

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z CHOROBAŁ ALZHEIMERA

Nursing care of patients with Alzheimer's disease

RENATA NIECKARZ^{A-F}

Poradnia Zdrowia Psychicznego,
Szpital Powiatowy ZOZ w Oleśnicy

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

STRESZCZENIE

Wstęp: Choroba Alzheimera należy do grupy chorób, które najczęściej rozwijają się w podeszłym wieku. Jej początek jest bezobjawowy, natomiast w czasie, gdy dochodzi do manifestacji objawów otępiennych, zazwyczaj zmiany są już daleko posunięte.

Cel pracy: Celem pracy jest przedstawienie specyfiki choroby Alzheimera oraz problemów pojawiających się w trakcie opieki nad pacjentem na podstawie opisu przypadku.

Materiał i metody: W niniejszej pracy posłużono się metodą analizy przypadku. Wykorzystano techniki badawcze takie jak: wywiad z pacjentką i jej opiekunami, obserwację (podczas wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego), analizę dokumentacji medycznej.

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera, opieka pielęgniarska, rodzina

Opis przypadku: W artykule przedstawiono opis pacjentki w wieku 78 lat, u której przebieg choroby datuje się od 2008 r. W badaniu przeprowadzonym w początkowej fazie choroby dokonano oceny stanu psychicznego za pomocą kwestionariusza Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (*Mini-Mental State Examination – MMSE*) oraz przeprowadzono Test Rysowania Zegara (*Clock drawing*). Przedstawiono przebieg choroby u pacjentki oraz najczęstsze problemy pielęgnacyjne i opiekuńcze.

Wnioski: Choroba Alzheimera stanowi przyczynę wielu problemów dotyczących nie tylko samego pacjenta, ale również jego opiekunów. Rodzina oraz pielęgniarka sprawująca opiekę nad chorym powinny dołożyć wszelkich starań, aby pacjenta z rozpoznaną chorobą otoczyć całościową opieką.

SUMMARY

Introduction: Alzheimer's disease belongs to the group of the diseases which develop most often in the elderly period of a human life. Its beginning is usually symptomless, however, when the symptoms of dementia appear, the changes are already far-advanced.

Aim of the study: The study aims at presenting the Alzheimer's disease profile as well as the issues which arise during nursing based on the case report.

Material and methods: The study was conducted according to the method of the case analysis. The research methods included interviewing the patient and her caretakers, observing the patient during her visits to the Mental Health Clinic and analysing medical records.

Keywords: Alzheimer's disease, nursing care, family

Case description: The article presents the description of a female patient aged 78, with the disease course dated on 2008. Her mental state was assessed during initial examination and performed on the basis of the questionnaire named *Mini-Mental State Examination (MMSE)* and the test called *Clock Drawing*. The article includes the course of the disease in the patient and most common nursing and caretaking issues.

Conclusions: Alzheimer's disease evokes plenty of problems not only in a patient but their caretakers as well. A family and a nurse who take care of the patient ought to do their best to provide the patient with a holistic nursing care.

(PU-HSP 2015; 9, 2: 18–23)

Wstęp

Choroba Alzheimera należy do grupy chorób, które najczęściej rozwijają się w podeszłym wieku. Jej początek jest bezobjawowy, natomiast w czasie, gdy dochodzi do manifestacji objawów otępiennych, zazwyczaj zmiany są już daleko posunięte.

Nazwa choroby pochodzi od nazwiska niemieckiego neurologa Aloisa Alzheimera, który opisał jej obraz kliniczny i charakterystyczne zmiany mikroskopowe w mózgu [1]. Rozwój badań nad chorobą Alzheimera zaowocował w roku 2013 uzyskaniem nagrody Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii przez: Jamesa E. Rothmana (Yale University), Randy'ego W. Schekmana (University of California w Berkeley) oraz Thomasa C. Sudhofa (Stanford University). Zespół badał mechanizm regulujący tzw. ruch pęcherzykowy, który stanowi główny system transportowy w komórkach [2]. Zmiany neuropatologiczne w chorobie Alzheimera znacznie wyprzedzają pojawienie się objawów klinicznych. Zaburzenia zaczynają pojawiać się w okresie przedklinicznym i są związane najczęściej ze sferą poznawczą człowieka [3].

Postęp choroby Alzheimera prowadzi do konieczności zapewnienia pacjentowi całodobowej opieki, którą zazwyczaj sprawują członkowie najbliższej rodziny. Prognozy epidemiologiczne choroby Alzheimera nie napawają optymizmem. Liczba osób dotkniętych otępieniem w Polsce wynosi ponad 340 tysięcy, z czego około 200 tysięcy to otępienie typu alzheimerowskiego [4]. Dla porównania, dane z roku 1900 wskazują, że ludzie powyżej 65 roku życia stanowili poniżej 1% światowej liczby ludności, w 1992 roku ich liczba wzrosła do 6,2%, natomiast do roku 2050 szacowany jest wzrost do ok. 24%. Źródła podają, że jej rozpowszechnienie wynosi od 1,9 do 5,8% populacji osób po 65 roku życia. Szacuje się, że ryzyko zachorowania wśród tej grupy wzrasta dwukrotnie co 4,5 roku [5]. Nowe przypadki choroby pojawiające się w ciągu roku stanowią 0,2% populacji po 65 roku życia, 0,7% w wieku 75 lat, 2,9% w grupie 85 lat i 16% w wieku 90 lat [6].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie specyfiki choroby Alzheimera oraz problemów pojawiających się w trakcie opieki nad pacjentem na podstawie opisu przypadku. Jednocześnie praca ukierunkowana jest na podkreślenie znaczącej roli pielęgniarki jako członka zespołu terapeutycznego w sprawowaniu opieki nad pacjentem z chorobą Alzheimera.

Materiał i metody

W niniejszej pracy posłużono się metodą analizy przypadku. Wykorzystano takie techniki badawcze jak: wywiad z pacjentką i jej opiekunami, obserwację (podczas wizyt w Poradni Zdrowia Psychicznego), analizę dokumentacji medycznej. Dokumentacja pochodziła z zasobów Przychodni i prywatnych dokumentów pacjentki, a zgodę na udostępnienie uzyskano od jej córki.

Opis przypadku

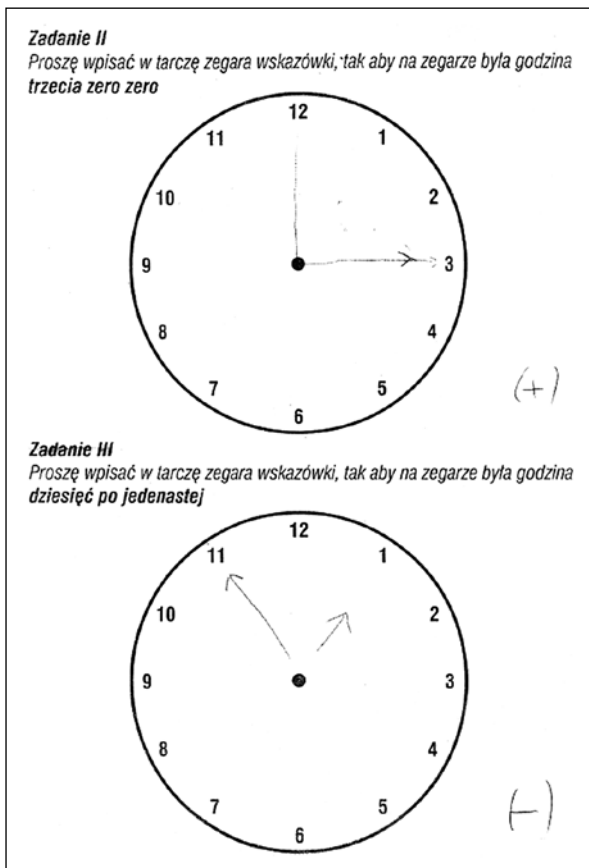
Poniższy opis dotyczy pacjentki w wieku 78 lat, u której przebieg choroby datuje się od 2008 r., kiedy rozpoczęła leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego. Ocena stanu psychicznego podczas kontaktu z pacjentką: zorientowana w czasie, drażliwa, napięta afektywnie, wypowiedzi rzeczowe, słabo podlega perswazji, zaburzenia mowy ekspresyjno-odbiorczej z dużym deficytem uwagi. Pamięć świeża słuchowo-werbalną oceniono jako zaburzoną w stanie lekkim ze skłonnością do konfabulacji. Czytała płynnie bez zrozumienia, pamiętała oderwane fragmenty. W badaniu przeprowadzonym w początkowej fazie choroby dokonano oceny stanu psychicznego za pomocą kwestionariusza Krótkiej Skali Oceny Stanu Psychicznego (*Mini-Mental State Examination* – MMSE) [7]. Skala ta pozwala na ilościową ocenę różnych aspektów funkcjonowania poznawczego. Pacjent jest oceniany w zakresie orientacji co do czasu i miejsca, zapamiętywania wyrazów, uwagi i liczenia, wykonywania poleceń, pisanie i kopiowanie dwóch pięciokątów. Maksymalnie pacjent może otrzymać 30 punktów (ocena głębokości otępienia: 27–30 – wynik prawidłowy, 24–26 – zaburzenia poznawcze bez otępienia, 19–23 – otępienie lekkiego stopnia, 11–18 – otępienie średniego stopnia, 0–10 – otępienie głębokie). Pacjentka uzyskała wynik 16 punktów, który pozwala na stwierdzenie u niej otępienia średniego stopnia.

Równocześnie z testem MMSE przeprowadzono Test Rysowania Zegara (*Clock drawing*). Stanowi on prostą metodę wczesnego rozpoznawania zaburzeń sprawności poznawczej, związanych z chorobą Alzheimera. Jedną z jego odmian, opracowaną przez Shulmana i wsp., polega na wykonaniu trzech rysunków na tarczy zegara, każde zadanie poprzedzone jest pisemną instrukcją. Autorzy opracowali do testu klasyfikację błędów, na podstawie której rozpoznaje się stopień upośledzenia sprawności poznawczej [8].

Błędy pacjentki popełnione w trakcie wykonywania testu polegają na pisaniu godzin na tarczy zegara jednocześnie z obracaniem kartki, co sprawia, że niektóre godziny napisane są odwrotnie. Występuje persewercja – pisanie po cyfrze 12 kolejnych cyfr. Niedokładne oznaczanie czasu – „10 po 11.00” – świadczy o tym, że nie potrafi oznaczyć czasu. Wyniki uzyskane przez pacjentkę ilustruje rycina 1.

W 2009 r. pacjentka od pewnego czasu informowała o złym samopoczuciu w ciągu dnia i podenerwowaniu, drażliwości. Wówczas sen i apetyt określono jako dobre. Postawione wówczas rozpoznanie to łagodne zaburzenia procesów poznawczych i otępienie typu Alzheimera (postać umiarkowana z urojeniami). Rok później wystąpiły urojenia niewierności małżeńskiej. Nie współpracowała z mężem, nie wyrażała zgody, aby podawał leki. Wystąpiły częste zaparcia i wzdęcia. Pacjentka była wielomówna, drażliwa, czujna i egoistyczna.

W 2012 r. na podstawie obserwacji i wywiadu psychologicznego z pacjentką oraz wywiadu z jej córką wykonano zestaw prób do badania procesów poznawczych u pacjentów z uszkodzeniami mózgu. Na podstawie wyników stwierdzono, że orientacja autopsychiczna była zachowana i prawidłowo, a allopsychiczna – niepełna. W wypowiedziach pacjentka była wielomówna



Rycina 1. Wynik Testu Rysowania Zegara wykonanego przez pacjentkę

i persewerująca, labilna emocjonalnie, z upośledzonym krytycyzmem, funkcje werbalne były zachowane w zakresie powtarzania (samogłosek, spółgłosek, sylab opozycyjnych, słów bezsensownych, serii słów), mowy zautomatyzowanej, prawidłowo odtwarzała struktury rytmiczne. Stwierdzono u niej osłabioną funkcję orientacji przestrzennej (zaburzona orientacja na mapie i orientacja zegarowa). Pacjentka tylko częściowo poprawnie wykonała próby badające obszar myślenia. Błędnie wykonała niektóre zadania służące do badania umiejętności abstrahowania, uogólniania, klasyfikowania, co wskazuje na osłabienie tych funkcji oraz zaznaczającą się tendencją do konkretyzacji myślenia. Miała trudności z zapamiętywaniem instrukcji do zadań. Mowa była opowieściowa – wypowiedzi ubogie, upośledzona wstępna analiza wzrokowa, umiejętność wyodrębniania szczegółów i porównywania ich ze sobą, umiejętność formułowania i sprawdzania różnych hipotez. Nie potrafiła znaleźć związku przyczynowo-skutkowego wydarzeń. W zakresie fluencji słownej stwierdzono osłabienie płynności słownej i myślenia dywergencyjnego. Czynność pisania była zachowana prawidłowo, czytanie – osłabione, bez zrozumienia. Kalkulia była częściowo zaburzona, z kolei prakcja pozy przestrzennej – prawidłowa, a prakcja dynamiczna – znacznie zaburzona. Nie stwierdzono zaburzeń w zakresie gnozy wzrokowej. Wystąpiło natomiast znaczne upośledzenie pamięci obrazowo-wzrokowej (pacjentka nie zapamiętała sześciu elementów) oraz nastąpiło upośledzenie bezpośrednio pamięci słowno-logicznej.

Całość badania wskazywała na występowanie zespołu otępiennego u badanej. W porównaniu do badania z 2008 r. osłabienie nastąpiło w obszarach: myślenia przyczynowo-skutkowego na materiale percepcyjnym, pamięci obrazowo-wzrokowej, kalkulii oraz umiejętności czytania. Pacjentka była niespokojna, nie sypiała po nocach, miała omamy wzrokowe, uważała, że ktoś ją nachodzi i okrada. Rozmawiała z nieobecnymi osobami. Odmawiała współpracy, nie chciała pomocy przy czynnościach higienicznych ze strony członków rodziny. Nie pozwalała założyć sobie plastra transdermalnego. Obserwowano nasilenie niepokoju nocą. W badaniu psychologicznym nastąpił wzrost osłabienia funkcji poznawczych. Określano ją jako zagubioną, egoistyczną, bierną, upartą, niewspółpracującą, bez poczucia choroby, z nastrojem drażliwo-pogodnym z cechami euforystycznymi.

W badaniu kontrolnym w 2014 r. pacjentka była płaczliwa, spowolniona psychoruchowo, procesy pamięciowe oceniono jako osłabione, dodatkowo częściowo była zdezorientowana. Procesy poznawcze były osłabione, nie rozpoznawała domowników. Stwierdzono u niej obawę przed zabiegami higienicznymi, przymuszaniem do korzystania z łazienki. Pacjentka podsyiała w ciągu dnia, w nocy występowała bezsenność. W zachowaniu była napięta. U chorej stwierdzono nasilające się procesy otępienne. Wystąpiły u niej zaburzenia orientacji w obrębie mieszkania, postępujące problemy z pamięcią. W ciągu dnia była mało aktywna, występował u niej nastrój obojętny. Nie wykazywała zainteresowania otoczeniem.

Problemy pielęgnacyjne

Od zdiagnozowania choroby stan pacjentki systematycznie ulegał pogorszeniu zarówno w sferze somatycznej, jak i psychicznej. Rodzina opiekowała się chorą prawidłowo, stwierdzono prawidłowy poziom zainteresowania jej problemami zdrowotnymi wśród członków. Relacje pomiędzy pacjentką a mężem były zaburzone z uwagi na podejrzliwość żony i oskarżanie męża o niewierność. Jednocześnie mąż przejawiał zmęczenie spowodowane ciągłą koniecznością wykonywania wszystkich prac domowych. Trudności w komunikacji związane z pogłębiającym się deficytem czynności poznawczych powodowały, że chora nie mogła porozumieć się w optymalnym stopniu z innymi, co wywoływało u niej niepożądane zachowania nacechowane agresją. Zachowania agresywne i podejrzliwość w stosunku do członków rodziny, a zwłaszcza podejrzewanie zdrady małżeńskiej, stanowiły częsty powód do zakłócenia spokoju. Zmęczenie opiekunów spowodowane koniecznością sprawowania długotrwałej opieki nad pacjentką może prowadzić do wystąpienia konfliktów oraz rozwoju tzw. „syndromu opiekuna” (zmęczenie fizyczne i psychiczne do objawów depresji włącznie).

Kontakty z lekarzem prowadzącym utrzymywane były według kalendarza zaleconych wizyt i indywidualnych potrzeb pacjentki. Choć wcześniej była rozdrażniona z powodu konieczności wzięcia udziału w wizycie, podczas spotkania była obojętna i nie protestowała. Rodzina sygnalizuje problemy związane z przyjmowaniem leków przez chorą, która uważa, że nie przynosi oczekiwanych efektów, deklaruje samodzielne

przyjmowanie, nie chce przyjmować leków przygotowanych przez innych.

Pacjentka niechętnie poddaje się czynnościom higienicznym. Ma coraz większe trudności z poruszaniem się. Początkowo skarżyła się na bóle stawów, obecnie porusza się za pomocą balkonika. Samodzielne spożywanie posiłków sprawia jej trudność. Zapomina o jedzeniu, po posiłku nie pamięta, że jadła i domaga się jedzenia.

W miarę postępu choroby pacjentka wykazuje coraz częściej skłonność do urojeń, popada w stany lękowe. Myli fakty, miewa trudności z identyfikacją osób bliskich, jest zagubiona.

Interwencje pielęgniarskie z uwagi na przebywanie pacjentki w domu ograniczone są do realizacji zadań w zakresie funkcji edukacyjno-doradczej w stosunku do opiekunów.

Główne problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze pacjentki

1. Ograniczona w dużym stopniu zdolność do samoopieki

Celem opieki było zapewnienie pomocy, aby pacjentka mogła uzyskać możliwie najwyższy poziom samoopieki oraz aktywizowanie i ukierunkowanie członków rodziny do optymalnej opieki nad chorą. Działania pielęgniarskie polegały na: zebraniu wywiadu od opiekunów odnośnie do deficytów w zakresie samoopieki dotyczących pacjentki; wspólnej analizie przyczyn i skutków, jakie wynikają z deficytów samoopieki; ustaleniu zakresu pomocy pacjentce – czynności, do których należy próbować aktywizować chorą i innych, których nie jest w stanie wykonać samodzielnie i wymagających pomocy (należy pozostawić pacjentce możliwość podejmowania decyzji co do samodzielnego wykonywania niektórych czynności, nie przejmować inicjatywy, jeśli nie jest to konieczne); zaproponowaniu opiekunom praktycznych rozwiązań związanych z codzienną pielęgnacją, ustaleniu z rodziną praktycznego w zastosowaniu schematu dnia dotyczącego chorej, który nie będzie kolidował z innymi zajęciami (pozwala to na wypracowanie pewnych schematów, dotyczących np. czynności pielęgnacyjnych, które wprowadzają określony rytm dnia).

2. Zmniejszona aktywność i większa drażliwość spowodowana utratą kontroli nad własnym życiem z uwagi na pogłębiające się objawy otępienne

Celem opieki było umożliwienie chorej jak najdłuższej kontroli nad własnym życiem oraz ułatwienie zaadaptowania pacjentki i domowników do nowej sytuacji. Działania pielęgniarskie polegały na rozpoznaniu rodzaju i stopnia zawansowania zmian neuropsychologicznych występujących u pacjentki; ustaleniu wspólnie z rodziną czynników, które wpływają na pogorszenie lub poprawę jej stanu, podtrzymywaniu i stymulowaniu zachowań pacjentki związanych z samodzielnym wykonywaniem niektórych czynności; ułatwieniu chorej wykonywania codziennych czynności poprzez przypomnienie, pisanie karteczek z poleceniami, częste odczytywanie aktualnego czasu z zegara ustawionego w zasięgu wzroku chorej, korzystanie z kalendarza, usu-

wanie z otoczenia pacjentki zbędnych przedmiotów i pozostawienie tych, których powinna używać (okulary, zegarek, przybory toaletowe); podawaniu pacjentce na bieżąco informacji dotyczących wykonywanych czynności; zachęcaniu chorej do wypowiedzi, bez negocjowania wypowiedzi nielogicznych).

3. Trudności w komunikacji związane z pogłębiającym się deficytem czynności poznawczych

Celem opieki było umożliwienie prawidłowego kontaktu z chorą oraz uzyskanie prawidłowych relacji w rodzinie. Działania pielęgniarskie polegały na: przeprowadzeniu wywiadu z pacjentką i rodziną, ukierunkowanego na rozpoznanie zaburzeń czynności poznawczych; rozpoznaniu rodzaju zaburzeń występujących u pacjentki związanych z mową, kojarzeniem, pamięcią itp.; ustaleniu, w jakim stopniu istniejące u chorej deficyty wpływają na funkcjonowanie rodziny; przekonaniu opiekunów o konieczności podtrzymywania kontaktu pacjentki z innymi osobami (nieizolowanie chorej); mobilizowaniu chorej do radzenia sobie w różnych sytuacjach; mówieniu powoli, wyraźnie; wydawaniu jasnych poleceń; unikaniu gwałtownych reakcji emocjonalnych; zapewnieniu spokoju; podtrzymywaniu komunikacji werbalnej i niewerbalnej (polecenia można podkreślać odpowiednimi gestami); nieprzerwywaniu wypowiedzi pacjentki; stymulowaniu wzrokowo-słuchowym pacjentki poprzez włączanie radia lub telewizji; podejmowaniu prób zmiany tematu w przypadku powtarzania przez chorą danej kwestii.

4. Zachowania agresywne i podejrzliwość w stosunku do członków rodziny

Celem opieki było: minimalizowanie skutków zachowań agresywnych, uspokojenie pacjentki, oraz stabilizacja sytuacji rodzinnej. Działania pielęgniarskie obejmowały: ustalenie wraz z rodziną rodzaju zachowań agresywnych manifestowanych przez pacjentkę; dokonanie analizy czynników prowadzących do wystąpienia reakcji o cechach agresji; przekonanie członków rodziny o konieczności podejścia do pacjentki ze spokojem, niereagowania agresją, spokojnego tłumaczenia chorej, przeczekania incydentu agresji, podejmowania prób zmiany tematu poprzez odwrócenie uwagi pacjentki.

5. Zaburzenia rytmu dobowego pacjentki skutkujące zmęczeniem jej i domowników

Celem opieki było przywrócenie prawidłowego rytmu dobowego, unikanie zmęczenia i stresujących sytuacji wywołanych przez aktywność pacjentki w godzinach nocnych.

Działania pielęgniarskie obejmowały: rozpoznanie rodzaju zaburzeń dotyczących rytmu snu i czuwania pacjentki, utrzymywanie aktywności chorej w dzień, mobilizowanie do wykonywania różnych czynności, dopilnowanie załatwienia potrzeb fizjologicznych przed snem, zapewnienie optymalnych warunków do snu w nocy (przewietrzenie pokoju, wygodna bielizna osobista i pościelowa, spokój i cisza, unikanie ciężkostrawnych posiłków przed snem i dużych ilości napojów), na zlecenie lekarza podawanie środków nasennych (ważne – o odpowiedniej porze, by ich działanie przypadło na czas, kiedy chora powinna spać).



6. Niechęć pacjentki do samodzielnego wykonywania lub poddawania się czynnościom higienicznym

Cel opieki to utrzymanie prawidłowego poziomu higieny osobistej pacjentki oraz uniknięcie powikłań związanych z nietrzymaniem moczu (odparzenia). Działania pielęgniarskie objęte: przypominanie chorej o konieczności oddania moczu, łagodne nakłanianie do założenia pampersa (wskazane pieluchomajtki – są wygodniejsze, bardziej przypominają zwykłe majtki, przez co są lepiej tolerowane przez pacjentów), tłumaczenie chorej konieczności utrzymania higieny, ustalenie stałej pory wykonywania czynności higienicznych wpisanych w rytm dnia, mobilizowanie pacjentki do współdziałania w wykonywaniu czynności higienicznych (wybieranie bielizny, przygotowanie kąpeli, samodzielne mycie się i wycieranie), zapewnienie atmosfery spokoju, łagodne tłumaczenie, konsekwencja w postępowaniu, unikanie reakcji agresywnych.

7. Pogłębiająca się niesprawność ruchowa i związana z tym zmniejszona zdolność do samoobsługi

Celem opieki było: utrzymanie odpowiedniego do możliwości pacjentki poziomu sprawności ruchowej, zapewnienie pomocy chorej ze strony rodziny.

Podjęte działania pielęgniarskie to: zorientowanie się, jakiego rodzaju problemy w zakresie poruszania się ma pacjentka; przeprowadzenie wywiadu z rodziną na temat dotychczasowych działań podejmowanych w celu usprawnienia chorej (leczenie ortopedyczne, rehabilitacja, stosowanie usprawnień i sprzętu rehabilitacyjnego, przyjmowanie leków przeciwbólowych); ustalenie z rodziną, jakiego rodzaju działań lub sprzętu pacjentka potrzebuje; mobilizowanie chorej do zwiększonej aktywności – ćwiczenia bierne i czynne, używanie balkonika do chodzenia, samodzielne wykonywanie nieskomplikowanych czynności, np. higienicznych; uświadomienie rodzinie konieczności udzielania pomocy chorej przy wykonywaniu niektórych czynności, ale nie należy przejmować inicjatywy bez właściwych wskazań; zapewnienie przedmiotów ułatwiających poruszanie (laska, poręcz, maty antypoślizgowe, oświetlenie); uspokojenie chorej w przypadku obawy przed samodzielnym poruszaniem się, zapewnienie jej poczucia bezpieczeństwa poprzez obecność przy niej i asekurację.

8. Zmęczenie opiekunów spowodowane koniecznością sprawowania długotrwałej opieki nad pacjentką

Celem opieki było zmniejszenie zmęczenia członków rodziny, uzyskanie prawidłowej wydolności opiekunów rodziny. Działania pielęgniarskie obejmowały: zorientowanie się w zakresie sytuacji rodzinnej (jaki jest podział obowiązków, kto najwięcej czasu spędza z chorą, jak opiekunowie radzą sobie z problemami, czy mają własne problemy zdrowotne); dokonanie oceny zdolności rodziny do długotrwałej opieki nad pacjentką; zachęcanie opiekunów do dzielenia się problemami i wyrażania swoich uczuć; podejmowanie prób wspólnego rozwiązania problemów; kontakt z grupami wsparcia, zaproponowanie sposobów radzenia sobie ze stresem (organizowanie wypoczynku, odreagowanie stresu, ćwiczenia, odpowiednia dieta); mobilizowanie do zadbania o własne potrzeby bez całkowitego koncentrowania się na chorej; w razie potrzeby pomoc

w uzyskaniu kontaktu z pielęgniarką środowiskową, pracownikiem socjalnym, lekarzem, prawnikiem; zapewnienie materiałów informacyjnych i adresów instytucji zajmujących się problemami pacjentów z chorobą Alzheimera.

Dyskusja

Opieka nad pacjentem z rozpoznaną chorobą Alzheimera stanowi duże wyzwanie nie tylko dla jego rodziny, ale dla całego zespołu terapeutycznego. Ogniwem w zespole terapeutycznym jest pielęgniarka, która współpracuje z lekarzem, koordynuje pracę opiekuna, czuwa nad zapewnieniem choremu jak najlepszych warunków opieki. Obserwuje zachodzące zmiany w stanie pacjenta, o których informuje lekarza rodzinnego i innych współpracowników zespołu terapeutycznego. Rola pielęgniarki polega na wsparciu pacjenta i opiekunów poprzez edukację i proponowanie nowych rozwiązań w opiece. Podczas sprawowania opieki i rozmowy z opiekunem pielęgniarka potrafi dostrzec problemy związane z opieką nad chorym i przez to udzielić odpowiedniej pomocy w ich rozwiązaniu. Edukacja dotyczy sprawowania odpowiedniej opieki nad chorym w zakresie czynności higienicznych, kąpeli, karmienia czy zachowań w przypadku niespodziewanych reakcji emocjonalne chorego, przy obsłudze przyrządów z jego otoczenia. Pielęgniarka powinna mieć możliwość przyścia do domu i oceny stanu pacjenta, zaproponowania rozwiązań usprawniających funkcjonowanie chorego w jego środowisku domowym, zmniejszających jego wysiłek [8].

Specyfika choroby Alzheimera powoduje, że większość problemów, z którymi spotyka się pacjent i jego rodzina, dotyczy natury psychicznej. Choroba stanowi ogromne obciążenie dla wszystkich domowników, toteż należy podjąć odpowiednie działania, by im pomóc. Rola pielęgniarki sprowadza się zatem do funkcji doradczą-edukacyjnej i wspierającej. Prawidłowo prowadzona edukacja przynosi wymierne efekty, a wsparcie i empatia pozwalają na uzyskanie u pacjenta i rodziny poczucia, że nie są zostawieni sami w ciężkiej sytuacji, jaką jest choroba Alzheimera.

Przedstawione problemy występujące w opiece nad pacjentką stanowią typowy obraz zmagania z chorobą, na co dzień dotyczących opiekunów nie tylko medycznych, ale przede wszystkim rodziny, którą należy wspierać. Poradniki, literatura tematyczna i inne pomoce nie są w stanie oddać istoty złożonej opieki nad chorym, toteż opracowania posiłkujące się autentycznym przypadkami chorych najdokładniej oddają ich problemy.

Wnioski

Choroba Alzheimera stanowi przyczynę wielu problemów dotyczących nie tylko samego pacjenta, ale również jego opiekunów. Rodzina oraz pielęgniarka sprawująca opiekę nad chorym, powinni dążyć do wszelkich starań, aby pacjenta z rozpoznaną chorobą otoczyć opieką całościową. Warto rozważyć programy wspierające wczesne rozpoznanie choroby Alzheimera oraz opiekę sprawowaną przez zespół wielodyscyplinarny, uwzględniając zaangażowanie członków rodziny pacjentów już od najwcześniejszych etapów choroby.

Źródło finansowania

Praca sfinansowana ze środków własnych autora.

Konflikt interesów

Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

Piśmiennictwo:

1. Burda K. Nobel z medycyny i fizjologii, czyli jak odżywia się komórka? [online] [cyt. 10.07.2014]. Dostępny na URL: <http://nauka.newsweek.pl/nobelzmedycynyifizjologii2013zatransportwkomorkach,artykuly,272011,1.html>
2. Grossberg G, Kamat S. *Choroba Alzheimera. Najnowsze strategie diagnostyczne i terapeutyczne*. Warszawa: Wydawnictwo MediSfera; 2011.
3. Bidzan M, Bidzan L. Objawy neurobehawioralne we wczesnych postaciach otępień typu Alzheimera i naczyniopochodnych. *Psychiatr Pol* 2014; 2: 19–330.
4. *Jak radzić sobie z chorobą Alzheimera – poradnik dla opiekunów*. Warszawa: Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera; 2001: 11–12.
5. Chorzy na Alzheimera w Polsce [online] [cyt.1.12.2014]. Dostępny na URL: http://www.nursing.com.pl/Aktualnosci_Chorzy_na_Alzheimera_w_Polsce_353.html
6. Leszek J. *Choroby otępienne*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2011.
7. Dobryszcka W, Gąsiorowski K, Leszek J. *Demencje wieku podeszłego*. Wrocław: Wydawnictwo Continuo; 2004.
8. Krzywiński S. Test rysowania zegara. *Post Psychiatr Neurol* 1995; 4: 21–30.

Adres do korespondencji

Renata Nieckarz
ul. Wały Jagiellońskie 13 a
56-400 Oleśnica
Tel. (+48) 660 480 613
E-mail: renata-nieckarz777@wp.pl

Praca wptynęta do redakcji: 05.02.2015
Po recenzji: 15.04.2015
Zaakceptowana do druku: 07.06.2015

ZASTOSOWANIE MASAŻU LECZNICZEGO W PRZYPADKU DOLEGLIWOŚCI BÓLOWYCH ODCINKA SZYJNEGO I LĘDŹWIOWEGO KRĘGOSŁUPA – OPIS PRZYPADKU

The effectiveness of therapeutic massage in lumbar
and cervical spine pain syndrome – case study

IWONA WILK^{A,B,D,E,F}

Katedra Fizjoterapii i Terapii Zajęciowej,
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

A – przygotowanie projektu badania | study design, B – zbieranie danych | data collection, C – analiza statystyczna | statistical analysis, D – interpretacja danych | data interpretation, E – przygotowanie maszynopisu | manuscript preparation, F – opracowanie piśmiennictwa | literature search, G – pozyskanie funduszy | funds collection

STRESZCZENIE

Wstęp: Dolegliwości bólowe kręgosłupa dotyczą przeważającej części społeczeństwa i występują u coraz młodszych osób. Czynniki predysponującymi do pojawienia się zaburzeń w obrębie kręgosłupa są: charakter wykonywanej pracy, siedzący tryb życia, brak aktywności ruchowej. W procesie leczenia należy stosować kompleksową fizjoterapię, jednak przede wszystkim należy wprowadzać profilaktykę dotyczącą stylu życia.

Cel pracy: Celem pracy była prezentacja możliwości zastosowania masażu leczniczego w przypadku dolegliwości bólowych kręgosłupa.

Materiał i metody: U 49-letniej kobiety zastosowano masaż klasyczny grzbietu. Zabieg wykonano czterokrotnie, każdorazowo trwał 30 minut. W tym samym czasie wykonywano dre-

Słowa kluczowe: masaż leczniczy, drenaż limfatyczny, ból kręgosłupa, obrzęk

naż limfatyczny kończyny dolnej, trwający 55 minut. Następnie dwukrotnie wykonano masaż tensegracyjny (45 min).

Wyniki: Po zastosowaniu różnych rodzajów masażu, dobranych indywidualnie do aktualnie dominujących objawów i potrzeb pacjentki, uzyskano zniesienie dolegliwości bólowej zlokalizowanej w obrębie kręgosłupa, obniżenie wrażliwości uciskowej wybranych mięśni grzbietu (najszerzego, czworobocznego i prostownika) oraz zmniejszenie obrzęku kończyny dolnej.

Wnioski: Masaż może być skuteczną terapią przeciwbólową w przypadku dolegliwości bólowych kręgosłupa. Połączony z edukacją pacjenta, dotyczącą prawidłowej postawy i właściwych nawyków ruchowych, może przyczynić się do zapobiegania w przyszłości incydentom bólowym.

SUMMARY

Background: The spine pain syndrome is a common problem in a substantial part of the population which currently affects younger and younger people. The underlying risk factors include the character of work, sedentary lifestyle and lack of physical activity. Except for complex physiotherapy which should be applied during treatment, a lifestyle prophylaxis also seems to be a key factor.

Aim of the study: The aim of this study was to present the possibility to use the classical and therapeutic massage of the back, and a lymphatic drainage of lower limbs in case of the lumbar and cervical spine pain syndrome accompanied by the lower limb swelling.

Material and methods: A young woman with the lumbar and cervical spine pain syndrome received a 55-minute lymphatic

Keywords: therapeutic massage, lymphatic drainage, lumbar and cervical spine pain syndrome, swelling

drainage (four sessions), a 30-minute classical massage (four sessions) and a 45-minute therapeutic massage (two sessions). All the procedures were performed every two days.

Results: After the application of all kinds of the massage, selected individually to current symptoms and needs of the patient, the pain in the area of the spine was relieved. After the therapy the pressure pain in the back muscles such as: *latissimus dorsi* (lats), *trapezius* (traps) and spinal erectors was also decreased. The swelling in the area of the lower limb was reduced and the patient reported general decrease of pain.

Conclusions: A massage may constitute an effective anti-pain therapy in case of the lumbar and cervical spine pain syndrome. Combined with educating patients about proper motor habits might prevent similar pain symptoms in the future.

(PU-HSP 2015; 9, 2: 24–27)