

## **Opieka pielęgniarska nad pacjentką w przebiegu choroby Alzheimera z wykorzystaniem ICNP®**

**Nursing care for a patient in the Alzheimer's disease  
course with the use of ICNP®**

KAROLINA KRAJEWSKA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe Nauk o Zdrowiu, Instytut Nauk o Zdrowiu, Państwowej Uczelni Zawodowej we Włocławku

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2020.016>

ISSN: 2451-1846

### **Streszczenie:**

**Wstęp.** Choroba Alzheimera (AD – Alzheimer Disease) to nieuleczalna choroba neurodegeneracyjna. Głównym jej objawem jest znaczne pogorszenie się pamięci. Wraz z wiekiem rośnie prawdopodobieństwo zachorowania na nią. Czynniki ryzyka rozwoju choroby Alzheimera jest przede wszystkim: cukrzyca, płeć żeńska, nadciśnienie tętniczego oraz brak aktywności fizycznej. Szacuje się, że w Polsce choroba Alzheimera dotyka około 200 tysięcy osób. Według danych statystycznych 60% wszystkich postaci otępienia to AD.

**Cel pracy.** Celem pracy jest ukazanie czynności, jakie powinna wykonać pielęgniarka opiekując się pacjentką ze stwierdzoną chorobą Alzheimera.

**Prezentacja przypadku.** Pacjentka, lat 75, przyjęta do oddziału internistycznego, Ma problemy z komunikowaniem się, przełykaniem treści pokarmowej oraz zaburzenia orientacji przestrzennej. Wymaga stałej asysty w wyko-

nywaniu czynności dnia codziennego. Uskarża się na nietrzymanie moczu oraz stolca.

**Wnioski.** Dzięki holistycznemu podejściu do pacjentki możliwe jest zapewnienie jej odpowiedniej opieki oraz poprawa jakości życia pacjentki i jej rodziny.

**Słowa kluczowe:** choroba Alzheimera, proces pielęgnowania, ICNP®.

### Summary:

**Introduction.** Alzheimer's disease (AD – Alzheimer Disease) is an incurable neurodegenerative disease. The main source of memory discomfort is destruction. With age, irresistibly falling ill with it. Risk factors for the development of Alzheimer's disease are primarily: diabetes, female gender, hypertension and the lack of a control field. It is estimated that in Poland Alzheimer's disease affects about 200,000 people. According to statistics, 60% of all forms of dementia are AD.

**Aim of the study.** The aim of the study is to present the activities that should be performed by a nurse caring for a patient with diagnosed Alzheimer's disease.

**Case study.** A 75-year-old patient admitted to the internal medicine ward, she has communication, content swallowing and spatial orientation disorders. It requires constant assistance in the performance of everyday activities. He complains of urinary and faecal incontinence.

**Conclusion.** Thanks to the holistic approach to the patient, it is possible to ensure her correctness and the approach of the patient and her family.

**Keywords:** Alzheimer's disease, nursing process, ICNP®.

### Wstęp

Choroba Alzheimera (Alzheimer Disease) niegdyś była nazywana jako przedstarczy zanik mózgu lub otępienie pierwotne. AD jest zwyrodnieniem mózgu, w którym dochodzi do obumierania komórek mózgu, dotyczy to szczególnie komórek kory czołowej albo hipokampa [1].

Alzheimer Disease prowadzi do nieodwracalnych zmian w ludzkim mózgu, które skutkują przede wszystkim pogorszeniem się pamięci oraz wahaniami nastroju. U osoby chorej zostaje zaburzony także tok myślenia oraz rozwiązywanie różnych sytuacji [2].

Najczęściej występującą postacią otępienia jest choroba Alzheimera. Wraz ze starzeniem się człowieka rośnie ryzyko zachorowania na chorobę otępienną. W wieku 60 lat prawdopodobieństwo wynosi około 1%, natomiast w wieku 80 lat zwiększa się i osiąga wartość 20%, a w wieku 90 lat ryzyko wzrasta od 30 do 50% [3].

Badania przeprowadzane w Stanach Zjednoczonych w 2011 roku ukazują, że w ciągu dziesięciu ostatnich lat od ich opublikowania liczba zgonów wynikających z choroby Alzheimera zwiększyła się do około 87%. W 2008 roku AD było trzecią przyczyną śmierci Amerykanów zaraz po chorobach układu krążenia oraz chorobach nowotworowych [2].

Prowadzone dane statystyczne w Polsce potwierdzają, że liczba odnotowanych przypadków AD wynosi około dwieście tysięcy. Okazuje się, że przekraczając próg 65 lat ryzyko zachorowania na AD w naszym kraju wynosi 0,2%, po 75 r.ż. zwiększa się do 0,7%, w grupie osób 85 lat i więcej prawdopodobieństwo wynosi około 3%, a w wieku 90 r.ż. zwiększa się do 16% [4].

Okazuje się, że w Polsce średnia wieku rozpoznania choroby Alzheimera wynosi 58 lat oraz częściej dotyczy mężczyzn. W Polsce zachorowalność na różne typy otępień sięga 500 tysięcy, z czego około 50% przypada na chorobę Alzheimera [5].

Do przyczyn, które wpływają na rozwój choroby Alzheimera należą zarówno czynniki zewnętrzne jak i wewnętrzne. Literatura podaje, że jedynie 15% przypadków AD jest dziedziczne, a 85% wynika z innych przyczyn.

Wśród środowiskowych oraz genetycznych czynników należy wyróżnić przede wszystkim:

- długość życia oraz wystąpienie AD u innych członków rodziny,

- brak wykształcenia,
- przebyte obrażenia głowy,
- zatajona infekcja ośrodkowego układu nerwowego,
- powstanie nieprawidłowości w prekursorze białka amyloidowego – APP (Amyloid Precursor Protein) [2],
- choroby cywilizacyjne takie jak cukrzyca i nadciśnienie tętnicze,
- podwyższone wartości cholesterolu oraz nieprawidłowa praca mięśnia sercowego [6].

### **Cel**

Celem pracy jest analiza zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentką z potwierdzoną chorobą Alzheimera przy zastosowaniu odpowiednich interwencji i diagnoz pielęgniarstkich. W poniższym zaproponowanym planie opieki oparto się na standardowym modelu procesu pielęgnowania, który został uzupełniony o Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®.

### **Materiał i metody**

W pracy została zastosowana metoda indywidualnego przypadku, przy pomocy takich technik jak: obserwacja chorego, wywiad bezpośredni, analiza dokumentacji medycznej (historii choroby, wyników badań, karty gorączkowej, karty indywidualnej opieki pielęgniarstkiej), pomiar podstawowych parametrów życiowych (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, częstość oddechów, temperatura ciała). Pacjentka wyraziła zgodę na badanie, które zostało przeprowadzone w pierwszym półroczu 2020r. Opierając się na zebranych informacjach poniżej zaprezentowano określone diagnozy pielęgniarstkie oraz przygotowano indywidualny plan opieki pielęgniarstkiej z zastosowaniem klasyfikacji ICNP®.

### **Prezentacja przypadku**

Pacjentka, lat 75, urodzona w Aleksandrowie Kujawskim. Pacjentka mieszka sama, w ciągu dnia może liczyć na pomoc syna i córki, którzy prowadzą oddzielne gospodarstwa domowe. Wcześniej dwukrotnie przyjęta do szpitala z powodu pogarszającego się stanu zdrowia.

Pacjentka z rozpoznaną chorobą Alzheimera około pięć lat temu, w rodzinie w przeszłości zostały zdiagnozowane dwa przypadki choroby Alzheimera. Obecnie w drugim stadium choroby. Obecnie w pierwszej dobie pobytu, przyjęta do oddziału internistycznego, z powodu pogorszenie stanu zdrowia: utrudniony kontakt z bliskimi, problem z przelękaniem pokarmu. Ponadto pacjentka leczy się także nieskutecznie na nadciśnienie tętnicze od 20 lat, z powodu deficytu wiedzy jest ono źle kontrolowane. Chora ma także deficyty w zakresie wykonywania czynności samopielegnacyjnych. Stan pacjentki z dnia na dzień znacząco się pogorszył, zwłaszcza w sferze komunikacji werbalnej. Utrzymują się także zaburzenia pamięci świeżej oraz trudności w przemieszczaniu się. Pacjentka uskarża się także na nietrzymanie moczu oraz stolca. W ostatnim czasie rodzina miksowała pacjentce posiłki z powodu problemów z przelękaniem treści pokarmowej, a następnie krztuszeniem się.

Na chwilę obecną ryzyko upadku według skali Tinetti wynosi 19 punktów. Ciśnienie tętnicze wynosi 140/90 mmHg. Temperatura ciała w normie - 36,6 °C. Chora wykazuje deficyty wiedzy na temat choroby i samoopieki.

W Tabeli 1. zaprezentowano szczegółowe informacje o chorej oraz wyniki badania podmiotowego.

Tab. 1. Arkusz indywidualnego opisu przypadku opracowanie na podstawie Lesińska-Sawicka M. (2009).

<i>Dane socjodemograficzne</i>	
<i>Rok urodzenia: 04.05.1945r.</i>	<i>Płeć: Kobieta</i>
<i>Stan cywilny: Wdowa</i>	<i>Wykonywany zawód: Nauczycielka</i>

<i>STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)</i>
<i>Temperatura: 36,6 °C</i>
<i>Tętno: (liczba / napięcie / rytm) 80/min, dobrze napięte, miarowe</i>
<i>Oddechy: 17/min.</i>
<i>Ciśnienie tętnicze: 140/90 mmHg</i>
<i>Masa ciała: 58kg</i>
<i>Wzrost: 160 cm</i>
<i>BMI: 22,66</i>

<i>WYWIAD RODZINNY</i>
<i>Członkowie rodziny: córka (45 lat), syn (50 lat)</i>
<i>Ważne wydarzenia w rodzinie – ostatnie lata: śmierć małżonka</i>
<i>Choroby występujące w rodzinie: nadciśnienie tętnicze, nowotwory jelit, choroba Alzheimera</i>
<i>Hobby/ zainteresowania: szydełkowanie</i>
<i>Formy spędzania czasu wolnego: oglądanie telewizji, wyjście do sąsiadki</i>
<i>Nałogi w rodzinie: -</i>
<i>Błędy żywieniowe – jakościowe i ilościowe: nieregularne spożywanie posiłków</i>
<i>Ograniczenia/przeciążenia psychicznego/fizyczne: zawroty głowy podczas lekkiego wysiłku</i>
<i>Ograniczone kontakty/brak wsparcia społecznego:</i>

Tab. 2. Badanie fizykalne – opracowanie na podstawie Lesińska-Sawicka M. (2009).

SKÓRA						
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy	stan rany pooperacyjnej
prawidłowe	36,6 °C	prawidłowe	prawidłowa	średni	brak	nie dotyczy

UKŁAD ODDECHOWY				
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy	wyroby medyczne
17/min	prawidłowy	brak	brak	nie dotyczy

UKŁAD KRAŻENIA						
ciśnienie	tętno	sinica	obrzęki	duszność	inne objawy	saturation
140/90 mmHg	80/min	brak	brak	brak	brak	97% SpO2

UKŁAD POKARMOWY					
uzębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy	sposób odżywiania
proteza	prawidłowe	prawidłowe	papkowata	brak	doustny

UKŁAD MOCZOWY			
objętość	jakość	inne objawy	wyroby medyczne
1,5 l	barwa słomkowa	nietrzymanie moczu	pieluchomajtki

UKŁAD PŁCIOWY		
cykl płciowy	inne objawy	inne cechy (u dzieci)
adekwatny do wieku	brak	nie dotyczy

UKŁAD NERWOWY			
świadomość wg skali Glasgow	niedowład / drżenia	mowa	inne objawy
15	brak	utrudniony kontakt	zaburzenia funkcji poznawczych

#### Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

sen	nastrój	inne objawy	ocena wg skali GDS (seniorzy)
prawidłowy	dobry	brak	15 – łagodna depresja

### Diagnozy i interwencje pielęgniarские

Po przeprowadzonych badaniach podmiotowych i przedmiotowych u pacjentki wyróżnia się następujące problemy: problemy z komunikowaniem się spowodowane postępującym przebiegiem choroby, nietrzymanie moczu oraz stolca wynikające z postępu AD, ryzyko zakrztuszenia wynikające z zaburzeń połykania w przebiegu choroby, utrudnione poruszanie się wynikające z postępu choroby Alzheimera, zaburzenie orientacji allopsychicznej w przebiegu choroby Alzheimera, deficyt samoopieki wynikający z choroby Alzheimera.

Poniżej przedstawiono plan opieki pielęgniarskiej nad pacjentką w odniesieniu do zdiagnozowanych problemów pielęgnacyjnych z wykorzystaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® (Tabela 3.)



Opieka została zaplanowana i zrealizowana w oparciu o modele D. Orem częściowo-kompensacyjny oraz na całościowym spostrzeganiu człowieka zgodnie z przekonaniem C. Roy.

Poniżej, w Tabeli 3., zaprezentowano najważniejsze problemy pielęgnacyjne opisywanej chorej w sposób tradycyjny oraz z wykorzystaniem ICNP®.

Tab. 3. Proces pielęgnowania pacjentki z anoreksją z wykorzystaniem ICNP®.

Problem pielęgnacyjny I	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Problemy z komunikowaniem się spowodowane postępującym przebiegiem choroby.	zaburzona komunikacja werbalna [10025104]
Cel planowanych działań pielęgniarzkich:	Ułatwienie komunikowania się.
Planowane interwencje pielęgniarckie:	Interwencje pielęgniarckie ICNP®:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– ocena możliwości komunikowania się,</li> <li>– zastosowanie odpowiedniego sposobu porozumiewania się z chorą (komunikowanie się werbalne i pozawerbalne)</li> <li>– okazanie pacjentce wyrozumiałości i cierpliwości,</li> <li>– docenianie wysiłków pacjentki i zmniejszanie barier w komunikacji</li> <li>– zapewnienie spokoju pacjentce,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ocenianie zdolności komunikowania werbalnego [10030515]</li> <li>– identyfikowanie przeszkody w komunikacji [10009683]</li> <li>– nauczanie pacjenta [10033126]</li> <li>– nauczanie rodziny [10033086]</li> <li>– zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10042507]</li> </ul>

– edukacja rodziny w zakresie komunikowania się z pacjentką,	
Ocena realizowanych działań pielęgniarских: Komunikacja nadal utrudniona. Działania pielęgniarские należy kontynuować.	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: zaburzona komunikacja werbalna [10025104]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Dzięki ocenie możliwości komunikowania się pacjentki rozpoznamy na jakim poziomie jest obecne porozumiewanie się jej z otoczeniem. Zastosowanie odpowiedniego sposobu porozumiewania się ułatwi nawiązać dobrą relację i zmniejszy zdenerwowanie pacjentki. Cierpliwość, wyrozumiałość, docenienie chorej poprawi jej pewność podczas prób komunikacji [7].	
<b>Problem pielęgnacyjny II</b>	<b>Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)</b>
Nietrzymanie moczu oraz stolca wynikające z postępu AD.	nietrzymanie moczu [10025686] + nietrzymanie stolca [10027718]
Cel planowanych działań pielęgniarских:	Poprawa funkcjonowania zwieraczy.
Planowane interwencje pielęgniarские:	Interwencje pielęgniarские ICNP®:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– zachowanie prawidłowej higieny krocza,</li> <li>– ocena stanu skóry pod kątem działania drażniącego moczu i stolca</li> <li>– obserwowanie w jakich sytuacjach dochodzi do nietrzymania moczu i stolca,</li> <li>– częsta zmiana pieluchomajtek oraz zapewnienie czystej białej bielizny,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zarządzanie nietrzymaniem moczu [10031879],</li> <li>– zarządzanie nietrzymaniem stolca [10046301]</li> <li>– ocenianie trzymania moczu [10030781]</li> <li>– ocenianie trzymania stolca [10030558]</li> <li>– pielęgnacja skóry [10032757]</li> <li>– promowanie higieny [10032477]</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>– zalecenie ćwiczenia funkcji zwieraczy,</li> <li>– wsparcie pacjentki i jej rodziny</li> <li>– pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kontrola symptomów [10025812]</li> <li>– asystowanie w higienie [10030821]</li> <li>– wspieranie rodziny [10032844]</li> </ul>
Ocena realizowanych działań pielęgniarских: Nietrzymanie moczu i stolca utrzymują się. Działania pielęgniarские należy kontynuować.	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: nietrzymanie moczu [10025686] + nietrzymanie stolca [10027718]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Zachowanie prawidłowej higieny, pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych, ocena stanu skóry, częsta zmiana pieluchomajtek oraz zastosowanie czystej bielizny pozwoli na zapewnić lepsze samopoczucie fizyczne, psychiczne oraz zmniejszy odczuwanie dyskomfortu. Obserwacja pacjentki jest konieczne, by można było określić przyczynę nietrzymania moczu oraz stolca [7].	
<b>Problem pielęgnacyjny III</b>	<b>Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)</b>
Ryzyko zakrztuszenia wynikające z zaburzeń połykania w przebiegu choroby.	zaburzone połykanie [10001033]
Cel planowanych działań pielęgniarских:	Zmniejszenie ryzyka zakrztuszenia się.
Planowane interwencje pielęgniarские:	Interwencje pielęgniarские ICNP®:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– ocena samodzielności pacjentki w zakresie spożywania posiłków</li> <li>– pomoc w karmieniu pacjentki,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ocenianie stopnia samodzielności [10002723]</li> <li>– zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10042507]</li> <li>– ocenianie zachowań związanych z jedzeniem lub piciem [10002747]</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>– zapewnienie pacjentce odpowiedniej pozycji do jedzenia (siedzącej),</li> <li>– dostosowanie konsystencji pokarmu i czasu karmienia do możliwości przełykania pacjentki (zmiksowane posiłki),</li> <li>– edukacja rodziny dot. karmienia</li> <li>– zapewnienie odpowiedniej temperatury posiłków,</li> <li>– miła atmosfera podczas posiłku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nauczanie o przyjmowaniu płynów [10032939]</li> <li>– nauczanie o wzorcu przyjmowania pokarmu [10032918]</li> <li>– monitorowanie przyjmowania pokarmów [10036614]</li> <li>– współdziałanie z rodziną [10035887]</li> </ul>
<p>Ocena realizowanych działań pielęgniarzkich: Ryzyko zakrzepnięcia się zmniejszyło się. Działania pielęgniarzkie należy kontynuować.</p>	<p>Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: zaburzone połykanie [10001033]</p>
<p>Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarzkiej:</p>	
<p>Ocena samodzielności pacjentki podczas przyjmowania pokarmów jest istotna by można było zapewnić chorej odpowiednią pomoc do potrzeb, jednocześnie nie wyręczając jej, a jedynie wspierając. Rodzaj i konsystencja pokarmu powinna być dostosowana do zaleceń dietetycznych i preferencji żywieniowych chorej [7].</p>	

<p><b>Problem pielęgnacyjny IV</b></p>	<p>Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)</p>
<p>Utrudnione poruszanie się wynikające z postępu choroby Alzheimera.</p>	<p>zaburzona zdolność przemieszczania [10001005]</p>
<p>Cel planowanych działań pielęgniarzkich:</p>	<p>Zmniejszenie trudności poruszania się.</p>

Planowane interwencje pielęgniarские:	Interwencje pielęgniarские ICNP®:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– zachęcenie pacjentki do wykonywania ćwiczeń,</li> <li>– ocena ryzyka upadków,</li> <li>– zapewnienie bezpiecznego otoczenia pacjentce,</li> <li>– zachęcenie do korzystania ze sprzętów pomocniczych,</li> <li>– włączenie rodziny w pomoc przy przemieszczaniu się pacjentki,</li> <li>– zachęcenie do kontaktu z fizjoterapeutą</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ocenianie możliwości [10026040]</li> <li>– ocenianie stopnia samodzielności [10002723]</li> <li>– demonstrowanie metod prewencji upadku [10040248]</li> <li>– współdziałanie z rodziną [10035887]</li> <li>– zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10042507]</li> <li>– współdziałanie z zespołem wielospecjalistycznym interdyscyplinarnym [10039416]</li> <li>– zastosowanie urządzenia zabezpieczającego [10002472]</li> </ul>
Ocena realizowanych działań pielęgniarских: Poruszanie się pacjentki polepszyło się. Działania pielęgniarские należy kontynuować.	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: zaburzona zdolność przemieszczania [10001005]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Wykonywanie ćwiczeń pozwoli pacjentce na polepszanie swojej sprawności fizycznej, a co za tym idzie do lepszego wykonywania czynności samoobsługowych. Zaburzenia psychoruchowe pacjentki wymagają stałego nadzoru dlatego tak ważne jest włączenie rodziny w proces przemieszczania się chorej. Korzystanie ze sprzętu pomocniczego usprawni funkcjonowanie pacjentki [4,7,8].	
Problem pielęgnacyjny V	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Zaburzenie orientacji allopsychicznej w przebiegu choroby Alzheimera.	dezorientacja [10001235]

Cel planowanych działań pielęgniarских:	Zmniejszenie zaburzeń orientacji allopsychicznej.
Planowane interwencje pielęgniarские:	Interwencje pielęgniarские ICNP®:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– ocena stanu psychicznego pacjentki,</li> <li>– ocena funkcji poznawczych wg skal (MMSE, GDS)</li> <li>– podaż leków (poprawiających orientację pacjentki) na zlecenie lekarza,</li> <li>– motywacja rodziny do wsparcia pacjentki,</li> <li>– zapewnienie kontaktu z rodziną,</li> <li>– przekazywanie i powtarzanie z pacjentką informacji dot. miejsca pobytu, daty i czasu</li> <li>– okazanie empatii pacjentce,</li> <li>– przestrzeganie stałego planu dnia</li> <li>– unikanie zmian w otoczeniu pacjentki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– administrowanie lekiem [10025444]</li> <li>– motywowanie [10012242]</li> <li>– zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]</li> <li>– obserwacja zmienionej percepcji [10013517]</li> <li>– zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10042507]</li> </ul>
Ocena realizowanych działań pielęgniarских: Zaburzenia orientacji allopsychicznej utrzymują się okresowo. Działania pielęgniarские należy kontynuować.	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: dezorientacja [10001235]

Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej:	
Nawiązywanie i powtarzanie niektórych zdarzeń/czynności pozwala na poprawę pamięci. Poprzez motywowanie wzbudzamy odczucie wsparcia. Kontakt z rodziną pozwoli na odczuwanie bezpieczeństwa przez pacjentkę. Stały plan dnia oraz unikanie zmian w otoczeniu chorej spowoduje poprawę funkcjonowania psychofizycznego, zmniejszy lęk oraz zdezorientowanie [7].	
Problem pielęgnacyjny VI	Diagnoza negatywna (+kod ICNP®)
Deficyt samoopieki wynikający z choroby Alzheimera.	deficyt samoopieki [10023410]
Cel planowanych działań pielęgniarskich:	Zmniejszenie deficytu w zaspokojeniu potrzeb pacjentki.
Planowane interwencje pielęgniarskie:	Interwencje pielęgniarskie ICNP®:
<ul style="list-style-type: none"> <li>– ocena samoopieki wg skal (ADL, IADL)</li> <li>– ocena potrzeb pacjentki,</li> <li>– ocena w zakresie deficytu samoopieki pacjentki oraz rodziny,</li> <li>– zrozumienie oraz pomoc w zaspokojeniu potrzeb pacjentki,</li> <li>– dostosowanie pomocy do potrzeb pacjentki,</li> <li>– zaspokojenie potrzeb pacjentki</li> <li>– zapewnienie pacjentce komfortu oraz bezpieczeństwa,</li> <li>– włączenie rodziny w pomoc w zaspokajaniu potrzeb pacjentki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ocenianie samoopieki [10021844]</li> <li>– ocenianie stopnia samodzielności [10002723]</li> <li>– zarządzanie zaburzonym procesem radzenia sobie [10031846]</li> <li>– ocena stopnia radzenia sobie rodziny [10026600]</li> <li>– współdziałanie z rodziną [10035887]</li> <li>– zarządzanie bezpieczeństwem środowiska [10042507]</li> </ul>

Ocena realizowanych działań pielęgniarzkich: Deficyt samoopieki pacjentki utrzymuje się. Działania pielęgniarzkie należy kontynuować.	Diagnoza pozytywna/negatywna ICNP®: deficyt samoopieki [10023410]
Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarzkiej:	
Ocena potrzeb i deficytu samoopieki pacjentki pozwoli na udzielanie skutecznej pomocy przez pielęgniarzkę. Pielęgniarzka nie powinna wyřęczać pacjentki, natomiast pomoc jej bez względu na stopieñ ograniczeń zwiększy jej samodzielnořć w późniejszym czasie [7].	

## Dyskusja

Choroba Alzheimera to nieodwracalny, stale postępujący proces chorobowy, a postawienie diagnozy powinno być oparte o przeprowadzony szczegółowy wywiad, badania laboratoryjne, obrazowe oraz skal potwierdzających występienie choroby otępiennej np. MMSE (Mini-Mental State Examination), test rysowania zegara, tabela Mungas, oraz GDS (Global Deterioration Scale). Po występieniu jakichkolwiek niepokojących objawów m.in. problemy z pamięcią, należy niezwłocznie zgłosić się do specjalisty w celu wykluczenia bądź potwierdzenia AD. Bardzo istotny wpływ na spowolnienie procesu chorobowego ma uczestniczenie osoby chorej w licznych terapiach: terapia walidacyjna, fizjoterapia, muzykoterapia, terapia logopedyczna, terapia reminiscencyjna. Metoda terapii powinna być dobrana indywidualnie do każdego chorego w zależności od występijących deficytów oraz stadium zaawansowania. Czynnikiem predysponującymi do występienia choroby Alzheimera jest przede wszystkim: brak wykształcenia, zaawansowanie wieku oraz wcześniej odnotowane przypadki tej choroby w rodzinie [2,9,10].

Wyróżniamy trzy etapy zaawansowania choroby Alzheimera: faza łagodna, faza umiarkowana, faza zaawansowana. W pierwszej fazie osoba chora przede wszystkim nie odkłada przedmiotów na swoje



dotychczasowe miejsca, wykonuje daną czynność kilkakrotnie, zdarza się także, że ma trudności w obsłudze podstawowych sprzętów domowych. W fazie umiarkowanej u osoby chorej może dochodzić do omdnięć i halucynacji, w związku z czym czasem zdarza się, że osoba chora jest agresywna wobec swoich najbliższych. W fazie zaawansowanej osoba chora ma znaczne deficyty narządu ruchu, najczęściej prowadzą one do stałego unieruchomienia. W tej fazie także dochodzi do nierozpoznawania swoich najbliższych, chory wymaga ciągłej asysty w wykonywaniu czynności dnia codziennego [10].

W zależności od fazy osoba chora powinna mieć także odpowiednio dobrane leki, pod ścisłym nadzorem lekarza. Ponadto opieka pielęgniarska powinna mieć charakter holistyczny. Głównym problemem osoby chorej są zaburzenia funkcji poznawczych, pielęgniarka powinna rozpoznać wszystkie deficyty oraz pomóc zarówno chorej jak i jej rodzinie do polepszenia warunków życia, jednocześnie nie wyręczając ich. Opiekunowie osoby chorej są szczególnie narażeni na pogorszenie stanu psychicznego oraz fizycznego, w obawie o nie poradzeniu sobie w opiece nad chorym z AD. Pielęgniarka musi przede wszystkim wesprzeć rodzinę i zmotywować ją do działania, do jej zadań także należy przekazanie całej posiadanej wiedzy, która ułatwi rodzinie oraz chorej w funkcjonowaniu w środowisku domowym (opisanie pomieszczeń, uniemożliwienie samodzielnego otwierania okien i drzwi osobie chorej, zabezpieczenie gniazdek). Pielęgniarka powinna także zachęcić bliskich do skorzystania z pomocy grup wsparcia. W Polsce taką grupą jest m.in. Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera [10,11].

## **Wnioski**

1. Całościowa opieka nad pacjentką ze strony personelu medycznego oraz współdziałanie rodziny pozwoliło na poprawę samopoczucia

chorej, natomiast w celu polepszenia jakości życia dnia codziennego działania pielęgniarские powinny być kontynuowane.

2. Dzięki zastosowaniu w procesie pielęgnowania diagnoz i interwencji pielęgniarских ICNP® pacjentka będzie miała zapewnioną specjalistyczną opiekę.
3. Aby możliwe było osiągnięcie odpowiednich warunków życia pacjenta z chorobą Alzheimerera oraz jej rodziny pielęgniarка przede wszystkim powinna zadbać o zapewnienie podstawowych potrzeb oraz bezpieczeństwo pacjenta oraz bacznie obserwować jej sytuację zdrowotną w kontekście stopnia zaawansowania choroby, wesprzeć i zmotywować chorą oraz jej rodzinę do utrzymania autonomii w czynnościach z zakresu samoopieki.
4. Powyższy plan opieki pielęgniarskiej jest zależny od następujących problemów pielęgnacyjnych pacjentki: deficyt samoopieki, kłopoty z pamięcią świeżą, utrudnione poruszanie się wynikające z postępu choroby Alzheimerera, ryzyko zakrztuszenia się podczas przyjmowania posiłków oraz nietrzymanie moczu oraz stolca wynikające z postępu choroby.

#### **Bibliografia/Bibliography:**

1. Prusiński A. Neurologia praktyczna. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015:300–302.
2. Waliś R. Sposób na Alzheimerera. Wydawnictwo Albatros. Warszawa 2018: 10–28.
3. Leszek J. Choroby otępienne. Teoria i praktyka. Wydawnictwo Continuo. Wrocław 2011;25–26:77–78.
4. Nieckarz R.: Opieka pielęgniarська nad pacjentem z chorobą Alzheimerera. Opisy przypadku. Puls Uczelni. 2015,(9)2:19–23.

5. Gawęł M., Potulska-Chromik A. Choroby neurodegeneracyjne: choroba Alzheimera i Parkinsona. *Postępy Nauk Medycznych*. 2015;7:468–476.
6. Jaracz K. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015:286–289.
7. Kózka M., Płaszewska-Żywko Lucyna. Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL*. Warszawa 2019:15–331.
8. Snarska K., Kwitek A. Problemy pielęgnacyjne chorych z chorobą Alzheimera. [w:] Cybulski M., Krajewska-Kułak E., Kowalczyk K. (red.) *Pielęgnacyjno-rehabilitacyjne problemy starzejącego się społeczeństwa*. Monografia. Białystok 2016:23–48.
9. Długosz-Mazur E., Bojar I., Gustaw K. Niefarmakologiczne metody postępowania u chorych z otępieniem. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2013;19(4):459–460.
10. Klimkowicz-Mrowiec A. Choroba Alzheimera. *Medycyna Praktyczna*.
11. <https://www.mp.pl/pacjent/neurologia/choroby/151134,choroba-alzheimera> (dostęp: 18.03.2020 r.).
12. Górna K., Jaracz K., Rybakowski F. *Pielęgniarstwo psychiatryczne*. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012:419–430.