WSA
WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU
W ŁOMŻY

ISSN 2300-3170

ZESZYTY NAUKOWE
nr 51

NARASTAJĄCE PROBLEMY STARZEJĄCEGO SIĘ SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO - PROBLEMY GERIATRYCZNE

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu
w Łomży

2013

ISBN 978-83-87492-91-5

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży

Seria:

Zeszyty Naukowe

nr 51

Tytuł:

Narastające problemy starzejącego się społeczeństwa polskiego. Problemy geriatryczne

Łomża 2013

WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU W ŁOMŻY
ACADEMY OF AGROBUSINESS IN LOMZA

Tytuł: ***Narastające problemy starzejącego się społeczeństwa polskiego. Problemy geriatryczne***
Title: ***The growing problems of an aging Polish society. Geriatric problems***

KOMITET REDAKCYJNY
Dr inż. Andrzej Borusiewicz
Dr n. hum. Jolanta Łodzińska
Mgr inż. Marek Pawłowski
Dr inż. Piotr Ponichtera
Mgr Paulina Zabielska

RADA NAUKOWA
Prof. zw. dr hab. Zofia Benedycka (Łomża)
Prof. zw. dr hab. Povilas Duchovskis (Wilno – Litwa)
Prof. nadzw. dr hab. Roman Engler (Łomża)
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Gomuła (Łomża)
Prof. zw. dr hab. n. med. Ida Kinalska (Białystok)
Prof. zw. dr hab. Leonid Kompanets (Łódź)
Prof. zw. dr hab. Czesław Miedziałowski (Białystok)
Prof. dr John Mulhern (Cork – Irlandia)
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek Ogrodnik (Warszawa)
Dr n. med. Waldemar Pędziński (Łomża)
Gen. prof. zw. dr hab. n. med. Jan Krzysztof Podgórski (Warszawa)
Prof. zw. dr hab. Franciszek Przała (Olsztyn)
Prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski (Łomża)
Prof. dr Knut Schuttemeyer (Glauchau - Niemcy)
Płk d. n. med. Sławomir Skrzyński (Warszawa)
Płk dr n. med. Stanisław Sosnowski (Bydgoszcz)
Dr n. med. Jarosław Szymczuk (Białystok)
Prof. nadzw. dr hab. Sławomir Tecław (Bydgoszcz)
Prof. zw. dr hab. n. med. Eugeniusz Tiszczenko (Grodno – Białoruś)
Dr n. hum. Jolanta Łodzińska (Łomża)
Dr n. med. Maria Wilińska (Warszawa)

RECENZENCI
Prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski
Dr hab. n. med. Jan Pietruski
Dr n. hum. Jolanta Łodzińska

Skład wykonano z gotowych materiałów dostarczonych przez Autorów.
Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za dostarczony materiał graficzny.

ISSN 2300-3170
ISBN 978-83-87492-91-5

Copyright © by Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Łomża 2013

Wszelkie prawa zastrzeżone. Publikowanie lub kopiowanie w części lub w całości wyłącznie za zgodą Wydawcy.
Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży
18-402 Łomża, ul. Studencka 19
tel. +48 (86) 216 94 97, fax +48 (86) 215 11 89, e-mail: rektorat@wsa.edu.pl

SPIS TREŚCI

1. **Irena Amilusik, Jacek Ogrodnik, Barbara Burak – Czapiuk, Dorota Kukowska**
   Pielęgnowanie i rehabilitacja osób z chorobą Parkinsona ...……...…5
2. **Anna Borowik, Jarosław Szymczuk, Dorota Kukowska**
   Ocena jakości życia u chorych z paraplegią …….……13
3. **Katarzyna Maria Ćwiklińska, Waldemar Pędziński**
   Problemy społeczne ludzi starych na podstawie Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego Szpitala Powiatowego w Makowie Mazowieckim …….....……..21
4. **Ewa Hackiewicz, Jarosław Szymczuk, Dorota Kukowska**
   Proces pielęgnowania według indywidualnego planu opieki w chorobie Alzheimera ...…… 31
5. **Irena Karwowska, Andrzej Gomuła, Joanna Szwarc - Woźniak**
   Opieka i pielęgnowanie pacjentów z chorobą Alzheimera …….……..…39
6. **Tatiana Lewczuk, Jacek Ogrodnik**
   Problemy pielęgnacyjne osób starszych chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc….49
7. **Aleksandra Malka, Alicja Palczewska, Bożena Kozikowska, Joanna Szwarc - Woźniak**
   Wielkie problemy geriatryczne ……..……..57
8. **Danuta Olejarz, Andrzej Gomuła**
   Opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera ……..…....69
9. **Ewa Tomaszewska, Andrzej Gomuła, Joanna Szwarc - Woźniak**
   Postępowanie pielęgniarskie w chorobie Parkinsona w domu pomocy społecznej …….……79
10. **Ewa Napiórkowska, Jolanta Łodzińska**
    Problemy pielęgnacyjne w opiece nad pacjentem chorym na cukrzycę na podstawie badań przeprowadzonych wśród pacjentów szpitala SP ZOZ w Makowie Mazowieckim……87

Regulamin nadsyłania i publikowania prac w Zeszytach Naukowych WSA ……....98

Wymagania wydawnicze - Zeszyty Naukowe WSA …...……..100

Procedura recenzowania prac naukowych nadsyłanych do publikacji w Zeszytach Naukowych Wyższej Szkoły Agrobiznesu ……...101

Załącznik nr 1 - oświadczenie autora ……102

Załącznik nr 2 - deklaracja konfliktu interesów ……103

PIELĘGNOWANIE I REHABILITACJA OSÓB Z CHOROBĄ PARKINSONA

Irena Amilusik, Jacek Ogrodnik, Barbara Burak – Czapiuk, Dorota Kukowska

Streszczenie

Choroba Parkinsona jest postępującą zwyrodnieniową chorobą układu nerwowego, dotyczącą układu pozapiramidowego.

Ponieważ nieznana jest etiologia choroby Parkinsona, stosuje się leczenie objawowe. Chorobę charakteryzuję triada objawów czyli spowolnienie ruchowe, plastyczne zwiększenie napięcia mięśniowego oraz drżenie spoczynkowe.

Leczenie farmakologiczne działa przede wszystkim na dopaminergiczne objawy choroby, a nie hamuje progresji choroby.

Głównym źródłem problemów pielęgnacyjnych u pacjenta z chorobą Parkinsona są objawy ruchowe i wegetatywne, powikłania ruchowe lewodopoterapii oraz reakcja psychiczna na postępujący proces chorobowy. Celem opieki pielęgniarskiej jest pomoc pacjentowi w jak najdłuższym utrzymaniu niezależności, zaspokajaniu potrzeb, ułatwienie adaptacji psychicznej i fizycznej do nieuchronnych następstw choroby, zrozumienia i akceptacji choroby oraz wspieranie pacjenta, by poczucie izolacji społecznej nie narastało.

Celem pracy jest przedstawienie sposobu pielęgnowania i rehabilitacji osób z chorobą Parkinsona.

Słowa kluczowe: choroba Parkinsona, drżenie spoczynkowe, niezależność, rehabilitacja

Title

Nursing care and rehabilitation of people with Parkinson's disease

Abstract

Parkinson's disease is a progressive degenerative disease of the nervous system, on the extrapyramidal system.

Because it is unknown etiology of Parkinson's disease, symptomatic treatment is used. The disease is characterized triad of symptoms or slow movement, art increase muscle tone and resting tremor.

Pharmacological acts primarily on the dopaminergic symptoms, and does not inhibit progression of the disease.

The main source of care problems in a patient with Parkinson's disease motor symptoms and vegetative lewodopoterapii motor complications, and psychological reaction to progressive disease process. The aim of nursing is to help the patient in maintaining independence as long as possible, meeting the needs, to facilitate adaptation to mental and physical inevitable consequences of disease, understanding and acceptance of the disease and the patient support to a sense of social isolation grew there.

The aim of the study is to demonstrate how to nurture and rehabilitation of people with Parkinson's disease.

Keywords: Parkinson's disease, tremor at rest, independence, rehabilitation

Obraz kliniczny choroby Parkinsona

Choroba Parkinsona jest postępującym, degeneracyjnym schorzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Zmiany neuropatologiczne obejmują przede wszystkim warstwę zbitą istoty czarnej śródmózgowia pod postacią ubytków neuronów dopaminoergicznych zawierających neuromelaninę.

Chorobę Parkinsona charakteryzuje triada objawów czyli spowolnienie ruchowe, plastyczne zwiększenie napięcia mięśniowego oraz drżenie spoczynkowe.

Sztywność mięśni w chorobie Parkinsona występuje w wyniku uszkodzenia jąder podkorowych. Podczas wykonywania ruchów biernych napotyka się na stały opór na początku i na końcu ruchu. [1]

Pacjent często pociąga nogi podczas chodu. Sztywność mięśni szyi i karku odczuwana jest jako ból głowy, a sztywność mięśni kręgosłupa powoduje bóle krzyża.

Drżenie są to rytmiczne, naprzemienne ruchy różnych części ciała, najczęściej rąk i nóg, spowodowane występującymi naprzemiennie skurczami mięśni zginaczy i prostowników. Zazwyczaj mają niewielka amplitudę.[2] Drżenie jest zazwyczaj pierwszym objawem choroby, występuje u 80 % pacjentów w początkowym lub późniejszym stadium choroby.

Kamptokormia (bent spine syndrome – zespół zgiętego grzbietu) oznacza skrajne zgięcie do przodu kręgosłupa w odcinku piersiowo-ledźwiowym. [3]

W chorobie Parkinsona występują również **pozamotoryczne objawy**. Jednym z nich jest **zaburzenie węchu**, występuje u 80-90 % pacjentów.

Kolejnym objawem jest **zmęczenie**. Występuje u 30-50 % pacjentów, charakteryzuje się tym, że narasta i jest trwałe, nie obserwuję się połączeń zmęczenia z objawami ruchowymi. Następnym objawem bardzo ważnym jest **ból**. Obejmuje on mięśnie zwłaszcza okolicy szyi, mięśni przykregosłupowych oraz mięśni łydek. Mogą dotyczyć także stawów lub mieć charakter nerwobólów, tylko w 2 % przypadków są to bóle rozlane. Ból występuje u 67 % chorych.[4]

Objawy chorobowe dotyczą także pracy innych układów i narządów, między innymi obserwuje się:

- ortostatyczne spadki ciśnienia krwi
- zaburzenia pracy przewodu pokarmowego (brak apetytu, uczucie sytości, ślinotok)
- upośledzenie czynności pęcherza moczowego (częstomocz, parcia naglące)
- nadmierne wydzielanie potu
- zaburzenia snu (bezsenność, zwiększona fragmentacja snu)
- zaburzenia neuropsychiatryczne
- zaburzenia depresyjne i lękowe[5]

Metody leczenia

Ponieważ nieznana jest etiologia choroby Parkinsona, stosuje się leczenie objawowe. Głównym celem leczenia jest złagodzenie objawów, zapobieganie pojawieniu się objawów

---

[1] Kuran W. „Żyję z chorobą Parkinsona", PZWL, Warszawa 2004, s.14-22, 74-95.
[2] Ludwig E. „Choroba Parkinsona poradnik dla chorych ich rodzin, opiekunów i przyjaciół", eSPe, Kraków 2004, s.48-62, 84-167
[3] Lepoutre A. C., Devos D. „Specyficzny wzorzec kliniczny kamptokormii w chorobie Parkinsona", Neurologia praktyczna, 2007, VII, s.39-47.
[4] Truong D. D. „Pozamotoryczne objawy w chorobie Parkinsona – obraz kliniczny i postępowanie", Neurologia praktyczna, 2008, VIII, s.74-81.
[5] Truong D. D. „Pozamotoryczne objawy w chorobie Parkinsona – obraz kliniczny i postępowanie", Neurologia praktyczna, 2008, VIII, s.74-81.

psychiatrycznych oraz jak największe możliwe zwolnienie postępu choroby. Leczenie dobiera się indywidualnie dla każdego pacjenta Wyróżniamy leczenie farmakologicznie oraz leczenie operacyjne.

Do metod leczenia niefarmakologicznego należą: ćwiczenia lecznicze i aktywności fizyczna, uprawianie niektórych sportów, fizykoterapia, odpowiednio dobrana dieta, pomoc psychologa, edukacja pacjenta oraz pomoc w przystosowaniu chorego do życia w społeczeństwie z chorobą.[6]

Pierwsze próby **leczenia** neurochirurgicznego choroby Parkinsona wykonano w 1909 roku. Do leczenia choroby Parkinsona zaczęto wprowadzać tak zwane operacje stereotaktyczne. W zaawansowanej chorobie Parkinsona najpowszechniejszą metodą leczenia operacyjnego jest głęboka stymulacja mózgu (deep brain stimulation – DBS). Jest to zabieg wykonywany w obrębie gałek bladych. Przynosi on poprawę funkcji ruchowych oraz redukcje dyskinez.

Zalecaną metodą w leczeniu choroby Parkinsona są transplantacje. Transplantacja ma na celu odtworzenie ciągłej produkcji dopaminy poprzez wszczepienie nowych komórek o takim potencjale.

Problemy pielęgnacyjne występujące przy chorobie Parkinsona

Głównym źródłem problemów pielęgnacyjnych u pacjenta z chorobą Parkinsona są objawy ruchowe i wegetatywne, powikłania ruchowe lewodopoterapii oraz reakcja psychiczna na postępujący proces chorobowy. Celem opieki pielęgniarskiej jest pomoc pacjentowi w jak najdłuższym utrzymaniu niezależności oraz zaspokajaniu potrzeb.[7]

Problemy wynikające z ograniczenia samodzielności

Pierwszym i najbardziej dotkliwym problemem jest postępujące ograniczenie samodzielności spowodowane spowolnieniem, sztywnością mięśni, drżeniem, niestabilnością postawy, obecnością ruchów mimowolnych. Należy więc zapewnić choremu jak najdłuższe utrzymanie samodzielności i przeciwdziałanie nasilaniu się objawów ruchowych.

Objawy ruchowe, niestabilność postawy, objawy zastygnięcia, zawroty głowy czy zaburzenia widzenia powodują ryzyko upadku i urazu. W celu zapewnienia bezpieczeństwa fizycznego należy utrzymać właściwą sprawność chodu.[8]

Zaburzenia połykania niosą ryzyko zakrztuszenia się podczas jedzenia. W celu zapewnienia bezpieczeństwa choremu i zapobiegnięciu aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych należy nauczyć pacjenta spożywania posiłków w pozycji siedzącej w pozycji lekko nachyloną głową do klatki piersiowej.

Trudności w gryzieniu i żuciu pokarmów, zaburzenia perystaltyki przewodu pokarmowego, refluks żołądkowo-przełykowy, unikanie jedzenia z powodu ślinotoku, spowolnienia lub sztywności mięśni są powodem niedożywienia.

Chory często odczuwa duży dyskomfort i pogorszenie się jakości życia z powodu zaburzeń w oddawaniu moczu. Spowodowane to jest dysfunkcją układu autonomicznego i działaniem niektórych leków.

---

[6] Kuran W. „Żyję z chorobą Parkinsona", PZWL, Warszawa 2004, s.14-22, 74-95.
[7] Jaracz K., Kozubski W.(red) „Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych", Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008,s.266-283.
[8] Jaracz K., Kozubski W.(red) „Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych", Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008,s.266-283.

Dyskomfortem dla chorego stają się również zaparcia spowodowane nie tylko dysfunkcją układu autonomicznego, ale również odwodnieniem czy brakiem aktywności ruchowej. [9]

Ból u chorych z chorobą Parkinsona jest spowodowany sztywnością mięśni oraz nieprawidłową postawą ciała. Aby zmniejszyć nasilenie bólu trzeba:

- na początku ocenić ból pod kątem siły, charakteru, czasu trwania i lokalizacji,
- stosować ciepłe kąpiele, masaże i inne techniki łagodzące ból,
- pomagać pacjentowi w przyjęciu pozycji zmniejszającej ból
- motywować chorego do wykonywania ćwiczeń.

Celem opieki takiego pacjenta jest ułatwienie adaptacji psychicznej i fizycznej do nieuchronnych następstw choroby, zrozumienia i akceptacji choroby oraz wspieranie pacjenta, by poczucie izolacji społecznej nie narastało.[10]

Dieta w terapii choroby

U połowy osób z chorobą Parkinsona obserwuje się niezamierzony spadek masy ciała. W schorzeniu tym występują także często problemy związane z nieprawidłową czynnością przewodu pokarmowego, powodowane głównie przez zaburzenia układu autonomicznego.

Bardzo ważna rolę pełni picie właściwej ilości płynów. Woda jest niezbędna do wyzwolenia dobroczynnych funkcji błonnika pokarmowego. Przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów przez pacjentów z chorobą Parkinsona jest ważne.[11]

Rehabilitacja powinna być dostosowana do stadium choroby. Planowanie programu rehabilitacji musi być poprzedzone dokładna diagnostyką i oceną rokowania. Planowanie rehabilitacji musi opierać się na potrzebach i możliwości pacjenta, przy uwzględnieniu jego preferencji i oczekiwań. Ważne jest, aby brać pod uwagę czynniki ryzyka zwłaszcza możliwość upadków. Cały program powinno się ustalać z chorym i jego rodziną, musi być w pełni zaakceptowany przez pacjenta i jego najbliższe otoczenie.

Rehabilitacja w chorobie Parkinsona

Główne cele rehabilitacji w chorobie Parkinsona to :

1. zwalczanie hipokinezji
2. zmniejszenie drżenia
3. obniżenie napięcia mięśniowego
4. utrzymanie prawidłowej postawy i chodu, później jej korygowanie
5. zapobieganie upadkom
6. zapobieganie przykurczom zwłaszcza w stawie obręczy barkowej, biodrowej oraz kręgosłupa
7. poprawa czynności układu oddechowego

Rehabilitacja powinna być dostosowana do stadium choroby. Planowanie programu rehabilitacji musi być poprzedzone dokładna diagnostyką i oceną rokowania. Planowanie

[9] Jaracz K., Kozubski W.(red) „Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych", Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008,s.266-283.

[10] Sławek J., Wieczorek D. „Zaburzenia poznawcze w chorobie Parkinsona: rozpowszechnienie, patogeneza i obraz kliniczny" W: Sobów T., Sławek J. (red) „Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i innych zespołach parkinsonowskich", Continuo, Wrocław 2006, s.31.

[11] Walczak J.A. „Żywienie w chorobie Parkinsona. Praktyczny poradnik dla pacjentów", Fundacja „żyć z chorobą Parkinsona" ,Warszawa 2007

rehabilitacji musi opierać się na potrzebach i możliwości pacjenta, przy uwzględnieniu jego preferencji i oczekiwań.[12]

Leczenie rehabilitacyjne hipokinezy

Hipokinezy są to zaburzenia w obrębie narządu ruchu dotyczące ruchów nabytych i automatycznych, powstają w wyniku zwyrodnienia komórek dopaminergicznych. Sztywność sprawia że są one jeszcze silniejsze. Celem rehabilitacji jest jak największe wykorzystanie wzorców ruchowych, które są jeszcze zachowane. Ponieważ w chorobie Parkinsona nauka nowych ruchów jest upośledzona nawet na początku choroby, a wraz z zaawansowaniem choroby ta zdolność zanika całkowicie.

Negatywne zmiany we wzorcu chodu, występujące w chorobie Parkinsona, są przyczyną niepełnosprawności w życiu codziennym osób chorych oraz zwiększają ryzyko upadków i obrażeń ciała. Opracowanie metod skutecznej fizjoterapii, poprawiającej sprawność chodu nie tylko przy pokonywaniu odcinków prostych, może stanowić istotny element poprawy jakości życia chorych.[13]

Hipokineza, sztywność oraz drżenie warunkują wystąpienie zaburzeń ruchów precyzyjnych i pisania, które cechują się następującymi cechami: spowolnienie ruchów diadochokinetycznymi ręki i palców, zmniejszenia skali ruchów zależności od liczby jego powtórzeń, utratą szybkości ruchu i precyzji ruchu palców i reki. [14]

Leczenie rehabilitacyjne sztywności

Sztywność jest postacią zwiększonego napięcia mięśniowego, która stwarza opór dla każdego ruchu. Przez to nasila ona objawy hipokinezy. Leczenie polega nie tylko na zwalczaniu sztywności, ale na zmniejszaniu jego negatywnego oddziaływania.

Ćwiczenia w wodzie są uzupełnieniem terapii ruchowej. Są one korzystne dla pacjenta ze względu na relaksacyjne działanie wody o temperaturze 33-36º C. Działanie siły wyporu, pozwala pacjentowi wykonywać spokojne i dokładnych ruchów.[15]

Leczenie rehabilitacyjne drżenia

Dla pacjentów, szczególnie dla tych z dominacją drżenia, objaw ten stanowi szczególną przykrą dolegliwość, która nasila się podczas emocji. Rehabilitacja nie daje dobrych efektów, u niektórych pacjentów stosuje się ruchy celowe. Dają one efekty zazwyczaj u chorych, którzy już wcześniej odkryli własne sposoby radzenia sobie z drżeniem.

WNIOSKI

Ważne jest aby pacjent, po usłyszeniu rozpoznania nie rezygnował całkowicie z dotychczas prowadzonego stylu życia. Nie powinien on wycofywać się z samodzielnego wykonywania różnych czynności. Pacjentowi należy stawiać wymagania i pobudzać go do działania, mimo iż zwykłe czynności wymagają od niego dużo więcej cierpliwości oraz czasu. Pomoc pielęgniarska jest bardzo potrzebna, by chory czuł się zadbany, potrzebny i akceptowany. Ciągłe ubywanie sprawności ruchowej może być błędnie odbierana przez

---

[12] Friedman A. „Choroba Parkinsona mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie", Czelej, Lublin 2005, s.1-3, 90-100, 181-190, 225-232.
[13] Rudzińska M., Szczudlik A. „Parkinsonizm Atlas", Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2009, s.15-54.
[14] Fries W., Liebenstund I. „Rehabilitacja w chorobie Parkinsona", Elipsa – Jaim, Kraków 2007, s.61-150
[15] Fries W., Liebenstund I. „Rehabilitacja w chorobie Parkinsona", Elipsa – Jaim, Kraków 2007, s.61-150

pacjenta jako nieskuteczność leczenia i rehabilitacji. Choroba ta jednak mimo idealnego leczenia postępuje i niepełnosprawność pacjenta jest coraz większa.[16]

Literatura

1. Aminoff M. J. „Leczenie w chorobie Parkinsona nie należy rozpoczynać za wcześnie", Neurologia praktyczna, 2007, VII, s.33-35.
2. Friedman A. „Choroba Parkinsona mechanizmy, rozpoznawanie, leczenie", Czelej, Lublin 2005, s.1-3, 90-100, 181-190, 225-232.
3. Fries W., Liebenstund I. „Rehabilitacja w chorobie Parkinsona", Elipsa – Jaim, Kraków 2007, s.61-150.
4. Jaracz K., Kozubski W.(red) „Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych", Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008,s.266-283.
5. Kuran W. „Żyję z chorobą Parkinsona", PZWL, Warszawa 2004, s.14-22, 74-95.
6. Lepoutre A. C., Devos D. „Specyficzny wzorzec kliniczny kamptokormii w chorobie Parkinsona", Neurologia praktyczna, 2007, VII, s.39-47.
7. Ludwig E. „Choroba Parkinsona poradnik dla chorych ich rodzin, opiekunów i przyjaciół", eSPe, Kraków 2004, s.48-62, 84-167.
8. Łachut K. „Najczęstsze problemy psychiatryczne w chorobie Parkinsona" W: Kwartalnik „Tulipan" nr 4(9), Wyd. Akson, Bydgoszcz 2005, s. 8-9.
9. Łodzińska J., „Niepełnosprawni są wśród nas". Firma bez barier. Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Nr 09, 2009, s. 3-12.
10. Potulska-Chromik A. „Zaburzenia czynności układu wegetatywnego w chorobach układu pozapiramidowego", Polski Przegląd Neurologiczny, 2008, IV, s.13-18.
11. Potulska-Chromik A., Sławek J. „Współczesne i przyszłe możliwości leczenia choroby Parkinsona", Neurologia praktyczna, 2008, VIII, s.7 –15.
12. Retinger-Grzesiułowa M. „Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne", PZWL, Warszawa 1986, s.105-106.
13. Rudzińska M., Szczudlik A. „Parkinsonizm Atlas", Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2009, s.15-54.
14. Sabolak M., Minta P. „Badania niektórych parametrów chodu pacjentów z chorobą Parkinsona", Fizjoterapia Kwartalnik Polskiego Towarzystwa Fizjoterapii, 2009, XVII, s.45-52.
15. Schapira A. H. V. „Obecne i przyszłe leczenie farmakologiczne choroby Parkinsona", Neurologia praktyczna, 2007, VII, s.15- 23.
16. Schapira A. H. V., Obeso J. „Czas rozpoczęcia leczenia w chorobie Parkinsona: czy potrzebna jest ponowna ocena?", Neurologia praktyczna 2007,VII, s.29 –32.
17. Sienkiewicz J. „Poradnik dla osób z chorobą Parkinsona", Roche, Warszawa 2007, s.4.
18. Sławek J., Wieczorek D. „Zaburzenia poznawcze w chorobie Parkinsona: rozpowszechnienie, patogeneza i obraz kliniczny" W: Sobów T., Sławek J. (red) „Zaburzenia poznawcze i psychiczne w chorobie Parkinsona i innych zespołach parkinsonowskich", Continuo, Wrocław 2006, s.31.
19. Steiger M. „Ciągła stymulacja dopaminergiczna poprzez transdermalne podawanie leków dopaminergicznych - nowy model leczenia choroby Parkinsona", Neurologia Praktyczna, 2008, VIII, s.32-39.
20. Truong D. D. „Pozamotoryczne objawy w chorobie Parkinsona – obraz kliniczny

[16] Łodzińska J., Niepełnosprawni są wśród nas. Firma bez barier. Polska Organizacja Pracodawców Osób Niepełnosprawnych, Nr 09, 2009, s. 8.

i postępowanie", Neurologia praktyczna, 2008, VIII, s.74-81.
21. Walczak J.A. „Żywienie w chorobie Parkinsona. Praktyczny poradnik dla pacjentów", Fundacja „żyć z chorobą Parkinsona" ,Warszawa 2007
22. Wieczorkowska-Tobis K., Talarska D. „Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych", Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, s.97-109.

Autorzy:
Irena Amilusik - lic. piel.
Jacek Ogrodnik - prof. nadz. dr hab. n. med., adiunkt WSA, jaog@esculap.pl
Barbara Burak-Czapiuk - dr n. med.,karubba12@o2.pl
mgr Dorota Kukowska - Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego WSA, dorota_kukowska@wp.pl

OCENA JAKOŚCI ŻYCIA U CHORYCH Z PARAPLEGIĄ

Anna Borowik, Jarosław Szymczuk, Dorota Kukowska

Streszczenie

Uszkodzenia rdzenia kręgowego powstają najczęściej w wyniku urazów kręgosłupa, a także w następstwie wielu chorób, stanów zapalnych czy guzów. Jednymi z najcięższych konsekwencji urazu rdzenia kręgowego są: zaburzenia czucia i porażenie lub niedowład kończyn. Dodatkowe powikłania w postaci zaburzeń układu moczowego, zniesienia funkcji seksualnych, odleżyn, spastyczności czy skostnień okołostawowych stanowią jedne z wielu trudności, które osoby z paraplegią muszą pokonać.

U osób z paraplegią jakość życia ulega obniżeniu we wszystkich aspektach, a jej przywrócenie do stanu sprzed urazu jest jednym z głównych celów rehabilitacji. Proces usprawniania w przypadku paraplegii, według Opary, jest najtrudniejszym zagadnieniem dotyczącym neurorehabilitacji.

Tematem pracy jest przedstawienie w zarysie zagadnień dotyczących uszkodzeń rdzenia kręgowego oraz poruszenie problematyki jakości życia u pacjentów z paraplegią.
Słowa kluczowe: urazy, paraplegia, jakość życia, rehabilitacja

Title

Evaluation of the quality of life in patients with paraplegia

Abstract

Spinal cord injuries are most frequently due to back injury and also by a number of diseases, inflammation or tumors. One of the most serious consequences of spinal cord injury are: numbness and paralysis or paresis. Additional complications such as urinary disorders abolition of sexual function, pressure sores, spasticity or periarticular ossification represent some of the many difficulties that individuals with paraplegia must overcome.

In people with paraplegia quality of life is reduced in all aspects, and its restoration to pre-injury status is one of the main goals of rehabilitation. Process reengineering in the case of paraplegia, according to the fumes, is the most difficult issue regarding neurorehabilitation.

The theme of the work is to present an overview of issues related to spinal cord injuries and stir the issue of quality of life in patients with paraplegia.
Key words: injuries, paraplegia, quality of life, rehabilitation

Uszkodzenia rdzenia kręgowego

Uszkodzenie rdzenia kręgowego, najczęściej powiązane jest z urazami kręgosłupa. Może ono również nastąpić w wyniku choroby, stanu zapalnego czy guza, a nawet wypadnięcia jądra miażdżystego.[1]

Najczęstsze przyczyny URK to wypadki komunikacyjne: samochodowe, motocyklowe, potrącenia (33 -75%). Upadki z wysokości (upadki z drzew, dachów, drabiny,

[1] Kiwerski J, Kowalski M, Krakuski M.: *Schorzenia i urazy kręgosłupa,* PZWL, Warszawa 1997

upadki z wozów konnych i próby samobójcze) stanowią 12 – 44%, urazy sportowe 18%.

W następstwie mechanicznego URK zainicjowane zostają procesy patologiczne, które prowadzą do wtórnego uszkodzenia tkanki nerwowej. Głównie dochodzi do niedokrwienia i obrzęku rdzenia. [2]

Podstawowa klasyfikacja uszkodzeń rdzenia kręgowego

Najczęściej rodzaje uszkodzeń rdzenia kręgowego dzieli się na dwa podstawowe: uszkodzenia całkowite i częściowe.

Uszkodzenia całkowite charakteryzują się zniesieniem wszystkich rodzajów czucia (dotyku, bólu, temperatury, ułożenia) od poziomu uszkodzenia rdzenia, mają postać porażenia wszystkich mięśni zaopatrywanych z segmentów rdzenia objętych strefą uszkodzenia oraz poniżej tego poziomu. [3]

Wyróżnia się kilka podziałów uszkodzeń częściowych rdzenia kręgowego.

Dotyczą one niejednoznacznego obrazu klinicznego, różnego poziomu uszkodzonego segmentu, jego obszaru i głębokości. Główny podział obejmuje trzy grupy:

1. Porażenia ruchowe i zniesienie czucia powierzchniowego od poziomu uszkodzenia rdzenia ze śladowo choćby zachowanym czuciem głębokim (ułożenia) w stopach.
2. Głębokie niedowłady, uniemożliwiające funkcjonalne wykorzystanie kończyn: zalicza się tu także chorych z porażeniem połowiczym pochodzenia rdzeniowego (zespół Browna – Sequarda).
3. Niedowłady mniejszego stopnia, jedynie utrudniające funkcjonalne wykorzystanie niedowładnych kończyn. [4]

Powikłania towarzyszące URK w odcinku piersiowym i lędźwiowym

Urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego, traktowane powinny być jako pewna „nierozerwalna całość problemów diagnostycznych i leczniczych", głównie ze względu na łączące je zaburzenia neurologiczne.[5]

Każdy chory z paraplegią ma stałe problemy urologicznie. Ponadto występują u niego częste powikłania w postaci: odleżyn, przykurczy, zapaleń kości, złamań patologicznych, skostnień okołostawowych czy spastyczności.[6]

Bardzo często urazom kręgosłupa i rdzenia współtowarzyszą uszkodzenia innych części ciała. Najczęściej spotykane dotyczą urazów kończyn dolnych, złamań miednicy (z możliwością uszkodzenia pęcherza moczowego), urazów klatki piersiowej (dodatkowo z krwiakami opłucnej bądź złamaniem żeber), urazów narządów jamy brzusznej (wątroby, nerek, śledziony). Rzadziej spotykane są urazy głowy (wstrząśnienia czy stłuczenia mózgu) i urazy kończyn górnych.[7]

Chorzy z paraplegią we wczesnym okresie po urazie narażeni są na zakrzepowe zapalenie żył, mikrozatorowość i zatorowość naczyń mózgowych lub tętnic płucnych.

Zatorowość płucna jest najczęstszym powodem zgonów chorych po urazie kręgosłupa

---

[2] Haftek J.: *Urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego,* PZWL, Warszawa 1986
[3] Kiwerski J, Kowalski M, Krakuski M.: *Schorzenia i urazy kręgosłupa,* PZWL, Warszawa 1997
[4] Opara J.: *Podstawy rehabilitacji neurologicznej,* W: Kozubskki W., Liberki P.P. (red.): Choroby układu nerwowego, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa,2004,562-571
[5] Kwolek A.: *Rehabilitacja Medyczna,* Tom II, Urban & Partner, Wrocław 2003
[6] Dietz V., Young R.R.: *The Syndromem of Spinal Cord Dysfunction,* Neurological Disorders: Course and Treatment, Second Edition; Elsevier
[7] Weiss M.: *Leczenie i rehabilitacja osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego,* W:W. Dega, K. Milanowska (red.): Rehabilitacja medyczna, PZWL, Warszawa 1983

w odcinku piersiowym lub lędźwiowym.[8]

W wyniku URK i następowego przerwania wszelkich funkcji odruchowych pojawiają się również zaburzenia wypróżniania oraz dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, w postaci atonii jelit, częstych biegunek czy też zaparć.

Kolejnym powikłaniem, towarzyszącym URK są neurogenne skostnienia okołostawowe, nazywane również zwapnieniami okołostawowymi czy kostniejącym zapaleniem mięśni.[9]

Uszkodzenia rdzenia kręgowego prowadzi również do zaburzenia funkcji seksualnych, a zatem, jak pisze Kirenko: „całego życia erotycznego w całym jego wymiarze" . Zniszczenie rdzeniowego ośrodka erekcji (S3-S4) prowadzi do całkowitego zaburzenia czynności seksualnych. Jeżeli uszkodzenie dotyczy dolnego motoneuronu pozbawia mężczyzn wzwodów refleksogennych, ale zdolni są oni do uzyskania wzwodu psychogennego.[10] U kobiet natomiast, dochodzi do zaniku bodźców czuciowych i zanika orgazm.

Rehabilitacja pacjentów z paraplegią

„Rehabilitacja jest procesem medyczno-społecznym, który dąży do zapewnienia osobom niepełnosprawnym godziwego życia w poczuciu pożyteczności społecznej i bezpieczeństwa społecznego oraz zadowolenia". Dega, w definicji rehabilitacji umieszcza jej podstawowe cechy: wczesna, ciągła, kompleksowa i powszechna.

Proces usprawniania u paraplegików wymaga pełnej aktywności ze strony wszystkich działów rehabilitacji: leczniczej, psychologicznej, zawodowej jak również i społecznej.[11]

Rehabilitację osób z URK należy rozpocząć jak najwcześniej, w pierwszych dniach po postawieniu diagnozy (uraz, choroba, zapalenie, guz) i w zasadzie proces ten toczy się przez całe życie pacjenta.

Leczenie usprawniające powinno obejmować także te części ciała, które zachowały swe funkcje. Ćwiczenia czynne mięśni nie porażonych: wspomagane, wolne, czynne w odciążeniu, czynne z oporem, mają na celu utrzymanie ogólnej wydolności chorego. W procesie rehabilitacji należy również pamiętać o ćwiczeniach izometrycznych, które najlepiej zapobiegają zanikom mięśni oraz przyspieszają przyrost ich masy i siły. Razem z innymi ćwiczeniami, a także profilaktyką przeciwodleżynową oraz ciągłą pielęgnacją chorego, stanowią bardzo dobre zabezpieczenie przed powikłaniami zakrzepowymi.[12]

Niezmiernie ważnym elementem rehabilitacji są ćwiczenia w zakresie czynności dnia codziennego i samoobsługi. Pełna sprawność rąk u paraplegików wymaga systematycznych ćwiczeń manipulacyjnych, które poprawią jego funkcjonowanie.

Psychologiczne i społeczne aspekty funkcjonowania osób z paraplegią

U chorych z uszkodzeniem rdzenia kręgowego przeważnie dochodzi do szoku

---

[8] Lehmann – Horn F., Ludolph A.: *Neurologia. Diagnostyka i leczenie,* red. Ryszard Podemski, Wydawnictwo Medyczne Uraban & Partner, Wrocław 2004, 79-99 18. Lew – Starowicz Z., Białko A., Rybak D.: *Zaburzenia seksualne u mężczyzn z paraplegią,* Postępy Rehabilitacji, Tom VI, 1992, 43 – 48

[9] Fitzgerald M.J.T., Folan – Curran J., Saunders W. B.: *Clinical neuroanatomy andrelated neuroscience,* Harcourt Publishers Limited 2002, 103-134

[10] Kirenko J.: *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego,* UMCS, Lublin 1998, 21-47

[11] Tasiemki T.: *Usprawnianie po urazach rdzenia kręgowego. Trening samoobsługi i techniki jazdy wózkiem inwalidzkim,* Poradnik dla pacjenta, jego rodziny, opiekunów i personelu medyczno – rehabilitacyjnego, Poznań 2001

[12] Weiss M.: *Leczenie i rehabilitacja osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego,* w: W. Dega, K. Milanowska (red.): Rehabilitacja medyczna, PZWL, Warszawa 1983

psychicznego spowodowanego nagłym powstaniem ciężkiego kalectwa. [13]

W paraplegii pacjenci „walczą" z wieloma problemami. Utrata kontroli nad funkcją mięśni, pęcherza i narządów płciowych to tylko kilka z nich. Oddziałują one na całe życie chorego, często budząc w nim uczucie wstydu, krzywdy, poczucia winy, bezradności i wyobcowania.[14] Ponadto każda choroba jest źródłem stresu psychicznego.

Znaczenie choroby oraz jej postrzeganie jest różne dla każdego człowieka. Tym samym są różnorakie sposoby radzenia sobie z tak trudną (i często nagłą) sytuacją.

W związku z tym opieka psychologiczna odgrywa istotną rolę. Powinna przynosić zadowolenie, spokój, bezpieczeństwo i poprawę jakości życia. Jeżeli osoba niepełnosprawna zostanie w pełni zaakceptowana przez swoją najbliższą rodzinę, jeśli poczuje się potrzebna, natychmiast wzrośnie jej satysfakcja z życia.

W aspekcie przystosowania społecznego badania Kirenki wykazały, że osoby takie przejawiają konformistyczny typ przystosowania. Polega on na bezkonfliktowym przyporządkowaniu się do otoczenia, brakiem odpowiedzialności, a także gorliwym wypełnianiem poleceń. Osoby z paraplegią przejawiają różne typy przystosowawcze. Nie zmienia to natomiast faktu, że znajomość sposobów radzenia sobie z kalectwem wśród pacjentów jest źródłem wielu informacji, mogących w znacznym stopniu wpłynąć na efektywność procesu usprawniania.[15]

Wielowymiarowość jakości życia

Jakość życia jest pojęciem bardzo szerokim, indywidualnie pojmowanym przez jednostkę, często podmiotowym i dynamicznym.

Jakość życia wyznaczona chorobą czy niepełnosprawnością może być rozumiana jako konsekwencja strat, do jakich doszło we wszelkich przejawach życia ludzkiego. Traktując chorobę w wymiarze humanistycznym prowadzi ona do załamania treści życia, a ograniczając swobodę działania i realizację obranych celów zmniejsza jakość życia człowieka, odbierając mu szczęście. [16]

Jakość życia a rehabilitacja

Analogie pomiędzy człowiekiem chorym a człowiekiem niepełnosprawnym są na tyle duże, że pojęcie jakości życia może być bardzo przydatne w rehabilitacji. Zatem i cele badań nad tym pojęciem będą zbliżone, a mianowicie dotyczyć będą:

- oceny wpływu kalectwa na stan psychiczny osoby niepełnosprawnej, określenia, które z osób niepełnosprawnych mają największe trudności w akceptacji własnego kalectwa
- oceny wpływu form i metod postępowania rehabilitacyjnego na stan psychiczny pacjenta
- określenia wpływu warunków życia na psychikę osób niepełnosprawnych
- oceny (w wymiarze psychologicznym) stanu pomocy i opieki udzielanej osobom niepełnosprawnym przez różne środowiska społeczne. [17]

---

[13] Kirenko J.: *Osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu z powodu uszkodzenia rdzenia kręgowego,* Zeszyty informacyjno – metodyczne doradcy zawodowego, Warszawa 1998, 91- 103

[14] Kirenko J.: *Osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu z powodu uszkodzenia rdzenia kręgowego,* Zeszyty informacyjno – metodyczne doradcy zawodowego, Warszawa 1998, 91- 103

[15] Sierakowska M., Krajeńska – Kułak E.: *Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny*, Pielęgniarstwo XXI wieku, Nr 2(7)/ 2004, 23 – 26

[16] Tobiasz – Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby,* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998, 233-249

[17] Wołowicka L.: *Jakość życia w naukach medycznych,* Poznań, 2001

Badanie jakości życia w przypadku urazów rdzenia kręgowego

Biorąc pod uwagę fakt, że paraplegia powoduje daleko idące zmiany w życiu człowieka, pomiar jakości życia powinien dotyczyć jej wszystkich aspektów. Pomiar powinien uwzględniać:

- ocenę funkcjonalną
- ocenę jakości życia
- ocenę depresji
- ocenę bólu
- ocenę przystosowania (radzenie sobie, rozwiązywanie problemów)[18]

Metodyka pracy

Badaniem objętych zostało piętnaście osób (8 mężczyzn i 7 kobiet), w zbliżonym przedziale wiekowym (18-33 lat), u których stwierdzono uszkodzenie rdzenia kręgowego w klinicznej postaci paraplegii. Osoby te jeżdżą na wózkach inwalidzkich i są członkami Stowarzyszenia Aktywnej Rehabilitacji.

Wyniki

W przyprowadzonym badaniu wiek ankietowanych wynosił od 18-33lat, nieznaczną większość stanowili mężczyźni (53,3%). W badanej grupie 60% ma wykształcenie średnie, 33,3% wyższe, natomiast tylko jedna osoba podstawowe. Większość, bo aż 80% mieszka z rodzicami. Tylko jedna osoba mieszka samotnie. Wśród badanych, 6 osób żyję z paraplegią od urodzenia, 26,7% ankietowanych ma mieszkanie całkowicie nieprzystosowane do życia na wózku.

Dyskusja

Uszkodzenie rdzenia kręgowego prowadzące do paraplegii wpływa na jakość życia w sposób różnorodny i wielopłaszczyznowy.

W dziedzinie fizycznej spadek ten nastąpił w 21,15%. Obejmowała ona takie podskale jak: czynności życia codziennego, mobilność czy też zdolność do pracy. Wg Tasiemskiego,[19] osłabienie mięśniowe oraz wczesne występowanie zmęczenia u osób po URK utrudniają wykonywanie czynności samoobsługi i mogą zniechęcić do prowadzenia aktywnego trybu życia. Największe problemy w czynnościach życia codziennego mieli ankietowani w odniesieniu do częstego uczestniczenia w rehabilitacji (40%), korzystania z pomocy innych (39,6%), korzystania z transportu publicznego (39,3%) i poruszania się na wózku inwalidzkim (39%).

Pogorszenie sytuacji zawodowej i finansowej wiąże się również z występowaniem u badanych osób powikłań (płucnych, moczowych, odleżyn) - 18,2%. Ponadto, istotną rolę odgrywa program postępowania usprawniającego, który powinien uwzględniać możliwość przekwalifikowania zawodowego u osób z paraplegią.

Informacje, jakie uzyskano za pomocą wywiadu wskazują, że tylko jedna osoba pracowała przed i po urazie.

Badania przeprowadzone przez Przeździaka, w Szpitalu Rehabilitacyjnym

---

[18] Opara J., Tasiemki T., Gustowki D., Mehlich K.: *Wszechstronna ocena jakości życia osób po urazie rdzenia kręgowego,* Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, Nr 5, 2002, 623 – 638

[19] Tasiemki T.: *Usprawnianie po urazach rdzenia kręgowego. Trening samoobsługi i techniki jazdy wózkiem inwalidzkim,* Poradnik dla pacjenta, jego rodziny, opiekunów i personelu medyczno – rehabilitacyjnego, Poznań 2001

w Dzierżążnie wskazały, że zaledwie 15% ankietowanych utrzymywało się z pracy zarobkowej. Jest to bardzo mały procent, szczególnie w porównaniu z innymi krajami. W Szwecji, pracę lub naukę podejmuje 80% osób po URK. W badanej grupie jedna osoba choruje (anemia), pozostali natomiast nie podali żadnych dodatkowych schorzeń bądź dolegliwości. Niemniej jednak dalsza analiza wskazuje na to, że zaburzenia czucia, problemy z układem moczowym oraz inne powikłania, w bardzo dużym stopniu wpływają na aktywność codzienną oraz życie towarzyskie paraplegików. U osób z paraplegią przeważają emocje negatywne. Częściej występuje u nich depresja, lęki i niepokój o przyszłość. Pojawiają się trudności w podjęciu dalszej nauki, zaburzenia pamięci i koncentracji. W dużej mierze związane jest to z szokiem spowodowanym nagłym kalectwem, co w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia się satysfakcji i zadowolenia z życia. Bardzo często takim osobom towarzyszy apatia, spadają siły witalne, a chorzy przyjmują bierną i pesymistyczną postawę do życia. Wymiar psychologiczny dotyczy także samooceny własnego zdrowia. Na pytanie: „jaki jest ogólny stan twojego zdrowia?" ankietowani w 66,7% odpowiedzieli, że dobry, w 20% - bardzo dobry, a w 13,3% - ani dobry ani zły. Jest to wysoki wynik pozytywny, jednakże dalsza analiza ankiety wskazuje, że zadowolenie z własnego zdrowia jest już mniejsze 71,4% kobiet uważa stan swojego zdrowia za zadowalający, W przeciwieństwie do mężczyzn, którzy w 62,5% są z niego niezadowoleni. Kolejne pytanie analizuje indywidualną ocenę zadowolenia z własnej jakości życia.

Uzyskano wyniki zbliżone do powyższych: 85,7% kobiet jest zadowolona ze swojej jakości życia, podczas gdy 50% mężczyzn uważa ją za niezadowalającą. Oba te wymiary wiążą się z trudnościami w samoakceptacji, która dla mężczyzn stanowi znacznie większy problem. Obniżenie samoakceptacji często powoduje zmniejszenie poczucia wartości, a w konsekwencji prowadzi do izolacji chorych.

Trudności w korzystaniu ze środków komunikacji miejskiej stają się przyczyną zmniejszenia chęci chorego do czynnego udziału w życiu społecznym. Wśród 44,6% badanych osób problemy te wpływają negatywnie na życie towarzyskie, w 39,6% na aktywność codzienną, a w 15,6% na pracę zawodową.

Pierwszym etapem postępowania rehabilitacyjnego jest usprawnianie lecznicze, jednak nie można zapomnieć o innych ważnych aspektach tego procesu: postępowaniu psychoterapeutycznym, doradztwie socjalny i zawodowym, nauce szkolnej, sprawach bytowych, szkoleniu w samoobsłudze i lokomocji oraz zaopatrzeniu w przedmioty rehabilitacyjne i sprzęt pomocy osobistej.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. U osób z paraplegią obniżenie poziomu jakości życia dotyczy wszystkich dziedzin, a szczególnie relacji społecznych oraz stanu emocjonalnego pacjenta.
2. Stan jakości życia u mężczyzn jest niższy w porównaniu ze stanem jakości życia u kobiet we wszystkich dziedzinach, szczególnie w kategorii dotyczącej emocji pacjenta oraz jego relacji społecznych.
3. Zdrowie stanowi istotny czynnik dla kształtowania jakości życia wśród paraplegików.
4. Powikłania i problemy towarzyszące osobom z paraplegią w największym stopniu ograniczają i utrudniają ich życie towarzyskie.
5. Istnieje potrzeba rozszerzenia badań nad jakością życia u osób po URK
6. Pojęcie jakości życia wymaga wdrożenia w przebieg procesu rehabilitacji, a zwłaszcza w kryteriach oceny jej efektów.

Literatura

1. Bochenek A., Reicher M.: *Anatomia człowieka*, Tom V. Układ nerwowy obwodowy. Układ nerwowy autonomiczny. Powłoka wspólna. Narządy zmysłów. Red. W. Łasiński, PZWL, Warszawa 1989, 59-122
2. Bowling A.: *Measuring health – a review of quality of life meas urement scales,*
3. Buckingham; Philadelphia: Open University Press 1999
4. Cegła B., Bartuzi Z.: *Badania jakości życia w naukach medycznych,* Polska Medycyna Rodzinna 2004, 6, Suplement 1: 124 – 128
5. De Walden-Gałuszko K., Majkowicz M.: *Badanie jakości życia w medycynie,* Gazeta Lekarska nr 4, 1997, s.40
6. Dietz V., Colombo G., Jensen L., Baumgartner L.: *Locomotor capacity of spinal cord in paraplegic patients*, Ann. Neurol. 37, 574-582
7. Dietz V., Young R.R.: *The Syndromem of Spinal Cord Dysfunction,* Neurological Disorders: Course and Treatment, Second Edition; Elsevier Science (USA), 2003, 925 - 935
8. Ditunno J.F. Jr., Young, W., Donovan W.H., Creasey G.: *The international standard booklet for neurological and functional classification of spinal cord injury,* Paraplegia, 1994, 32: 70-80
9. Fitzgerald M.J.T., Folan – Curran J., Saunders W. B.: *Clinical neuroanatomy and related neuroscience,* Harcourt Publishers Limited 2002, 103-134
10. Fix D. J.: *Neuroanatomia,* red. J. Moryś, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997, 104-145
11. Haftek J.: *Urazy kręgosłupa i rdzenia kręgowego,* PZWL, Warszawa 1986
12. Kaplun A. (red.): *Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych,* Instytut Medycyny Pracy, Łód ź 1997, 108-113
13. Kirenko J.: *Osoby z niepełnosprawnością narządu ruchu z powodu uszkodzenia rdzenia kręgowego,* Zeszyty informacyjno – metodyczne doradcy zawodowego, Warszawa 1998, 91- 103
14. Kirenko J.: *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego,* UMCS, Lublin 1998, 21-47
15. Kiwerski J, Kowalski M, Krakuski M.: *Schorzenia i urazy kręgosłupa,* PZWL, Warszawa 1997
16. Kowalik S.: *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełn osprawnych,* Wydawnictwo Inerart, Warszawa 1996
17. Kwolek A.: *Rehabilitacja Medyczna,* Tom II, Urban & Partner, Wrocław 2003,
18. Lehmann – Horn F., Ludolph A.: *Neurologia. Diagnostyka i leczenie,* red. Ryszard Podemski, Wydawnictwo Medyczne Uraban & Partner, Wrocław 2004, 79-99 18. Lew – Starowicz Z., Białko A., Rybak D.: *Zaburzenia seksualne u mężczyzn z paraplegią,* Postępy Rehabilitacji, Tom VI, 1992, 43 – 48
19. Opara J.: *Podstawy rehabilitacji neurologicznej,* W: Kozubskki W., Liberki P.P. (red.): Choroby układu nerwowego, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa,2004,562-571
20. Opara J., Opieczonek T.: *Amerykańska klasyfikacja ASIA dla oceny neurologicznej i funkcjonalnej osób po urazie rdzenia kręgowego,* Postępy Rehabilitacji, Tom IX, 1997, 105 - 112
21. Opara J., Tasiemki T., Gustowki D., Mehlich K.: *Wszechstronna ocena jakości życia osób po urazie rdzenia kręgowego,* Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, Nr 5, 2002, 623 – 638

22. Prusiński A.: *Podstawy Neurologii Klinicznej,* PZWL, Warszawa, 1983
23. Przeździak B, Słupecka – Wilhelm B., Matuszewska S.: *Problemy socjalne chorych przewlekłymi zaburzeniami narządów ruchu,* Postępy Rehabilitacji, 1996, - 114
24. Sierakowska M., Krajeńska – Kułak E.: *Jakość życia w chorobach przewlekłych – nowe spojrzenie na pacjenta i problemy zdrowotne w aspekcie subiektywnej oceny*, Pielęgniarstwo XXI wieku, Nr 2(7)/ 2004, 23 – 26
25. Sosnowski S., Karczewski M., Kaładyńska M., Zakrzewska K.: *Proces aktywnej rehabilitacji chorych po urazach rdzenia kręgowego,* Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja, Nr 1, 2000
26. Tarkowski Z., Jastrzębowska G. (red.): *Człowiek wobec ograniczeń – niepełnosprawność, komunikowanie, diagnoza, terapia,* Wydawnictwo Fundacji „ORATOR", Lublin, 2002, 67-94
27. Tasiemki T.: *Aktywna Rehabilitacja w Polsce,* Rehabilitacja Medyczna i Społeczna, Tom 1, Kraków 2004, 141 – 150
28. Tasiemki T.: *Usprawnianie po urazach rdzenia kręgowego. Trening samoobsługi i techniki jazdy wózkiem inwalidzkim,* Poradnik dla pacjenta, jego rodziny, opiekunów i personelu medyczno – rehabilitacyjnego, Poznań 2001
29. Tobiasz – Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby,* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1998, 233-249
30. Tobiasz – Adamczyk B.: *Jakość życia w naukach społecznych i medycynie,* Sztuka Leczenia 1996, 2(2): 33 – 40
31. Walocha J.: *Układ nerwowy,* W: Skawina A. (red.): Anatomia prawidłowa człowieka, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, 15 - 45
32. Weiss M.: *Leczenie i rehabilitacja osób z uszkodzeniem rdzeni a kręgowego,* w:W. Dega, K. Milanowska (red.): Rehabilitacja medyczna, PZWL, Warszawa 1983
33. Włodarczyk K.: *Znaczenie psychoterapii dla poprawy jakości życia osób z trwałą dysfunkcją narządu ruchu,* Postępy Rehabilitacji, 2, 1998, 99-106
34. Wołowicka L.: *Jakość życia w naukach medycznych,* Poznań, 2001

Internet

35. http://www.far.org.pl
36. http://www.niepełnosprawni.pl http://www.cma.ca
1. http://www.medsport.pl

Autorzy:
Anna Borowik - lic.piel.
Jarosław Szymczuk - dr n.med., Adiunkt Wydziału Piel. WSA, j.szymczuk@op.pl
mgr Dorota Kukowska - Zakład Piel. Klinicznego WSA, dorota_kukowska@wp.pl

PROBLEMY SPOŁECZNE LUDZI STARYCH NA PODSTAWIE ZAKŁADU OPIEKUŃCZO – LECZNICZEGO SZPITALA POWIATOWEGO W MAKOWIE MAZOWIECKIM

Katarzyna Maria Ćwiklińska, Waldemar Pędziński

Streszczenie

Człowiekowi starszemu, który coraz częściej jest osobą chorą, niepełnosprawną, samotną, mającą problemy w samodzielnym zaspokajaniu swoich potrzeb, niezbędna jest pomoc w przystosowaniu się do nowych sytuacji, pokonywaniu trudności życiowych oraz w zaspokojeniu potrzeb. Wspomaganie jego rozwoju jest wiec koniecznością. Wykonywaniu działań wspomagających ludzi starszych mogą być same osoby starsze wspierające się na zasadach samopomocy, ich przyjaciele, członkowie rodziny, osoby z lokalnego środowiska pracownicy odpowiedzialnych instytucji. Zdarza się i prawdopodobnie będzie to coraz częściej na skutek malejącego potencjału opiekuńczego (wynikają z przemian zachodzących w rodzinach i zmian demograficznych), a także w efekcie wzrostu liczby osób dożywających starości sędziwej, które zazwyczaj wymagają świadczeń leczniczych i opiekuńczych oraz rozluźnienia stosunków międzyludzkich, że niezbędna staje się pomoc ze strony instytucji leczniczo – opiekuńczych. Celem pracy jest uzyskanie wiedzy dotyczącej zaspokojenia potrzeb społecznych ludzi starych, pacjentów Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego.
Słowa kluczowe: starość, niepełnosprawność, podopieczni

Title

Social problems of older people on the basis of the Department of Caring - Summary District Hospital in Makow Mazowiecki

Abstract

An older man who is increasingly being someone who is sick, disabled, lonely, having problems in a self-satisfying their needs, need help in adapting to new situations, overcoming difficulties of life and meet the needs. Supporting its development is therefore a necessity. Carrying out activities to help older people may be older people to support themselves on the principles of self-help, their friends, family members, people

with the local environment employees accountable institutions. It happens and it will probably be more and more often as a result of decreasing the potential welfare (the result of changes taking place in the family and demographic change), and also as a result of growth in the number of survivors to the venerable old age, which usually require medical benefits and care and relaxation of relations, it imperative to help by the institutions healing - care. The aim of the study is to gain knowledge on the social needs of the elderly, patients Department of Caring - Characteristics.
Keywords: old age, disability, charges

Specyfika starzenia się i starości, problemy fizyczne i psychiczne seniorów

Za umowny próg starości przyjmuje się powszechnie wiek metrykowy ustalony

na podstawie daty urodzenia, chociaż uważa się, że nie jest on precyzyjnym wskaźnikiem. Zdaniem gerontologów wiek biologiczny, wiek psychiczny i wiek społeczny dokładniej wyznaczają stopień zaawansowania starości.[1]

Starość jako stan należy rozpatrywać w powiązaniu ze starzeniem się jako procesem, z jego demograficznymi, ekonomicznymi i społecznymi konsekwencjami dostrzegając zarazem biologiczne i psychologiczne aspekty starzenia się.
A. Bochenek ujął lata starości w postaci trzech stopni starzenia się (I stopień – 60 - 70 r.ż, II stopień od 70 do 80 r.ż., III stopień od 80 do 90 r.ż.). D. B. Bromley wyróżnia okres przedemerytalny (60 – 65 r.ż.), emerytalny (65 – 70 r.ż), wiek starczy od 70 do 90 r.ż i wiek sędziwy powyżej 90 r.ż. [2]

J. Schifela, I. Staudt, M. Dach określają zmiany somatyczne związane z procesem starzenia się. W wyglądzie człowieka w podeszłym, czyli starczym wieku typowe jest pochylenie się oraz skurczenie sylwetki całego ciała. Postawa robi wrażenie zwiotczałej, chód staje się nie pewny. Włosy siwieją lub wypadają. Skóra traci elastyczność i jest wysuszona, twarz zaś pomarszczona i często pokryta brunatnymi plamami.

Najbardziej typową zmianą w narządach zmysłu jest dalekowzroczność starcza, która jest spowodowana utratą elastyczności soczewki. Przez pojęcie dalekowzroczności starczej rozumie się zmniejszoną zdolność oka do akomodacji. Osoby w podeszłym wieku potrzebują znacznie silniejszego oświetlenia niż osoby młode. Związane z wiekiem osłabienie słuchu może wynikać z pogorszenia funkcji nerwu słuchowego albo ze mniejszą elastycznością błony bębenkowej ucha. Osłabienie słuchu jest nie tylko czynnikiem ograniczającym orientację przestrzenną, utrudnia też komunikację z otoczeniem i uczestnictwo w życiu towarzyskim. Zmysł dotyku, smaku, powonienia także stopniowo tracą swoją zdolność rozdzielczą.

Z procesem starzenia związane są tez zamiany psychiczne. Szczególnie charakterystyczna zmiana jest osłabienie zapamiętywania informacji wyrażające się zwiększeniem niezbędnego wysiłku oraz wydłużeniem czasu potrzebnego do przyswojenia sobie nowych wiadomości czy wyuczenia nowych umiejętności.

Biologiczne i społeczne uwarunkowania sprawiają, że wraz z zaawansowaniem wieku maleje u większości ludzi zakres ich zainteresowań. Wielu zadań człowiek nie może już sam wykonywa, liczne obszary życia są dla niego trudno dostępne.

Dlatego też opiekunowie powinni wspomagać podopiecznych w utrzymaniu sprawności psychicznej i do rutynowych czynności dnia codziennego, wspierając także działania atrakcyjna motywacją.[3]

Charakterystyczne zmiany osobowości u osób w podeszłym wieku to: obniżona zdolność do sterowania uczuciami, zahamowanie napędu dotyczącego własnych zainteresowań i kontaktów socjalnych, obniżenie intensywności przeżyć.[4]

Potrzeby ludzi starych i możliwości ich zaspakajania w rodzinie i społeczeństwie

W teorii Maslowa występują zasadniczo dwie grupy potrzeb:

1. potrzeby wynikające z niedostatku (potrzeby pierwotne) wspólne dla wszystkich ludzi,
2. potrzeby ludzkiego rozwoju (potrzeby wzrostu, istnienia, potrzeby aspiracje charakteryzującą daną jednostkę)

Do pierwszej grupy potrzeb należą: potrzeby zaspokajania głodu fizjologicznego (jedzenia, snu, seksualne, itp.)

Potrzeby bezpieczeństwa (schronienia, obrony przed agresją itp.)

---

[1] W. Moskwa, Dlaczego się starzejemy, wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 1989.s. 7
[2] S. Kraus,Wiek podeszły, wiek starczy, wiek sędziwy „Wspólne Tematy nr 9/1998, s. 18.
[3] B. Pitt, Psychogeriatria, Warszawa 1986, s. 19-27
[4] tamże

Potrzeba przynależności (afiliacji) i identyfikacji (przyjaźni, wymiany myśli, życia społecznego i towarzyskiego itp.) oraz potrzeba szacunku (uznania i innych i wobec siebie) oraz miłości (uczuciowego oparcia).Druga grupa potrzeb obejmuje potrzebę samo urzeczywistnienia (samorealizacji)

Jedną z najczęściej wymienianych potrzeb ludzi starszych, a zarazem mającą szczególnie znaczenie dla tej grupy wiekowej jest potrzeba bezpieczeństwa.[5]

Ludzie pozostający w bliskim kontakcie z człowiekiem starym nie zawsze prawidłowo potrafią sprawować nad nim opiekę. W Polsce obowiązek opieki nad starymi i chorymi sprawują najczęściej dorosłe dzieci lub współmałżonkowie. U części osób w podeszłym wieku niepełnosprawność przybiera na tyle duże rozmiary, że człowiek wymaga stałej uwagi i opieki, której świadczenie wymaga pomocy specjalnych instytucji.

Wsparciem osób starszych w zakresie sprawowania funkcji opiekuńczych zajmują się także instytucje pozarządowe, obejmująca stowarzyszenia fundacja, organizacje samopomocowe, kościoły i związki wyznaniowe, osoby fizyczne i prawne. Jednostki te są podmiotami prowadzącymi usługi opiekuńcze i pomocowe, stacjonarne i środowiskowe.

Cechą istotną współczesnej pomocy społecznej jest jej głęboka humanizacja, nastawienie na wsparcie, a nie wyręczanie. [6]

Opieka nad ludźmi starymi w Zakładach Opiekuńczo – Leczniczych

Zadania i organizacja pracy w ZOL

Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy (ZOL) jest to placówka stacjonarna, w której prowadzona jest opieka całodobowa, obejmująca świadczenia o charakterze pielęgnacyjnym, opiekuńczym i rehabilitacyjnym z uwzględnieniem kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego dla pacjentów nie wymagających leczenia szpitalnego. Jest to pośrednia opieka pomiędzy opieką szpitalną a pobytem pacjenta w środowisku domowym lub w domu opieki społecznej[7]. Zakład wypełnia następujące zadanie:

1. Diagnostyczne – czyli rozpoznanie problemów psychofizycznych pacjentów mających wpływ na jego powrót do zdrowia lub utrzymania pożądanego poziomu zdrowia.
2. Opiekuńcze – w tym czynności mające na celu bezpośrednią pomoc fizyczną lub psychiczną w wykonaniu czynności dnia codziennego, ułatwienie realizacji programu rehabilitacji, zapewnienia poczucia bezpieczeństwa.
3. Rehabilitacyjne – polegające na wykonywaniu czynności mających na celu realizację zleconego leczenia rehabilitacyjnego. Dydaktyczno – wychowawcze – a więc informowanie, promowanie zdrowego stylu życia, uczenie pacjentów racjonalnych zachowań, aby umożliwić powrót do zdrowia lub podtrzymać je na odpowiednim poziomie oraz nauczanie samoopieki.
4. Organizacyjne – zapewnienie warunków technicznych i organizacyjnych niezbędnych do wykonywania zadań, dokumentowania działalności, zapewnienia obiegu informacji oraz zabezpieczenie całości opieki. [8]

Sposób i tryb kierowania osób do ZOL

Skierowanie do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego wydaje w drodze decyzji organ, który utworzył publiczny zakład albo organ, który zawarł umowę z niepublicznym zakładem

---

[5] H. Balicka – Kozłowska, Potrzeba bezpieczeństwa u ludzi starych, w: „ studia i materiały" IPISS nr 16/1980
[6] J. Satręga – Piasek, Niematerialne potrzeby ludzi starszych wy.. Ossolineum, Wrocław 1975, s. 144
[7] Podaję za: materiały szkoleniowe ZOL, Wyd. Centrum Kształcenia Ustawicznego, Warszawa 1999,s.3
[8] Ibidem, s. 3.

na wykonywanie zadań publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Z wnioskiem o wydanie skierowania do ZO-lu może wystąpić osoba ubiegająca się o skierowanie do zakładu albo jej przedstawiciel ustawowy, lub za zgodą tej osoby albo jej przedstawiciela ustawowego, inna osoba lub zakład opieki zdrowotnej.

Wniosek, wraz z załączonymi dokumentami składa się lekarzowi wyznaczonemu przez organ kierujący, który uwzględnia wybory dokonane przez osobę ubiegającą się o skierowanie, a następnie w ciągu 14 dni wydaje opinię co do skierowania tej osoby do określonego zakładu, a następnie wymagane dokumenty wraz opinią przekazuje do określonego zakładu.

Skierowanie do zakładu wraz z wnioskiem i dokumentami organ kierujący przekazuje kierownikowi zakładu, a kopię wniosku zatrzymuje sobie[9]

Jeżeli osoba skierowana do zakładu z powodu braku miejsca nie może być przyjęta do zakładu w terminie 3 miesięcy od dnia wydania decyzji o skierowaniu, zostaje wpisana na listę wyczekujących, prowadzoną przez zakład. Osobie oczekującej kierownik ZOL-u przekazuje informację o kolejności na liście oczekujących i zawiadamia o terminie przyjęcia.

Osoba skierowana powinna być przyjęta do zakładu nie później niż w terminie 12 miesięcy od dnia wydania skierowania, jednak w przypadkach nagłych, wynikających ze zdarzeń losowych i uzasadnionych stanem zdrowia na wniosek lekarza przyjęcie do zakładu może wystąpić poza kolejnością.[10]

Pacjenci mają zagwarantowane wymieniane wcześniej specjalistyczne usługi lekarskie lekarzy internistów, geriatrów oraz konsultacje chirurgiczno – psychiatryczne, dermatologiczne, neurologiczne, okulistyczne, laryngologiczne i rehabilitacyjne, ordynowanie leków, materiałów medycznych oraz środków leczniczych i pomocniczych w zakresie z obowiązującymi przepisami.

W ZOL-u pacjent ma zagwarantowaną opiekę socjalno – bytową, duszpasterską i korzystanie z obrzędów liturgicznych.

Odpłatność za pobyt w ZOL-u wynosi70% świadczenia pacjenta (np. renta, emerytura) za miesiąc[11]

Medycznym wskazaniem do umieszczenia osoby do pobytu w ZOL jest aby osoba w wieku powyżej 18 roku życia, z przewlekłymi schorzeniami wymagająca całodobowej pielęgnacji lub rehabilitacji, a w szczególności:

- schorzeniami internistyczno – geriatrycznymi, zespołami psychoorganicznymi, otępieniem starczym, chorobą Alzheimera, depresją egzogenną,
- schorzeniami chirurgiczno – ortopedycznymi,
- schorzeniami reumatologicznymi.

Jakość życia ludzi starych przebywających w ZOL

Pobyt w badanych placówkach osób chorych, starych i niepełnosprawnych był podyktowany wskazaniami społecznymi (47,6%), zdrowotnymi (29,1%), oraz innymi, np. konfliktem w rodzinie (23,3%).

Największe trudności związane z zachodzącymi w wieku podeszłym zmianami inwolucyjnymi są problemy z mobilnością skutkującą niesamodzielnością w poruszaniu się. Ponad połowa badanych poruszała się po ZOL-u niesamodzielnie (54%). W grupie tej dominowały kobiety (69,6%), osoby starsze, tj. powyżej 75 roku życia (56,8%), mieszkańcy wsi (53,9%), osoby stanu wolnego (81,4%), negatywnie oceniające swoją sprawność (65,7%)

---

[9] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 30 grudnia 1998r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do ZOL-u (Dz. U. z 1998r. Nr 166, poz. 1265)

[10] Ustawa z dn. 30 sierpnia 1991r. o opiece społecznej (Dz. U. z 1991r., Nr 91, poz. 408).

[11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dn. 30 grudnia 1998r. w sprawie szczegółowych zasad ustalania odpłatności w ZOL-u (Dz. U. Nr 166/1998r., poz. 1264.)

i zdrowie (63,7%) oraz niemiejące dokonać retrospektywnej oceny własnego życia (36,3%).

U osób w wieku podeszłym zauważono także często występujące objawy zespołu depresyjnego towarzyszące chorobom somatycznym oraz trudnościom życiowym.

Przeprowadzone badania wykazały ponadto, że istotnym elementem wyznaczającym jakość życia osób starszych przebywających w ZOL jest subiektywna ocena stanu zdrowia. To właśnie ta ocena okazała się nie tylko predykatorem warunkujący.[12]

Pozycja osób niepełnosprawnych, chorych i starych w społeczeństwie zależy od przejawionych wobec nich postaw. Postawy ogólnospołeczne wobec tych osób wpływają niewątpliwie na formowanie się postaw indywidualnych poszczególnych jednostek, a także na postawy osób starych wobec siebie. Można zatem powiedzieć, że postawy ludzi starych przebywających w ZOL zależne są w znacznym stopniu od ich reakcji na nową sytuację życiową. [13]

Charakterystyka badanej grupy

Pacjentami zakładu są nie tylko seniorzy, ale także osoby młodsze, które z różnych przyczyn wymagają pielęgnacji w ZOL. Badaniom poddano 40 osobową grupę osób powyżej 60 roku życia.

Pacjenci starzy przebywający na terenie ZOL w Makowie Maz. to osoby, u których istnieje nie jedno, ale wiele różnych schorzeń sprawiających, że osoby te mają duże trudności z samoobsługą. Najczęściej stwierdzono u tych osób demencję starczą, u najmniejszej liczby ludzi starych stwierdzono chorobę Alzheimera. Należy jednak zauważyć, że osoby te cierpiały też na reumatyzm, cukrzycę, miały osłabiony słuch lub wzrok, lub inne schorzenia wymagające całodobowej pielęgnacji osób starych i dozoru, aby nie zrobiły krzywdy sobie lub innym chorym na sali.

Reasumując, w prowadzonych badaniach omówiono funkcjonowanie 40 osób w wieku powyżej 60 roku życia przebywających w ZOL w Makowie Maz. w okresie od stycznia 2008r. do końca września 2010r. Większość badanych stanowiły kobiety (75%), osoby zamieszkujące na stałe na wsi (55%), będący aktualnie w stanie wolnym (82,5%). Najczęściej miały wykształcenie podstawowe (37,5%), wykonywali pracę umysłową (50%), utrzymujący się z emerytury (87,5%), osoby samotne (60%), oceniający swoją sytuację ekonomiczną jako złą (80%). Najczęściej występującym schorzeniem była demencja starcza, przy czym powodem umieszczenia pacjenta – osoby starej w ZOL a nie w innej placówce opiekuńczej była konieczność sprawowania opieki medycznej nad osobami tam przebywającymi.

Zaspokajanie potrzeb bytowych pacjentów ZOL-u

Pacjenci ZOL przebywając w domu zaspokajali potrzeby socjalno – bytowe sami, pokrywając ich koszty sami. Dane z wywiadów środowiskowych wskazały, że środki te były niewystarczające i z którychś z potrzeb bytowych człowiek stary musiał zrezygnować.

Na terenie placówki chorzy mogą wspomagać się wzajemnie przy samoobsłudze, przywołania lekarza, pielęgniarki lub innej osoby na życzenie pacjenta niepełnosprawnego.

Tylko 7 osób z badanej populacji było na tyle sprawne, aby swoją pomocą służyć innym pacjentom. Potrzebę uznania w grupie mogły zrealizować tylko ci z których „usług" mogli skorzystać inni pacjenci. Należy zaznaczyć, że nie wszyscy pacjenci niepełnosprawni fizycznie są niepełnosprawni umysłowo. Niektórzy swoją wiedzą i doświadczeniem mogą służyć radą pacjentom, pracownikom zakładu leczniczego oraz odwiedzającym – realizując

[12] K. Bieńkowski, Niesprawność czynnościowa ludzi starych wyzwaniem do opieki długoterminowej, w: Gerontologia Polska nr 3/1997.
[13] Ibidem, s. S. 132 – 133.

jednocześnie potrzebę uznania w grupie pacjentów ZOL-u.

Realizacja zaspokajania potrzeby bezpieczeństwa w ZOL w Makowie Maz.

Dla co najmniej części osób starych ZOL jest placówką, która ma pomóc osobie w wieku podeszłym zaspokoić potrzebę bezpieczeństwa. W tym celu łóżka których używają chorzy są na tyle wysoko, aby regulacja zarówno górnej (pod głową) ani dolnej (pod nogami) pozwalała na dowolne ułożenie podopiecznego. Materac dostosowany jest do potrzeb chorego, ani za twardy, ani za miękki, ani też wygnieciony.

Poza tym osoby leżące są umieszczane w sali razem z osobami bardziej sprawnymi psychicznie i fizycznie które mogą wezwać pomoc – lekarza lub pielęgniarkę. Służą też do tego specjalne „przyciski" których naciśnięcie powoduje sygnał świetlny i dźwiękowy w pokoju pielęgniarek.

Pracownicy ZOL-u prawnie odpowiadają za bezpieczeństwo pacjentów.

Kontakty interpersonalne starych pacjentów ZOL w Makowie Maz.

Człowiek stary przebywający w zakładzie leczniczym, w otoczeniu osób których mógł wcześniej nie zna, często potrzebował duchowego wsparcia, jaką z pewnością jest ksiądz. Jak już wcześniej wspomniano na terenie ZOZ-u jest kaplica, a ksiądz jest osobą która udziela wsparcia duchowego nawet w ostatnich chwilach ich życia. Z posług religijnych księdza korzystali prawie wszyscy starzy pacjenci zakładu nawet ci, którzy nie zawsze potrafili obiektywnie ocenić co się wokół nich działo.

Nie wszyscy ludzie starzy potrafią podtrzymać i nawiązać kontakt z innymi. Bez względu na stosunek do otoczenia 40% starych pacjentów wykonuje polecenia personelu pielęgniarek, rehabilitantów i innych osób z którymi mają kontakt. 10 osób nie potrafi nawiązać z nikim kontaktu z powodu głuchoty, daleko posuniętej demencji starczej, lub depresji spowodowanej osamotnieniem i wcześniejszą izolacją od sąsiadów i rodziny z powodu samotnego zamieszkiwania. Osoby, które przejawiały agresję wobec otoczenia, często były konfliktowe wobec innych pacjentów w pokoju.

Do najczęściej dostrzeganych przejawów spędzania czasu wolnego osób uczestniczących w badaniach była modlitwa którą zauważono u 87,5% osób badanych. Wiele osób oglądało telewizję (37,5%), lub słuchało radia (45%). Najrzadziej osoby po ukończeniu 60 roku życia czytało lub pisało (po 5% osób starych). Wiele tych czynności wynikało z obniżonej sprawności fizycznej, psychicznej oraz z braku zainteresowania tą formą spędzania czasu wolnego.

Zakończenie

Celem prezentowanej pracy było uzyskanie wiedzy dotyczącej problemów społecznych ludzi starych – pacjentów Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego funkcjonującego na terenie budynku Szpitala Powiatowego w Makowie Maz.

Na terenie placówki pacjent ma możliwość leczenia, rehabilitacji, zaspokojenia potrzeb socjalno – bytowych (posiłków dostosowanych do diety zalecanej przez lekarza, prania odzieży dziennej i nocnej, porządkowania pomieszczeń, utrzymania przytulnego i miłego wyglądu pomieszczeń). Sprzęt i wyposażenie ZOL-u jest dostosowany do opieki nad osobami niepełnosprawnymi leżącymi, a także umożliwiać im poruszanie się na wózku i przy chodziku.

Pobyt pacjentów na terenie placówki jest płatny. Najczęściej pokrywane są koszty z emerytury, renty lub innych świadczeń socjalnych w wysokości 70%.

Wszystkie pomieszczenia ZOL dostosowane są do potrzeb pacjentów. że o zachowaniu

każdego z omawianych pacjentów opowiedzą pielęgniarki, które miały dostęp do dokumentacji medycznej i społecznej każdej z omawianych osób.

W badaniach dokonano omówienia sytuacji 40 osób powyżej 60 roku życia. Większość z nich stanowiły kobiety (75%). Z uwagi na wiek dominowały osoby w wieku 66 – 76 lat. Chociaż miejscem zamieszkania badanych były miasto i wieś, to większość (55%) wywodziła się ze wsi. W badanej grupie dominowały osoby w stanie wolnym (tzn. nie posiadające aktualnie partnera życiowego) – 82,5% osób z badanej grupy.

Sytuacja zdrowotna i mieszkaniowa człowieka starego wpływa na to, czy człowiek może określić swoją sytuację ekonomiczną jako dobrą lub złą. Koszty leczenia człowieka starego pochłaniają czasami znaczną część jego dochodów tak, że na zaspokojenie pozostałych potrzeb życiowych zostaje za mało aby żyć godnie. Dlatego u 80% badanych w wywiadach środowiskowych określono sytuację ekonomiczną jaką złą. Mogę zatem wnioskować, że pacjent ZOL zanim „trafił" do placówki miał ograniczone możliwości zaspokojenia wielu potrzeb, a w szczególności bytowych, a to co zdecydowało o pobycie w ZOL-u był brak możliwości zaspokojenia potrzeb medycznych w domu przez pielęgniarkę środowiskową. Starzy pacjenci ZOL-u przebywali tu najczęściej z powodu: demencji starczej, daleko posuniętego reumatyzmu oraz wielu innych chorób, u większości po kilka schorzeń u jednej osoby. Czas pobytu osób starych w ZOL to najrzadziej od 1 do 3 miesięcy, a najczęściej powyżej 1 roku. Niektóre osoby przebywają tu do śmierci, inne trafiają do Domów Pomocy Społecznej po chociaż częściowej rehabilitacji.

W okresie pobytu w Zakładzie pozwalają na zaspokojenie wszystkich potrzeb medycznych, bytowych starych pacjentów oraz niektórych potrzeb społecznych takich jak np.: uznania jej jako osoby ludzkiej, odpowiedniej stymulacji psychicznej i fizycznej, duchowej satysfakcji.

Tylko 40% starych pacjentów wykonuje polecenia pielęgniarek i rehabilitantów[14], ale tylko 25% potrafi nawiązać i podtrzymać rozmowę. Jednak są i tacy którzy są agresywni (20%), wywołują konflikty z personelem (15%) lub przejawiają przejawy depresji, nie nawiązując z nimi kontaktu (25%). Szukających kontaktu z innymi, starając się zaprzyjaźnić z innymi. Zachowania tego typu mogą być spowodowane trudną sytuacją, spowodowaną złym stanem zdrowia, ograniczoną, czasami bardzo sprawnością fizyczną i umysłową.

Wnioski

1. Pacjenci starzy przebywający w ZOL mają szanse zaspokoić potrzeby medyczno – rehabilitacyjne i socjalno – bytowe, których nie mogli zrealizować w miejscu zamieszkania.
2. Największym problemem seniorów przebywających w ZOL jest samotność spowodowana złym stanem zdrowia uniemożliwiający nawiązywanie prawidłowych relacji interpersonalnych.
3. ZOL jest placówką która pozwala człowiekowi staremu, niepełnosprawnemu w stopniu znacznym być traktowany w sposób godny i z szacunkiem.
4. Sprawność intelektualna i fizyczna człowieka starego warunkuje (determinuje) jego udział w życiu społecznym.

[14] Łodzińska J., Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro…, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013, s. 33.

Literatura

1. Balicka – Kozłowska H., Potrzeba bezpieczeństwa u ludzi starych, w: „Studia i materiały" IPISS nr 16/1980.
2. Bańka A., Poczucie jakości życia a swoboda działania i odpowiedzialność, Wyd. Stowarzyszenie Psych. i Archit., Poznań 1998.
3. Bieńkowski K., Niesprawność czynnościowa ludzi starych wyzwaniem do opieki długoterminowej, w: „Gerontologia Polska" nr 3/1997.
4. Błędowski B., Pomoc Społeczna w Polsce, w: „Polityka społeczna" nr 7/2005.
5. Brzeziński J., Metodologia badań psychologicznych, PWN, Warszawa 2001.
6. Cichocka M., Efektywność oddziaływań psychologicznych stosownych wobec ludzi w podeszłym wieku w odniesieniu do struktury potrzeb, w: „Praca Socjalna" nr 4/1988.
7. Dutkiewicz W., Podstawy metodologii badań do pracy magisterskiej, wyd. Stachurski, Kraków 2001.
8. Frąckiewicz L., Karta Praw Człowieka starego, wyd. Akademia Pedagogiczna, Kraków – Warszawa 2005.
9. Kaczmarek Z., Historia opieki paliatywnej w Polsce wyd.PTOP, Włocławek 2007.
10. Kamiński A., Funkcja pedagogiki społecznej, wyd. PWN Warszawa 1996.
11. Kamiński A., Pojęcie nauki i klasyfikacja nauk, wyd. UW Warszawa 1990.
12. Kocemba J., Biologiczne wyznaczniki starości, wyd. Impus, Kraków 2009
13. Kowalik S., Pedagogiczne problemy funkcjonowania i opieki u osób w starszym wieku, w: Pedagogika specjalna, red. W. Dykcik, Poznań 1987.
14. Kowalski K., Wybrane aspekty przemian w DPS, wyd. Znak, Kraków 1996.
15. Kraus S., Wiek podeszły, wiek starczy, wiek sędziwy w:„Wspólne Tematy" nr 9/1998
16. Leszczyńska – Rajchert A., Działanie społeczne w pracy socjalnej na progu XXI wieku, wyd. A. Marszałek, Toruń 2003.
17. Łodzińska J., Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro…, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.
18. Maslow A. H., Motywacja i osobowość, PWN, Warszawa 1990.
19. Materiały szkoleniowe ZOL, wyd. Centrum Kształcenia Ustawicznego, Warszawa 1999.
20. Moskwa W., Dlaczego się starzejemy, wyd. Książka i Wiedza, Warszawa 1989.
21. Nowak S., Metodologia badań socjologicznych, PWN, Warszawa 1970.
22. Pędlich W., Ludzie starzy wyd. „Klub Książki", Warszawa1996.
23. Piekut – Brodzka D., Refleksje nad starością , wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2002.
24. Pieter J., Ogólna metodologia pracy naukowej, Ossolineum, Wrocław 1997.
25. Pilch T., Zasady badań pedagogicznych, wyd. „Żak", Warszawa 2001.
26. Pitt B., Psychogeriatria, Warszawa 1986.
27. Radlińska H., Pedagogika społeczna, PWN, Kraków1961.
28. Schiafela J., Staudt I., Dach M., Pielęgniarstwo geriatryczne wyd. Medyczne Urban&Partnner, Wrocław 1996.
29. Skorny Z., Prace magisterskie z psychologii i pedagogiki, wyd. PWN, Warszawa 1984.
30. Staręga–Piasek J., Niematerialne potrzeby ludzi starszych wyd. Ossolineum, Wrocław 1975.
31. Szarota Z., Gerontologia, wyd. Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004.
32. Stanisławska D., Wdowiak L., Analiza wybranych aspektów jakości życia podopiecznych w ZOL, w: „Medycyna Rodzinna" nr 4/2009.
33. Szarota Z., Ewolucja opieki i pomocy społecznej, wyd. Innowacja, Kraków 1999.

34. Szatur – Jaworska B., Ludzie starzy i starość w polityce społecznej, wyd. UAM, Poznań 2000.
35. Szumlicz J., Instytucjonalne formy pomocy społecznej, wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk1999.
36. Śmigiel J., Poczucie jakości życia a aktywność osób w starszym wieku, w: „Gerontologia polska" nr 7/1997.
37. Tabaczkiewicz A., Problemy starzenia się i starości, w:: „Studia Edukacyjne" nr 1/1995.
38. Tarkowska E., Nowicka M., Prawa człowieka w DPS, wyd. PIW, Warszawa 1996.
39. Tobiasz – Adamczyk B., Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby, wyd. Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1998.
40. Trafiałek E., W poszukiwaniu źródeł starości, w: „Gerontologia Polska", nr 4/1996.
41. 40. Wdowiak L., Jakość życia w stacjonarnej opiece długoterminowej, „Medycyna Rodzinna" nr 4/2009.
42. Zaczyński W., Praca badawcza nauczyciela, wyd. „Żak", Warszawa 1995.
43. Zych A., Słownik gerontologii społecznej, PWN, Warszawa 2001.

Autorzy:
Katarzyna Maria Ćwiklińska – lic .piel.
Waldemar Pędziński - dr n. med., Zakład Piel. Ogólnego WSA, waldemar@pedzinski.pl

PROCES PIELĘGNOWANIA WEDŁUG INDYWIDUALNEGO PLANU OPIEKI W CHOROBIE ALZHEIMERA

Ewa Hackiewicz, Jarosław Szymczuk, Dorota Kukowska

Streszczenie

Choroba Alzheimera jest pierwotnie zwyrodnieniową, postępującą i nieuleczalną chorobą mózgu. Polega na nie dającym się powstrzymać zaburzeniu czynności mózgu, negatywnie wpływającym na pamięć, zachowanie, myślenie i działania emocjonalne, umożliwiające prawidłowe funkcjonowanie w codziennym życiu.

Schorzenie to stanowi jedną z głównych przyczyn inwalidztwa wśród osób w podeszłym wieku i zaliczane jest do jednych z czołowych problemów zdrowia publicznego. Prowadzi w rezultacie do całkowitego otępienia i w końcu do śmierci. Liczbę osób chorych na świecie szacuje się na 15-21 milionów. W Polsce około 250 tysięcy osób. Liczba cierpiących na chorobę Alzheimera z roku na rok się powiększa, co wynika z faktu rosnącej liczby osób w podeszłym wieku.

Osoba cierpiąca na chorobę Alzheimera wymaga stałej opieki. Bardzo ważną rolę odgrywa fachowa pomoc pielęgniarki, która uczestniczy w zakresie bezpośredniej opieki nad chorym jak również współpracuje z lekarzem, terapeutą, pracownikiem socjalnym i rodziną.

Praca ma na celu określenie problemów pielęgnacyjno - leczniczych osoby chorej na chorobę Alzheimera oraz ustalenie roli i zadań pielęgniarki w przygotowaniu rodzin do samo opieki.

Słowa kluczowe: Alzheimer, demencja, problemy pielęgnacyjne, proces pielęgnowania

Title

Nursing process according to an individual plan of care for Alzheimer's disease

Abstract

Alzheimer's disease is primarily a degenerative, progressive and incurable brain disease. It is based on giving not resist disorder of brain function negatively affecting memory, behavior, thinking and emotional activities to ensure proper functioning in everyday life.

This disease is one of the main causes of disability among the elderly and is classified as one of the leading public health problems. Results in a total of dementia and finally to death. The number of patients worldwide is estimated at 15-21 million. In Poland, about 250 thousand people. The number of Alzheimer's disease from year to year is increasing, which stems from the growing number of elderly.

A person suffering from Alzheimer's disease requires constant care. A very important role is played professional help nurse who is involved in the field of direct patient care as well as working with your doctor, therapist, social worker and family.

Work is to identify the problems of nursing - medical person suffering from Alzheimer's disease and determining the role and responsibilities of nurses in preparing families to self-care.

Keywords: Alzheimer's, dementia, nursing problems, nursing process

Anatomia patologiczna

Tłem choroby Alzheimera jest toczący się proces powstawania patologicznych białek, które odkładają się w obrębie drobnych naczyń mózgowia, wywołując stan zapalny i wtórne uszkodzenia neuronów. Efektem tego procesu jest obumieranie komórek wydzielających substancje – neuroprzekaźniki - odpowiedzialne za procesy poznawcze. W chorobie Alzheimera, biorą udział różne czynniki etiopatogenetyczne, w badaniach przeprowadzonych w ostatniej dekadzie, mimo rozbieżności w ocenie znaczenia większości wyników, można wyodrębnić kilka, które mogą mieć udział w powstawaniu otępienia typu alzheimerowskiego:[1]

1. Wiek- jako najbardziej istotny czynnik etiopatogenetyczy choroby Alzheimera,
2. Płeć żeńska- predysponująca do choroby,
3. Niski poziom wykształcenia lub jego brak,
4. Występowanie choroby Alzheimera, u rodziców lub rodzeństwa, zwłaszcza, gdy wiek zachorowania nie przekracza 80 roku życia,
5. Poważny uraz głowy lub urazy mniejsze powtarzające się,
6. Niedokrwienie mięśnia sercowego- zwłaszcza kobiety,
7. Występujące niedociśnienie jak i nadciśnienie tętnicze krwi.

Początek choroby jest zwykle dyskretny, rozwój, powolny ale postępujący.[2] W miarę rozwijania się choroby - pojawiania się coraz większych uszkodzeń mózgu - rozwija się proces otępienny, którego właściwa postać ujawnia się w ostatnim stadium choroby. Otępienie w przebiegu choroby Alzheimera jest procesem nieodwracalnym. Choroba zaczyna się od upośledzenia pamięci, potem dochodzi do upośledzenia innych funkcji poznawczych; wzrokowo-przestrzennych, językowych, wykonawczych, powodując utratę osobowości, doprowadzając do „wegetacji" bez wiedzy o sobie i otaczającym świecie. Choroba Alzheimera przebiega w trzech fazach, stadiach.

1. Pierwsza faza stadium - łagodna, trwa od 2 do 4 lat
2. Druga faza stadium - umiarkowana, trwa od 2 do 10 lat (odpowiednik umysłowy 4 - 7 lat)
3. Trzecia faza - zaawansowana, trwa od 1do 3 lat (odpowiednik umysłowy - od niemowlaka do 3 lat)

Objawy choroby

Objawy choroby dotyczą procesów poznawczych, zaburzeń psychicznych oraz objawów neurologicznych. Zaburzenia procesów poznawczych dotyczą:

- pamięci
- zaburzeń mowy (tempo mówienia, błędne nazwy znanych przedmiotów)
- zaburzeń wzrokowo - przestrzennych (błądzenie, brak umiejętności spełnienia czynności dnia codziennego - ubieranie się)[3]

Zaburzenia psychiczne pojawiają się w poszczególnych etapach rozwoju choroby, występują pojedynczo lub mnogo. Są to:

- urojenia
- omamy
- zespół błędnego rozpoznawania

---

[1] Pieczyrak U., Wojtas K.: Konieczna cierpliwość zrozumienie i opanowanie. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2006, 9, 33 – 34.

[2] Etemadi H.: Miłorząb dobry na pamięć, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2005, 1-2, 57.

[3] Schwarz G.: Choroba Alzheimera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, 24 – 30

- zaburzenia nastroju
- zaburzenia zachowania[4]

Do objawów neurologicznych w przebiegu choroby Alzheimera należą:

- spowolnienie ruchowe
- zaburzenia mimiki twarzy
- chód małymi kroczkami
- miklonie[5]

Rozpoznanie choroby Alzheimera

Wczesna diagnoza choroby Alzheimera pozwoliłaby na polepszenie jakości życia chorego zmniejszenie ciężaru opieki dla rodziny(służby zdrowia), jak również zmniejszenie kosztów społecznych.[6]

Diagnozę ustalamy na podstawie:

- wywiadu
- oceny stanu psychicznego
- badania neuropsychologicznego
- badania neurologicznego
- badań dodatkowych

Zestaw badań koniecznych w zespole otępiennym:

- badanie komputerowe mózgu
- morfologia krwi, OB.
- elektroforeza białek osocza
- poziom cukru i kreatyniny w surowicy
- poziom potasu, wapnia i sodu
- poziom fosforu
- witamina B12, kwas foliowy, TSH
- EKG, EEG, RTG klatki piersiowej

Zasady i metody leczenia

Leczenie choroby Alzheimera jest wielokierunkowe uzależnione od stadium oraz objawów występujących u chorego. Dawki początkowe leków powinny być małe, bo ludzie starzy mają zmniejszony nerkowy klirans leków jak i metabolizm wątrobowy.

W leczeniu choroby Alzheimera stosuje się leki, które mają na celu przywrócenie sprawności intelektualnej lub zapobieganie dalszemu pogarszaniu się, i zwiększenie ogólnej sprawności chorego - to strategia cholinergiczna.

Psychoterapia odgrywa dużą rolę w leczeniu choroby Alzheimera, chociaż jest to metoda nie farmakologiczna, przyczynia się do utrzymania sprawności chorego przez dłuższy czas. [7]

Postępowanie terapeutyczne zespołu musi być indywidualnie dopasowane do chorego, w zależności od fazy choroby.

---

[4] Marczewska H., Siejuk E.: Nie tylko afazja. Energeia, Warszawa 1994, 16, 17, 22
[5] Marczewska H., Siejuk E.: Nie tylko afazja. Energeia, Warszawa 1994, 16, 17, 22
[6] Etemadi H.: Miłorząb dobry na pamięć, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2005, 1-2, 57.
[7] Prusiński A.: Neurogeriatria. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, 209 – 214

Zasady opieki nad pacjentem

Celem opieki jest jak najdłuższe zachowanie samodzielności chorego w zakresie samoobsługi, poprawy jakości życia, i odroczenie konieczności umieszczenia w ośrodku opiekuńczym

Opieka nad chorym polega na:

- unikaniu sytuacji lub zachowań które mogą nasilać niepewność pacjenta,
- aktywizacji pacjenta,
- obserwowaniu w kierunku nieporządnych objawów ze strony organizmu(stosowane leki psychotropowe),
- unikaniu częstych zmian, wysokich wymagań, obciążeń psychicznych,
- możliwość utrzymania aktywności fizycznej i umysłowej oraz komunikacji międzyludzkiej ,
- unikanie nadopiekuńczości,
- okazywanie choremu zainteresowania, akceptacji i wsparcia,
- obserwacji i kontroli funkcji organizmu[8]

ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Choroba Alzheimera jest szybko postępującą chorobą zwyrodnieniową mózgu powodującą narastające zaburzenia wszystkich funkcji fizycznych i psychicznych. Stanowi istotny problem medycyny, wymagający wielu specjalistycznych działań. W krótkim czasie degraduje umysłowo, przykuwa pacjenta do łóżka i jest uciążliwa dla rodziny. Chorobę odbiera się jako niespodziewaną, tragedię wywołującą poczucie bezradności wobec jej szybkiego przebiegu i nieuchronnych następstw. Pacjent staje się całkowicie uzależniony od opiekunów, dlatego też, bardzo ważne jest umiejętne postępowanie pielęgnacyjno – opiekuńcze wobec chorego.

Celem pracy jest określenie problemów pielęgnacyjno - leczniczych osoby chorej na chorobę Alzheimera.

Metodyka badań

Badaniem objęto 85-cio letniego pacjenta, przebywającego w Zakładzie Pielęgnacyjno Opiekuńczym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Hajnówce z rozpoznaniem otępienia w chorobie Alzheimera z późnym początkiem.

Wyniki

Pacjent G.K. lat 85, dnia 24.11.2012r. przyjęty z oddziału psychiatrycznego do ZPO w szpitalu w Hajnówce. Celem pielęgnacji i kontynuacji leczenia szpitalnego. Przy przyjęciu do Zakładu pacjent nieprawidłowo zorientowany, co do miejsca i czasu, a także własnej osoby. Mowa niepoprawna, wypowiedzi nielogiczne. Nie można nawiązać prawidłowego kontaktu słownego, wzrokowego, jednak pacjent rozumie, co się do niego mówi, jest wrażliwy na zmiany sytuacji – wyczuwa niepokój, zdenerwowanie, a także radość i zadowolenie w pobliżu. Pozytywnie reaguje na dotyk. Nie rozpoznaje członków własnej rodziny. Chód małymi kroczkami, nierytmiczny, z trudnością wykonuje zmiany kierunki ruchu. Postawa z charakterystycznym pochyleniem do przodu, zgiętymi w stanach łokciowych i kolanowych kończynami. Występują zaburzenia snu, w nocy błądzi po innych

[8] Schwarz G.: Choroba Alzheimera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, 24 – 30

salach. Wymaga pomocy personelu w zakresie podstawowych czynności, takich jak: odżywianie, toaleta, ubieranie się. Potrzeb fizjologicznych nie sygnalizuje.

Stan fizyczny:

- wygląd ogólny: przytomny,
- budowa ciała: prawidłowa, odżywanie mierne,
- skóra: barwa cielista, o zmniejszonej sprężystości, bez wykwitów patologicznych, prawidłowo ocieplona, tkanka podskórna miernie rozwinięta,
- głowa: kształt prawidłowy,
- obwodowe węzły chłonne: nie powiększone ,
- szyja: symetryczna, tarczyca nie powiększona,
- nos: obustronnie drożny,
- jama ustna: śluzówki zaróżowione, suche, bez uzębienia,
- klatka piersiowa: budowa prawidłowa, ruchoma oddechowo symetrycznie, ilość oddechów – 12/min,
- układ krążenia: RR 110/80mm Hg, czynność serca miarowa 68/min, tony czyste, akcentacja prawidłowa,
- jama brzuszna: brzuch wysklepiony poniżej klatki piersiowej, napięcie powłok obniżone, wątroba nie powiększona, perystaltyka jelit obecna,
- układ ruchu: ruchy czynne i bierne ograniczone, postawa ciała nieprawidłowa z charakterystycznym pochyleniem do przodu i zgiętymi kończynami w stawach kolanowych,
- układ moczowo – płciowy: budowa prawidłowa, pacjent nie sygnalizuje czynności fizjologicznych.

Stan psychiczny:

Całkowicie zdezorientowany auto i allopsychicznie, obserwuję się zahamowanie czynności psychicznej, zmienność nastrojów: od drażliwości, wzmożonej pobudliwości emocjonalnej, pobudzenia słownego (wulgaryzmy), oraz ruchowego, do wyciszenia i bierności. Tok myślenia spowolniony, z zatraceniem jego spójności do oznak myślenia nie adekwatnego w bezpośrednich relacjach na przypadkowe bodźce. Słaba emisja głosu, wyrazy pojedyncze, trudności w nawiązywaniu kontaktu słownego.

Stan społeczny:

Emerytowany rolnik, wdowiec, mieszka na wsi. Ma córkę która się nim zajmuje, zarządza własnością, załatwia sprawy urzędowe. Rodzina przejawia duże zainteresowanie stanem zdrowia chorego, często go odwiedza, a także współpracuje w kwestiach pielęgnacyjno – opiekuńczych.

Leczenie:

- Hydroksyzyna tbl., Fenaktil tbl., Nilorgin tbl., Cogiton tbl.
- Terapia logopedyczna
- Terapia zajęciowa
- Kinezyterapia

Zadania pielęgniarki w przygotowaniu rodziny do samoopieki

Choroba Alzheimera to schorzenie postępujące w związku z tym informujemy rodzinę, że sprawowanie opieki nad chorym wymaga całkowitego zaangażowania. Celem działań

opiekuńczych wobec pacjenta jest przede wszystkim pomaganie mu w jego indywidualnych problemach wynikających z życia, z tą chorobą.

Rodzina powinna wiedzieć, że do zakresu działań opiekuńczych należą:

1. Dbanie o właściwą dietę,
2. Utrzymanie higieny ciała(w zaawansowanej fazie całkowite przejęcie czynności higienicznych przez rodzinę),
3. Pomoc w zaspakajaniu potrzeb fizjologicznych,
4. Pomoc w bezpiecznym przemieszczaniu się chorego,
5. Pomoc w porozumiewaniu się z otoczeniem,
6. Zapewnienie odpowiednich warunków do snu i wypoczynku,
7. Dbanie o utrzymanie chorego w jak najdłuższej aktywności poprzez angażowanie do wykonywania najprostszych czynności.

Niezbędny jest systematyczny kontakt z pielęgniarką i lekarzem rodzinnym. Sprawowanie codziennej, troskliwej opieki służy jednemu głównemu celowi – poprawie jakości życia pacjentów dotkniętych chorobą Alzheimera.[9]

Wnioski

1. Główne problemy pielęgnacyjne u chorego z zaawansowaną chorobą Alzheimera wynikają z powodu stopniowej utraty pamięci, która pogłębia się wraz z postępem choroby, są to problemy natury biologicznej i psychicznej.
2. Podstawową rolą pielęgniarki jest pełnienie funkcji terapeutycznej, opiekuńczej i profilaktycznej.
3. Podejmowane działania pielęgniarskie muszą przyczynić się do poprawy jakości życia osoby dotkniętej chorobą Alzheimera, jak również odroczyć w czasie najtragiczniejszy etap choroby.

Badaniem objęto pacjenta w wieku 85 lat z rozpoznaniem choroby Alzheimera z późnym początkiem, przebywającego w Zakładzie Pielęgnacyjno Opiekuńczym w Hajnówce. Materiał zebrano na podstawie wywiadu pielęgniarskiego, obserwacji i analizy dokumentacji. Podczas okresu obserwacji realizowano proces pielęgnowania i rozpoznano następujące procesy pielęgnacyjne:

- deficyt pamięci utrudniający codzienne funkcjonowanie prowadzący do bezradności,
- zaburzenia zachowania – rozdrażnienie z agresją słowną i fizyczną nasilające się w godzinach wieczornych,
- wystąpienie odwróconego snu i czuwania,
- trudności w komunikowaniu się z otoczeniem,
- trudności w zaspokojeniu potrzeby odżywania,
- niezdolność do zaspokojenia potrzeb higienicznych,
- ograniczenie sprawności ruchowej,
- brak samodzielności w ubieraniu się,
- dezorientacja – pacjent błądzi, nie może znaleźć swojej Sali,
- nie trzymanie moczu i stolca,
- zagrożenie infekcjami.

Na podstawie wyłonionych problemów pielęgnacyjnych zaplanowano opiekę pielęgniarską. Ustalono działania które umożliwiły choremu lepszą orientacje w miejscu i czasie, komunikację, wpłynęły na poprawę zachowania. Poprzez umiejętne

[9] Łodzińska J., Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro…, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013., s. 33-34.

postępowanie zatrzymano postęp choroby i pacjent nie utracił dotychczasowych umiejętności niezbędnych przy czynnościach dnia codziennego.

Przygotowywano rodzinę do dalszej opieki, która wiąże się z faktem nieuniknionego procesu chorobowego. Rodzina powinna zapewnić jak najlepszą jakość życia chorej osobie.

Literatura

1. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Czlelej, Lublin 2000,78.
2. Auepetit H.: Choroba Alzheimera. Wydawnictwo W.A.B, Warszawa 1998, 64.
3. Barcikowska M.: Obraz kliniczny wczesnej fazy choroby Alzheimera. Neurologia i Neurochirurgia Poslak 1999, 1, 33.
4. Dobroszycka W., Leszek J.: Molekularne i kliniczne aspekty choroby Alzheimera. Volumed, Wrocław 2001, 10-32.
5. Dobroszycka W., Leszek J., Rymaszewska J.: Choroba Alzheimera. Wydawnictwo Contiunuo, Wrocław 2002, 7-46.
6. Etemadi H.: Miłorząb dobry na pamięć, Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2005, 1-2, 57.
7. Gabryelewicz T.: Rozpowszechnienie zespołów otępiennych. Neurologia i Neurochirurgia Polska 1999, 1, 33.
8. Horbulewicz-Mokrzycka I.: Pozafarmakologiczne formy terapeutyczne w chorobie Alzheimera. Wydawnictwo Volumed, Wrocław 1998, 226 – 239.
9. Jagas B.: Choroba zapominania. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 1996, 09-10, 35.
10. Kiejna A.: Epidemiologia choroby Alzheimera [w:] Choroba Alzheimera pod redakcją Leszka J, Wydawnictwo Volumed, Wrocław 1998, 5-7.
11. Kimak K.: Problemy zdrowotne osób w podeszłym wieku. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2003, 9, 7-9.
12. Krzyżowski J.: Psychogeriatria, Medyk, Warszawa, 2004, 239 – 252.
13. Kurowska K.: Otępienie. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2003, 7-8, 27.
14. Leszek J.: Choroba Alzheimera Bolumed Sp. Z.o.o., Wrocław 1998, 9, 10, 52-60.
15. Łodzińska J., Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro…, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.
16. Marczewska H., Siejuk E.: Nie tylko afazja. Energeia, Warszawa 1994, 16, 17, 22.
17. Mazur R., Kozubski W., Prusiński A.: Podstawy kliniczne neurologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL., Warszawa 1998, 277, 279.
18. Parnowski T.: Otępienie coraz więcej pytań [w:] Choroby otępienie Teoria i praktyka pod redakcją Leszka J., Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2004, 235 – 249.
19. Pieczyrak U., Wojtas K.: Konieczna cierpliwość zrozumienie i opanowanie. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2006, 9, 33 – 34.
20. Prusiński A.: Neurogeriatria. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, 209 – 214.
21. Schiegele J., Staudt I., Dach M.M.: Pielęgniarstwo geriatryczne Wydanie I polskie pod redakcją Galusa K., Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 1998, 26-32.
22. Sadowska A.: Jak sobie radzić z chorobą Alzheimera – poradnik dla opiekunów, Najcomp sc., Warszawa 1998,7 ,8, 14-15.
23. Schwarz G.: Choroba Alzheimera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, 24 – 30.
24. Sadowska A., Wojciechowska M.: Poradnik dal opiekunów pacjenta z chorobą Alzheimera. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z choroba Alzheimera, Warszawa 2005, 19, 26, 29.

25. Steciwko A., Kurpas D.: Opieka nad chorym z zespołem otępiennym w praktyce lekarza rodzinne ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z chorobą Alzheimera [w:] Choroby otępienne Teoria i Praktyka pod redakcją Leszka J., Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2003, 529 – 533.
26. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: Podstawy pielęgniarstwa Założenia teoretyczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, T.I, 211 – 221, 235 – 239.
27. Wasiak B., Gabryelewicz T., Pfeffer A.: Występowanie zaburzeń psychicznych i zachowania u chorych z nieznacznym, łagodnym i umiarkowanym otępieniem w chorobie Alzheimera [w:] Choroby otępienne Teoria i Praktyka pod redakcją Leszka J. Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2003, 404, 412.
28. Ugniewska C.: Pielęgniarstwo psychiatrycznie i neurologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, 162.
29. Wdowiak L., Budzyńska – Kapczuk A.: Wielkie problemy geriatryczne – zespoły otępienno – depresyjne, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2004, 8, 23, 25.
30. Wilczewska L., Roszman A.: Standard opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera [w:] Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego pod redakcją Krajewskiej – Kułak E., Sierakowskiej M., Lewko J., Tom I Akademia Medyczna W Białymstoku Wydział Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia, Białystok 2005, 340 – 345.
31. Wiśniewski H., Węgiel J.: Neuropatologiczne kryteria rozpoznania choroby Alzheimera [w:] Choroba Alzheimera pod redakcją Leszka J.: Volumed sp. z o.o, Wrocław 1998, 89 – 95.
32. http://pl.wikipedia.org/wiki/choroba_alzheimera

Autorzy:
Ewa Hackiewicz - lic. piel.
Jarosław Szymczuk - dr n. med., Adiunkt Wydziału Piel. WSA, j.szymczuk@op.pl
mgr Dorota Kukowska - Zakład Piel. Klinicznego WSA, dorota_kukowska@wp.pl

OPIEKA I PIELĘGNOWANIE PACJENTÓW Z CHOROBĄ ALZHEIMERA

Irena Karwowska, Andrzej Gomuła, Joanna Szwarc – Woźniak

Streszczenie

Choroba Alzheimera należy do schorzeń pierwotnie zwyrodnieniowych i stanowi grupę chorób, których wspólną cechą jest postępujący proces zwyrodnieniowy, głównie komórek nerwowych oraz z tym narastające otępienie. Alzheimer jest najczęstszą chorobą dotyczącą sfery psychicznej ludzi w starszym wieku. Częstość jej występowania zwiększa się z wiekiem.

Przy tym wyróżnia się dwie postacie choroby Alzheimera – wczesną, rozpoczynającą się przed 65. rokiem życia, oraz późną, po 65. roku życia. Postać wczesna rozwija się szybciej, otępienie i zmiany fizyczne pacjenta osiągają znaczny stopień, prowadząc do krańcowego zniedołężnienia. Postać późna ma powolny, podstępny rozwój i mniej dramatyczny przebieg. Chorobę Alzheimera dzieli się również na postać sporadyczną i rodzinną. Pierwsza z nich jest częstsza, a druga – znacznie rzadsza. Przebieg choroby można podzielić na trzy okresy – otępienia lekkiego, umiarkowanego i głębokiego.
Słowa kluczowe: otępienie, terapia, wsparcie, rehabilitacja

Title

The care and nurturing of patients with Alzheimer's disease

Abstract

Alzheimer's disease is one of the originally degenerative diseases and is a group of diseases whose common feature is progressive degenerative process.

primarily of nerve cells and the increasing dementia. Alzheimer's disease is the most common psychiatric relating to older people. Its prevalence increases with age.

At the same time there are two forms of Alzheimer's disease - early, starting before 65 years of age, and late, after 65 years. Early onset grow faster, dementia and physical changes of the patient achieve a high level, leading to extreme senility. Late figure is slow, insidious growth and less dramatic course. Alzheimer's disease also divided on the form of sporadic and familial. The former is more common, and the second - much rarer. The disease course can be divided into three periods - dementia light, moderate and deep.
Keywords: dementia, therapy, support, rehabilitation

Choroba Alzheimera – zagadnienia ogólne

Zgodnie z definicją podaną przez Światową Organizację Zdrowia (World Health Organization – WHO), jest to otępienie, czyli zespół objawów spowodowanych chorobą mózgu, stopniowo postępujące i zazwyczaj przewlekłe. Przyczyny tego otępienia są różne, ale najczęstszą jest otępienie typu Alzheimera (ChA).[1]

[1] Barcikowska M., Bilikiewicz A.: Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej. Wyd. Biblioteka Neurologii Praktycznej. Lublin 2009

Choroba Alzheimera jest postępującym schorzeniem neurodegeneracyjnym, w którego przebiegu dochodzi do uszkodzenia komórek nerwowych w różnych obszarach mózgu w wyniku odkładania się w nich substancji białkowych (beta – amyloidu i białka tau). Powoduje to postępującą utratę funkcji intelektualnych prowadzącą do otępienia.

Mogą to być:

- apraksja (upośledzenie precyzyjnych, celowych ruchów, zaburzenia czucia);
- agnozja (zaburzenie zdolności rozpoznawania znanych elementów otoczenia);
- zaburzenie funkcji wykonawczych.[2]

Objawy, etapy choroby Alzheimera

Choroba Alzheimera przebiega powoli, a typowy początek jest trudny do zauważenia. Często pierwszym objawem są typowe zaburzenia pamięci polegające na trudnościach w zapamiętywaniu nowych informacji (zaburzenia pamięci świeżej).

Objawy choroby Alzheimera nie są równomiernie wyrażone i nie zawsze występują w tej samej kolejności. Wynika to z faktu, że do zaniku komórek nerwowych nie dochodzi równie szybko u wszystkich chorych i nie postępuje to w równym stopniu. [3]

Tab. 1. Dziesięć wczesnych objawów ostrzegawczych choroby Alzheimera.

OBJAW	CHARAKTERYSTYKA OBJAWU CHOROBY
ZAPOMNIENIE	Dotyczy sfery zawodowej lub prywatnej. Chorzy pytają ciągle o to samo, mimo że już dawno uzyskali odpowiedź.
WYKONYWANIE RUTYNOWYCH ZADAŃ SPRAWIA TRUDNOŚCI	Chory potrafi pojechać samochodem do centrum miejscowości, tam jednak zapomina, że przyjechał samochodem.
TRUDNOŚCI Z DOBIERANIEM SŁÓW	Chory zapomina przykładowo słowo „filiżanka". Określa ją, np. jako „to do picia kawy".
ZABURZENIA ORIENTACJI	Chorzy gubią się w najbliższym otoczeniu.
BRAK WŁAŚCIWEJ OCENY SYTUACJI	Osoba chora na chorobę Alzheimera po wyjściu z domu nie pamięta, że jeszcze krótko przedtem prasowała lub gotowała. Chory pozostawia włączony piecyk lub żelazko.
MYŚLENIE ABSTRAKCYJNE LUB KONKRETNE SPRAWIA TRUDNOŚCI	Chorzy zapominają numery telefonów, a kiedy się im je poda, nie wiedzą co mają z nimi zrobić.
ROZTARGNIENIE	Chory przenosi przedmioty na miejsca zupełnie się do tego nie nadające. Kładzie np. portfel do lodówki, sukinie do zmywarki do naczyń, albo zegarek do zamrażarki.
WAHANIA NASTROJU	Osoby chore mają szczególna skłonność do nagłych wahań nastroju. W ciągu kilku minut człowiek

[2] Grochmal - Bach B.: Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera. Podejście terapeutyczne. Wyd. Wyższa Szkoła Filozoficzno - Pedagogiczna „IGNATIANUM". Kraków 2008

[3] Janicki K.: Domowy poradnik medyczny. Wydawnictwo PZWL. Warszawa 2010

	zrównoważony może popaść we wściekłość.
ZMIANA OSOBOWOŚCI	Chory reaguje często nieodpowiednio do sytuacji, staje się się agresywny i nadpobudliwy, albo też nieufny i lękliwy.
BRAK NAPĘDU	Pacjenci tracą jakiekolwiek zainteresowanie swoim hobby, zawodem i innymi rzeczai. Stają się bezczynni i trzeba ich zmuszać do jakiejkolwiek atywności.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: G. Schwarz: *Choroba Alzheimera*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008, s. 20-21.

Choroba Alzheimera jako schorzenie osób starszych

Choroba prowadzi do zaniku mózgu, który można uwidocznić w badaniu za pomocą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

Za przyczynę objawów w chorobie Alzheimera uważa się uogólnione upośledzenie funkcji cholinergicznych.

Tab. 2. Przyczyny choroby Alzheimera.

PRZYCZYNY CHOROBY	CHARAKTERYSTYKA PRZYCZYN CHOROBY ALZHEIMERA
WYSTĘPOWANIE RODZINNE	Mimo, że występuje rzadko dziedziczenie postaci choroby Alzheimera, mogą dotknąć niektóre osoby nawet w czwartej, piątej dekadzie życia. Rodzinna postać choroby Alzheimera charakteryzuje się wczesnym wystąpieniem objawów (zazwyczaj od 35 do 60 roku życia.
NACZYNIOWE CZYNNIKI RYZYKA	Do tych przyczyn należą: - niekontrolowane wysokie ciśnienie tętnicze krwi; - cukrzyca; - palenie papierosów; - otyłość; - brak wysiłku fizycznego.
PŁEĆ	Kobiety są nieco bardziej narażone na rozwój otępienia w przebiegu choroby Alzheimera niż mężczyźni. Obecnie nie wiadomo czy na tą różnice ma wpływ ochronne działanie estrogenu, czy fakt, że kobiety żyją dłużej niż mężczyźni.
CZYNNIKI GENETYCZNE	Badania ujawniły trzy geny „sprawcze" choroby Alzheimera wpływające na występowanie rodzinnej postaci o wczesnym początku. Są to geny, mutacje, które mogą wywoływać kliniczną postać choroby Alzheimera.
URAZ GŁOWY	Uraz głowy, w szczególności z utratą przytomności, może być przyczyną ryzyka wystąpienia choroby Alzheimera. Wielkość ryzyka jest proporcjonalny do ciężkości urazu. Uraz głowy wywołuje serie zmian w mózgu, które doprowadzają do

	zwiększenia poziomów enzymu, co może być przyczyną powstania choroby Alzheimera.
METALE	Istnieją wczesne doniesienia, że wysokie stężenie glinu w wodzie pitnej może być czynnikiem ryzyka wystąpienia (przyczyną) choroby Alzheimera.
DEPRESJA	Wyniki niektórych badań, sugerują, że depresja u osób w starszym wieku, której towarzyszą zaburzenia poznawcze, może być przyczyną ryzyka wystąpienia choroby Alzheimera. Ponadto depresja może nasilać objawy oraz przyspieszać przebieg choroby.
BRAK FORMALNEGO WYKSZTAŁCENIA	Niećwiczenie neuronów wciągu życia może być przyczyną choroby Alzheimera.
PODWYŻSZONE STĘŻENIE HOMOCYSTEINY	Wyniki niektórych badań pokazały, że podwyższone stężenie homocysteiny w osoczu jest przyczyną ryzyka rozwoju choroby Alzheimera.

Źródło: J. Leszka (red.): *Choroby otępienne. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo CONTINUO. Wrocław 2008, s. 16-20.

Przyczyny choroby Alzheimera w całości jeszcze nie zostały poznane. Badania nad przyczynami cały czas trwają i co jakiś czas wykazują nowe hipotezy, które są dokumentowane w dziełach naukowych.

Diagnozowanie choroby Alzheimera

Jak dotąd nie ma badania, którego przeprowadzenie byłoby wystarczające do wczesnego rozpoznania choroby Alzheimera.

Diagnostykę zazwyczaj rozpoczyna badanie lekarskie. Lekarz zbiera *dokładny wywiad chorobowy* od osoby, która dobrze zna chorego, i od chorego, jeśli jest taka możliwość. Wywiad ten dotyczy występujących objawów, kolejności ich pojawienia się, zmian osobowości chorego oraz jego ogólnego stanu zdrowia.[4]

Ponadto podczas diagnostyki ważne jest wykluczenie depresji - choroby, która może dawać objawy podobne do otępienia lub pogarszać funkcjonowanie chorego na otępienie. Depresja jest chorobą często występującą, ale zwykle dobrze reagującą na leczenie, dlatego gdy pada podejrzenie depresji, chory powinien być skonsultowany przez psychiatrę.

Leczenie farmakologiczne może być podjęte tylko przez lekarza i musi być przez niego starannie nadzorowane i kierowane. Jedynie lekarz może decydować o tym, który z dostępnych leków jest odpowiedni dla danego chorego. Leki mogą poprawić czynności psychiczne, takie jak pamięć, uwaga i koncentracja. Zanik funkcji poznawczych może być przynajmniej na pewien czas powstrzymany. Potrzeba opieki może zostać odłożona choćby o kilka miesięcy dzięki leczeniu farmakologicznemu.

TERAPIA CHOROBY, UDZIELANIE POMOCY CHORYM Z CHOROBĄ ALZHEIMERA

Postępowanie niefarmakologiczne w otępieniu stanowi ważny element leczenia i zbyt

[4] Prusiński A.: Neurologia praktyczna. Wyd. PZWL. Warszawa 2010

często jest lekceważone przez fachowych pracowników opiekujących się chorymi, którzy przywiązują większą wagę do leczenia farmakologicznego.

Dotyczy to zwłaszcza metod o działaniu niespecyficznym, takich jak prowadzone w przyjaznym otoczeniu treningi pamięci, odpowiednio dobrana terapia zajęciowa, zajęcia gimnastyczne czy elementy muzykoterapii.[5]

Tab. 3. Najczęściej stosowane niefarmakologiczne metody oddziaływania na funkcje poznawcze.

NAZWA TERAPII	OPIS DANEJ TERAPII
TERAPIA KOGNITYWNA	Trening pamięci, orientacja w rzeczywistości. Podkreśla się, że pozytywnych efektów treningów pamięci należy się spodziewać wówczas, gdy ćwiczenia opierają się o dobrze zachowane umiejętności, gdy program wymaga od chorego intensywnego wysiłku, gdy uczestniczy w nich opiekun i gdyw efekcie wydobywania przyswojonych uprzednio informacji chory ma możliwość uzyskiwania licznych wskazówek naprowadzających. Orientacja rzeczywistości tyczy się spójnych i powtarzających się w krótkich odstępach czasu informacji, dotyczących najbardziej istotnych cech środowiska, w którym znajduje się chory, skutecznie poprawia jego orientację w otoczeniu.
TERAPIA REMINISCEN – CYJNA	Celem terapii reminiscencyjnej stosowanej w bardziej zaawansowanych stadiach otępienia, jest ułatwienie choremu dostępu do osobistych doświadczeń z przeszłości poprzez wprowadzenie do jego otoczenia przedmiotów przypominających mu okres młodości i dzieciństwa, np. stare fotografie, książki, gazety, meble). Ma to niezwykle istotne znaczenie dla podtrzymywania poczucia tożsamości chorego.
TERAPIA WALIDACYJNA	Terapia ta to utwierdzenie chorego w słuszności jego poglądów i uczuć. Takie postępowanie jest bardzo ważne dla chorego samopoczucia i nastroju chorego, pomaga zapobiegać konfliktom z chorym.
TERAPIA ZAJĘCIOWA	Utrwalenie umiejętności jeszcze posiadanych przez chorego, odtwarzanie tych, które zostały niedawno utracone i poprawa aktywności. Są to na przykład proste prace domowe.
TERAPIA ŚRODOWISKOWA	Terapia ta to stworzenie przyjaznego i bezpiecznego otoczenia choremu.

[5] M. Barcikowska, A. Bilikiewicz: *Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej.* Wyd. Biblioteka Neurologii Praktycznej. Lublin 2009, s. 134-135.

TERAPIA GRUPOWA	Spotkania z innymi chorymi, ze znajomymi, rodziną.
TERAPIA SZTUKA	W zależności od wcześniejszych zainteresowań może to być malowanie, lepienie z plasteliny, gliny, ciasta, rysowanie, wyklejanie itd.
MUZYKO – TERAPIA	Poprzez przypominanie pacjentowi jego ulubionych utworów (odtwarzanie z płyt lub kaset), wspólne śpiewanie, granie, słuchanie muzyki).

Źródło: T. Parnowski: *Choroba Alzheimera*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2010, s. 36-38

Jeszcze inną alternatywną w stosunku do leczenia farmakologicznego, metod postępowania w przypadku objawów choroby Alzheimera jest metoda SNOEZELEN. W tej metodzie nacisk położony jest na wprowadzenie w otoczenie chorego spokojnej,

niezagrażającej atmosfery za pośrednictwem stymulacji oddziałującej na wiele zmysłów jednocześnie. Atmosferę tę tworzy stonowane oświetlenie i cicha, spokojna muzyka, delikatna stymulacja dotykiem i rozpylane olejki zapachowe. [6]

Udzielanie pomocy osobom z chorobą Alzheimera

Pomoc profesjonalną chorzy uzyskują od lekarzy, pielęgniarek, psychologów, terapeutów, pracowników socjalnych itp., natomiast pomoc paraprofesjonalną i nieprofesjonalną otrzymują od przyjaciół i rodziny.

Każda osoba pomagająca musi nauczyć się efektywnego radzenia sobie z niepokojem i konfliktem wartości.[7] Powinna okazywać choremu ciepło i opiekuńczość, otwartość, które świadczą o pozytywnym stosunku do niego. [8]

Człowiek udzielający pomocy powinien posiadać pewne predyspozycje oraz postawę psychoterapeutyczną. Musi być wytrwały, opanowany, cechować się zrozumieniem problemów pacjenta oraz umieć być jego partnerem. Zarówno członek rodziny, jak i terapeuta stara się zaplanować kolejne zajęcia tak, by było indywidualnie dopasowane do chorego.

Opieka i pielęgnowanie pacjentów z chorobą Alzheimera

Opieka nad chorym z chorobą Alzheimera oraz pielęgnowanie jest niezwykle złożona i wymaga pełnego zaangażowania ze strony wszystkich członków zespołu, zajmującego się pacjentem, a także w pełni oddaje istotę medycyny rodzinnej, której założenia gwarantują jej holistyczny charakter. Członkowie opieki i pielęgnacji nad chorym z Alzheimerem to:

- lekarz rodzinny;
- pielęgniarka środowiskowo – rodzinna;
- pracownik socjalny;

[6] K. Jaracz, W. Kozobski: *Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych*. Wyd. PZWL. Warszawa 2008, s. 301-302

[7] Łodzińska J., Pułapki zawodowe w profesji pielęgniarskiej, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro…, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013, s. 55-56.

[8] A. Klich – Rączka: Organizacja opieki nad chorymi z otępieniem. Dostęp: http://www.alzh.pl/standardy-2-14.html (20.12.2012

- fizykoterapeuta;
- terapeuta prowadzący terapię zajęciową;
- prawnik;
- grupy wspierające (chorego i opiekunów);
- alzheimerowskie grupy opieki.[9]

Pacjent może wykonywać różne czynności domowe tak długo, jak jest to możliwe. Powinien być zachęcany do ulubionych zajęć. Pielęgniarka planując opiekę nad chorym, powinna wskazać rodzinie różnorodne sposoby wspomagające pamięć tak, aby maksymalnie łagodzić te problemy lub im przeciwdziałać. Podczas działań pielęgniarskich należy zwrócić uwagę na komunikację pacjent-opiekun i zaproponować poza kontaktem słownym metody pozawerbalne, takie jak: dotyk, mimika lub gesty. Opiekunowi trzeba także uświadomić jak ważny jest ton głosu, życzliwość i spokój okazywany przez osobę opiekującą się.[10]

Pielęgniarka w porozumieniu z rehabilitantem powinna dobrać ćwiczenia do fazy choroby i zaprezentować ich zakres.

Pielęgnowanie chorych w zaawansowanym stadium otępienia uwzględnia także profilaktykę przeciwodleżynową.

Innym istotnym aspektem w pracy z pacjentem, a szczególnie z jego opiekunem, jest udzielanie przez pielęgniarkę szeroko rozumianego wparcia psychicznego.[11]

Reasumując, przy opiece i pielęgniarstwie by zapewnić choremu odpowiednią jakość życia w oparciu o powyższe rady, należy pamiętać by:

- nie wymagać od chorego wykonywania czynności przekraczających jego możliwości, nie wyręczać go w czynnościach, które jeszcze potrafi wykonać, chociaż w nieco dłuższym okresie czasu;
- nie wprowadzać w otoczeniu chorego nagłych zmian;
- nie zmuszać chorego do zadań zbyt trudnych (zwłaszcza w godzinach wieczornych, gdy jest zmęczony);
- nie reagować na niewłaściwe zachowanie chorego zdenerwowaniem; nie krzyczeć, nie spierać się z nim, gdy jest pobudzony; należy zawsze zachowywać spokój;
- cenne przedmioty chorego umieścić w niedostępnym dla niego miejscu;
- dać choremu zajęcie, aby mieć chwilę wytchnienia;
- chory przebywał jak najwięcej na świeżym powietrzu, dużo spacerował;
- rodzina utrzymywała więź z pacjentem - chory będzie pamiętał jej członków (konieczność przejęcia opieki przez inne dziecko, czyli nowa sytuacja, nie powinna być dla chorego stresem);
- każdy opiekun miał chwilę wytchnienia (nawet kosztem czasowego przekazania opieki w inne ręce).

Sprawą niezwykle istotną są rady dla opiekunów, jak zachować się przy nasileniu objawów psychicznych.

Wnioski

Choroba Alzheimera, której skutkiem są zaburzenia mózgu, jest najczęściej występującym schorzeniem otępiennym. Choroba ta dotyczy zwykle osób po 65. roku życia. Jej przyczyna nie została dotychczas poznana. Charakterystycznymi objawami, wnioskując można stwierdzić – są zaburzenia pamięci, zmiany nastroju, zaburzenia funkcji poznawczych

[9] B. Grochmal – Bach: *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera. Podejście terapeutyczne*. Wyd. Wyższa Szkoła Filozoficzno – Pedagogiczna „IGNATIANUM". Kraków 2008, s. 104-106

[10] B. Grochmal – Bach: *Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera…*, op. cit., s. 114.

[11] L. Bidzan: *Choroba Alzheimera, poradnik dla lekarzy*. Wyd. ViaMEDICA. Gdańsk 2010, s. 201-203.

oraz charakterystyczne zmiany zachowania. Wnioskując, choroba Alzheimera ma niewątpliwy związek z charakterystycznym dla naszej cywilizacji zjawiskiem demograficznym, a mianowicie starzeniem się społeczeństw. Zauważa się, iż choroba ta jest najczęstszą przyczyną, ok. 60% przypadków, otępienia. Częściej dotyka kobiet. Statystyki podają, że dotyczy od 2 do 6% osób 65-letnich i starszych. W dodatku częstość jej występowania podwaja się po 65. roku życia co 4,5 roku.

Stwierdzić można także, że starzenie się społeczeństw wpłynęło na zwiększenie zainteresowania zaburzeniami pamięci i innych czynności poznawczych. Wzrosła liczba badań epidemiologicznych poświęconych tej problematyce. Najważniejszym czynnikiem ryzyka zaburzeń pamięci jest wiek.

Ponadto rola pielęgniarek w opiece nad chorymi z otępieniem i ich opiekunami jest istotna. Polega na zmniejszeniu obciążenia trudną opieką przez towarzyszenie, edukowanie, wskazywanie wszystkich istniejących źródeł wsparcia, ułatwianie dostępu do opieki specjalistycznej i korzystania z usług socjalnych.

Literatura

1. Barcikowska M., Bilikiewicz A.: Choroba Alzheimera w teorii i praktyce klinicznej. Wyd. Biblioteka Neurologii Praktycznej. Lublin 2009
2. Baumann M., Buraczyk M., Knaś R., Przedpelska E., A. Rossa: Poradnik dla opiekunów osób dotkniętych chorobą Alzheimera. Wyd. Wielkopolskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie. Poznań, 2008
3. Bidzan L.: Choroba Alzheimera, poradnik dla lekarzy. Wyd. ViaMEDICA. Gdańsk 2010
4. Grochmal - Bach B.: Cierpienie osób z otępieniem typu Alzheimera. Podejście terapeutyczne. Wyd. Wyższa Szkoła Filozoficzno - Pedagogiczna „IGNATIANUM". Kraków 2008
5. Grossberg G.T., Kamat S.M.: Choroba Alzheimera. Najnowsze strategie diagnostyczne i terapeutyczne. Wyd. MEDISFERA, Warszawa 2011
6. Janicki K.: Domowy poradnik medyczny. Wydawnictwo PZWL. Warszawa 2010
7. Jaracz K., Kozobski W.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. PZWL. Warszawa 2008
8. Kępczyńska A., Woźnicka A.M.: Mroki niepamięci. „Wiedza i Życie", nr 4/2011
9. Kuch - Rączka A.: Co lekarz rodzinny powinien wiedzieć o otępieniu. „Przewodnik Lekarza", nr 10/2008
10. Leszek J.: Immunopatologia choroby Alzheimera - kierunki terapeutyczne. Farmakologia w Psychiatrii Neurologii. Wyd. Biblioteka Neurologii Praktycznej. Lublin 2009
11. Leszka J. (red.): Choroby otępienne. Teoria i praktyka. Wydawnictwo CONTINUO. Wrocław 2008
12. Łodzińska J., Pułapki zawodowe w profesji pielęgniarskiej, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro…, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.
13. Mace N.L., Rabins P.V.: 36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia. Wyd. MEDIPAGE. Warszawa 2005
14. Misiak K., Kopydłowska F.: Przygotowanie rodziny do opieki nad osobą starszą, cierpiącą na chorobę otępienia. Wyd. Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Wrocław 2008
15. Niedzielska J.: Pomoc pedagogiczna osobom z chorobą Alzheimera - co robić, gdy pojawi się choroba. Wyd. Oficyna Wydawnicza „ABA". Warszawa 2008

16. Pachalska M., Kwiatkowska G.E. (red.): Neuropsychologia a humanistyka. Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie - Skłodowskiej. Lublin 2010
17. Parnowski T.: Choroba Alzheimera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010
18. Potemkowski A., Potemkowska A., Ratajczak M.: Dajemy cenny czas. Poradnik opiekuna osoby z chorobą Alzheimera. Wyd. PFIZER. Warszawa 2008
19. Prusiński A.: Neurologia praktyczna. Wyd. PZWL. Warszawa 2010
20. Putowski L., Jakowicki I.A. (red.): Choroba Alzheimera. Wyd. BiFolion. Lublin 2010
21. Rybakowski I.: Oblicza choroby Alzheimera. Wyd. TerMedia. Poznań 2008
22. Schwarz G.: Choroba Alzheimera. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2008
23. Sobów T.: Choroba Alzheimera. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2011
24. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne, tom III. Wyd. PWN. Warszawa 2010
25. Szodlik A., Liberski P., Barcikowska M.: Otępienie. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. Karków 2010
26. Tylska A.: Pomoc osobom chorym na chorobę Alzheimera. „Przegląd Alzheimerowski", nr 1/2008
27. Węgiel J., H.M. Wiśniewski: Rodzinna choroba Alzheimera. Wydawnictwo VOLUMED, Wrocław 2008
28. Wieczorowska K., Talarska D.: Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. PZWL. Warszawa 2008

Autorzy:
Irena Karwowska - lic. piel.
Andrzej Gomuła - prof. nadz. dr hab. n. med., Adiunkt Zakładu Piel. Klinicznego WSA, andy@medan.pl,
mgr Joanna Szwarc-Woźniak - Zakład Piel. Ogólnego, szwarc72@wp.pl

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE OSÓB STARSZYCH CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBĘ PŁUC

Tatiana Lewczuk, Jacek Ogrodnik

Streszczenie

Przewlekła obturacyjna choroba płuc prowadzi do rozwoju objawów płucnych (duszności, kaszlu) oraz pozapłucnych, spowodowanych zaburzeniami metabolizmu i hemostazy innych narządów. Nakładające się wzajemnie jednostki chorobowe potęgują nasilenie objawów, które skutkują znacznym obniżeniem jakości życia osoby chorej. Zaawansowana postać POChP może znacząco utrudnia funkcjonowanie osoby starszej, prowadząc niejednokrotnie do niepełnosprawności [1]

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest jednostką kliniczną objawiającą się przewlekłym zapaleniem oskrzeli (PZO) i rozedmą płuc. Proporcja objawów jest zróżnicowana indywidualnie.

Podstawą choroby jest zwężenie dróg oddechowych (obturacja), które utrudnia dopływ powietrza, a w efekcie powoduje niedotlenienie pęcherzyków płucnych. Upośledzona czynność dróg oddechowych spowodowana jest głównie reakcją na działanie gazów, najczęściej dymu tytoniowego. Choroba ma charakter postępujący

Współwystępowanie w POChP ograniczonego dopływu tlenu oraz stanu zapalnego oskrzeli skutkuje nieodwracalnymi zmianami w tkance płucnej, hipoksją i następowymi zaburzeniami funkcjonowania ważnych życiowo narządów wewnętrznych.

Celem pracy jest ustalenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta z POChP oraz opracowanie zaleceń do opieki domowej.

Słowa kluczowe: POChP, proces pielęgnowania, opieka domowa

Title

Nursing problems in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease

Abstract

Chronic obstructive pulmonary disease leads to the development of pulmonary symptoms (dyspnea, cough) and extrapulmonary disorders in metabolism and hemostasis other organs. Overlapping each other disease entities intensify the severity of symptoms, which result in a significant reduction in quality of life of the sick person. Advanced COPD can significantly impedes the functioning of the elderly, often leading to disability Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a clinical entity manifested by chronic bronchitis (CB), and emphysema. Proportion of symptoms varies individually.

The basis of the disease is the narrowing of the airways (airway obstruction), which impedes air flow and consequently causing alveolar hypoxia. Impaired airway function is mainly due to the reaction to gases, usually tobacco smoke. The disease is a progressive Comorbidity in COPD limited supply of oxygen and bronchial inflammation results in

[1] Sawicka A., Marcinowska-Suchowierska E.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) w wieku podeszłym. [w:] Postępy Nauk Medycznych 2011, 5, 435-439

irreversible changes in lung tissue hypoxia and następowymi impaired functioning of vital organs.

The aim of the study is to determine the patient's nursing problems with COPD and to develop recommendations for home care.
Keywords: COPD, the process of nursing, home care

Epidemiologia

Ze względu na szerzenie się nałogu palenia papierosów i zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego przewiduje się, iż w 2020 roku POChP będzie stanowiło trzecią przyczynę śmiertelności. Sytuacja ta jest powiązana ze zmniejszającą się śmiertelnością z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego oraz chorób zakaźnych.[2]

W Polsce POChP stanowi czwartą przyczynę zgonów. Częstość zachorowania u osób po 40 roku życia wynosi 10%. Choroba częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet, w stosunku od 2:1 do 3:1. W związku z rozpowszechnieniem palenia tytoniu wśród kobiet różnica zachorowalności u obu płci stopniowo się zmniejsza.[3]

Przyczyny

Największy wpływ (85-90%) na rozwój POChP ma nałóg palenia papierosów.

Ryzyko rozwoju POChP w niewielkim stopniu zależy także od następujących czynników:

- bierne wdychanie dymu tytoniowego zanieczyszczenie powietrza atmosferycznego w krajach rozwiniętych – głównie produktami spalania ropy i węgla (SO_2, NO_2, ozon, pył),
- ekspozycja zawodowa na pyły i substancje chemiczne,
- niska masa ciała
- niedobór masy urodzeniowej
- nawracające infekcje układu oddechowego w dzieciństwie
- przebyta gruźlica
- astma
- niedobór α_1-antytrypsyny (odpowiedzialnej za powstawanie rozedmy u osób niepalących)
- płeć męska [4]

Objawy i klasyfikacja POChP

Objawy POChP narastają bardzo powoli, rozpoznawalne są zazwyczaj w zaawansowanym stadium choroby. Rozpoznanie choroby możliwe jest dzięki korelacji objawów podmiotowych, które zgłasza pacjent oraz objawów przedmiotowych, zaobserwowanych przez osobę badającą.

Objawy przedmiotowe zauważalne są dopiero w zaawansowanej chorobie. Wówczas możliwe jest stwierdzenie:[5]

---

[2] Pierzchała W., Barczyk A., Górecka D., Śliwiński P., Zieliński J.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). [w:] Pneumonologia i Alergologia Polska, 2010, 78, 5, 318-347

[3] Antczak A.: Wielka interna: Pulmonologia, część II. Medical Tribune Polska,Warszawa, 89-121

[4] Beers M.H., Porter R.S., Jones T.V., Kaplan J.L., Berkwits M.: The merck manual. Podręcznik diagnostyki i terapii. Urban&Partner, Wrocaływ 2006, 511-525

- wdechowego ustawienia klatki piersiowej (tzw. klatka beczkowata);
- zmniejszenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej ruchu dodatkowych mięśni oddechowych
- zwiększenia napięcia mięśni pochyłych i mostkowo-obojczykowo-sutkowych oddechu przez zaciśnięte usta („zasznurowane usta")
- przyspieszonego oddechu (tachypnoe) nadmiernie jawnego lub bębenkowego wypuku przepełnienia żył szyjnych
- objawów niedotlenienia (sinica, tachypnoe)
- przekrwionych, załzawionych oczu
- osłuchowo: wydłużenie fazy wydechowej z nasileniem, stłumiony szmer pęcherzykowy, świsty, furczenia, trzeszczenia.

Klinicznie wyróżnia się dwa typy chorych na POChP:
typ A – różowy sapacz (pink puffer), odznacza się przewagą cech rozedmowych, hiperwentylacją oraz nadmiernym uczuciem duszności, niedoborem masy ciała oraz niewielkimi zaburzeniami gazometrii krwi tętniczej w spoczynku;
tyb B – siny i obrzęknięty (blue bloater), charakteryzuje się przewlekłym zapaleniem oskrzeli, niewielkim odczuciem duszności, zwiększoną masą ciała oraz objawami przewlekłej niewydolności krążeniowej i oddechowej: sinica centralna, hipoksemia, hiperkapnia.[6]

Rozpoznanie

Diagnostyka przewlekłej obturacyjnej choroby płuc opiera się na wywiadzie badaniu fizykalnym i badaniach dodatkowych. Z przeprowadzonego wywiadu uzyskać należy wszystkie informacje, świadczące o objawach POChP. Badanie fizykalne polega na osłuchiwaniu i opukiwaniu klatki piersiowej, wzrokowej ocenie pracy mięśni oddechowych oraz ustawienia klatki piersiowej.[7]

Badaniem mającym największą wartość diagnostyczną jest spirometria, służąca ocenie wydolności układu oddechowego, dzięki określeniu wielkości przepływu powietrza przez drogi oddechowe oraz składowych objętości powietrza w płucach.

Badaniem uzupełniającym spirometrię jest zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej. W początkowej fazie choroby zmiany w płucach zazwyczaj nie są zauważalne. RTG klatki piersiowej jest pomocne w zaawansowanej postaci choroby w celu diagnostyki różnicowej POChP i innych chorób dających podobne objawy, a także w celu oceny rozdęcia płuc i rozwoju nadciśnienia płucnego.[8]

Leczenie

Leczenie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc dobierane jest indywidualnie zależnie od stopnia zaawansowania choroby oraz występujących dolegliwości i powikłań. Celem leczenia jest złagodzenie objawów, zapobieganie zaostrzeniom choroby i ich leczenie, zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego, zapobieganie wystąpieniu powikłań i ich leczenie oraz poprawa funkcjonowania układu oddechowego oraz wydolności ogólnoustrojowej. [9]

---

[5] Chazan R.: Pneumonologia praktyczna. Wyd. α-medica Press, Bielsko-Biała 2005, 310-321
[6] Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). [w:] Pneumonologia i Alergologia Polska 2002, 70, 2, 1-44
[7] Pauwels R. Global initiative for chronic obstructive lung diseases (GOLD): time to act. [w:] Eur Respir Journal 2001, 18, 901-902
[8] Katz J., Patek C.B., Aslam M.K.: Podręcznik medycyny klinicznej. PZWL, Warszawa, 2009, 103
[9] Zieliński J.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie. [w:] Przewodnik lekarza 2003, 6, 2, 62-73

Leczenie stabilnej postaci POChP polega na interwencji leczniczej w wielu płaszczyznach, spośród stosowanych metod wymienia się:

- profilaktyka (eliminacja nałogu palenia)
- farmakoterapia (leki rozszerzające oskrzela drogą wziewną)
- tlenoterapia
- wentylacja mechaniczna (przez rurkę intubacyjną lub tracheotomijną)
- leczenie chirurgiczne (przeszczep jednego płuca)
- rehabilitacja fizyczna i oddechowa[10]

Leczenie zaostrzenia POChP

W miarę stopnia zaawansowania POChP wzrasta częstość występowania zaostrzeń choroby oraz trudności w leczeniu zaostrzeń. Najczęstszą przyczyną zaostrzenia choroby jest infekcja wirusowa oraz wtórne nadkażenia bakteryjne.

Wskazaniem do hospitalizacji przy zaostrzeniu POChP jest gwałtowne narastanie objawów, zwłaszcza duszność spoczynkowa, ciężka postać POChP, nieskuteczne leczenie ambulatoryjne, nowopowstałe objawy kardiogenne (arytmia serca, sinica, obrzęki obwodowe), niepewne rozpoznanie etiologii zaostrzenia oraz starszy wiek.[11]

Powikłania

Przewlekła obturacyjna choroba płuc nieodzownie prowadzi do inwalidztwa, bez względu na zastosowane metody leczenia. Oprócz objawów ze strony układu oddechowego, POChP towarzyszą również zmiany pozapłucne. Powikłaniami pozapłucnymi POChP są również zaburzenia stanu odżywienia, osteoporozę, osłabienie mięśni szkieletowych, niedokrwistość i depresję. Przyczyną powstawania powikłań pozapłucnych jest wspólna etiologia – palenie tytoniu oraz przewlekłe reakcja zapalna.[12]

Duża śmiertelność spowodowana jest w dużym stopniu zbyt późnym rozpoznaniem powikłań sercowych ze względu na zbliżone objawy z POChP. Najprostszym badaniem umożliwiającym pewne rozpoznanie powikłań sercowych, a dzięki temu wczesne wszczęcie leczenia, jest EKG

Jakość życia z POChP

Ocena jakości życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc służy ocenie stanu psychofizycznego pacjenta oraz stanowi uzupełnienie oceny stanu klinicznego i skuteczności podjętego leczenia. Jakość życia pacjentów chorych na POChP jest niższa niż osób zdrowych ze względu na postępujące dolegliwości ze strony układu oddechowego oraz powikłania ogólnoustrojowe. [13]

Wartości spirometryczne oceniane są jako główny determinant jakości życia chorych na POChP. Istotnym czynnikiem w poczuciu jakości życia chorych ma także stopień obturacji oskrzeli, wydolność wysiłkowa oraz nasilenie duszności.

Czynnikiem warunkującym nasilenie dolegliwości, a tym samym obniżenie jakości życia jest palenie papierosów.

---

[10] Zieliński J.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie. [w:] Przewodnik lekarza 2003, 6, 2, 62-73
[11] Jasik A., Marcinowska-Suchowierska E.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. [w:] Postępy Nauk Medycznych 2009, 5, 340-344
[12] Sawicka A., Marcinowska-Suchowierska E.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) w wieku podeszłym. [w:] Postępy Nauk Medycznych 2011, 5, 435-439
[13] Bąk-Drabik K., Ziora D.: Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. [w:] Pneumonologia i Alergologia Polska 2004, 72, 128-133

Nasilające się dolegliwości oddechowe, ograniczające wydolność wysiłkową często są przyczyną zaburzeń emocjonalnych. Pacjenci z POChP, zwłaszcza osoby starsze, wykazują podwyższony poziom lęku, cechy obniżonej samooceny, a nawet depresji. Inicjatorem zaburzeń emocjonalnych w POChP jest eliminacja z życia zawodowego i społecznego oraz zaburzenia snu.

W zaawansowanym stadium obturacji dróg oddechowych ocena jakości życia bywa decydująca w planowaniu kolejnych etapów terapii.

Opis przypadku

Pani E.Z. w wieku 76 lat została przyjęta na oddział gruźlicy i chorób płuc SP ZOZ w Hajnówce z powodu zaostrzenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Pacjentka jest wdową. Mieszka w mieście, w mieszkaniu na 1 piętrze, w bloku posiadającym windę. Wraz z pacjentką mieszka nastoletnia wnuczka, która uczęszcza do liceum. Pacjentka jest emerytką i utrzymuje się z emerytury. Przed emeryturą pracowała jako chemik w mieszalni farb. Pacjentka choruje na RZS, które objawia się głównie zwyrodnieniem stawów kręgosłupa w odcinku lędźwiowym i stawów kolanowych. Od dzieciństwa cierpi na nietolerancję laktozy. W związku z czym stosuje dietę bez zawartości laktozy. Od ponad 30 lat pali papierosy, dziennie 20-30 sztuk. W 1999 roku rozpoznano przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. W grudniu 2011 roku była hospitalizowana z powodu obustronnego zapalenia płuc. Nie przyjmuje szczepień przeciw grypie ze względów ekonomicznych. Przebyte operacje: appendectomia w wieku 30 lat (1966 r.), histerectomia w wieku 53 lat (1989r.) z powodu ostrego krwawienia z dróg rodnych, wszczepienie protezy stawu kolanowego lewego w wieku 74 lat (2010 r.). Stosowane leki: piroxicam 20mg p.o., naclof gel, ketonal 100mg p.o. doraźnie, BerotecN doraźnie 2 wdechy. Pacjentka została przyjęta na oddział z objawami zaostrzenia choroby: duszność spoczynkowa, przyspieszony, płytki oddech, sinica dystalnych części kończyn górnych i dolnych, wzmożona męczliwość, osłabienie. W badaniu przedmiotowym stwierdzono ruchy dodatkowych mięśni oddechowych, przepełnienie żył szyjnych, oddech przez zaciśnięte usta. Osłuchowo stwierdzono furczenia nad polami płucnymi. Badanie spirometryczne świadczy o ciężkiej postaci POChP: wskaźnik FEV1/FVC równy 45%, próba rozkurczowa ujemna. Wykonano badanie RTG klatki piersiowej, badanie morfologiczne i biochemiczne krwi żylnej.

Wyniki badań podczas przyjęcia na oddział: SaO2 94%, RR 120/70 mmHg, HR 130 ud/minutę, 26 oddechy/minutę, temperatura ciała: 38,7oC. Badanie krwi wykazało leukocytozę (13,6 x 109/l), podwyższone stężenie CRP (86 mg/l), niedokrwistość (Hgb 9 g/dl, HT 34%). Zastosowano leczenie: hydrokortyzon 100 mg i.v., euphylin 200mg i.v., 1 jednostkę KKCZ, 50 ml albumin, Berodual + pulmicort inhalacje 2xdz., tlenoterapia 2 l/min, polprazol 40 mg p.o., ketonal 100mg i.m.

Pacjentkę objęto opieką w drugim dniu hospitalizacji. Przez cały dyżur pacjentka była dotleniania przez wąsy tlenowe z przepływem 3 l/min. Stwierdzono niedobór masy ciała: waga 49kg, wzrost 163cm (BMI=18,44 kg/m2), wodnisty katar, podwyższoną temperaturę ciała: 38,2oC. Parametry życiowe przedstawiały się następująco: RR 130/80 mmHg, HR 110 ud/minutę, saturacja 98%. Oddech płytki, przyspieszony: 22 oddechy/minutę. Śluzówki wilgotne, skóra czysta, bladoróżowa. Chora skarżyła się na bóle kręgosłupa i lewego stawu kolanowego oraz duszności nasilające się podczas wykonywania czynności samoobsługowych. Pacjentce przypisano dietę bogatobiałkową oraz preparaty Nutrison.

Wskazówki do pielęgnacji

- zaprzestanie palenia papierosów
- zwiększenie aktywności fizycznej, wykonując ćwiczenia aerobowe nie obciążające stawów kolanowych, np jazda na rowerze, pływanie, gimnastyka
- unikanie produktów spożywczych zawierających laktozę
- stosowanie diety wysokoenergetycznej
- przyjmowanie szczepionek przeciw grypie oraz pneumokokom co roku
- spożywanie produktów bogatych w żelazo i białko
- spożywanie suplementów wysokoenergetycznych

Literatura

1. Antczak A.: Wielka interna: Pulmonologia, część II. Medical Tribune Polska, Warszawa, 89-121
2. Barnes P.J.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. Medical Press, Gdańsk 2001
3. Batura-Gabryel H., Kuźnar-Kamińska B.: Nowe spojrzenie na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POCHP) – problem chorób współistniejących. [w:] Przewodnik lekarza, 2007, 3, 98-101
4. Batura-Gabryel H.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) i choroby współistniejące. [w:] Przewodnik lekarza, 2007, 1, 108-111
5. Bąk-Drabik K., Ziora D.: Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. [w:] Pneumonologia i Alergologia Polska 2004, 72, 128-133
6. Bąk-Drabik K., Ziora D.: Wpływ statusu socjoekonomicznego na jakość życia chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. [w:] pneumonologia i Alergologia Polska 2010, 78, 1
7. Beers M.H., Porter R.S., Jones T.V., Kaplan J.L., Berkwits M.: The merck manual. Podręcznik diagnostyki i terapii. Urban&Partner, Wrocaływ 2006, 511-525
8. Bręborowicz A., Thor P.J., Winnicka M.M.: Patofizjologia. Urban&Partner, Wrocław 2010, 151-161
9. Chazan R.: Pneumonologia praktyczna. Wyd. α-medica Press, Bielsko-Biała 2005, 310-321
10. Ciechaniewicz W.: Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. PZWL. Warszawa 2006, 73-76
11. Curtis J.R., Engelberg R.A.: Communication abort palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease. [w:] Journal palliative care, 2005, 21, 157-164
12. Drozdowski J., Bakuła S., Drozdowska A., Kędziora K., Porzezińska M., Słomiński J.M.: pływ rehabilitacji na jakość życia u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. [w:] Pneumonologia i Alergologia Polska 2007, 75, 2
13. Gan WQ, Man SF, Senthilselvan A, Sin DD.: Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a meta- analysis. [w:] Thorax, 2004, 59, 574-580
14. Ganong W.F., Lewin-Kowalik J.: Fizjologia. PZWL, Warszawa 2007, 630-631
15. Górajek-Jóźwik J.: Wprowadzenie do diagnozy pielęgniarskiej. PZWL, Warszawa 2007, 31-39
16. Grabowska- Krawiec P.: Wpływ aleksytymii, poziomu depresji i psychoedukacji na jakość życia i obraz kliniczny chorych na astmę lub przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Praca doktorska, Wojskowy Instytut Medyczny, Warszawa 2009.

17. Halpin D., Rudolf M.: Najistotniejsze informacje w skrócie. [w:] POChP. Medycyna po Dyplomie 2008, 1, 4, 14-28.
18. Jahnz-Różyk K., Targowski T.: Koszty przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w Polsce i na świecie. [w:] Terapia 2010, 9, 245, 66-69
19. Jasik A., Marcinowska-Suchowierska E.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc. [w:] Postępy Nauk Medycznych 2009, 5, 340-344
20. Jemal A., Ward E., Hao Y., Thun M: Trends in the leading causes of death in the United States, 1970-2002. [w:] JAMA, 2005, 294, 1255-1259
21. Karwat K.: POChP – czy można wpłyną na tok przebiegu choroby? [w:] Terapia 2007, 10, 201, 21-25
22. Katz J., Patek C.B., Aslam M.K.: Podręcznik medycyny klinicznej. PZWL, Warszawa, 2009, 103
23. Khan M.G., Lynch J.P.: Choroby płuc. Diagnostyka i terapia. Urban&Partner, Wrocław 2000, 193-222
24. Kózka M., Płaszewska-Żywko L.: Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. PZWL, Warszawa 2008, 27-28
25. Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B.: Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. PZWL, Warszawa 2009, 53-63
26. Kupczyk M., Kuna P.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP) – diagnostyka i terapia. [w:] Przewodnik lekarza 2002, 5, 9, 57-62
27. Leppert W., Jezierska B.: Postępowanie w duszności u chorych na nowotwory. [w:] Medycyna paliatywna 2011, 1, 19-32
28. Pang M.C.S., Tse C.Y., Chan K.S. I wsp.: An empirically based ethical analysis of treatment-limiting decisions obstructive pulmonary disease. [w:] Journal Crit. Care, 2004, 19, 135-144
29. Pauwels R. Global initiative for chronic obstructive lung diseases (GOLD): time to act. [w:] Eur Respir Journal 2001, 18, 901-902
30. Pierzchała W., Barczyk A., Górecka D., Śliwiński P., Zieliński J.: Zalecenia Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). [w:] Pneumonologia i Alergologia Polska, 2010, 78, 5, 318-347
31. Pierzchała W.: Badania czynnościowe układu oddechowego w zaostrzeniu astmy i POChP. [w:] Terapia 2002, 3, 118, 12-18
32. Piorunem T.: Spirometryczna próba rozkurczowa. [w:] Przewodnik lekarza, 2007, 1, 53-54
33. Sawicka A., Marcinowska-Suchowierska E.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) w wieku podeszłym. [w:] Postępy Nauk Medycznych 2011, 5, 435-439
34. Siemińska A., Kubiak A., Bobowicz M., Jassem J.M., Kuziemski K., Słomiński J.M., Jassem E.: Współwystępowanie raka płuca i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. [w:] Advances in Palliative Medicine, 2006, 5, 2,
35. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne. Stan wiedzy na rok 2011. Medycyna Praktyczna
36. WHO. Word Heath Organisation Definition of Quality of life. [w:] http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/gol/ql1.htm
37. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ftyzjopneumonologicznego dotyczące rozpoznawania i leczenia przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP). [w:] Pneumonologia i Alergologia Polska 2002, 70, 2, 1-44
38. Zieliński J.: POChP – choroba zbyt rzadko rozpoznawana nie tylko we wczesnym okresie. [w:] Pneumonologia i alergologia, 2007, 75, 2-4
39. Zieliński J.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie. [w:] Przewodnik lekarza 2003, 6, 2, 62-73

40. Zieliński J.: Przewlekła obturacyjna choroba płuc – zasady postepowania. [w:] Przewodnik lekarza 2000, 8, 62-68

Autorzy:
Tatiana Lewczuk - lic. piel.
Jacek Ogrodnik - prof. nadz. dr hab. n. med, adiunkt WSA, jaog@esculap.pl

WIELKIE PROBLEMY GERIATRYCZNE

Aleksandra Malka, Alicja Palczewska, Bożena Kozikowska, Joanna Szwarc – Woźniak

Streszczenie

Człowiek w wieku sędziwym, posiadający wielką mądrość życiową przestaje być samodzielny i staje się ułomny. Opieka nad nim sprawia trudności rodzinie i często zostaje on przekazany do placówki opiekuńczej. Czasami śmierć najbliższych jest powodem degradacji ludzkiego umysłu i pojawienia się demencji starczych. Potrzeba opieki staje się niezbędna i konieczna.

Przeprowadzone badania potwierdziły, że zespoły niesprawności starego człowieka są zjawiskiem powszechnym wśród populacji geriatrycznej. Wskazane problemy znacząco wpływają na jakość życia ludzi w podeszłym wieku. Ich opiekunowie rozpoznają potrzeby i stosują zakres usług. Badania wykazały, że liczniejszą grupą osób starszych są zdecydowanie kobiety, a średnia życia wydłuża się z każdym rokiem. Wzrastają z tego powodu zaburzenia równowagi i wynikające z nich upadki. Pojawia się problem nietrzymania moczu, następują wzrosty zaburzeń otępiennych, a w szczególności choroby Alzheimera. Depresje i nietrzymanie moczu dotknęły badanych w nieco mniejszym stopniu, ale znacząco wpływają na jakość ich życia stanowiąc pewien % problemów geriatrycznych.
Słowa kluczowe: problemy geriatryczne, niezaradność życiowa, opieka pielęgniarska

Title

Big geriatric problems

Abstract

Venerable aged man having a great wisdom ceases to be independent and becomes dysfunctional. Care for it makes the family difficulties and often it is passed to the care center. Sometimes death is a cause degradation of the coming of the human mind and the appearance of senile dementia. The need for care becomes necessary.

The study confirmed that the teams malfunctions old man are common among the geriatric population. It issues a significant impact on the quality of life in old age. Their caregivers recognize the need and use of services. Studies have shown that the larger group of older people are definitely women and the standard of living increases every year. They increase because of this imbalance and the resulting falls. There is a problem of incontinence, followed by increases of dementia, particularly Alzheimer's disease. Depression and urinary incontinence affected respondents to a lesser extent, but significantly affect the quality of their lives acting in a certain% in geriatric problems.
Keywords: geriatric problems, helplessness living, nursing care

Starzenie się społeczeństwa

Starzenie się to faza życia, którą w znaczeniu biologicznym cechuje stopniowe zmniejszanie rezerwy funkcjonalnej poszczególnych narządów i układów.[1] Za umowny

[1] Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J.A., (red): *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*., PWN, Warszawa 2013, s.252 – 257.

początek starzenia przyjmuje się wystąpienie nie chorobowych zmian regresyjnych, które zmniejszają wydolność funkcjonalną organizmu. Granice starości są bardzo płynne, a sam proces starzenia się przebiega etapami. Do najczęściej spotykanych zalicza się 4 okresy starości:

- 60 – 69 lat wiek początkowej starości
- 70 – 74 lata wiek przejściowy pomiędzy początkową starością a wiekiem ograniczonej sprawności fizycznej i umysłowej
- 75 – 84 lata wiek zaawansowanej starości
- 85 lat i więcej niedołężna starość

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) za początek starości uznaje 60 rok życia. Wyróżnia się w niej 3 zasadnicze etapy.

- Od 60 – 75 roku życia – wiek podeszły (tzw. wczesna starość)
- Od 75 – 90 roku życia – wiek starczy (tzw. późna starość)
- 90 rok życia – wiek sędziwy (tzw. długowieczność)

Problem starzejącego się społeczeństwa to najważniejszy problem współczesnych cywilizacji o wysokim stopniu rozwoju. Starzenie się jest więc procesem ciągłym i nieodwracalnym.

Wielkie problemy geriatryczne

Biologiczne i psychologiczne aspekty starzenia się organizmu wprowadzają w wielkie problemy geriatryczne.[2] Przewlekłe, wieloprzyczynowe zaburzenia, które stopniowo prowadzą do funkcjonalnej niesprawności, wpływają negatywnie na jakość życia starszych osób. Trudności w leczeniu prowadzą do stopniowej utraty niezależności, ograniczenia ich aktywności życiowej, kontaktu z innymi osobami, otoczeniem oraz mobilnością. Są to stany wymagające szczególnego nadzoru pielęgniarskiego oraz pomocy osób najbliższych, opiekunów.[3] Zaliczyć należy do nich:

- nietrzymanie moczu i stolca
- zespoły otępienne
- depresje
- upadki i zaburzenia lokomocji
- upośledzenie wzroku i słuchu
- wielolekowość i wielochorobowość
- geriatryczny zespół jatrogenny. [4]

1. Zaburzenia funkcji zwieraczy – nietrzymanie moczu i stolca

Z wiekiem dochodzi do zaburzeń zwieraczy, czyli nietrzymania moczu i stolca. W populacji osób starszych jest to częste schorzenie i dotyczy około 40% badanych (z nietrzymaniem moczu) i 6% badanych (z nietrzymaniem stolca). Problem ten jest następstwem nakładania się wielu schorzeń i stanów fizjologicznych w obrębie układów: moczowego i wydalniczego. [5]

---

[2] Łodzińska J., *Przedmowa*, w: Od poczęcia do naturalnej śmierci. Praca zbiorowa pod redakcją naukową Jolanty Łodzińskiej, Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2013, s. 7.
[3] Niechwiadowska – Czapka T., Klimczyk A., *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*., Continuo, Wrocław 2010, s.17, 30
[4] Wieczorowska – Tobis K., Talarska D., (red): *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studentów medycznych*., PZWL, Warszawa 2010, s.237 – 270 18 – 22
[5] Kędzior – Kornatowska K., Muszalik M. (red): *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*., Czelej, Lublin 2007, s.4, 14 – 16, 98.

W większości przypadków postępowanie jest zachowawcze i polega na ćwiczeniach rehabilitacyjnych i farmakoterapii. Leczenie chirurgiczne stosuje się rzadziej, chyba że istnieją ku temu wskazania zdrowotne. Opieka dotyczy głównie przystosowania osoby do życia z dysfunkcją.[6]

2. Zespoły otępienne

Otępienie (demencja) jest zespołem objawów wywołanych chorobą mózgu, zwykle przewlekłą lub o postępującym przebiegu. Problemom tym często towarzyszą lub nawet je poprzedzają, zaburzenia emocjonalne, zachowania i motywacji. Najczęstszą przyczyną otępienia są :

- Choroba Alzheimera – 50 – 70% wszystkich przypadków
- Otępienie naczyniopochodne – 10 – 15%
- Otępienie z ciałami Lewy'ego – 13%
- Otępienie czołowo – skroniowe – 9% [7]

Poniższa tabela przedstawia podział tych schorzeń.

Tab. 1. Podział otępień

Postępujące – typ degenerujący	**Niepostępujące – typ niedegenerujący**
choroba Alzheimera	*Przyczyny:*
otępienie naczyniopochodne	
otępienie czołowo – skroniowe	guzy mózgu
otępienie z ciałami Lewy'ego	uraz czaszkowo – mózgowy
otępienie w chorobie Parkinsona	wodogłowie
pląsawica Huntingtona	zapalenie naczyń
choroba Creutzweldta – Jacoba	

Źródło: Na podstawie: Galus K. (red): *Pielęgniarstwo geriatryczne.,* Urban&Partner, Wrocław 2012,s. 564

[6] Schiefele J., Staudt I., Dach M., *Pielęgniarstwo geriatryczne.*,(red): Galusa K., Urban&Partner, Wrocław 1996.,s.3 – 6, 30
[7] Mace N.L., Rabins P. V.: *36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia*., MediPage, Warszawa 2005, s.6 – 7, 160 – 165

3. Choroba Alzheimera

Jest zwyrodnieniową chorobą mózgu charakteryzującą się postępującym otępieniem, zaburzeniami mowy, praksji i gnozji. Etiologia nie jest do końca wyjaśniona.

Stwierdza się ogólny zanik mózgu, szczególnie kory czołowej i hipokampa. Osoby dotknięte chorobą nie potrafią zrobić zakupów i codziennych czynności, następuje zaburzenie afaktyczne. Zaczyna się rozwijać zespół otępienny, spadek zainteresowania otoczeniem, niechęć do zmiany bielizny i mycia. Chory robi się zaniedbany i przestaje poznawać najbliższych. Postępująca choroba prowadzi do afazji, apraksji, agnozji, nietrzymania moczu i stolca, upadków i zaburzeń równowagi. Osoby takie stają się bezradne, wymagają ciągłej opieki w dzień i w nocy, a to stwarza dla rodziny i otoczenia wiele problemów. Leczenie jest objawowe. Należy chorego nakłaniać i zachęcać do aktywności fizycznej w miarę jego możliwości.[8]

4. Choroba Parkinsona

Jest postępującym oraz nieuleczalnym schorzeniem, w którym proces zwyrodnieniowy dotyczy jąder podkorowych, zwłaszcza istoty szarej. Chorzy zaczynają miewać drżenia w spoczynku, spowolnienia ruchowe, zmiany w postawie ciała i chodzie oraz sztywność mięśni. Przebieg choroby jest powolny, ale chory z czasem robi się kaleką. Leczenie polega na stosowaniu leków przeciwdziałających obniżeniu dopaminy w jądrach podkorowych. [9]

5. Otępienia naczyniopochodne

Zwykle zaczynają się nagle. Najczęstszą przyczyną ich powstania są zaburzenia ukrwienia mózgu po udarze. Leczenie otępienia naczyniopochodnego polega na: leczeniu czynników ryzyka sercowo – naczyniowego; systematycznym kontrolowaniu ciśnienia tętniczego krwi i ilości przyjmowanych płynów; właściwej opiece środowiskowej; a przy nagłych zaburzeniach psychicznych stosuje się leczenie psychotropowe. [10]

6. Depresje

Są najczęstszym zaburzeniem psychicznym u osób starszych. Lekceważone przez najbliższe otoczenie objawy, uznawane są za kolejny etap starzenia się. Jednak należy je leczyć a nie lekceważyć. Nierozpoznana i nieleczona opóźnia powrót do zdrowia oraz pogarsza rokowanie.[11]

7. Upadki i zaburzenia lokomocji

Upadki są główną przyczyną śmierci wśród zgonów spowodowanych nieszczęśliwymi wypadkami w grupie wieku powyżej 65. roku życia.

Przyczyny upadków osób starszych dzieli się na wewnętrzne i zewnętrzne. Wewnętrzne zależne są od stanu zdrowia lub nasilenia objawów chorobowych, a zewnętrzne od warunków środowiskowych przystosowanych dla ludzi starszych.

Dość często przyczynami upadków i groźnych powikłań są zawroty głowy. Dotyczą

---

[8] Rosławski A., *Wybrane zagadnienia z geriatrii*., AWF, Wrocław 2008, s.28 – 29.
[9] Rosławski A., *Wybrane zagadnienia z geriatrii*., AWF, Wrocław 2008, s.28 – 29.
[10] Galus K. (red): *Pielęgniarstwo geriatryczne.,* Urban&Partner, Wrocław 2012,s.560 – 564,713 – 715.
[11] Niechwiadowska – Czapka T., Klimczyk A., *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*., Continuo, Wrocław 2010, s.17, 30.

one zaburzenia narządu równowagi (błędnika), oraz jego złożonego ukrwienia. Z wiekiem dochodzi do zmian inwolucyjnych w narządzie przedsionkowym, wzrokowym, zaburzenia czucia głębokiego i spadku masy mięśniowej. Ma to wpływ na niestabilność równowagi i wystąpienie prezbiastacji u osób starszych[12]

8. Geriatryczny zespół jatrogenny

Najczęstszym jego powodem są zbyt duże dawki leków przyjmowane przez osoby starsze, powodujące efekty toksyczne i interakcje w stosowanym leczeniu wielolekowym. Nazywane jest to często jatrogenią lekową.

Inną przyczyną jatrogenni jest błędne realizowanie zaleceń (przez chorą osobę na np. otępienie, niedowidzenie) lub zaprzestanie leczenia z powodów ekonomicznych lub społecznych (bieda, samotność, brak opieki).

Podejście geriatryczne w diagnostyce, leczeniu i opiece nad osobami starszymi poprzez ograniczenie jatrogenni, w perspektywie czasu przynosi wymierne korzyści ekonomiczne[13]

Charakterystyka terenu i grupy badanej

W Brukseli, stolicy Belgii, Domów Opieki jest bardzo dużo. Wynika to z zapotrzebowania na taki rodzaj opieki. Jak wynika z badań demograficznych przeprowadzonych w Belgii, grono osób w wieku emerytalnym cały czas się powiększa. Powoduje to starzenie się kraju w bardzo szybkim tempie. W Belgii na jedną osobę w wieku produkcyjnym przypada od 3 do 5 emerytów.

Starzenie się społeczeństwa najbardziej odczuwa Flandria. Naturalne przejścia na emeryturę będą o 35% większe w latach 2010 – 2015, niż w okresie 2005 – 2010, podczas gdy w Walonii o 26,4%, zaś w Brukseli o 15,2%.[14]

W Belgii średnio 8% powyżej 60 roku życia i 42% powyżej 85 roku życia przebywa w instytucjach, czyli Ośrodkach Opiekuńczych. Połowa osób starszych powyżej 80 roku życia nadal mieszka w środowiskach domowych, korzystając z opieki dochodzącej (jak podają statystyki INAMI).[15]

W Belgii są trzy rodzaje instytucji opiekuńczych dla osób starszych:

- MRPA – Domy Dla Osób Starszych
- MRS – Domy Opieki
- RS – Rezydencje – Serwis

Badaniami objęto grupę 63 osób, z czego 8 to mężczyźni, a 55 kobiety. Najstarsza osoba badana liczy 101 lat, najmłodsza 60. Są to osoby z różnymi chorobami wieku geriatrycznego, różną sprawnością fizyczną i psychiczną, z innymi potrzebami pomocy w życiu codziennym i funkcjonowaniu w nim. Badane osoby mieszkają w pięciopiętrowym budynku. Na każdym piętrze jest dwanaście pokoi jednoosobowych i cztery pokoje dwuosobowe. Mieszkańcy to głównie samotne osoby, które z różnych przyczyn decydują się na zamieszkanie w takim Domu Opieki.

Każdy z rezydentów ma swojego lekarza rodzinnego, który przychodzi średnio raz na dwa tygodnie lub w razie potrzeby. Głównie są to wizyty umówione, gdzie pacjentom kończą

---

[12] http://www.dps.pl/domy/index.php?rob=radar&dzial=12&art=1358[zdnia25.03.2013].

[13] http://www.drejczyk.com/?page_id=89 [z dnia 15.04.2013]

[14] http://brussels.trade.gov.pl/pl/analizy_rynkowe/article/detail,329,Glowne_kierunki_zmian_polityki_gospodarczej_Belgii.html [22.05.2012].

[15] http://www.kbs-frb.be/.../PUB20091853La.MaisonDu21eSiecle.pdf [z dnia1.05.2013].

się leki i potrzebne są kolejne recepty.

Śmierć nie jest tabu w Vesper. Każdy z pensjonariuszy jest informowany kto zmarł i odszedł na zawsze. W związku z czym istnieje możliwość wyrażenia swoich uczuć, złożenia ostatnich słów pożegnania w postaci listu, wiersza, na recepcji w księdze pamięci. Kupowane są kwiaty i odbywa się ostatnie pożegnanie. Wystawiane są również zdjęcia i prace zmarłej osoby na wystawę dla uczczenia jej pamięci.

W Brukseli rezydencja Vesper klasyfikowana jest na piątym miejscu, jeśli chodzi o poziom świadczonych usług.

Analiza dokumentów i wyniki badań własnych

Kobiety stanowią liczbę 55 (87,3%) osób z badanej próby, mężczyźni natomiast 8 (12,7%) osób. Badania wykazały, że liczniejszą płcią wwieku starszym są kobiety,

a najliczniejszym przedziałem wiekowym są osoby powyżej 90 roku życia, bo aż 33 osoby (52,3% badanych). Na drugim miejscu uklasyfikowały się osoby w przedziale wiekowym 75 – 89 lat, 23 osoby (36,5% badanych). Najmniej liczącą grupą są osoby w wieku 60 – 74 lat, czyli 7 (11,1%) osób. Badane osoby to w większości wdowy i wdowcy, ponieważ stanowią liczbę 46 (73%) osób. Panny i kawalerowie czyli osoby stanu wolnego to 14 (22,2%) osób, rozwiedzeni 2 osoby tj. 3,17% badanej populacji, a najmniej liczącą grupą są zamężni i żonaci 1 osoba (1,59% badanych).

Wszyscy respondenci grupy są dobrze wykształceni, ponieważ nie ma wśród nich osoby z podstawowym wykształceniem. Ze średnim wykształceniem jest 39 (61,9%) wszystkich badanych, z wyższym 15 (23,8%), a z zawodowym tylko 9 osób (14,3%).

Problem nietrzymania moczu występuje u 44 (69,8%) osób, zaś nie zgłasza tego problemu 19 (30,1%) badanych kobiet i mężczyzn. Nietrzymanie stolca dotyczy 29 (46,03%) osób, natomiast u 34 (53,9%) badanych problem ten nie występuje. Zespoły otępienne ma 37 (58,7%) badanych, zaś nie ma ich 26 (41,2%) osób. Choroba Alzheimera dotyka 23 (36,5%) badanych, a nie występuje ona u 40 (63,4%) osób. Depresję stwierdza się u 22 (34,9%) badanych, zaś u 41 (65%) osób wyklucza się ją. Zaburzenia równowagi ma 47 (74,6%) biorących udział w badaniu, natomiast nie występują one u 16 (24,5%) osób. Upadki dotyczą 21 osób i stanowią 33,3% wszystkich problemów badanej populacji. Poniższa tabela obrazuje omówione dane.

Problemy pensjonariuszy Vesper

Najczęściej występującym problemem a zarazem największym są zaburzenia równowagi, które dotyczą aż trzech czwartych badanej grupy, czyli występują u 47 osób tj.74,60% grupy. Upadki wynikające z osłabionej równowagi dotyczą 33,3% wszystkich badanych.

Jednym z wielkich problemów geriatrycznych dotyczących badanej populacji jest nietrzymanie moczu, które występuje u 44 osób i stanowi 69,8% wszystkich omawianych problemów. Nietrzymanie stolca towarzyszy niespełna połowie badanych – 29 (46,03%) osobom. Zespoły otępienne to równie istotny problem badanej populacji, dotyczą one 37 (58,7%) badanych respondentów. Na chorobę Alzheimera cierpi ponad jedna trzecia badanych, czyli 23 osoby, co stanowi 36,51% badanej grupy. Podobna grupa respondentów choruje na depresję i występuje ona u 22 osób, a jest to 34,9% badanych.

Wielkie problemy

Zarówno u kobiet jak i u mężczyzn najczęściej występującym problemem są zaburzenia równowagi, natomiast najrzadziej występują upadki oraz depresja.

Oprócz ogólnego spojrzenia na istniejące korelacje występowania problemów pośród badanych – płci: męskiej i żeńskiej, wzięto pod uwagę wiek.

Patrząc na wielkie problemy pod względem przedziałów wiekowych można zauważyć, że grupa osób powyżej 90 roku życia, czyli najstarsza z badanych ma największą liczbę dolegliwości.

Zauważyć należy, że w każdym przedziale wiekowym największa liczba respondentów cierpi na zaburzenia równowagi i upadki im towarzyszące. Grupa wiekowa 60 – 74 lat jest grupą, którą najmniej dotknął problem zespołów otępiennych oraz depresji. Największy problem tej grupy to upadki oraz nietrzymanie moczu.

W przedziale wiekowym 74 – 89 lat najrzadziej występującym problemem jest nietrzymanie stolca oraz depresja, natomiast w przedziale powyżej 90 roku życia – depresja.

Największym problemem najstarszej grupy wiekowej są kolejno nietrzymanie moczu, zespoły otępienne oraz nietrzymanie stolca. Wykres pokazuje również, że 65,10% badanych nie dotyczy problem depresji. Badania dały możliwość przeanalizowania korzystania przez pensjonariuszy z przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Wyniki wskazują, że 47 (74,60%) respondentów korzysta z pomocy do poruszania się a 44 (69,84%) badanych używa pampersów bądź pieluchomajtek jako pomoc w utrzymaniu codziennej higieny osobistej.

Przy okazji prowadzonych badań na temat depresji szukano powiązań występowania tej dolegliwości z odwiedzinami bliskich i z długością pobytu w Vesper. U 14 osób z 22 chorujących na depresję odnotowuje się brak odwiedzin.

Omówienie badań i wyniki

Badania zostały przeprowadzone na sześćdziesięciu-trzy osobowej grupie i wykazały, że liczniejszą płcią w wieku starszym są kobiety 55 (87,3%) badanych, a mniejszą mężczyźni 8 (12,7%) badanych. Najliczniejszym przedziałem wiekowym okazały się osoby powyżej 90 roku życia, były to 33 osoby stanowiące 52,3% badanej populacji. Na drugim miejscu uklasyfikowały się osoby w przedziale wiekowym 75 – 89 lat z liczbą 23 (36,5%) osób, zaś najmniej liczną grupą okazały się osoby w wieku 60 – 74 lat, czyli 7 (11,1%) osób. Badane osoby to w większości wdowy oraz wdowcy z liczbą 46 (73%) osób, następnie panny i kawalerowie 14 (22,2%) respondentów a rozwiedzeni 2 (3,17%) badanych. Najmniej liczną grupą okazały się osoby zamężne/ żonate – 1osoba.

Cała badana grupa należy do osób dobrze wykształconych. Wśród badanych nie wystąpiła żadna osoba z podstawowym wykształceniem. Najwięcej osób posiadało wykształcenie średnie – 39 (61,9%) osób, kolejno wykształcenie wyższe – 15 (23,8%) osób i zawodowe – 9 (14,3%) osób.

Analizując poprzednie miejsce pobytu badanych oraz długość pobytu w Vesper, okazało się, że 40 (63,49%) osób przebywało uprzednio w innej instytucji, tylko 23 osoby co stanowi 36,5% badanych, trafiło do Vesper bezpośrednio z miejsca stałego zamieszkania. Osoby ze stażem pobytu od 2 do 5 lat stanowią 14 (22,2%) badanej populacji. Najliczniejszą grupą 33 (52,38%) osób okazali się mieszkańcy powyżej 5 lat pobytu w Vesper.

Badania pozwoliły wykazać istotę i rangę występowania wielkich problemów geriatrycznych.

Najczęściej występującym problemem są zaburzenia równowagi. W badanej populacji wystąpiły one u 47 osób czyli u aż 74,6% grupy. Konsekwencją zaburzeń równowagi są niebezpieczne w skutkach upadki, które odnotowuje się u 21 (33,33%) pensjonariuszy. Niektórzy respondenci upadli więcej niż jeden raz, co dało łączną sumę 32 upadków w przeciągu 3 miesięcy. Problem upadków najczęściej występuje w grupie wiekowej 90 lat i powyżej.

Kolejnym ważnym problemem okazało się nietrzymanie moczu, które wystąpiło u 44 badanych co stanowi prawie 70% wszystkich respondentów.

Trzecim, co do wielkości problemem pojawiającym się pośród badanej grupy okazały się zespoły otępienne występujące u 37 (58,7%) badanych. Należy wspomnieć również o chorobie Alzheimera, która pojawiła się tylko i wyłącznie u 23 kobiet co stanowiło 36,5% populacji żeńskiej.

Następnym patrząc pod względem częstotliwości występowania problemem jest nietrzymanie stolca. Problem ten dotyczy 29 wszystkich badanych co stanowi 46,03% respondentów.

Najmniejszym problemem mieszkańców tego Domu Opieki okazały się depresje występujące u 22 osób, które stanowią 34,9% badanej grupy.

Podczas prowadzenia badań omawiane w pracy wielkie problemy geriatryczne przeanalizowano pod względem płci. Wyniki wskazują, że kobiecą najczęstszą dolegliwością są zaburzenia równowagi występujące u 40 (72,73%) badanych, nietrzymanie moczu na które skarży się 38 (69,09%) osób i zespoły otępienne zaobserwowane u 32 (58,18%) kobiet. Najmniejszym problemem tej płci jest depresja, która towarzyszy 15 kobietom. U mężczyzn klasyfikacja wygląda tak samo z wyjątkiem depresji, która dotyczy połowy populacji płci męskiej.

Analizując problemy pod względem wieku okazuje się, że największa ich ilość występuje w najstarszej grupie wiekowej 90 – latków i starszych. Największy problem w tej grupie to nietrzymanie moczu występuje on u 27 (42,9%) osób z tej grupy. Kolejnymi najczęściej występującymi problemami są: zespoły otępienne, na które cierpią 23 (36,5%) osób, nietrzymanie stolca to dolegliwość występująca u 17 osób, zaburzenia równowagi dotyczą 23,8% badanych w tej grupie. Na końcu klasyfikacji znalazły się upadki występujące u 11 osób.

Patrząc na kolejny przedział wiekowy 75 – 89 – latków problemy wyglądają nieco inaczej. Na pierwszym miejscu występuje problem zaburzeń równowagi, dotyczy on prawie połowy badanych w tej grupie, następnie nietrzymanie moczu to dolegliwość 12 (19%) osób, zespoły otępienne towarzyszą 11 osobom tj. 17,5% badanej grupy. Upadki, depresja oraz nietrzymanie stolca to problemy, które uklasyfikowały się na ostatniej pozycji najczęściej występujących problemów w omawianej grupie wiekowej, dotyczą one 9 (14,3%) osób.

W najmłodszej grupie 60 – 74 – latków okazało się, że największym problemem jest nietrzymanie moczu, na które skarży się 5 (7,9%) osób, kolejne problemy występują w mniej niż 5% omawianej grupy wiekowej. Badając geriatryczne problemy osób starszych wśród pensjonariuszy Vesper stwierdzono, że połowa badanej populacji zmaga się z więcej niż jednym problemem, a aż jedna czwarta pensjonariuszy Vesper, na co dzień boryka się z trzema problemami.

Badania dały możliwość przeanalizowania korzystania przez pensjonariuszy z przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Wyniki wskazują, że 47 (74,60%) respondentów korzysta z pomocy do poruszania się a 44 (69,84%) badanych używa pampersów bądź pieluchomajtek jako pomoc w utrzymaniu codziennej higieny osobistej.

Przy okazji prowadzonych badań na temat depresji szukano powiązań występowania tej dolegliwości z odwiedzinami bliskich i z długością pobytu w Vesper. U 14 osób z 22 chorujących na depresję odnotowuje się brak odwiedzin.

Wnioski

Na podstawie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Stwierdzono, że u pensjonariuszy Domu Opieki Vesper SA występują wielkie problemy geriatryczne, a największy stanowią zaburzenia równowagi. Cierpi na nie 47

(74,6%) respondentów. Bardzo częstym i niebezpiecznym skutkiem zaburzeń równowagi są upadki, które przytrafiają się 21 osobom z badanej grupy, co stanowi 33,33% respondentów.

2. Na podstawie przeprowadzonych badań można powiedzieć, że problemy geriatryczne nasilają się oraz mnożą wraz z wiekiem pensjonariuszy, natomiast zarówno płeć jak wykształcenie nie są przyczyną ich występowania.
3. Zdecydowanie można powiedzieć, ze zarówno poprzednie miejsce zamieszkania jak długość pobytu w Vesper mają znaczący wpływ na występowanie depresji wśród pensjonariuszy. Na pozostałe omawiane w pracy problemy wymienione czynniki nie wpływają.
4. Odwiedziny podopiecznych można odnotować u 49 osób. Nie mniej jednak są one rzadkie i nieregularne. Brak odwiedzin jest istotnym czynnikiem pogłębiającym i utrzymującym zjawisko depresji wśród badanych.
5. Miła atmosfera w Vesper daje poczucie rodzinnej przynależności do grona mieszkańców i zapobiega pogłębianiu się wielkich problemów geriatrycznych, takich jak zespoły otępienne dzięki rozmowom i treningom pamięci. Ponadto nawiązane więzi mobilizują podopiecznych do dłuższej sprawności fizycznej oraz samodzielności.
6. Podopieczni mogą oczekiwać od swoich opiekunów zarówno podstawowych form pomocy jakimi są czynności pielęgnacyjne, dawkowanie leków jak i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa i zrozumienia w trudach dnia codziennego seniorów.
7. Życie pensjonariuszy Vesper byłoby łatwiejsze gdyby kadra kierownicza zadbała o liczniejszy personel. Umożliwiłoby to poświęcenie większej ilości czasu podopiecznym i mogłoby zatrzymać proces pogłębiającej się depresji jak i zmniejszyć ilość upadków występujących u podopiecznych. Niewątpliwie dużym udogodnieniem dla pensjonariuszy byłby personel posługujący się więcej niż jednym językiem obcym.

Literatura

1. Brzezińska M., Graczkowska M., *Zaradnik terapeutyczny. Jak pracować z seniorami w domu pomocy społecznej*?, Difin SA, Warszawa 2012, s.32 – 34, 42 – 44.
2. Brzeziński J., *Metodologia badań psychologicznych.*, PWN, Warszawa 2004, s.22.
3. Derejczyk J., Bień B., Kokoszka – Paszot J., Szczygieł J., *Gerontologia i geriatria w Polsce i na tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju* ?, Gerontol Pol. 16/ 2008., s.149 – 159.
4. Dudkiewicz W., *Praca magisterska z pedagogiki.*, Kielce 1990, s.45.
5. Galus K., *Medycyna po dyplomie* [w:] *Objawy alarmowe w geriatrii: stany, których nie wolno przeoczyć na oddziale ratunkowym.*, Klinika geriatrii WUM, Warszawa 2008, Vol.17 Nr.10/Październik 2008, s.64 – 65.
6. Galus K. (red): *Geriatria. Wybrane zagadnienia.*, Urban&Partner, Wrocław 2010, s.107 – 118.
7. Galus K. (red): *Pielęgniarstwo geriatryczne.,* Urban&Partner, Wrocław 2012,s.560 – 564,713 – 715.
8. Gębka D., Kędzior – Kornatowska K., Podhorecka M*., Pielęgniarstwo XXI wieku* [w]: *Zawroty głowy jedną z przyczyn upadków u osób w starszym wieku.*, Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń 2012., Nr.2/39/2012., s.53 – 56.
9. Kachaniuk H*., Pielęgniarstwo integralną częścią opieki geriatrycznej.*, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, Nowy Sącz 2007, s. 9 – 12.
10. Kędzior – Kornatowska K., Muszalik M. (red): *Kompendium pielęgnowania pacjentów*

w starszym wieku., Czelej, Lublin 2007, s.4, 14 – 16, 98.
11. Kielar – Turska M., *Rozwój człowieka w pełnym cyklu życia* [w]: Strelau J., (red): *Psychologia.*, Gdańsk 2000, s.285 – 332.
12. Łobocki M., *Metody badań pedagogicznych.*, PZWL, Warszawa 2001, s.24, 100, 116.
13. Łobocki M., *Metody i techniki badań pedagogicznych.*, Impuls, Kraków 2000, s.39, 75.
14. Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych.,* Impuls, Kraków 2007, s. 132.
15. Mace N.L., Rabins P. V.: *36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z chorobą Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie życia*., MediPage, Warszawa 2005, s.6 – 7, 160 – 165.
16. Łodzińska J., *Przedmowa*, w: Od poczęcia do naturalnej śmierci. Praca zbiorowa pod redakcją naukową Jolanty Łodzińskiej, Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży, Łomża 2013, s. 7
17. *Mały Rocznik Statystyczny Polski.*, Warszawa 2011: 114 – 131
18. Marchewka A., Dąbrowski Z., Żołądź J.A., (red): *Fizjologia starzenia się. Profilaktyka i rehabilitacja*., PWN, Warszawa 2013, s.252 – 257.
19. Mianowany M.E., Maniecka – Bryła I., Drygas W., *Starzenie się populacji jako ważny problem zdrowotny i społeczno – ekonomiczny*., Gerontol Pol.12/ 2004, s.172 – 175.
20. Monthorpe J., Jliffe S. *Depresja wieku podeszłego.*, PZWL, Warszawa 2010, s.8 – 12.
21. Moritz M., *Trening umysłu jako forma utrzymania aktywności ludzi starych* [w]: Obuchowski K. (red) *Starość i osobowość.*, Bydgoszcz 2002, s.113 – 153.
22. Muszyńska H., *Wstęp do metodologii badań pedagogicznych.*, PZWL,Warszawa 1970, s.75.
23. Niechwiadowska – Czapka T., Klimczyk A., *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa geriatrycznego*., Continuo, Wrocław 2010, s.17, 30.
24. Orzechowska G., *Aktualne problemy gerontologii społecznej*., Wyższa Szkoła Pedagogiczna, Olsztyn 1999, s.14, 20.
25. Pieter J., *Ogólna metodologia pracy naukowej.*, PWN, Wrocław – Warszawa 1997 s.61
25. Pilch T., Bauman T., *Zasady badań pedagogicznych. Strategie ilościowe i jakościowe*., Żak, Warszawa 2001, s.43 – 70.
26. Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych.*, Żak, Warszawa 1995, s.79, 120.
27. Robertson R., *Zmniejszenie masy ciała u osoby starszej*., [w]: Rosenthal T., Noughton B., Williams M., *Geriatria,* Czelej, Lublin 2009, s.131 – 145.
28. Rosławski A., *Wybrane zagadnienia z geriatrii*., AWF, Wrocław 2008, s.28 – 29.
29. Schiefele J., Staudt I., Dach M., *Pielęgniarstwo geriatryczne.,*(red): Galusa K., Urban&Partner, Wrocław 1996.,s.3 – 6, 30.
30. Schwarz G., *Choroba Alzheimera. Poradnik dla chorych i opiekunów*., PZWL, Warszawa 2002, s.10 – 15.
31. Straś – Romanowska M., *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*., [w]: Harwas – Napierała B., Trempała J. (red): *Psychologia rozwoju człowieka.*, PWN, Warszawa 2000, s.263 – 292.
32. Szczudlik A., Liberski P., Barcikowska M. (red): *Otępienie.,* Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2004, s.46 – 47.
33. Szumski J., *Wstęp do metod i technik badań społecznych.*, Katowice 1975, s. 48.
34. Szukalska P., Oliwińska I., Bojanowska E., Szweda – Lewandowska Z., *To idzie starość – polityka społeczna a przygotowanie do starzenia się ludności Polski*., Praca naukowo – badawcza przygotowana przez zespół ekspertów Fundacji Instytut Spraw Publicznych na zlecenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych., Warszawa 2008., s.8 – 30.

35. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K., (red): *Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunków pielęgniarstwo i położnictwo*., Czelej, Lublin 2004, s.233.
36. Tombak M., *Jak żyć długo i zdrowo.*, Serwis, Warszawa 2007, s.179 – 180.
37. Turner J., Helms D.*, Rozwój człowieka*., WSiP, Warszawa 1999, s.26.
38. Walden – Gałuszko W., Kaptacz A., (red): *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*., PZWL, Warszawa 2008, s.134 – 135.
39. Węglińska M.*, Jak pisać pracę magisterską ?, Poradnik dla studentów*., Impuls, Kraków 2009, s.29 – 30.
40. Wdowiak L., Budzyńska – Kauczuk A., *Wielkie problemy geriatryczne – zaburzenia mobilności, równowagi i upadki.*, Pielęgniarka i Położna, Nr.8/2004, s.20 – 26.
41. Wieczorowska – Tobis K., Talarska D., (red): *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Podręcznik dla studentów medycznych*., PZWL, Warszawa 2010, s.237 – 270 18 – 22.
42. Zając L.*, Wiek sprzeczności*., Charaktery, Warszawa 2000, s.10, 17 – 18.
43. Zboina B., Nowak-Starz., (red): *Starość – obawy, nadzieje, oczekiwania. Wybrane zagadnienia z gerontologii.*, Stowarzyszenie Nauka Edukacja i Rozwój, Ostrowiec Świętokrzyski 2009, s.39.
44. Zenderowski R., *Praca magisterska. Jak pisać i obronić ?, Wskazówki metodologiczne.,* CedeWu.Pl, Warszawa 2008, s.22 – 24.
45. Zielińska – Więczkowska H., Kędziora – Kornatowska K., Kornatowski T., *Starość jako wyzwanie*., Gerontol Pol.16/2008, s. 131 – 145.
46. http://epp.eurostat.ec.europa.eu [z dnia 22.03.2013].
47. http://portalwiedzy.onet.pl/27732,,,,obserwacja,haslo.html [z dnia 3.05.2013].
48. http://www.czytelniamedyczna.pl/678,wielkie-problemy-geriatryczne-iiupadki/ html [z dnia 2.04.2013].
50. http://www.dps.pl/domy/index.php?rob=radar&dzial=12&art=1358[zdnia25.03.2013]. http://www.drejczyk.com/?page_id=89 [z dnia 15.04.2013]
51. http://www.kbs-frb.be/.../PUB20091853La.MaisonDu21eSiecle.pdf [z dnia1.05.2013].
52. http://www.egospodarka.pl/74077,Starzejace-sie-spoleczenstwo-zahamuje-gospodarke,1,39,1.html [z dnia 29.11.2011].
53. www.inp.uni.opole.pl/geronto/starzenie.html [z dnia 15.04.2013].
54. http://portalwiedzy.onet.pl/13042,,,,agnozja,haslo.html [z dnia15.05.2013].
55. http://portalwiedzy.onet.pl/46815,,,,apraksja,haslo.html [z dnia15.05.2013].
56. http://portalwiedzy.onet.pl/46032,,,,afazja,haslo.html [z dnia15.05.2013].
57. http://www.aladom.be/annuaires/maison-retraite/bruxelles-capitale/forest/seniorie-vesper-640/ [z dnia 15.05.2013].
58. http://belgia.podatkieuropejskie.pl/belgia-sie-starzeje-czy-ten-europejski-kraj-czeka-kryzys/48/ [z dnia 18.03.2013].
59. http://brussels.trade.gov.pl/pl/analizy_rynkowe/article/detail,329,Glowne_kierunki_z mian_polityki_gospodarczej_Belgii.html [22.05.2012].
60. http://poczta.wp.pl/d665/indexgwt.html?flg=1#md,uid=138 [z dnia 2.05.2013].

Autorzy:
Aleksandra Malka - lic. piel.
Alicja Palczewska – dr n. med., Adiunkt Zakładu Piel. Ogólnego WSA, a.palczewska@op.pl
mgr Bożena Kozikowska
mgr Joanna Szwarc-Woźniak - Zakład Piel. Ogólnego, szwarc72@wp.pl

OPIEKA NAD PACJENTEM Z CHOROBĄ ALZHEIMERA

Danuta Olejarz, Andrzej Gomuła

Streszczenie

Choroba Alzheimera jest najczęstszą przyczyną otępienia w populacji ludzi starych. Została opisana w 1907 roku przez niemieckiego neurologa Aloisa Alzheimera jako choroba mózgu z charakterystycznymi zmianami w badaniu patomorfologicznym, która przejawia się zaburzeniami otępiennymi a w badaniu klinicznym dość bogatą symptomatologią.

Choroba znajduje się w kręgu ciągłego zainteresowania naukowców oraz społeczeństwa. Poznanie przyczyn otępienia mogłoby pomóc w opracowaniu działań zapobiegawczych, natomiast odkrycie skutecznego leczenia zmniejszyłoby skutki społeczne jakie wywołuje to schorzenie. Wymiar społeczny choroby ujawnia się początkowo w postaci deficytów w funkcjonowaniu społecznym, aż do zupełnej utraty zdolności pełnienia ról społecznych. Prowadzi to do niepełnosprawności i zależności od innych osób oraz instytucji (rodzina, system opieki zdrowotnej).[1]

Celem pracy jest przedstawienie opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera, Opieka ta jest integralną częścią wielodyscyplinarnych oddziaływań, odbywającą się na wielu płaszczyznach. Opieka pielęgniarska jest częścią kompleksowego działania terapeutycznego i powinna mieć charakter holistyczny,to znaczy powinna swoim działaniem obejmować problemy wynikające ze sfery fizycznej, psychicznej oraz społecznej pacjenta.
Słowa kluczowe: otępienie, izolacja, współpraca, rehabilitacja

Ttile

Care of the patient with Alzheimer's disease

Abstract

Alzheimer's disease is the most common cause of dementia in the elderly population. It was described in 1907 by German neurologist Alois Alzheimer as a brain disease with characteristic changes in the pathological examination, which manifests itself in impaired otępiennymi fairly extensive clinical symptomatology.

The disease is continued interest in the circle of researchers and the public. Understanding the causes of dementia could help in developing preventive approaches, while finding an effective treatment reduce the social impact of what causes this disease. The social dimension of the disease manifests itself initially in the form of deficits in social functioning until complete loss of ability to perform social roles. This leads to disability and dependence on other persons and institutions (family, health system).

To present the care of the patient with Alzheimer's disease care is an integral part of the multidisciplinary interactions, taking place on many levels. Nursing is part of a comprehensive therapeutic effect and should be holistic, that is, should their actions involve problems resulting from the realm of physical, psychological and social patient.
Keywords: dementia, isolation, cooperation, rehabilitation

---

[1] Nazimek B., Błońska A., Sąsiadek M., *Genetyczne podstawy choroby Alzheimera*, w: Choroby otępienne, teoria i praktyka, Leszek J., (red.), Wrocław 2003, s.75,11

Istota choroby Alzheimera

Choroba Alzheimera jest procesem zwyrodnieniowym mózgu prowadzącym do zaniku komórek nerwowych z charakterystycznymi zmianami neuropatologicznymi przejawiającymi się klinicznie otępieniem. W mózgu odkładają się patologiczne białka: beta-amyloid (zewnątrzkomórkowo) i białka tau (wewnątrzneuronalnie), pod postacią amyloidowych blaszek starczych i alzheimerowskiego zwyrodnienia neurofibrylarnego.

Upływający czas powoduje, że w mózgu dochodzi do degradacji funkcji korowych to znaczy: pamięci, myślenia, rozumienia, orientacji, zdolności uczenia się oraz liczenia; świadomość nie jest zaburzona. Postępujące i nieodwracalne zmiany morfologiczne ośrodkowego układu nerwowego mają odzwierciedlenie w dysfunkcjach poznawczych stwierdzanych w tym schorzeniu. Występują zaburzenia uwagi, pamięci deklaratywnej, które przemawiają za dysfunkcją płata skroniowego a także jąder podstawy. Kolejno zaburzeniu ulegają funkcje werbalne, pamięć operacyjna, procesy orientacji i planowania, działania, zdolność przestrzegania kryteriów. [2]

Etiologia i diagnostyka choroby

Choroba Alzheimera jest chorobą heterogenną. Można wyodrębnić dwie zasadnicze postaci: rodzinną (z wczesnym pojawieniem się objawów- około 40 roku życia) i sporadyczną(objawy występują przeważnie po 65 roku życia). Składnik dziedziczny występuje w obydwu postaciach choroby. Rodzinna postać choroby stanowi mniej niż 5% wszystkich przypadków choroby, może być spowodowana mutacjami poszczególnych genów. W postaci sporadycznej ten czynnik ryzyka występuje jako jeden z wielu. W około 90% przypadków chorobę Alzheimera stanowi postać sporadyczna.[3] Aby prawidłowo zdiagnozować otępienie typu alzheimerowskiego należy najpierw postawić diagnozę otępienia w oparciu o klasyczne kryteria a następnie sprecyzować jego typ. Wykluczając inne prawdopodobne przyczyny otrzyma się obraz kliniczny choroby Alzheimera. Opierając się na nowych obserwacjach zdefiniowany został deficyt poznawczy, założeniem którego jest diagnozowanie na podstawie skarg pacjenta, dotyczących problemów z pamięcią w oparciu o obiektywną ocenę opiekuna. Zaburzenia pamięci wymagają potwierdzenia podczas badania neuropsychologicznego, służą do tego specyficzne testy.[4] Obiektywną ocenę wypowiedzi może utrudnić zaburzony krytycyzm chorego, o czym nie należy zapominać. W związku z tym istotne znaczenie będzie miał zebrany szczegółowy i rzetelny wywiad od opiekuna.[5]

W badaniu mikroskopowym widoczny jest proces patologiczny, początek którego ma miejsce w płatach skroniowych a następnie w płatach potylicznych i ciemieniowych. Zauważalne są drobne skupiska włókienek amyloidu w korze, które w kolejnej fazie otoczone są tak zwanym wieńcem neurotycznym. Gromadzenie się amyloidu określa się jako encefalopatię amyloidową. W fazie początkowej choroby złogi amyloidu umiejscawiają się w korze mózgu, a następnie w ciele migdałowatym. W tym czasie nasilają się zaburzenia pamięci, zaburzenia mowy, pojawiają się trudności w samodzielnym funkcjonowaniu.[6]

---

[2] Bagniewski R., Borkowska A., *Dysfunkcja czołowa w chorobie Alzheimera i schizofrenii w świetle badań neuropsychologicznych*, Postępy psychiatrii i neurologii. 5(1996), s.41-47.
[3] Żekanowski C., Przyłuska- Fiszer A., Barcikowska M., *Choroba Alzheimera pomiędzy diagnostyką, ekonomią i etyką*, w:Choroby otępienne ,teoria i praktyka ,Leszek J.,(red.) Wrocław 2003, s.37-38,40-41.
[4] Pużyński S., Rybakowski J., *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*, w: Psychiatria, Bilikiewicz A., Pużyński S., (red.), Wrocław 2002, s.174,102-103
[5] Krzyżówski J., *Psychogeriatria*, Warszawa 2004, s.240-242,200,171,190,215-217,220. 246,248
[6] Kulczycki J., *Obrazy neuropatologiczne*, w:Psychiatria, Bilikiewicz A., Pużyński S., (red.),Wrocław 2002, s.88-89.

W diagnostyce procesów poznawczych wykorzystuje się: metody przesiewowe, zestawy prób neuropsychologicznych, testy neuropsychologiczne ukierunkowane na szczegółową ocenę poszczególnych procesów W Polsce wykorzystywany jest test MMSE, który pozwala oceni orientację co do miejsca i czasu, zdolność zapamiętywania, koncentrację uwagi, czytanie a także pisanie. Test CDT (rysowania zegara) pozwala ocenić wydolność wzrokowo- przestrzenną, myślenie abstrakcyjno-pojęciowe, planowanie.[7]
W przypadku, gdy źródłem informacji jest pacjent przeważnie badane są funkcje poznawcze, ocenie poddawane są objawy psychopatologiczne, stany emocjonalne. W tym celu dysponujemy skalami: ADAS- cog, CIBIC- plus, GBS, GDS, MMSE. W przypadku, gdy informacji udziela osoba, która opiekuje się chorym, ocenia się zachowanie, stany emocjonalne, zakres wykonywanych czynności dnia codziennego, jakoś snu a także jakoś życia. Mamy do dyspozycji skale: ADFACS, DAD, ACDS- ADL, PDS. Do odróżnienia objawów otępienia na podłożu naczyniowym od otępienia typu alzheimerowskiego stosuje się skalę MHIS, gdzie źródłem informacji jest pacjent i osoba sprawująca bezpośrednią opiekę nad chorym [8]

OBJAWY KLINICZNE

Pierwszym objawem typowym, nasuwającym podejrzenie choroby Alzheimera są zaburzenia pamięci krótkoterminowej i uczenia się. Zgłaszane przez chorego lub rodzinę skargi to nasilające się w czasie powtarzanie się, wielokrotnie pytanie o to samo, problemy z przypominaniem nazw ulic, nazwisk, zapominanie o spotkaniach. Pojawiają się liczne problemy w trakcie realizacji zadań złożonych, które wymagają koncentracji, pamięci lub też myślenia abstrakcyjnego (między innymi w celu gospodarowania własnymi finansami, wypełniania różnych formularzy, przyjmowania zaleconych leków i o odpowiedniej porze, zapamiętywania np. listy zakupów). Pamięć długoterminowa ulega pogorszeniu z upływem czasu. [9]

Zaburzeniom poznawczym często towarzyszą objawy depresyjne, występują u ok.25% chorych, przeważnie we wczesnym okresie choroby, gdy chory zdaje sobie jeszcze sprawę z narastających problemów z pamięcią. W późniejszych stadiach choroby zaburzenia depresyjne występują sporadycznie.[10]

Charakterystyczne są tak zwane zespoły błędnego rozpoznawania. Należą do nich: objaw telewizora (to, co widzi na ekranie traktuje jako coś co dzieje się naprawdę); objaw lustra (nie rozpoznaje swego odbicia, traktuje je jako obcą osobę, czasami odnosi się do niej przyjaźnie a czasami wrogo); poczucie, że dom w którym mieszka nie jest jego własnym domem i w związku z tym zgłasza chę powrotu do domu. Pozostałe zaburzenia zachowania to między innymi: działania niecelowe, pobudzenie, błądzenie, zaburzenia snu aż do odwrócenia rytmu dobowego. Pobudzenie może przybierać formę agresji, przeważnie słownej, niekiedy jednak agresji fizycznej (ok.20% przypadków); czasami też może występowa pod postacią niepokoju ruchowego lub ciągłego chodzenia. W późniejszej fazie choroby pojawiają się zaburzenia chodu oraz upadki, co wiąże się najczęściej z apraksją chodu. U ok.10% chorych pojawiają się mioklonie a także napady padaczkowe.[11]

---

[7] Kotapka-Minc S., *Neuropsychologiczna ocena zespołów otępiennych*, w: Psychiatria, Bilikiewicz A., Pużyński S., (red), Wrocław 2002, s.552,553-555.
[8] Zyss T., (red.) *Leczenie zespołów otępiennych,* Wrocław 2005, s.276-278,279,258-259,77,78,101-106,137,222
[9] Gabryelewicz T., Barcikowska M., Jarczewska D.Ł., *Terapia choroby Alzheimerateoria a praktyka,* Wiadomości Lekarskie 9-10(2005), s.528
[10] tamże
[11] Sadowska A., (red.) *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera.* Warszawa 2001, s.12-15, 22,47,52-53,23,71-72,81-82,45-46.

LECZENIE PACJENTA Z CHOROBĄ ALZHEIMERA

Stosowane leczenie to leczenie objawowe , które nie zatrzymuje ani nie odwraca powstałych zmian o podłożu biochemicznym i neuropatologicznym.

Obecnie stosowane są leki o działaniu cholinergicznym. Jest to leczenie objawowe, które poprzez zwiększenie neurotransmisji cholinergicznej korzystnie oddziaływuje na poprawę funkcji poznawczych i behawioralnych. [12]

W celu poprawienia metabolizmu mózgowego wskazane jest zastosowanie terapii lekami nootropowymi. Leki te korzystnie wpływają na poprawę pamięci, koncentrację, kojarzenie,. Wskazaniem do zastosowania leków z tej grupy są zaburzenia przepływu krwi przez komórki mózgowe, zmiany degeneracyjne w ośrodkowym układzie nerwowym, zespoły psychoorganiczne.[13]

Kolejna grupa leków ma oddziaływanie na neuroprzekaźnictwo, Leczenie ma na celu zachowanie zdolności codziennego funkcjonowania. Leczenie neuroleptykami powoduje zmniejszenie zaburzeń zachowania, poprawę funkcji poznawczych.

Wyniki badań izraelskich naukowców wykazały, że galantamina, lek roślinny posiada podwójny mechanizm. Pierwszym mechanizmem jest przywracanie stężenia acetylocholiny, kolejnym jest wiązanie z receptorami acetylocholiny. Działania te stymulują przekaz impulsów pomiędzy komórkami nerwowymi. Nowy lek działa pozytywnie na pacjentów, zwiększa ich witalność i aktywność organizmu. U pacjentów polepszyły się zdolności poznawcze.[14]

OPIEKA NAD CHORYM

Opieka nad osobą z chorobą Alzheimera wymaga od opiekuna pełnego zaangażowania. Holistyczny charakter podejścia do opieki angażuje zespół, którego każdy członek powinien pamiętać, że chory z otępieniem potrzebuje pomocy szczególnie wówczas, gdy nie ma świadomości by o nią prosić.[15] Wraz z postępem choroby osoba chora staje się coraz mniej samodzielna, nie ma poczucia zagrożenia, staje się bezkrytyczna w stosunku do tego co robi, wykonywanie czynności z zakresu samoobsługi ulegają ograniczeniu. Dużą rolą opiekunów jest zapewnienie takiej osobie bezpieczeństwa. Czas opieki w pierwszym roku od pojawienia się objawów otępienia w przebiegu choroby Alzheimera waha się w granicach dwóch godzin na dobę. W kolejnych latach postęp choroby powoduje, że czas ten się wydłuża do opieki całodobowej, niemniej średnio czas poświęcony choremu wynosi przeszło 7 godzin. Pamięta należy jednak , że jest to opieka intensywna i uciążliwa a jej destrukcyjny wpływ odbija się zarówno na życiu rodzinnym, społecznym oraz zawodowym opiekuna. [16]

Osoba chora oprócz poczucia bezpieczeństwa potrzebuje, zrozumienia, miłości, wsparcia a także akceptacji zachowań wynikających z choroby, Rodzina musi mieć świadomość, że osoba jej bliska już nie będzie taka jak przed chorobą.[17] ”Obowiązek troski o chorych w rodzinie wynika również z tzw. ordo caritatis, czyli porządku miłości, określającego zasady, którymi należy się kierować w sytuacji, gdy wiele osób znajduje się w potrzebie, a można pomóc tylko niektórym. Zgodnie z ordo caritatis człowiek

---

[12] Magierki R., Magierka J., Sobów T., *Co nowego w chorobie Alzheimera* w; Psychiatria co nowego, Rymaszewska ,(red),Wrocław 2011,s.104,110,116-117.
[13] Krzyżówski J., *Psychogeriatria*, Warszawa 2004, s.240-242,200,171,190,215- 217,220. 246,248
[14] www.resmedica.pl/układ nerwowy/choroba-alzheimera. z dn.12.12.2012
[15] Steciwko A., Kurpas D., *Opieka nad chorym z zespołem otępiennym w praktyce lekarza rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z chorobą Alzheimera,* w:Choroby otępienne, teoria i praktyka, Leszek J.,(red.),Wrocław 2003, s.529-532,531,54
[16] Bartoszek A., *Antropologiczny wymiar opieki*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 9 (2008), s.32,32-34
[17] pastylka.pl/choroby/Alzheimer/artykuły/351 z dn23.04.2112, *Jak rozpoznać otępienie.*

zobowiązany jest do pomocy przede wszystkim względem osób związanych więzami pokrewieństwa, a także różnymi więzami moralnymi.

Bardzo ważnym elementem jest niezmienność środowiska życia, zapewnienie warunków odpowiednich do stopnia niesprawności chorego. Wszystkie zmiany których chcemy dokonać powinny być wprowadzane stopniowo, aby nie spowodować dezorientacji, poczucia zagubienia lub strachu. Mieszkanie powinno być przyjazne pod względem bezpieczeństwa w zakresie przemieszczania, obsługi urządzeń mechanicznych, eliminacji niebezpiecznych lub ostrych przedmiotów.[18]

Opiekun tak powinien planować rozkład dnia by uwzględniał uczestnictwo chorego w wykonywaniu prostych i złożonych czynności dnia codziennego jak: gotowanie, nakrywanie do stołu, zamiatanie, odkurzanie, robienie zakupów. Podczas wykonywania tych czynności nie należy wyręczać chorego, przeciwnie, należy dać mu więcej czasu, okazać zrozumienie. Aktywność ukierunkowana chroni przed bezcelowym wędrowaniem, nie zaburza rytmu dobowego. Utrzymanie prawidłowego rytmu dobowego może pomóc rodzinie uniknąć problemów wynikających z braku zajęć chorego a zaburzenia snu dość często są następstwem podsypiania w ciągu dnia. Ważny jest rytuał posiłków, możliwie o tej samej porze, w tym samym pomieszczeniu. Posiłki należy dostosowywać do aktualnego stanu chorobowego, starać się nie wyręczać poprzez karmienie, pozwalać na spożywanie stałych pokarmów rękoma, bez pomocy sztućców.[19] Osoba z chorobą Alzheimera nie wymaga specjalnej diety. Przy schorzeniach ze strony układu pokarmowego lub trawienia należy te dolegliwości wziąć pod uwagę ustalając jadłospis. Jeśli tego typu dolegliwości nie występują, powinno się wziąć pod uwagę wiek i upodobania chorego.

W przypadku braku opieki domowej chory powinien zostać umieszczony w placówce zapewniającej opiekę całodobową. Może to by dom pomocy społecznej, zakład opiekuńczo-leczniczy lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.[20] Obecność rodziny przy chorym w placówce opiekuńczo-leczniczej daje przede wszystkim poczucie przynależności do wspólnoty rodzinnej.

UDZIAŁ PIELĘGNIARKI W OPIECE

U chorych na chorobę Alzheimera głównymi problemami pielęgnacyjnymi są: deficyty w samoobsłudze, zaburzenia komunikowania, kłopoty z pamięcią, zaburzenia myślenia, błądzenie, brak krytycyzmu w stosunku do tego co robi, zaburzenia snu, niedożywienie, nietrzymanie moczu i stolca, wyczerpanie fizyczne i psychiczne opiekuna.

Etapowość choroby powoduje jednocześnie modyfikację opieki. Duże znaczenie w początkowej fazie choroby ma wsparcie edukacyjne rodziny ze strony pielęgniarki. Rodzina powinna mieć świadomość, że chory członek rodziny będzie całodobowo potrzebował opieki i działań pielęgnacyjnych. W działaniach dotyczących tej sfery pomocna powinna by zarówno pielęgniarka, pracownik socjalny, jak też lekarz rodzinny i psycholog.[21]

W postępowaniu pielęgniarki w stosunku do chorego można wyodrębnić działania terapeutyczne, opiekuńcze, rehabilitacyjne, wychowawcze, profilaktyczne i promowanie zdrowia.[22] Działania z zakresu terapeutycznego i diagnostycznego obejmują: gromadzenie

---

[18] Sadowska A., Wojciechowska- Szepczyńska M., *Zrozumieć chorobę .Poradnik dla opiekunów osób z choroba Alzheimera*, Warszawa 2003, s.5-6,7-8,11,14-15.

[19] pielęgniarstwo.blox.pl/ tagi z dn.29.04.2012,*choroba alzheimera.*

[20] www.oipip-poznan.pl/ index. Z dn.23.04.2012, *Problemy pielęgnacyjne pacjenta z chorobą Alzheimera.*

[21] Steciwko A., Kurpas D., *Opieka nad chorym z zespołem otępiennym w praktyce lekarza rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z chorobą Alzheimera,* w:Choroby otępienne, teoria i praktyka, Leszek J.,(red.),Wrocław 2003, s.529-532,531,54

[22] Łodzińska J., *Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka*, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro…, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013, s. 33-34.

informacji o chorobie, wywiad środowiskowo-rodzinny, ocena stanu ogólnego pacjenta uwzględniająca stan higieniczny, zakres samoobsługi, zdolność przemieszczania się, odżywienie; ocena stanu psychicznego-orientacja, nastrój, zachowanie; przygotowanie chorego do badań, asystowanie podczas ich wykonywania, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych; pomiar parametrów życiowych- ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura, oddech; udział w farmakoterapii- podawanie leków według zleceń lekarza, przypominanie o konieczności przyjęcia leku drogą doustną, przy trudności w połykaniu podanie leku rozkruszonego, w przypadku podania leku drogą dożylną założenie kaniuli obwodowej, obserwacja i pielęgnacja miejsca wkłucia, obserwacja pacjenta w kierunku działań niepożądanych po podaniu leku; prowadzenie dokumentacji medycznej.[23]

Działania rehabilitacyjne prowadzą pacjentów z chorobą Alzheimer poprzez usprawnianie do utrzymania ich umiejętności motorycznych, sprawności poszczególnych układów: oddechowego, układu krążenia i trawiennego. Mają wpływ na kondycje psychiczną pacjenta. Zadania do wykonania dla chorego powinny być jasne i niezbyt trudne. Powinny koncentrować się na utrzymaniu umiejętności wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego.

W zakresie działań profilaktycznych pielęgniarka ma za zadanie propagowanie prozdrowotnego stylu życia. Brak pewnych metod zapobiegania chorobie Alzheimera, ale pomocne jest utrzymanie aktywności umysłowej i fizycznej w ciągu całego życia, uczenie się nowych umiejętności, zdrowe odżywianie (dieta niskokaloryczna, zbilansowana, z dużą ilością warzyw i owoców), unikanie używek (alkohol, nikotyna), unikanie sytuacji stresowych. Działania mające na celu promowanie zdrowia to w szczególności udostępnienie materiałów dydaktycznych promujących zdrowy styl życia, dostarczających wiedzy na temat choroby.[24]

Celem opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera jest przede wszystkim dążenie do utrzymania jak najdłużej samodzielności w zakresie samoobsługi, zorganizowanie czasu wolnego, utrzymanie komunikacji, jak najpełniejsze zrozumienie pacjenta, utrzymanie względnie dobrej pamięci. Przy problemach z zaburzeniami snu ważne jest utrzymanie prawidłowego rytmu dnia. Gdy pacjent ma trudności w zaaklimatyzowaniu się do nowych warunków, celem staje się ułatwienie adaptacji, zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa. Pielęgnowanie pacjenta w zaawansowanym etapie otępienia powinno uwzględniać przede wszystkim profilaktykę przeciwodleżynową, troskę o prawidłowe nawodnienie i odżywienie oraz zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych W zaawansowanym okresie choroby muszą by regularnie prowadzone karty obserwacji pielęgniarskiej, z kontrolą podstawowych funkcji życiowych, ilości przyjmowanych płynów oraz jedzenia, wydalanego moczu, częstości wypróżnień, a także z rejestracją wszystkich podawanych leków. Na każdym etapie choroby w kontakcie z chorym bardzo ważny jest okazywany przez pielęgniarkę spokój i życzliwość. Szczególne znaczenie ma ton głosu, gdy chory nie rozumie kierowanych do niego słów. W przypadku niepokoju i zaburzeń zachowania przyjazne gesty mogą złagodzi lęk, a przez to niejednokrotnie ograniczy konieczność doraźnego podania leku.[25]

---

[23] Biercewicz M., (red.), Ślusarz R., Szajda J., *Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjenta z chorobą Alzheimera* , w: Pielęgniarstwo w geriatrii, Warszawa 2006, s.52,59-60,53,54-55,58-59,61,56

[24] Biercewicz M., (red.), Ślusarz R., Szajda J., *Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjenta z chorobą Alzheimera* , w: Pielęgniarstwo w geriatrii, Warszawa 2006, s.52,59-60,53,54-55,58-59,61,56

[25] Klich-Rączka A., *Otępienie*, w: Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wieczorkowska- Tobis K., Talarka D.,(red.), Warszawa 2008, s.259,262,258,261-262.

STRES U OPIEKUNÓW

Choroba Alzheimera zmienia życie zarówno chorego jak i opiekuna, dla którego zapewnienie pomocy osobie chorej w wykonywaniu codziennych czynności, zapewnienie opieki pielęgnacyjnej, medycznej, oraz udzielenie wsparcia psychicznego staje się zadaniem pierwszoplanowym. Stres opisywany jest jako stan wewnętrzny oznaczający napięcie emocjonalne o ujemnym znaku. Reakcja na stres i rodzaje stresu zależne są od stresora. Rozwijający się stres powoduje zmiany w organizmie człowieka obejmując procesy zarówno fizjologiczne jak i psychologiczne. Zmiany te dotyczą ogólnego stanu zdrowia, w szczególności zachowania i zdolności do pracy.

Opiekunom towarzyszą zmienne emocje, czasami gwałtowne. Odczuwają żal, często lęk, stres,[26] mają poczucie bezradności, zniechęcenia, osamotnienia, czasami wstyd. Uwzględniając potrzeby opiekunów należy wziąć pod uwagę sytuację w jakiej się znajdują. Poprzez pomoc opiekunom jednocześnie chorzy zyskują lepszą i staranniejszą opiekę.[27]

Opiekunowi potrzebne jest wsparcie psychiczne oraz dostęp do informacji, który pozwoli w miarę rozwoju choroby poszerzać wiedzę o schorzeniu, poznać prawa swoje i chorego.

Liczne badania wykazują związek pomiędzy sprawowaniem opieki nad osobą z chorobą Alzheimera a depresją. Wykazano, że czas poświęcony opiece chorego w domu ma bezpośredni wpływ na poziom lęku i depresji u opiekuna. Wyniki wielu badań świadczą też o tym, że opieka nad osobą z demencją wiąże się z większym obciążeniem, z wyższym poziomem depresji niż opieka nad osobami bez demencji. Związek między stresem a depresją mają zaburzenia lękowe, wynikające z faktu opieki nad bliską osobą, nadmierne obciążenie fizyczne, emocjonalne i finansowe, deprymujące kontakty interpersonalne. Jednym z istotnych źródeł stresu jest obawa przed genetycznymi uwarunkowaniami choroby Alzheimera, szczególnie wówczas, gdy rolę opiekuna pełnią dzieci chorego. Głównym stresorem u opiekuna w trakcie opieki staje się niezaspokojenie potrzeb i stale rosnące wymagania związane z pełnionymi zadaniami. [28]

Literatura

1. Bagniewski R., Borkowska A., *Dysfunkcja czołowa w chorobie Alzheimera i schizofrenii w świetle badań neuropsychologicznych*, Postępy psychiatrii i neurologii. 5(1996), s.41-47.
2. Bartoszek A., *Antropologiczny wymiar opieki*, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 9 (2008), s.32,32-34.
3. Biercewicz M., (red.), Ślusarz R., Szajda J., *Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjenta z chorobą Alzheimera ,* w: Pielęgniarstwo w geriatrii, Warszawa 2006, s.52,59-60,53,54-55,58-59,61,56.
4. Boguszewski P., *Zdrowy stary mózg*, Charaktery 7(2004), s.49.
5. De Felise S., Nirenberg S., *Utrata pamięci norma czy choroba*, Warszawa 2001, s.76, 88,80,82-83.
6. Dobryszycka W., Leszek J., *Powiązanie cyklu komórkowego z cyklinami w metabolizmie mózgu z chorobą Alzheimera,* w: Choroby otępienne, teoria i praktyka, Leszek J., (red.) Wrocław 2003, s.137.

---

[26] Łodzińska J., *Stres zawodowy nieodłącznym zjawiskiem w miejscu pracy*, Białostockie Studia Prawnicze, zeszyt 13, 2013, s. 160.
[27] Krzyżówski J., *Psychogeriatria*, Warszawa 2004, s.240-242,200,171,190,215- 217,220. 246,248
[28] Kudlik A., *Nasilenie objawów depresyjnych u opiekunów osób z chorobą Alzheimera,* Nowiny psychologiczne,2(2008),s.46,47,45,47-48,52-53

7. Dzierzgowska B., *Choroba Alzheimera,* w: I Ogólnopolski Zjazd Naukowo-Szkoleniowy Pielęgniarek Psychiatrycznych, Łódź 1996, s.132-135.
8. Gabryelewicz T., Barcikowska M., *Jak radzić sobie z choroba Alzheimera,*Warszawa 2001, s.5,21,199,20,27,73,72,74.
9. Gabryelewicz T., Barcikowska M., Jarczewska D.Ł., *Terapia choroby Alzheimera-teoria a praktyka,* Wiadomości Lekarskie 9-10(2005), s.528.
10. Gabryelewicz T., *Obraz kliniczny choroby Alzheimera,* w: Poradnik dla opiekunów pacjenta z chorobą Alzheimera, Warszawa 2005, s.26,28.
11. Heitzman J., (red.), *Psychiatria,* Warszawa 2007,s.226.
12. KaczmarekM., Durda M., Skrzypczak M., Szwed A., *Ocena jakości życia opiekunów osób z chorobą Alzheimera,* Gerontologia Polska 18/2(2010), s.87.
13. Kajut A., Kurowska K., *Holistyczny model opieki pielęgniarskiej. Pacjent z demencją starcza,* Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 5(2010), s.30-31.
14. Kicia M., Iwanowicz-Palus G., *Praca zawodowa pielęgniarki i położnej źródłem stresu*, Pielęgniarstwo XXI Wieku 14-15(2006), s.41-43.
15. Klich-Rączka A., *Otępienie*, w: Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne, Wieczorkowska- Tobis K., Talarka D.,(red.), Warszawa 2008, s.259,262,258,261-262.
16. Kotapka-Minc S., *Neuropsychologiczna ocena zespołów otępiennych*, w: Psychiatria, Bilikiewicz A., Pużyński S., (red), Wrocław 2002, s.552,553-555.
17. Krzyżówski J., *Psychogeriatria*, Warszawa 2004, s.240-242,200,171,190,215-217,220. 246,248.
18. Kudlik A., *Nasilenie objawów depresyjnych u opiekunów osób z chorobą Alzheimera,* Nowiny psychologiczne,2(2008),s.46,47,45,47-48,52-53.
19. Kulczycki J., *Obrazy neuropatologiczne*, w:Psychiatria, Bilikiewicz A., Pużyński S., (red.),Wrocław 2002, s.88-89.
20. Łodzińska J., Stres zawodowy nieodłącznym zjawiskiem w miejscu pracy, Białostockie Studia Prawnicze, zeszyt 13, 2013, s. 159-174.
21. Łodzińska J., *Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka*, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro…, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.
22. Maćkowiak Z., *Wprowadzenie we współczesną problematykę opieki nad zdrowiem jednostki i społeczeństwa,* w: Pielęgniarstwo ogólne , Wołynka S., Warszawa 1996, s.21.
23. Magierki R., Magierka J., Sobów T., *Co nowego w chorobie Alzheimera* w; Psychiatria co nowego, Rymaszewska ,(red),Wrocław 2011,s.104,110,116-117.
24. Mozrzymas J., *Psychiatria neuronauka*, w:Psychiatria-co nowego, Rymaszewska J., (red.), Wrocław 2011, s.10.
25. Nazimek B., Błońska A., Sąsiadek M., *Genetyczne podstawy choroby Alzheimera*, w: Choroby otępienne, teoria i praktyka, Leszek J., (red.), Wrocław 2003, s.75,11.
26. Nowicka A., *Niepełnosprawnoś osób starszych na przykładzie choroby Alzheimera*, w: Człowiek niepełnosprawny w rożnych fazach życia, Bąbka J., (red.),Warszawa 2004, s.262,262-263,264-265,265-266,267-268,269.
27. pastylka.pl/choroby/Alzheimer/artykuły/351 z dn23.04.2112, *Jak rozpoznać otępienie.*pielęgniarstwo.blox.pl/ tagi z dn.29.04.2012,*choroba alzheimera.*
28. Pużyński S., Rybakowski J., *Neurobiologia zaburzeń psychicznych*, w: Psychiatria, Bilikiewicz A., Pużyński S., (red.), Wrocław 2002, s.174,102-103.
29. Sadowska A., (red.) *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera.* Warszawa 2001, s.12-15, 22,47,52-53,23,71-72,81-82,45-46.

30. Sadowska A., *Agresywne zachowania chorych na Alzheimera,* Niebieska linia, 6(2006), s.24,25.
31. Sadowska A., Wojciechowska- Szepczyńska M., *Zrozumie chorobę.Poradnik dla opiekunów osób z choroba Alzheimera*, Warszawa 2003, s.5-6,7-8,11,14-15.
32. Steciwko A., Kurpas D., *Opieka nad chorym z zespołem otępiennym w praktyce lekarza rodzinnego, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z chorobą Alzheimera,* w:Choroby otępienne, teoria i praktyka, Leszek J.,(red.),Wrocław 2003, s.529-532,531,54
33. Szostek A., *Etyka jako nauka filozoficzna,* w: Etyka w pracy pielęgniarskiej, Wrońska I., Mariański J., (red.), Lublin 2002.
34. Valeo T., *Nowe kierunki w badaniach nad chorobą Alzheimera*, w: Postępy nauki o mózgu, Raport roczny stowarzyszenia Dana, 2009, s.34,35.
35. Widomska-Czekajska T., Górajek- Jóżwik J., (red.), *Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych*, Warszawa 2010, s.111.
36. Wilczek-Rużyczka E. *Standardy opieki nad pacjentem z zespołem otępienia,* w:I Ogólnopolski Zjazd Naukowo-Szkoleniowy Pielęgniarek Psychiatrycznych, Łódź 1996, s.124-130.
37. Wojcierowska A., *Wpływ umieszczenia chorego z choroba Alzheimera w ośrodku pobytu dziennego na samopoczucie opiekuna*, ProblemyPielęgniarstwa16/3(2008), s.269-272.
38. Wołynka S. (red.), *Wprowadzenie w środowisko szpitalne*, w: Pielęgniarstwo ogólne. Warszawa 1993, s.104.
39. www.dpschodziez.pl/a.porady z dn.05.04.2012.
40. www.neurologiczne.pl/leczenie-choroby-alzheimera. Z dn.13.12.2012
41. www.oipip-poznan.pl/ index. Z dn.23.04.2012, *Problemy pielęgnacyjne pacjenta z chorobą Alzheimera.*
42. www.resmedica.pl/układ nerwowy/choroba-alzheimera. z dn.12.12.2012
43. Zyss T., (red.) *Leczenie zespołów otępiennych,* Wrocław 2005, s.276-278,279,258-259,77,78,101-106,137,222.
44. Żekanowski C., Przyłuska- Fiszer A., Barcikowska M., *Choroba Alzheimera pomiędzy diagnostyką, ekonomią i etyką*, w:Choroby otępienie, teoria i praktyka ,Leszek J.,(red.) Wrocław 2003, s.37-38,40-41.

Autorzy:
Danuta Olejarz - lic. piel.
Andrzej Gomuła - prof. nadz. dr hab. n. med., Adiunkt Zakładu Piel. Klinicznego WSA, andy@medan.pl

POSTĘPOWANIE PIELĘGNIARSKIE W CHOROBIE PARKINSONA W DOMU POMOCY SPOŁECZNEJ

Ewa Tomaszewska, Andrzej Gomuła, Joanna Szwarc - Woźniak

Streszczenie

Jednym ze schorzeń geriatrycznych jest choroba Parkinsona (łac. *Morbus Parkinsoni*), która związana jest ze zmianami zwyrodnieniowymi w ośrodkowym układzie nerwowym. Schorzenie to jest samoistne, długotrwałe i powoli postępujące. Objawy początkowo nieznaczne i niezauważalne powoli nasilają się przynosząc szereg ograniczeń w życiu chorego, co w konsekwencji powoduje pogorszenie jakości życia.

Pomimo leczenia farmakologicznego następuje stopniowe ograniczenie w zdolności i możliwości samodzielnego funkcjonowania chorego w środowisku domowym. Chory coraz bardziej uzależniony jest od innych osób i wymaga całodobowej opieki. Coraz częściej osoby z parkinsonizmem trafiają do domu opieki, ponieważ ich zniedołężnienie i ograniczenia, a także bezradność – czasem niechęć rodzin do sprawowania nad nimi opieki – utrudniają i uniemożliwiają im życie w rodzinnym domu.

Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem z chorobą Parkinsona w domu pomocy społecznej.

Słowa kluczowe: jakość życia, bezradność, rehabilitacja

Title

The nurse in Parkinson's disease in a social welfare home

Abstract

One of geriatric diseases is Parkinson's disease (lat. Morbus Parkinsonia), which is associated with degenerative changes in the central nervous system. The disease is self-contained, long-lasting and slowly progressing. The symptoms started slight or absent slowly worsen with bringing the number of restrictions on the life of the patient, with consequent deterioration in the quality of life.

Despite drug therapy followed by a gradual reduction in the ability and function independently of the patient in the home environment. The patient increasingly depends on the others and requires full time care. Increasingly, people with Parkinson end up in a nursing home because their infirmity and limitations, as well as helplessness - sometimes reluctance of families to care for them - impede and prevent them from living in a family home.

The aim of the study is to present the role of nurses in the care of a patient with Parkinson's disease in a social welfare home.

Keywords: quality of life, helplessness, rehabilitation

Etiologia

Choroba Parkinsona jest przewlekłą chorobą zwyrodnieniową ośrodkowego układu nerwowego. Proces chorobowy dotyczy głównie zbitej istoty czarnej śródmózgowia i innych obszarów barwnikonośnych. [1]

[1] Wieczorkowska–Tobis K., Talarska D., *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 2008

W wyniku wieloletnich badań ustalono, iż choroba Parkinsona jest ściśle związana z wiekiem, charakterystyczna głównie dla ludzi w starszym wieku. Średni wiek zachorowania na tę chorobę waha się w granicach 55-60 lat, przy czym w wieku powyżej 70 lat zachorowalność gwałtownie wzrasta. [2]

Obraz kliniczny choroby

Początek choroby Parkinsona jest dyskretny i powolny. Charakteryzuje się stałą progresją objawów.

Typowy początek choroby związany jest z wystąpieniem jedynego, lub kilku spośród następujących problemów:

- Zaburzenia ruchowe
- Drżenie (tremor).
- Wzmożone napięcie mięśniowe.
- Zaburzenia postawy.
- Spowolnienie ruchowe (bradykinezja).
- Zaburzenia równowagi.
  - Zaburzenia mimiki twarzy (amimia).
  - Zmiana charakteru pisma (mikrografia).

Objawy we wczesnym stadium choroby rzadko zgłaszane są przez pacjentów. Początkowo dotyczą braku pewności siebie w wąskich przejściach, przy wchodzeniu na drabinę, lub wypadku konieczności nagłej zmiany kierunku ruchu. W późniejszym okresie choroby wraz z zaburzeniami postawy i chodu, zaburzenia równowagi są częstą przyczyną upadków.[3]

Zaburzenia wegetatywne:
- Zaburzenia sercowo-naczyniowe.
- Zaburzenia żołądkowo-jelitowe.
- Zaburzenia oddawania moczu i stolca.
- Zaburzenia termoregulacji.
- Łojotok.
- Zaburzenia seksualne.
- Zaburzenia czucia (parestezje).
- Dolegliwości bólowe.

Zaburzenia mowy (dysartria).

Zaburzenia psychiczne.
- Spowolnienie procesów poznawczych (bradyfrenia).
- Depresja.
- Zaburzenia snu.
- Zespół otępienny (demencja).

Zaburzenia polekowe.

Podstawą postawienia rozpoznania jest stwierdzenie występowania co najmniej 2-3 klasycznych objawów, tj. drżenia spoczynkowego, wzmożonego napięcia mięśniowego i spowolnienia ruchowego.

Pomocnymi narzędziami w opisie klinicznym i określeniu niepełnosprawności czynnościowej są skale stosowane w sytuacji chorego na parkinsonizm, które oceniają stopień dysfunkcji układu nerwowego:

---

[2] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007
[3] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007

- Skala Hoehna-Yahra opisuje nasilenie objawów i przebieg choroby, określa stadia choroby od I do V
- Skala Webstera określa stopień niepełnosprawności. Ocenie podlegają zmiany motoryczne, mimika i objawy wegetatywne
- Skala Schwaba i Englanda, która dokonuje oceny stopnia niezależności chorego od otoczenia, skala aktywności życia codziennego
- Ujednolicona Skala Oceny Choroby Parkinsona (UPDRS) – daje najwięcej możliwości oceny stanu pacjenta pod względem intelektualnym i radzenia sobie chorego w życiu codziennym, a także ocenę ewentualnych powikłań terapii (załącznik 4).

Leczenie farmakologiczne

W chorobie Parkinsona leczenie powinno zmniejszać, zatrzymywać, lub zwalniać naturalny przebieg choroby. Leczenie farmakologiczne jest bardzo złożone i ma charakter objawowy.

Prowadzone są badania naukowe, które mają na celu niesienie pomocy chorym. Istnieją dowody, że pomiędzy chorobą Parkinsona, a deficytem androgenów występuje szereg korelacji epidemiologicznych. [4]

Leczenie chirurgiczne

Zabiegi chirurgiczne nie zastępują leczenia farmakologicznego, jednak mogą być brane pod uwagę w terapii, szczególnie chorych z nasilonym drżeniem, którzy nie reagują na konwencjonalne leczenie.

● Stereotaksja, polega na wybiórczym niszczeniu (ablacji), lub blokowaniu (przez ciągłą stymulację prądem o wysokiej częstotliwości) czynności określonych jąder podkorowych.

● Głęboka stymulacja mózgu polega na wszczepieniu elektrody do tzw. jąder podkorowych mózgu i na czasowym zablokowaniu funkcji określanego miejsca.

● Przeszczep płodowych neuronów dopaminergicznych pozostaje nadal na etapie badań naukowych. [5]

Dodatkowe metody postępowania terapeutycznego

Rehabilitacja i fizykoterapia jest bardzo istotną metodą terapeutyczną u pacjentów z chorobą Parkinsona. Rehabilitacja ma na celu przeciwdziałać skutkom unieruchomienia, trenuje odpowiednie nawyki i zachowania, oraz poprawia szybkość reakcji odruchowych i prowadzi do zwiększenia siły mięśni. Ruch pomaga w zwalczaniu zaparć i poprawia działanie narządów zewnętrznych.

Wśród metod rehabilitacyjnych można wyróżnić:

- kinezyterapię
- zabiegi fizykoterapeutyczne (lampa Solux, hydromasaż, jonoforeza)
- stymulacje zewnętrzną, która wykorzystuje bodźce słuchowe, wzrokowe i dotykowe.
- ćwiczenia logopedyczne
- ergoterapię
- psychoterapię[6]

---

[4] Gomuła A., Rozdz. 6, *Późno nabyty hypogonadyzm*, w: *Hormony płciowe*, Raghvendra K. Dubey, Wyd. Medan, Warszawa 2012

[5] Szubert A., *The Merck manual – podręcznik diagnostyki i terapii*, Wyd. Urban&Partner, Wrocław 2001

Charakterystyka postępowania pielęgniarskiego w chorobie Parkinsona w domu pomocy społecznej.

W przebiegu choroby pacjent boryka się z szeregiem problemów pielęgnacyjnych, z którymi sam nie może sobie poradzić, a w rozwiązywaniu których potrzebna jest pomoc profesjonalistów medycznych.

Działania pielęgniarki w domu pomocy społecznej zależą od stopnia zaawansowania choroby pacjenta i nacechowane są oddaniem, empatią, cierpliwością i szacunkiem – należy zadbać aby nie pozostawał sam na sam ze swoją chorobą.

To właśnie pielęgniarka sprawując opiekę wpływa bezpośrednio na podopiecznego i jego stosunek do otoczenia. Wszystkie jej działania zmierzają do poprawy jakości życia, przedłużenia jak najdłużej sprawności, zaspokojenia potrzeb, zapewnienia poczucia bezpieczeństwa i zapobiegania osamotnieniu.

Pielęgniarka w domu opieki powinna posiadać doświadczenie zawodowe, duże zaangażowanie w pracę, kulturę osobistą i gotowość do udzielania rad, a pacjenta otaczać troskliwą i ciepłą opieką.[7]

Działania terapeutyczne

Pielęgniarka zbiera wywiad na temat choroby i objawów współistniejących. Wywiad ten powinien mieć charakter rozmowy w określonym celu, jest świadomą umiejętnością, umożliwiającą zdobycie pełnych informacji.

Zebrane informacje pielęgniarka gromadzi i przechowuje, ponieważ będą przydatne w trakcie wizyt kontrolnych u lekarzy specjalistów.

Do działań terapeutycznych pielęgniarki w domu pomocy społecznej należy ocena stanu ogólnego pacjenta, ze szczególnym zwróceniem uwagi na deficyt w zakresie czynności samoobsługowych i mobilności, a w przypadku chorych z ograniczoną zdolnością lokomocji niezmiernie istotna jest ocena ryzyka wystąpienia odleżyn.[8]

Prowadzi obserwacje w kierunku wystąpienia objawów depresji (takich jak: zamartwianie się, obniżenie nastroju, wycofanie się z życia społecznego, negatywne i pesymistyczne myśli), a także objawów typowych dla ChP (np.: brak napędu, spowolnienie psychoruchowe, obniżenie koncentracji uwagi, zaburzenia snu).

Pielęgniarka wykonując zadania terapeutyczne zdobywa zaufanie i unika przypominania podopiecznemu o utraconych przez niego umiejętnościach, a wszelkie zmiany w zachowaniu i wyglądzie bezzwłocznie zgłasza lekarzowi rodzinnemu.

Kolejnym bardzo ważnym działaniem terapeutycznym pielęgniarki jest udział w farmakoterapii. Stosowanie leków przeciwparkinsonowskich wymaga bardzo szczegółowego przestrzegania dawek i godzin.

Podstawą farmakoterapii jest podawanie leków ściśle według wskazań lekarza i wpisanych w indywidualną kartę zleceń lekarskich, jak również przestrzeganie systematyczności podawania i dopilnowanie, aby leki zostały przyjęte w obecności pielęgniarki. Niedopuszczalne jest pozostawianie leków w pokoju chorego, ponieważ stwarza to zagrożenie nieprzyjęcia leków lub zażycie przez współlokatorów. [9]

W zaawansowanej fazie choroby mogą wystąpić zaburzenia połykania i wtedy, aby ułatwić przyjęcie leków należy je podać w pokruszonej formie.

---

[6] Blak-Kaleta A., rozdział 14, *Choroby przewlekłe*, w: *Praktyczny poradnik dla pielęgniarek*, Wyd. Verlag Dashofer, Warszawa 2008
[7] Nowicka A., *Wybrane problemy osób starszych*, Wyd. Impuls, Kraków 2010
[8] M., *Pielęgniarstwo w geriatrii*, Wyd. Med.Borgis, Warszawa 2006
[9] Galus K., *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Wyd. Urban & Partner, Wrocław 1996

Wykwalifikowana pielęgniarka polega zawsze na swoim doświadczeniu zawodowym i pogłębia wiedzę z zakresu farmakoterapii, aby zmniejszyć lub wyeliminować ryzyko wystąpienia stanów zagrożenia życia chorego i edukuje pozostały personel terapeutyczny (opiekunów, terapeutów zajęciowych, pracowników socjalnych) w zakresie rozpoznawania niepożądanych objawów.[10]

Postępowanie pielęgnacyjne i opiekuńcze

Celem działania pielęgniarki jest ułatwienie podopiecznemu wykonywanie czynności życia codziennego, jednak najważniejszą zasadą jaką należy się kierować jest niewyręczanie go w tych czynnościach, które może sam wykonywać tak długo, jak tylko pozwala na to jego stan zdrowia.[11]

We wczesnym okresie choroby pacjenci zazwyczaj sami dbają o higienę osobista i wygląd zewnętrzny, nie wyręczając, należy tylko pomóc w tych czynnościach, a co ważne zapewnić poczucie bezpieczeństwa i intymności. Pielęgniarka w razie konieczności pomaga w ubieraniu i rozbieraniu się. Pielęgniarka dokonuje obserwacji skóry chorego, czy nie występują zaczerwienienia, wysypki, podrażnienia itp., o zaistniałych zmianach informuje lekarza.

Pielęgniarka pomaga w przygotowywaniu i spożywaniu posiłków, edukuje pacjenta w zakresie możliwości zastosowania drobnego sprzętu pomocniczego.

Należy pomóc choremu przy zmianie pozycji ciała w łóżku i przemieszczania się, doprowadzić do łazienki, na stołówkę czy dodatkowe zajęcia terapeutyczne i rehabilitacyjne.

Bardzo ważnym elementem w opiece nad chorym z parkinsonizmem jest zaspokojenie potrzeby snu i wypoczynku poprzez ułatwienie zasypiania i kontynuowania nieprzerwanego snu nocnego. Postępowanie pielęgniarki polega na ustaleniu rytmu dobowego, mobilizacji seniora do zwiększenia aktywności fizycznej w ciągu dnia.[12]

Choroba Parkinsona wraz z nasileniem objawów powoli eliminuje podopiecznego z codziennego życia, jest niezdolny do wykonywania jakichkolwiek czynności i staje się całkowicie uzależniony od personelu pielęgniarskiego i medycznego. Pielęgniarka zapewnia choremu wszelkie zabiegi profilaktyczne.

Działania pielęgnacyjno-opiekuńcze w parkinsonizmie mają bardzo istotne znaczenie, a bez ich świadczenia jakość życia chorych byłaby nacechowana bólem i cierpieniem. Pielęgniarka wraz z pozostałym personelem stwarza atmosferę wsparcia i zrozumienia dla problemów podopiecznego. [13]

Profilaktyka upadków i urazów

W chorobie Parkinsona ryzyko upadków jest około dziesięciokrotnie większe niż w innych schorzeniach neurologicznych. Urazy ciała mogą prowadzić do trwałego inwalidztwa i unieruchomienia, co w przypadku osób starszych niekorzystnie rokuje. Dlatego należy dołożyć wszelkich starań, aby upadkom zapobiegać.

Pielęgniarka wzmacnia poczucie bezpieczeństwa uczestnicząc podczas czynności higienicznych i pomaga w pokonywaniu barier architektonicznych. Zapewnia dostęp do sprzętu asekuracyjnego, np.: balkoniki, laski, kule, obuwie ortopedyczne, ochraniacze na biodra. Obniżenie poziomu sprawności funkcjonalnej następuje powoli w chorobie

---

[10] W., Szreniawski Z., *Farmakoterapia geriatryczna*, Wyd. PZWL, Warszawa 1998

[11] Łodzińska J., Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro…, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013, s. 34.

[12] Blak-Kaleta A., rozdział 14, *Choroby przewlekłe*, w: *Praktyczny poradnik dla pielęgniarek*, Wyd. Verlag Dashofer, Warszawa 2008

[13] M., *Pielęgniarstwo w geriatrii*, Wyd. Med.Borgis, Warszawa 2006

Parkinsona i skutkuje koniecznością korzystania z pomocy innych osób, co dodatkowo jest czynnikiem pogłębiającym złe samopoczucie seniorów.

Bardzo istotną rolę w profilaktyce upadków ma właściwe oprotezowanie narządu wzroku i słuchu (okulary, aparaty słuchowe) w celu poprawy wzrokowej i słuchowej kontroli ruchu.

Oczywiste jest, że nie da się całkowicie wyeliminować problemu upadków z życia chorego, ale należy wtedy zwrócić uwagę na pomoc psychologiczną osobie, u której wystąpił tzw. „zespół poupadkowy", powodujący lek przed kolejnym upadkiem i poruszaniem się.[14]

Postępowanie pielęgniarskie zapobiegające agresywnym zachowaniom ze strony podopiecznego

Powstająca w wyniku choroby Parkinsona niepełnosprawność bardzo silnie narusza równowagę emocjonalną podopiecznego, osłabia jego poczucie własnej wartości i uzależnia go od pomocy innych osób.

Rolą pielęgniarki jest aktywizacja chorego, wspieranie emocjonalne, pomoc w podniesieniu samooceny i opanowanie lęku związanego z pozycją choroby.

Aby zapobiec przesadnym zachowaniom czy też agresji seniora, pielęgniarka powinna rozpoznać nieprzyjemne czynniki nasilające frustrację. Bardzo ważnym elementem pielęgnacyjnym jest nawiązanie właściwej komunikacji werbalnej i pozawerbalnej już od pierwszych dni zamieszkania chorego w domu opieki.[15]

Zapobiegając agresywnym zachowaniom ze strony podopiecznego należy wyrażać akceptację w przypadku pożądanych zachowań i chwalić nawet minimalne osiągnięcia, formułować adekwatne do jego stanu zadania w zakresie samoopieki, unikać przeciążeń i przeciwdziałać kompensacji braków.

W przypadku wystąpienia agresywnych zachowań, reakcje pielęgniarki muszą być spokojne, ale zdecydowane. Czasami wystarczy zmiana tematu, uśmiech czy skierowanie uwagi na inny temat. Nie wolno podopiecznych straszyć, grozić, ani stosować kar. Postępowanie pielęgniarki nacechowane powinno być empatią, akceptacją, szacunkiem do podopiecznego.[16]

Towarzyszenie choremu do końca

Śmierć jest nieuniknionym etapem życia. Towarzyszenie podopiecznemu w tej ostatniej części ludzkiego życia jest bardzo ciężkim, ale wzbogacającym doświadczeniem, jest przeżyciem wspólnoty w cierpieniu.

Objawami zbliżającej się śmierci mogą być: postępujące wyniszczenie organizmu, objawiające się zmniejszonym apetytem, osłabieniem i spadkiem masy ciała, zaburzenia świadomości, zwiększona senność, spadek ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie pracy serca.

Pielęgnowanie w tych trudnych momentach jest nacechowane empatią i poszanowaniem godności osobistej. Pielęgniarka dysponuje odpowiednimi kompetencjami zdobytymi w swojej pracy.

O fakcie, prawdopodobnie nadchodzącej już śmierci, pielęgniarka informuje pozostałych członków personelu, aby odpowiednio zajmowali się podopiecznym.

---

[14] Tobis K., Talarska D., *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 2008
[15] Kachaniuk H., *Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*, Wyd. Raabe, Warszawa 2012
[16] M., *Pielęgniarstwo w geriatrii*, Wyd. Med.Borgis, Warszawa 2006

Powiadamia również rodzinę chorego, która może uczestniczyć w ostatnich dniach życia swojego bliskiego i ma czas na pojednanie się.

Do ostatnich chwil pielęgniarka wykonuje zadania wynikające z funkcji terapeutycznej: dokonuje pomiarów parametrów życiowych (pomiarów ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu, temperatury ciała) i wykonuje wszystkie zlecenia lekarskie (podaje leki przeciwbólowe, w przypadku gorączki – obniżające ciepłotę ciała, przeciwwymiotne).

Opiekując się chorym umierającym należy zadbać o zaspokojenie jego pragnienia, często poić lub nawilżać usta szpatułką owiniętą gazą zanurzoną w wodzie czy herbacie. W wielu przypadkach lekarz zaleca przetoczenie roztworu soli fizjologicznej. Ponieważ umierający często oddycha przez usta, nawilżanie ich przynosi mu wyraźną ulgę.[17]

Bezwzględnie należy uzmysłowić pozostałym członkom personelu czy też rodzinie obecnej w tych trudnych chwilach, że myśli i uczucia, wyrażane przez nich słowa i gesty, dochodzą do świadomości umierającego, mimo że jest już w agonii.

Towarzyszenie choremu do końca i przeżycie wspólnoty w cierpieniu jest trudnym momentem w pracy pielęgniarki, szczególnie w domu opieki, gdzie chory mieszkał wiele lat i stał się bliski. Nie wolno zapominać, że „jakość śmierci" chorego nie wypływa z działań medyczno - technicznych, jest działaniem humanitarnym.

Pacjent z chorobą Parkinsona przychodząc do domu pomocy społecznej, rzadko te miejsce opuszcza i pozostaje w nim najczęściej do końca życia. Dlatego też świadczenie opieki pielęgniarskiej w domach opieki nad osobami z tym schorzeniem staje się coraz bardziej powszechne. [18]

Literatura

1. Adamczuk K., *Pielęgniarstwo neurologiczne*, Wyd. Czelej, Lublin 2000.
2. Biercewicz M., *Pielęgniarstwo w geriatrii*, Wyd. Med.Borgis, Warszawa 2006.
3. Blak-Kaleta A., rozdział 14, *Choroby przewlekłe*, w: *Praktyczny poradnik dla pielęgniarek*, Wyd. Verlag Dashofer, Warszawa 2008.
4. de Walden – Gałuszko K., *Podstawy opieki paliatywnej*, Wyd. PZWL, Warszawa 2007 r.
5. Galus K., *Pielęgniarstwo geriatryczne*, Wyd. Urban & Partner, Wrocław 1996.
6. Gomuła A., Rozdz. 6, *Późno nabyty hypogonadyzm*, w: *Hormony płciowe*, Raghvendra K. Dubey, Wyd. Medan, Warszawa 2012.
7. Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A., *Geriatria z elementami gerontologii ogólnej*, Wyd. Via Medica, Gdańsk 2007.
8. Kachaniuk H., *Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*, Nr 16, Wyd. Raabe, Warszawa 2011.
9. Kachaniuk H., *Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*, Nr 9, Wyd. Raabe, Warszawa 2010.
10. Kachaniuk H., *Pielęgniarska opieka nad osobami starszymi*, Wyd. Raabe, Warszawa 2012.
11. Kędziora-Kornatowska K., *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Wyd. Czelej, Lublin 2007.
12. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A., *Przewlekle chory w domu*, Wyd. Fundacja Lubię Pomagać, Gdańsk 2011.
13. Łodzińska J., Etyczna postawa pielęgniarek wobec pacjentów w świetle integralności człowieka, s. 30-31, w: Pielęgniarstwo wczoraj, dziś, jutro…, Tom II, Wyd. Arjadna Print, Ciechanów 2013.

[17] Walden – Gałuszko K., *Podstawy opieki paliatywnej*, Wyd. PZWL, Warszawa 2007 r

[18] Schiefele J., Staudt I., Dach M., *Pielęgniarstwo Geriatryczne*, Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2007.

14. Mace N., Rabins V., *36 godzin na dobę*, Wyd. Medipage, Warszawa 2005.
15. Nowicka A., *Wybrane problemy osób starszych*, Wyd. Impuls, Kraków 2010.
16. Pędlich W., Szreniawski Z., *Farmakoterapia geriatryczna*, Wyd. PZWL, Warszawa 1998.
17. Schiefele J., Staudt I., Dach M., *Pielęgniarstwo Geriatryczne*, Wyd. Urban & Partner, Wrocław 2007.
18. Sienkiewicz J., *Poradnik dla chorych z chorobą Parkinsona*, Wyd. Fundacja „Żyć z chorobą Parkinsona", 2006.
19. Szubert A., *The Merck manual – podręcznik diagnostyki i terapii*, Wyd. Urban&Partner, Wrocław 2001.
20. Walczak A., *Żywienie w chorobie Parkinsona praktyczny poradnik dla pacjentów*, Wyd. Fundacja „Żyć z chorobą Parkinsona", Warszawa 2007.
21. Wieczorkowska–Tobis K., Talarska D., *Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne*, Wyd. PZWL, Warszawa 2008.
22. www.wikipedia.org - choroba Parkinsona.

Autorzy:
Ewa Tomaszewska - lic. piel.
Andrzej Gomuła - prof. nadz. dr hab. n. med., Adiunkt Zakładu Piel. Klinicznego WSA, andy@medan.pl,
mgr Joanna Szwarc-Woźniak - Zakład Piel. Ogólnego, szwarc72@wp.pl

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE W OPIECE NAD PACJENTEM CHORYM NA CUKRZYCĘ NA PODSTAWIE BADAŃ PRZEPROWADZONYCH WŚRÓD PACJENTÓW SZPITALA SP ZOZ W MAKOWIE MAZOWIECKIM

Elżbieta Napiórkowska, Jolanta Łodzińska

Streszczenie

Cukrzyca jest jednym z poważniejszych problemów współczesnej medycyny, a liczba chorych dynamicznie wzrasta. Wynika to ze zmiany stylu życia, zmniejszenia aktywności fizycznej, wzrostu kaloryczności spożywanych posiłków, a co za tym idzie rozwoju nadwagi i otyłości. Ogromną rolę odgrywa podejście pacjenta do problemu, głównie jego wiedza, styl życia i partnerstwo w leczeniu. Od współpracy i aktywności pacjenta w zespole terapeutycznym zależy powodzenie leczenia. Cukrzycy borykają się ze szczególnymi problemami w życiu codziennym, które nie są znane pacjentom z innymi chorobami przewlekłymi. Głównymi problemami tych chorych jest lęk przed przyszłymi powikłaniami, ograniczenia dietetyczne, prowadzenie samokontroli, wahania poziomu glikemii, bolesność spowodowana bardzo częstym nakłuwaniem się, częste kontrole w poradni bądź hospitalizacje.

Współczesna opieka diabetologiczna zwraca szczególną uwagę na problemy pielęgnacyjne jakie dotyczą chorych na cukrzycę. Powodzenie terapii zależy nie tylko od zastosowania leczenia farmakologicznego, ale od współuczestnictwa samego pacjenta w procesie leczenia. Aby chory mógł osiągnąć stan równowagi między ograniczeniami spowodowanymi chorobą a możliwością prowadzenia normalnego trybu życia, potrzebna jest mu wiedza. Takim źródłem wiedzy teoretycznej i praktycznej oraz oparciem w chwilach zwątpienia jest personel medyczny, a zwłaszcza pielęgniarka. To do jej zadań poprzez funkcję edukacyjną należy przygotowanie chorego do samoopieki i samokontroli, jak również ciągłe motywowanie pacjenta do działania na rzecz własnego zdrowia.

Słowa kluczowe: cukrzyca, hipoglikemia, hiperglikemia, samokontrola, dieta cukrzycowa, problem pielęgnacyjny

Title

Nursing problems in the care of patients with diabetes based on research conducted among hospital patients SP Health Care Centre in Makow Mazowiecki

Abstract

Diabetes is one of the major problems of modern medicine, and the number of patients is increasing rapidly. This is due to changes in lifestyle, reduction in physical activity, increased caloric content of meals, and thus the development of overweight and obesity. It plays a huge role patient approach to the problem, mainly his knowledge, lifestyle and partnership in treatment. From the co-operation and activities of the subject in a therapeutic team to the success of treatment. Diabetics face particular problems in everyday life, which are not known in patients with other chronic diseases. The main problems of these patients is the fear of future complications, dietary restrictions, conduct self-examination, fluctuations in blood glucose levels, pain caused by a very common by stitching out frequent checks in the clinic or hospital admissions.

Contemporary diabetes care pays particular attention to the problems that concern the care of patients with diabetes. The success of the therapy depends not only on the use of pharmacological treatment, but the patient participation in the treatment process. To the patient can achieve a balance between the constraints caused by the disease and the possibility of leading a normal lifestyle, his knowledge is needed. Such a source of theoretical and practical knowledge and backrest in moments of doubt is the medical staff, especially a nurse. It is up to the task through educational function should prepare the patient for self-care and self-control, as well as continuous motivation of the patient to work towards their own health.
Keywords: diabetes, hypoglycemia, hyperglycemia, self-control, diet, diabetic care issue

EPIDEMIOLOGIA I ETIOLOGIA CUKRZYCY

W świecie rozwijającej się cywilizacji i nieustannego postępu technicznego cukrzyca jest jednym z nadal nierozwiązywalnych problemów. Ludzkość zna tę chorobę od czasów starożytnych. Cukrzyca stanowi poważny problem zdrowotny współczesnego świata. Niebezpieczeństwo zwiększonego występowania cukrzycy na świecie związane jest przede wszystkim z przyrostem ogólnej populacji, starzeniem się społeczeństwa, skutkami urbanizacji oraz rozprzestrzenianiem się otyłości. Cukrzyca to choroba społeczna, dotykająca ludzi niezależnie od rasy czy wieku. Zachorowalność na nią przekracza już 1% i stale rośnie. Szacuje się, że liczba chorych wynosi obecnie na świecie 246 mln, a w roku 2030 wzrośnie do 360 mln. Chorobowość zwiększa się w każdej grupie wiekowej, zwłaszcza u osób w średnim wieku. Około 50-60% przypadków to cukrzyca znana i leczona. Natomiast 40-50% stanowią przypadki nierozpoznane i nieleczone, które powodują poważne powikłania[1]. Pod względem częstości przyczyn zgonów na świecie, cukrzyca znajduje się na szóstym miejscu – tylko w 2000 roku z powodu cukrzycy zmarło 5 mln osób na świecie[2].

Etiologia cukrzycy jest niejednorodna. Istotne uwarunkowania to: uwarunkowania genetyczne, środowiskowe oraz immunologiczne. Dziedziczenie predyspozycji do zachorowania na cukrzycę typu 1 jest wielogenowe. Zidentyfikowanie konkretnego genu, który warunkuje możliwość zachorowania na cukrzycę tego typu, jest niemożliwe. Sposób dziedziczenia skłonności do tego jest niejednoznaczny, może być rezultatem równoczesnego udziału mnóstwa czynników genetycznych w rozwoju schorzenia. Stwierdzono, że na cukrzycę częściej chorują członkowie tych rodzin, w których występowały już przypadki cukrzycy. Ryzyko zachorowania jest piętnastokrotnie wyższe niż w populacji ogólnej i wynosi około 6%.

Biorąc pod uwagę predyspozycję genetyczną dowiedziono, że ryzyko zachorowania na cukrzycę typu 2 w populacji generalnej wynosi 7%. Gdy jedno z rodziców choruje na cukrzycę ryzyko u ich potomstwa zwiększa się do 40%, natomiast w przypadku obu rodziców z cukrzycą typu 2 , prawdopodobieństwo zachorowania ich dzieci wynosi 70%. Predyspozycja genetyczna jest jednym z istotnych niemodyfikowalnych czynników ryzyka cukrzycy typu 2. Fakt występowania cukrzycy u krewnych nie determinuje jednak bezwzględnie zachorowania na tę postać cukrzycy. Dzieje się tak, ponieważ na występowanie choroby ma wpływ również wiele innych czynników środowiskowych, tj.:

- zmieniony stopień starzenia się społeczeństw wysokorozwiniętych,
- nieprawidłowa, prowadząca do otyłości dieta,
- brak ruchu i siedzący tryb życia,
- używki typu papierosy, alkohol,
- permanentny stres[3].

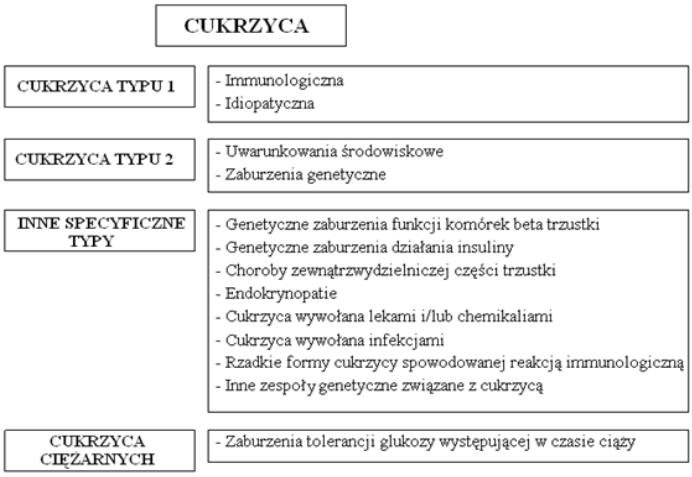
---

[1] Por. A. Szczeklik (red.), *Choroby wewnętrzne,* Kraków 2011, s. 1280.
[2] Por. K. Korzeniowska, A. Jabłecka, *Cukrzyca. Część 1*, Farmacja Współczesna 1 (2008), s. 231.
[3] Por. A. Szczeklik (red.), *Choroby wewnętrzne*, dz. cyt., s. 1281-1282.

Podział i objawy cukrzycy

Duże zróżnicowanie kliniczne i patogenetyczne cukrzycy powoduje, że jest ona jednostką chorobową, która posiada niejednolity charakter, dlatego też wyróżnia się kilka jej typów. W 1999 roku w Genewie zaakceptowano klasyfikację cukrzycy zaproponowaną przez WHO, która uwzględniła etiologię poszczególnych typów choroby. Postępujący rozwój wiedzy w tym zakresie doprowadził do rozbudowania podziału o nowe jednostki. Dodatkowo wyodrębniono kategorie, w których uwzględniono inne specyficzne formy cukrzycy oraz cukrzycę ciężarnych[4].

Ryc. 1
Klasyfikacja etiologiczna cukrzycy.



Źródło: M. Małecki, J. Skupień, *Problemy diagnozy różnicowej typów cukrzycy,* Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej 7-8 (2008), s. 436.

W cukrzycy typu 1 komórki β wysp trzustkowych są całkowicie zniszczone, co w konsekwencji powoduje bezwzględny niedobór insuliny. Oznacza to, że trzustka w ogóle nie produkuje tego hormonu i trzeba go dostawać w iniekcji podskórnej do organizmu. Występuje tu całkowita zależność od insuliny. Typowymi objawami tego typu cukrzycy są: częste oddawanie moczu (poliuria), zwiększone pragnienie (polidypsja), wzmożone łaknienie (polifagia), ubytek masy ciała. Choroba ta pojawia się najczęściej u dzieci i osób młodszych. Cukrzyca typu 1 objawia się klinicznie, kiedy zniszczonych zostaje około 90% komórek β trzustki z postępującym gwałtownie nasileniem się objawów niekiedy w ciągu kilku dni. W cukrzycy typu 1 wyróżnia się następujące typy:

- typ autoimmunologiczny (typ 1A) – występuje zjawisko immunizacji, polegające na uodpornieniu się organizmu na określony antygen, skierowane przeciwko komórkom β trzustki[5].
- typ idiopatyczny (typ 1B) – w którym nie występuje zjawisko autoimmunizacji oraz nie można zidentyfikować przyczyny choroby. Charakteryzuje się niedoborem

[4] Por. J. Drzewoski, *Podręczny leksykon diabetologiczny*, Poznań 2010, s. 47.
[5] Por. L. Pączka (red.), *Choroby wewnętrzne*, Warszawa 2004, s. 502.

insuliny
i podatnością na kwasicę ketonową[6].

- W przypadku cukrzycy typu 2 dochodzi do dysproporcji pomiędzy zapotrzebowaniem organizmu na insuliną i jej podażą do krwi lub też z niemożności jej wykorzystania przez tkanki. Wyróżnia się:
- cukrzycę typu 2A – charakteryzuje się dysfunkcją komórki β trzustki z defektem wydzielania insuliny,
- cukrzycę typu 2B – charakteryzuje się insulinoopornością, zaburzeniu ulega oddziaływanie tkanek na hormon insuliny[7].

Typ 2 cukrzycy może przez wiele lat przebiegać w sposób utajniony, nie dając jakichkolwiek objawów. Zbyt późno zdiagnozowana lub błędnie kontrolowana prowadzi do występowania wielu niebezpiecznych powikłań, związanych z uszkodzeniem licznych narządów, a także skróceniem długości życia. Cukrzyca typu 2 dotyka najczęściej osób otyłych o małej aktywności fizycznej z nadciśnieniem tętniczym oraz stosujących nieodpowiednią dietę. Rozwija się stopniowo, skrycie, a klasyczne objawy ujawniają się dopiero po kilku latach. Początkowo występują symptomy nieswoiste, takie jak: czyrakowatość, osłabienie, mrowienie, drętwienie oraz zmiany temperatury kończyn, a u kobiet świąd sromu. U osób starszych dochodzi do niedokrwienia tętnic, nadciśnienia oraz innych chorób miażdżycowych[8].

Tab. 1

Cukrzyca typu 1 a cukrzyca typu 2 – kliniczne i biochemiczne kryteria różnicowania.

	Cukrzyca typu 1	**Cukrzyca typu 2**
Początek	nagły	skryty
Objawy kliniczne	ciężkie, niekiedy śpiączka	często niewyraźne, łagodne
Utrata masy ciała	często poprzedza rozpoznanie	często brak zmiany
Typ budowy	szczupła	często otyła
Ketoza w momencie rozpoznania	często tak	zazwyczaj nie
Peptyd C w surowicy	brak	obecny
Obecność markerów procesu autoimmunologicznego	tak	brak

Źródło: J. Drzewoski, *Podręczny leksykon diabetologiczny*, Poznań 2010, s. 62.

Inne specyficzne typy cukrzycy to te, które nie zostały zaklasyfikowane zarówno do typu 1, jak i do typu 2. Należą do nich między innymi postacie cukrzycy spowodowane

[6] Por. J. Drzewowski, *Podręczny leksykon diabetologiczny*, dz. cyt., s. 47.
[7] Por. W. Pędich, *Choroby wewnętrzne,* Warszawa 1999, s. 146.
[8] Por. Tamże.

uszkodzeniem zewnątrzwydzielniczej części trzustki (np. zapaleniem trzustki, nowotworami, mukowiscydozą, hemochromatozą) oraz wynikające z powodu endokrynopatii (np. Zespół Cushinga, akromegalia, glukagon oma, nadczynność tarczycy). W klasyfikacji uwzględniono również cukrzycę spowodowaną zakażeniami (np. różyczką, wirusem cytomegalii), powstałą w wyniku chorób immunologicznych bądź cukrzyce będące elementem złożonych zespołów chromosomowych. Pośród innych specyficznych rodzajów wyróżniono cukrzycę związaną z genetycznym defektem komórek β, określanych akronimem MODY (maturity onset diabetes of the young)[9]. Cukrzyca u kobiet w ciąży to zaburzenia tolerancji glukozy na różnym poziomie, które prowadzą do hiperglikemii i ujawnione bądź rozpoznane po raz pierwszy podczas aktualnie trwającej ciąży. Występuje u około 3-7% kobiet ciężarnych[10]. Obecność cukrzycy oznacza wysokie stężenie glukozy we krwi matki, które jest niebezpieczne także dla dziecka.

Podstawowym symptomem cukrzycy jest podwyższenie stężenia glukozy we krwi w zależności od zaawansowania choroby. Według wytycznych Światowej Organizacji Zdrowia cukrzycę rozpoznaje się gdy:

- stężenie glukozy zmierzone o dowolnej porze doby przekracza 200mg/dl i występują objawy hiperglikemii (polidypsja, poliuria),
- dwukrotnie zmierzony poziom glukozy na czczo przekracza 126mg/dl,
- test doustnego obciążenia glukozy po dwóch godzinach – poziom przekracza 180mg/dl.
- frakcja hemoglobiny, która ulega glikacji – hemoglobina glikowana (HbA1c).
- Do najbardziej charakterystycznych objawów cukrzycy należą:
- poliuria (wielomocz),
- polidypsja (zwiększone pragnienie),
- polifagia (zwiększony apatyt, wilczy głód)[11].

Metody leczenia

Podstawowym celem leczenia cukrzycy jest dobra kontrola metaboliczna z utrzymaniem w granicach normy stężenia glukozy we krwi, wartości hemoglobiny glikowanej, ciśnienia tętniczego, gospodarki lipidowej i masy ciała przy równoczesnym unikaniu hipoglikemii. Model prozdrowotny opiera się na eliminacji czynników ryzyka. Niezbędne jest zaprzestanie palenia papierosów, picia alkoholu oraz unikania sytuacji stresowych. Metody leczenia w dużej mierze zależą od typu cukrzycy i dzielą się na farmakologiczne i niefarmakologiczne. Leczenie niefarmakologiczne to: dieta cukrzycowa, wysiłek fizyczny i edukacja pacjenta oraz rodziny. Natomiast leczenie farmakologiczne to: stosowanie doustnych leków przeciwcukrzycowych i insulinoterapia. Ze względu na multidyscyplinarny charakter powikłań cukrzycy i współistniejących schorzeń, współczesna opieka diabetologiczna wymaga kompetencji od personelu medycznego i współdziałania specjalistów z pokrewnych dziedzin. Aby leczenie przynosiło pozytywne wyniki oraz można było zapobiegać powikłaniom choroby, również chory winien stosować się do niektórych, a często do wszystkich poniżej wymienionych zasad:

- edukacja terapeutyczna,
- leczenie dietetyczne,
- wysiłek fizyczny,
- leczenie farmakologiczne,
- zwalczanie czynników ryzyka choroby sercowo-naczyniowej,

[9] Por. D. Moczulski (red.), *Diabetologia*, Warszawa 2009, s. 3-4.
[10] Por. J. Drzewoski, *Podręczny leksykon diabetologiczny,* dz. cyt., s. 65.
[11] Por. B. Szabała, *Rodzina dziecka z cukrzycą*, Lublin 2009, s. 18.

- leczenie powikłań cukrzycy[12].

Stan hipoglikemii i hiperglikemii

U osób chorych na cukrzycę występują często stany, które bezpośrednio zagrażają ich życiu to: hipoglikemia i hiperglikemia oraz kwasica ketonowa. Są to tak zwane ostre powikłania cukrzycy, czyli zespoły ciężkich objawów klinicznych, które przebiegają wraz z zaburzeniami bądź utratą przytomności. Wynikają one z nagłych zmian metabolicznych, będących następstwem gwałtownego niedoboru bądź nadmiaru insuliny[13]. Hipoglikemia, innymi słowy niedocukrzenie, to zbyt niski poziom glukozy we krwi. Występuje gdy stężenie cukru we krwi jest niższe niż 50 mg/dl[14]. Niedocukrzenie wywołują najczęściej błędy w insulinoterapii oraz błędy w odżywianiu.

Do innych przyczyn hipoglikemii zalicza się:

- duży wysiłek fizyczny bez uprzedniego właściwego przygotowania,
- spadek masy ciała,
- spożywanie alkoholu,
- przyjmowanie narkotyków[15].

Do ostrych powikłań zalicza się również hiperglikemię, czyli zwiększony poziom cukru we krwi. Powoduje go względny bądź bezwzględny niedobór insuliny. Hiperglikemia może pojawić się na czczo, po zjedzeniu posiłku oraz ma charakter reaktywny, ostry bądź przewlekły (cukrzyca)[16]. Hiperglikemia poposiłkowa jest to stężenie glukozy we krwi, przekraczające ustalone normy w 1 do 2 godzin od momentu rozpoczęcia spożywania posiłku. Według Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego nie powinna być wyższa niż 140 mg/dl bądź 160 mg/dl u osób starszych oraz tych, u których występuje podwyższone ryzyko kardiologiczne. Glikemia poposiłkowa powoduje często rozwój miażdżycy[17]. Hiperglikemię najczęściej wywołują:

- niedobór insuliny,
- opuszczenie podania dawki insuliny lub pominięcie leku doustnego,
- zbyt mała dawka insuliny,
- pominięcie podania korekcyjnej dawki insuliny, w momencie kiedy poziom glukozy był zbyt duży,
- dodatkowa choroba (np. przeziębienie, infekcja, zatrucie pokarmowe, uraz, operacja),
- zbyt duża ilość węglowodanów w posiłkach,
- dojadanie posiłków nieplanowanych,
- nie podejmowanie żadnej aktywności fizycznej,
- bycie pod wpływem stresu,
- u kobiet – okres kilku dni przed oraz w trakcie miesiączki,
- błędy w obsłudze pompy insulinowej, np. nieprawidłowe programowanie, zbyt długi czas użytkowania jednego wkłucia[18].

---

[12]Por. A. Szczeklik (red.), *Choroby wewnętrzne*, dz. cyt., s. 1301.
[13]Por. E. Piontek, D. Witkowski, *Cukrzyca u dzieci,* Warszawa 2009, s. 19.
[14]Por. J. Tatoń, *Cukrzyca i ty – krótki przewodnik,* Warszawa 2011, s. 34.
[15]Por. J. Tatoń, *Cukrzyca i ty – krótki przewodnik,* dz. cyt., s. 35.
[16]Por. J. Drzewowski, *Podręczny leksykon diabetologiczny*, dz. cyt., s. 103.
[17]Por. Tamże.
[18]Por. D. Witkowski, J. Pietrusińska, *Dziecko z cukrzycą w szkole i przedszkolu,* Warszawa 2009, s. 27.

ODŻYWIANIE SIĘ PACJENTA I WSKAZANIA DIETETYCZNE

Leczenie żywieniowe stanowi istotny element postępowania terapeutycznego we wszystkich typach cukrzycy. Dieta stanowi nieodłączny element pozwalający na osiągnięcie wyrównania metabolicznego i utrzymania normoglikemii. Odgrywa kluczową rolę w prewencji cukrzycy i opóźnia przejście nieprawidłowej tolerancji glukozy w pełnoobjawową chorobę[19]. Istnieje kilka celów leczenia dietetycznego w cukrzycy. Trudno określić, który z nich jest najważniejszy, jedynie przestrzeganie wszystkich doprowadza do optymalizacji procesu leczenia tej choroby. Wśród głównych celów są:

- prawidłowe, fizjologiczne odżywianie chorego (odpowiedni skład ilościowy i jakościowy pokarmu),
- dostarczenie odpowiedniej ilości energii (kalorii) potrzebnej do zapewnienia prawidłowej masy ciała oraz prawidłowego wzrostu dzieci i młodzieży, a kobiet w ciąży i w okresie laktacji do pokrycia zwiększonego zapotrzebowania energetycznego,
- redukcja masy ciała u chorych z nadwagą i otyłością oraz utrzymanie jej na prawidłowym poziomie,
- uzyskanie stężenia glukozy i lipidów we krwi na poziomie możliwie zbliżonym do prawidłowego,
- przeciwdziałanie powikłaniom cukrzycy (np. angiopatii, nefropatii cukrzycowej)[20].

Samokontrola i dyscyplina pacjenta

We współczesnym leczeniu cukrzycy bardzo duży nacisk kładzie się na edukację chorych, bowiem w odróżnieniu od innych chorób leczenie cukrzycy zależy wyłącznie od samego pacjent i jego samokontroli[21]. Samokontrola jest zespołem czynności, które wykonuje sam chory, dzięki którym kontroluje się skuteczność prowadzonego leczenia. Warunkiem koniecznym w samokontroli jest wiedza pacjenta o chorobie. Pozwala mu ona samodzielnie decydować o modyfikacji sposobu leczenia, intensywności wysiłku fizycznego, czy też stosowania odpowiedniej diety. Poprzez to chory lepiej poznaje chorobę, uczy się jej akceptować i normalnie funkcjonować[22]. Staje się bardziej aktywny i niezależny, a tym samym bierze czynny udział w procesie leczenia oraz samodzielnie podejmuje decyzje w odpowiedzi na uzyskiwane wyniki badań.

Do szeroko pojętych metod samokontroli zalicza się:

- oznaczenie stężenia glukozy we krwi,
- oznaczenie stężenia glukozy i ciał ketonowych w moczu,
- pomiar masy ciała,
- systematyczny pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
- pielęgnacja stóp,
- prowadzenie dzienniczka samokontroli,
- zdobywanie umiejętności samodzielnego podejmowania decyzji w modyfikacji leczenia na podstawie wyników badań[23].

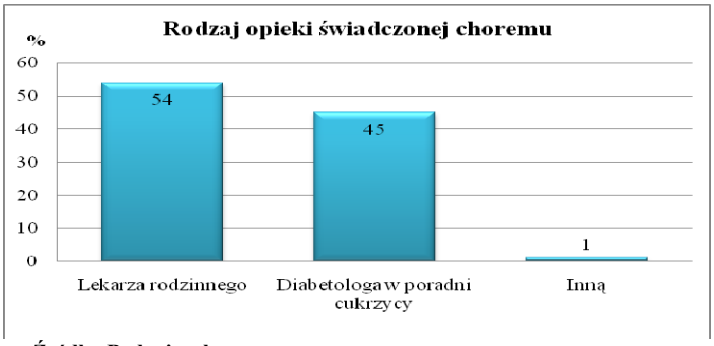
---

[19]Por. D. Szosland, *Cukrzyca, powikłania związane z układem sercowo-naczyniowym oraz zalecana dieta,* w: Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej, A. Bartkiewicz (red.), Łódź 2011, s. 28.
[20]Por. J. Tatoń, A. Czech, D. Idaszak, *Żywienie w cukrzycy,* Warszawa 2007, s. 45.
[21] Por. A. Abramczyk, J. Łopatyński, W. Prusek, *Cukrzyca - Problem społeczny,* Wrocław 2002, s. 147.
[22]Por. J. Radziszewski, *Cukrzyca typu 2. Co to za choroba?*, Kraków 2010, s. 29.
[23]Por. Tamże, s. 30.

PRZEBIEG BADAŃ WŁASNYCH

Część badawcza pracy została oparta na przeprowadzonych badaniach w SP ZOZ w Makowie Mazowieckim wśród pacjentów chorych na cukrzycę. Respondentami byli pacjenci oddziału internistyczno-kardiologicznego i poradni diabetologicznej. Badania przeprowadzono w okresie od 1 kwietnia 2013 roku do 30 lipca 2013 roku. Przebadano grupę 100 losowo wybranych chorych na cukrzycę, którzy wyrazili chęć uczestniczenia w badaniu. Badania wykazują, że ponad połowa respondentów z cukrzycą jest pod opieką lekarza rodzinnego, pozostali korzystają z opieki specjalistycznej w poradni diabetologicznej. Tylko znikomy odsetek badanych, bo zaledwie 1% nie jest pod żadną opieką medyczną, co świadczy o ich braku odpowiedzialności za swoje zdrowie.

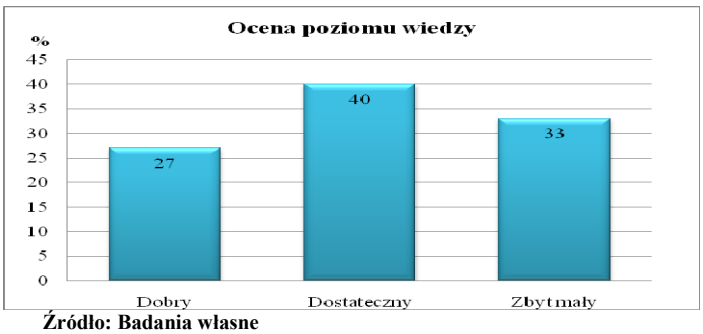
Ryc. 2



Źródło: Badania własne

Świadomość własnej choroby może zdecydowanie wpłynąć na jakość życia, ponieważ większa wiedz na temat choroby umożliwia pacjentowi dokonywanie właściwych wyborów. Wiedza umożliwia też osobie chorej podjęcie działań, których skutkiem będzie osiągnięcie wyznaczonych wskaźników wyrównania cukrzycy, a tym samym przejęcie kontroli nad chorobą i wzmocnienie poczucia samodzielności oraz bezpieczeństwa chorego. Wyniki przeprowadzonych badań nie są zadawalające, ponieważ zaledwie 27% respondentów swój poziom wiedzy ocenia jako dobry, 40% ankietowanych w stopniu dostatecznym, a pozostali na zbyt małym poziomie, szczegóły prezentuje rycina 3.

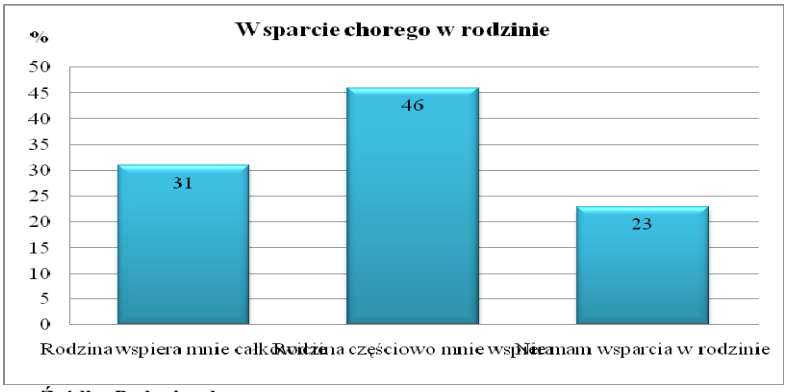
Ryc. 3



Źródło: Badania własne

Bardzo ważnym elementem w całym procesie terapeutycznym jest wsparcie dla chorego. Najbardziej oczekuje się go w środowisku rodzinnym. Badania wskazują, że większość chorych otrzymuje wsparcie w chorobie u swojej rodziny. Może nie zawsze na takim poziomie na jakim by pragnęli. Całkowite zadowolenie ze wsparcia w chorobie zadeklarowało 31% respondentów, a 46% opowiadało się za częściowym wsparciem przez rodzinę. A mimo to prawie co czwarty ankietowany jest skazany na siebie, ponieważ rodzina nie uczestniczy w procesie pielęgnacyjno-leczniczym, co obrazuje poniższa rycina.

Ryc. 4



Źródło: Badania własne

Samokontrola prowadzona przez pacjentów staje się kluczem do osiągnięcia sukcesu w terapii cukrzycowej. Wyniki przedstawione na rycinie 5 nie napawają optymizmem. Co piąty badany nie prowadzi zeszytu samokontroli, a ponad połowa robi to niesystematycznie bądź okresowo. Zaledwie 28% ankietowanych deklarowało systematyczne prowadzenie zeszytu samokontroli.

Ryc. 5

Źródło: Badania własne

Wnioski

1. Pacjenci mieszkający w mieście częściej korzystają z leczenia i edukacji w poradniach diabetologicznych, natomiast respondenci mieszkający na wsi ze świadczeń lekarza rodzinnego. Prawdopodobnie ma to związek z miejscem zamieszkania osób ankietowanych, ponieważ ponad połowa z nich zamieszkuje obszar wiejski. Jak wiadomo poradnie specjalistyczne znajdują się najczęściej przy szpitalach i większych aglomeracjach.
2. Świadomość własnej choroby zdecydowanie wpływa na jakość życia chorego. Większa wiedza na temat choroby umożliwia pacjentowi dokonywać właściwych wyborów i podjęcie działań w celu osiągnięcia wyznaczonych wskaźników wyrównywania cukrzycy. Badania pokazują, że niespełna ⅓ badanych ocenia swój poziom wiedzy na temat choroby w stopniu dobrym. Większą świadomość wykazują respondenci z wykształceniem wyższym, a tym samym są bardziej zdyscyplinowani w prowadzeniu samokontroli.
3. Pacjenci chorzy na cukrzycę potrzebują wsparcia i opieki osób bliskich, aby mogli lepiej funkcjonować w życiu codziennym i łatwiej znosić trudności wynikające z choroby. Przeprowadzone badania wykazują, że większość badanych otrzymuje wsparcie w środowisku rodzinnym, ale nie zawsze na takim poziomie na jakim by pragnęli.
4. Samokontrola jako element terapii cukrzycowej wymaga zaangażowania od samych chorych. Z badań wynika, że część ankietowanych nie potrafi samodzielnie dokonać pomiaru glikemii, a niektórzy nawet nie posiadają podstawowego sprzętu do oznaczania, jakim jest glukometr.

Zakończenie

Środki masowego przekazu coraz częściej alarmują, że cukrzyca stanowi międzynarodowy problem cywilizacyjny. Według Światowej Organizacji Zdrowia nazwana jest epidemią XXI wieku[24]. Wyniki raportu opracowanego w 2010 roku przez Koalicję na Rzecz Walki z Cukrzycą nie napawają optymizmem, ponieważ na cukrzycę choruje 2,6 mln Polaków, a liczba ta stale wzrasta[25]. Uzyskane wyniki powinny skłaniać do szybkiego podjęcia szerokich działań edukacyjnych i profilaktycznych. Muszą być one skierowane nie tylko do osób chorych, ale również do osób zdrowych. Bowiem wcześniejsze rozpoznanie cukrzycy i wcześniejsze zapewnienie chorym odpowiedniej opieki poprawia jakość życia pacjentów i obniża koszt opieki zdrowotnej.

Rozpoznaniu tej choroby towarzyszą najczęściej przerażenie, niepewność, smutek, niekiedy niedowierzenie. Czy diagnoza to wyrok, czy tylko punkt zwrotny w życiu pacjenta?[26]. Ogromny postęp wiedzy przyczynił się do skutecznego leczenia hiperglikemii i zminimalizowania jej ostrych powikłań. Cukrzyca nadal pozostaje jednak chorobą nieuleczalną, z którą pacjent musi żyć. Świadomość masowego charakteru występowania cukrzycy oraz niebezpieczeństwo wynikające z powikłań wymusiło powstanie nowej terapii tej choroby. Jej podstawą jest aktywne uczestniczenie pacjentów w procesie leczenia i konieczność tworzenia programów edukacyjnych dla nich i ich rodzin. Nie może być mowy o skutecznym leczeniu cukrzycy bez zrozumienia przez chorego jej przyczyn, uwarunkowań, metod terapii i opanowania zasad samokontroli. Bowiem w tej chorobie, jak w rzadko której, najbardziej może sobie pomóc sam pacjent. Mimo to nie jest wyłącznie wydarzeniem indywidualnym, jest także wydarzeniem w życiu rodziny, wpływa na relacje

[24] Por. J. Sieradzki, *Cukrzyca, tom 1,* Gdańsk 2006, s. 191.
[25] Por. http://koalicja-cukrzyca.pl/pl/65/0/3/Informacje-o-cukrzycy z dnia 12.10.2013 r.
[26] Por. http://www.choroby.senior.pl/78,0,Cukrzyca-i-co-dalej,12317.htm l z dnia12.10.2013 r.

pomiędzy jej członkami. Często wprowadza nowe zasady, nie tylko w trybie życia pacjenta, ale i jego najbliższych.

Nie sposób dobrze kontrolować cukrzycy nie znając współczesnych metod samokontroli. Żyjąc w epoce gwałtownego rozwoju technologii informacyjnej mamy nieograniczony dostęp do wiedzy. Mimo to świadomość pacjentów w zakresie cukrzycy i prowadzona przez nich samokontrola wciąż pozostawia wiele do życzenia, choć wiedza i właściwa samokontrola pozwala na osiągnięcie dobrych wyników terapeutycznych. Cukrzyca *nie boli*, ale za późno rozpoznana i źle leczona prowadzi do inwalidztwa oraz przedwczesnej śmierci. Edukacja w cukrzycy staje się zatem terapią pacjenta, a jej poziom ma zasadnicze znaczenie dla jego stylu życia i stanu zdrowia.

Ogromną rolę do spełnienia ma w tym zakresie pielęgniarka opiekująca się chorym na cukrzycę. Jej zadaniem jest włączenie pacjenta do aktywnej współpracy w procesie samokontroli, wskazywanie zróżnicowanych potrzeb żywieniowych w zależności od modelu leczenia cukrzycy i chorób współistniejących. Skuteczna i programowa edukacja oraz interwencja terapeutyczna zwiększają motywację pacjentów do prowadzenia rzetelnej samokontroli oraz sprzyjają akceptacji i adaptacji do życia z chorobą. Pozytywnie wpływają na wyniki leczenia i subiektywną ocenę jakości życia. Chęć zapewnienia fachowej opieki wymaga od pielęgniarek stałego pogłębiania i weryfikowania wiedzy, gdyż profesjonalizm w tym zawodzie to dzisiaj niezbędny, podstawowy standard opieki medycznej.

Literatura

1. Abramczyk A., Łopatyński J., Prusek W., *Cukrzyca - Problem społeczny,* Wrocław 2002.
2. Drzewoski J., *Podręczny leksykon diabetologiczny*, Poznań 2010.
3. Korzeniowska K., Jabłecka A, *Cukrzyca. Część 1*, Farmacja Współczesna 1 (2008), s. 231-235.
4. Moczulski D. (red.), *Diabetologia*, Warszawa 2009.
5. Pączka L. (red.), *Choroby wewnętrzne*, Warszawa 2004.
6. Pędich W., *Choroby wewnętrzne,* Warszawa 1999.
7. Piontek E., Witkowski D., *Cukrzyca u dzieci,* Warszawa 2009.
8. Radziszewski J., *Cukrzyca typu 2. Co to za choroba?,* Kraków 2010.
9. Sieradzki J., *Cukrzyca, tom 1,* Gdańsk 2006.
10. Szabała B., *Rodzina dziecka z cukrzycą*, Lublin 2009.
11. Szczeklik A. (red.), *Choroby wewnętrzne,* Kraków 2011.
12. Szosland D., *Cukrzyca, powikłania związane z układem sercowo-naczyniowym oraz zalecana dieta,* w: Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej, A. Bartkiewicz (red.), Łódź 2011.
13. Tatoń J., *Cukrzyca i ty – krótki przewodnik*, Warszawa 2011.
14. Tatoń J., Czech A., Idaszak D., *Żywienie w cukrzycy,* Warszawa 2007.
15. Witkowski D., Pietrusińska J., *Dziecko z cukrzycą w szkole i przedszkolu*, Warszawa 2009.
16. http://koalicja-cukrzyca.pl/pl/65/0/3/Informacje-o-cukrzycy
17. http://www.choroby.senior.pl/78,0,Cukrzyca-i-co-dalej,12317.htm l

Autorzy:
Elżbieta Napiórkowska - mgr piel.
Jolanta Łodzińska dr n. hum., adiunkt WNHiS IS, Kierownik Zakładu Pomocy i Profilaktyki Społecznej, UKSW Warszawa, pracownik naukowo-dydaktyczny WSA, jolska37@wp.pl

Regulamin nadsyłania i publikowania prac w Zeszytach Naukowych WSA

1. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Agrobiznesu, zwane dalej Zeszytami, są periodykiem naukowym wydawanym w nieregularnym cyklu wydawniczym.
2. Treść każdego Zeszytu odpowiada zakresowi tematycznemu jednego z odpowiednich wydziałów w Wyższej Szkole Agrobiznesu t. Wydziałowi Rolniczo-Ekonomicznemu, Wydziałowi Technicznemu, bądź Wydziałowi Medycznemu.
3. Redakcja Zeszytów mieści się w sekretariacie Wydawnictwa Wyższej Szkoły Agrobiznesu. Pracą redakcji kieruje redaktor naczelny.
4. W celu zapewnienia poziomu naukowego Zeszytów oraz zachowania właściwego cyklu wydawniczego redakcja współpracuje z krajowymi i zagranicznymi jednostkami naukowymi, stowarzyszeniami oraz innymi instytucjami.
5. Do oceny przyjmowane są dotychczas niepublikowane oryginalne prace redakcyjne, monograficzne, poglądowe, historyczne, teksty źródłowe, sprawozdania z posiedzeń naukowych, oceny książek, komunikaty naukowe, wspomnienia oraz wiadomości jubileuszowe. Opracowania przyjmowane są przez redakcję do końca czerwca każdego roku. Redakcja nie zwraca Autorom nadesłanych materiałów.
6. Do publikacji należy dołączyć oświadczenie o oryginalności pracy oraz o tym, że nie została zgłoszona do innej redakcji (wzór oświadczenia jest możliwy do pobrania na stronie internetowej WSA – załącznik nr 1 do Regulaminu). Oświadczenie powinno zawierać adres pierwszego autora pracy, numer telefonu oraz e-mail. W oświadczeniu powinna być zawarta zgoda (podpis) wszystkich współautorów pracy.
7. Prace są publikowane w języku polskim lub angielskim z uwzględnieniem opinii redaktora językowego.
8. W oświadczeniu dołączonym do tekstu należy opisać wkład poszczególnych autorów w powstanie pracy oraz podać źródło finansowania publikacji. *„Ghostwriting”* oraz *„guest authorship*” są przejawem nierzetelności naukowej, a wszelkie wykryte przypadki będą demaskowane i dokumentowane, włącznie z powiadomieniem odpowiednich podmiotów (instytucje zatrudniające autorów, towarzystwa naukowe, stowarzyszenia edytorów naukowych itp.).
9. Przekazane do redakcji opracowania są wstępnie oceniane i kwalifikowane do druku przez Naukową Radę Redakcyjną, zwaną dalej Radą. Skład Rady określany jest przez Senat WSA.
10. Publikacje wstępnie zakwalifikowane przez Radę są oceniane przez recenzentów, zgodnie z procedurą recenzowania opublikowaną na stronie internetowej WSA w zakładce Zeszyty naukowe WSA. Łącznie z opinią recenzent wypełnia deklarację konfliktu interesów, stanowiącą załącznik nr 2 do regulaminu. Redakcja powiadamia Autorów o wyniku oceny, zastrzegając sobie prawo do zachowania poufności recenzji.
11. Za proces wydawniczy Zeszytów jest odpowiedzialny sekretarz naukowy redakcji, który zatwierdza układ treści Zeszytów, określa wymagania wydawnicze dla publikowanych materiałów, współpracuje z recenzentami, przedstawia do zatwierdzenia całość materiałów przed drukiem Naukowej Radzie Redakcyjnej, współpracuje z Radą i innymi instytucjami w zakresie niezbędnym do zapewnienia poziomu naukowego Zeszytów oraz zachowania cyklu wydawniczego.
12. Redakcja zastrzega sobie możliwość odmowy przyjęcia artykułu bez podania przyczyn.
13. Nadesłane materiały, niespełniające wymagań wydawniczych określonych przez redakcję, są zwracane Autorowi/Autorom.
14. Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu nie wypłaca wynagrodzenia za nadesłane publikacje zakwalifikowane do druku w Zeszytach.

15. Wersją pierwotną (referencyjną) czasopisma jest wydanie papierowe. „Zeszyty Naukowe WSA" są dostępne także na stronie internetowej Wyższej Szkoły Agrobiznesu – www.wsa.edu.pl, w zakładce Wydawnictwa.

Wymagania wydawnicze - Zeszyty Naukowe WSA

1**.** Artykuły powinny być przygotowane w formie wydruku komputerowego oraz w wersji elektronicznej, w języku polskim lub angielskim. W celu usprawnienia procesu wydawniczego prosimy o rygorystyczne przestrzeganie poniższych zasad:
- przesłany artykuł powinien być opatrzony dokładną afiliacją Autora/Autorów,
- objętość artykułu nie może przekraczać 15 stron formatu A4,
- imię i nazwisko Autora/ów – czcionka 12 pkt,
- nazwa instytucji/jednostki naukowej – czcionka 12 pkt,
- tytuł artykułu w języku polskim i angielskim – czcionka 14 pkt (bold); podtytuły – czcionka 12 pkt (bold),
- do publikacji należy dołączyć słowa kluczowe (3–5) oraz streszczenie nieprzekraczające 15 wierszy napisane w językach polskim i angielskim – czcionka 11 pkt,
- tekst zasadniczy referatu pisany czcionką Times New Roman CE – 12 pkt,
- odstęp między wierszami – 1,5,
- jeżeli referat zawiera tabele (najlepiej wykonane w edytorze Word albo Excel) lub rysunki (preferowany format CorelDraw, Excel, Word), należy dołączyć pliki źródłowe,
- tabele i rysunki powinny być zaopatrzone w kolejne numery, tytuły i źródło,
- przy pisaniu wzorów należy korzystać wyłącznie z edytora równań dla MS WORD,
- preferowane formaty zdjęć: TIFF, JPG (o rozdzielczości minimum 300 dpi),
- w przypadku publikowania prac badawczych układ treści artykułu powinien odpowiadać schematowi: wprowadzenie (ewentualnie cel opracowania), opis wykorzystanych materiałów czy metod, opis badań własnych (omówienie wyników badań), wnioski (podsumowanie), wykaz piśmiennictwa.

2**.** Odsyłaczami do literatury zamieszczonymi w tekście publikacji są przypisy dolne, które muszą mieć numerację ciągłą w obrębie całego artykułu. Odsyłaczami przypisów dolnych są cyfry arabskie złożone w indeksie górnym, np. (2).

3**.** Zapis cytowanej pozycji bibliograficznej powinien zawierać: inicjał imienia i nazwisko autora, tytuł dzieła, miejsce i rok wydania, numer strony, której dotyczy przypis; w przypadku pracy zbiorowej: tytuł dzieła, inicjał imienia i nazwisko redaktora, miejsce i rok wydania;
w przypadku pracy będącej częścią większej całości – także jej tytuł, inicjał imienia i nazwisko redaktora. Źródła internetowe oraz akty prawne należy podawać także jako przypis dolny.

4**.** W wykazie piśmiennictwa zamieszczonym w kolejności alfabetycznej na końcu publikacji należy podać kolejno: nazwisko autora/ów i pierwszą literę imienia, rok wydania, tytuł pracy (czcionka italic), wydawnictwo oraz miejsce wydania. Przykłady:
- **wydawnictwa książkowe: Janowiec A. 2010.** *Ziemniaki skrobiowe – rola w województwie podlaskim*. Wydawnictwo WSA, Łomża.
- **prace zbiorowe:** Górczewski R. (red.) 2007. *Przemieszczenie trawieńca*. Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- **czasopisma:** Staszewski M., Getek I. 2007. *Specyfika żywienia krów o wysokiej wydajności*. Wydawnictwo WSA, Łomża, Zeszyty Naukowe WSA nr 37.
- **strony internetowe:** www.4lomza.pl. 1.12.2009 r.
- **akty prawne:** Ustawa z dnia 27 lipca 2002 r. o zmianie ustawy o szkolnictwie wyższym oraz ustawy o wyższych szkołach zawodowych. Dz.U. z 2002 r. Nr 150, poz. 1239.

UWAGA: teksty niespełniające powyższych wymagań zostaną zwrócone Autorowi

Procedura recenzowania prac naukowych nadsyłanych do publikacji w Zeszytach Naukowych Wyższej Szkoły Agrobiznesu

Procedura recenzowania artykułów w Zeszytach Naukowych WSA jest zgodna z zaleceniami Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz dobrymi praktykami w procedurach recenzyjnych w nauce *.

Przekazanie publikacji do Redakcji Wydawnictwa WSA jest jednoznaczne z wyrażeniem przez Autora/Autorów zgody na wszczęcie procedury recenzji artykułu. Autor/Autorzy przesyłają utwór wraz z wypełnionym oświadczeniem, którego wzór znajduje się na stronie internetowej WSA. Nadesłane materiały są poddawane wstępnej ocenie formalnej przez Naukową Radę Redakcyjną WSA, zwaną dalej Radą, zwłaszcza pod kątem ich zgodności z wymaganiami wydawniczymi opracowanymi i publikowanymi przez Wyższą Szkołę Agrobiznesu, jak również obszarami tematycznymi ZN. Następnie artykuły są recenzowane przez dwóch niezależnych recenzentów, którzy nie są członkami Rady, posiadających co najmniej stopień naukowy doktora. Nadesłane artykuły nie są nigdy wysyłane do recenzentów z tej samej placówki, w której zatrudniony jest Autor/Autorzy. Prace recenzowane są anonimowo. Autorzy nie znają nazwisk recenzentów. Artykułowi nadawany jest numer redakcyjny, identyfikujący go na dalszych etapach procesu wydawniczego. W innych przypadkach recenzent podpisuje deklarację o niewystępowaniu konfliktu interesów – formularz jest publikowany na stronie Internetowej WSA. Autor każdorazowo jest informowany z zachowaniem zasady poufności recenzji o wyniku procedury recenzenckiej, zakończonej kategorycznym wnioskiem o dopuszczeniu bądź odrzuceniu publikacji do druku. W sytuacjach spornych powoływany jest kolejny recenzent.

Lista recenzentów współpracujących z wydawnictwem publikowana jest w każdym numerze czasopisma oraz na stronie Internetowej WSA.

* Dobre Praktyki w procedurach recenzyjnych w nauce. Zespół do Spraw Etyki w Nauce. Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Warszawa 2011

Załącznik nr 1

miejscowość, data.....,.....

Oświadczenie Autora/Autorów

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie do Redakcji Wydawnictwa WSA i ogłoszenie drukiem publikacji/pracy pt.

.....

.....

autorstwa:

.....

.....

.....

Równocześnie oświadczam(y), że publikacja nie została wydana w przeszłości drukiem i/lub w wersji elektronicznej w innym czasopiśmie, nie została zgłoszona do innego czasopisma, nie znajduje się w recenzji innej Redakcji, nie narusza patentów, praw autorskich i praw pokrewnych oraz innych zastrzeżonych praw osób trzecich, a także że wszyscy wymienieni Autorzy pracy przeczytali ją i zaakceptowali skierowanie jej do druku.

Przeciwdziałanie nierzetelności naukowej - „***ghostwriting***" oraz „***guest authorship***";

· źródło finansowania publikacji:.....

.....

· podmioty, które przyczyniły się do powstania publikacji i ich udział:

.....

.....

.....

· wkład Autora/Autorów w powstanie publikacji (szczegółowy opis z określeniem ich afiliacji):

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko	**podpis**	**data**
1.....	**.....**	**.....**
2.....	**.....**	**.....**
3.....	**.....**	**.....**
4.....	**.....**	**.....**

Imię, nazwisko, adres, telefon, e-mail, osoby odpowiedzialnej za wysłanie niniejszego oświadczenia (głównego Autora pracy):

.....

.....

.....

Załącznik nr 2.

DEKLARACJA KONFLIKTU INTERESÓW

Konflikt interesów* ma miejsce wtedy, gdy recenzent ma powiązania, relacje lub zależności przynajmniej z jednym z autorów pracy, takie jak na przykład zależności finansowe (poprzez zatrudnienie czy honoraria), bezpośrednie lub za pośrednictwem najbliższej rodziny.

Tytuł pracy......

Data......

Konflikt nie występuje

Recenzent oświadcza, że nie ma powiązań ani innych finansowych zależności wobec Autora/Autorów:

.....

Podpis recenzenta

*** Recenzent oświadcza, że występuje następujący konflikt interesów**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis recenzenta:

.....