease? Mechanisms of association, Advances in Hygiene and Experimental Medicine /Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2013; 67: 653-671.
8. Dzianok P., Genomika obrazowa: nowy trend w badaniach nad chorobą Alzheimera, Kosmos/ Problemy Nauk Biologicznych/ Polskie Towarzystwo Przyrodników, Kraków 2020; 69, 4: 201-210.
9. Bidzan L., Farmakologiczne leczenie choroby Alzheimera – współczesne możliwości, Pharmacotherapy of Alzheimer's disease current trends, Psychiatria, 2020; 17, 2: 87-94.
10. Ziaja K., Niefarmakologiczne sposoby leczenia choroby Alzheimera, 2015,  
<http://neuropsychologia.org/niefarmakologiczne-leczenie-choroby-alzheimera>
11. Bociarska R., Doroszkiewicz H., Lewko J., Serafin A., Zastosowanie terapii z udziałem psa w opiece geriatrycznej, The use

of the dog therapy in geriatric care,  
Gerontologia Polska 2019; 27: 227-233.

12. Janosik E., Marzec S., Właściwości światła  
niebieskiego, Polish Journal of Sustainable  
Development 2017; 21, 2: 37- 46.

13. Lesińska-Sawicka M., Metoda case study  
w pielęgniarstwie, Borgis Wydawnictwo  
Medyczne, wydanie I, Warszawa 2009.

**Adres do korespondencji:**

Wydział Opieki Zdrowotnej,  
Wyższa Szkoła Nauk Stosowanych  
w Rudzie Śląskiej,  
Halina Zajac,  
ul. Królowej Jadwigi 18,  
41- 704 Ruda Śląska  
tel.: +48 602 749 313  
e-mail: halina.anna.zajac@gmail.com