

Współpraca zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem z rozpoznaniem choroby Alzheimera. Prezentacja przypadku.

Cooperation of the therapeutic team taking care of the patient with diagnosed Alzheimer's disease. A case study.

JOANNA SOLARZ-BOGUSŁAWSKA¹

¹Szpital Lipno Sp. Z o.o., III Oddział Psychiatryczny

DOI: <http://dx.doi.org/10.21784/lwP.2017.023>
ISSN:2451-1846

Streszczenie:

Wstęp. Według klasyfikacji ICD 10 przez otępienie rozumiemy zespół objawów psychopatologicznych spowodowany uszkodzeniem mózgu o charakterze przewlekłym lub postępującym, w którym zaburzone są wyższe czynności korowe tj. pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, język i ocena. Poza osłabieniem funkcji poznawczych obserwujemy także wtórne zaburzenia nastroju, trudności interpersonalne oraz zmiany zachowania. Otępienie wpływa na podstawowe aktywności życiowe pacjenta i zmienia życie całej rodziny. Wraz z zaburzeniami pamięci dochodzi do zaburzeń funkcjonowania w zakresie mycia się, ubierania, jedzenia, dbania o czynności higieniczne i fizjologiczne [1].

Cel. Praca pokazuje specyfikę choroby Alzheimera oraz zwraca uwagę na problemy jakie pojawiają się podczas leczenia chorego z otępieniem. Podkreśla ponadto konieczność zapewnienia pacjentowi kompleksowej opieki gdzie pacjent zajmuje centralne miejsce a podmiotami stają się lekarz i pielęgniarka.

Prezentacja przypadku. Opis przypadku dotyczy 68 letniej pacjentki chorującej na chorobę Alzheimera. Praca porusza także podstawowe

problemy z jakimi spotyka się personel podczas opieki nad chorym z otępieniem.

Dyskusja. Holistyczne podejście do leczenia choroby Alzheimera uwzględniać powinno pomoc nie tylko samemu pacjentowi, ale także członkom jego rodziny. Na nich bowiem spoczywa ciężar opieki nad chorym i często niewspółpracującym rodzicem. Niezmiernie ważnym aspektem staje się wzajemna współpraca całego zespołu terapeutycznego skupiającego rodzinę, lekarzy, pielęgniarki, terapeutów zajęciowych, pracowników socjalnych oraz psychologów.

Wnioski. Pacjent z chorobą Alzheimera jest całkowicie zależny od osób sprawujących nad nim opiekę. Kompleksowa pomoc wpływa na jakość życia osób z rozpoznaniem otępienia, pomaga im w walce z przewlekłą i postępującą chorobą.

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera, kompleksowa opieka, lekarz, pielęgniarka, pacjent

Abstract:

Introduction. According to ICD-10 classification system, dementia is a group of psychopathological symptoms caused by brain damage of a chronic or progressive nature. It is characterized by disturbance of higher cortical functions, that is, memory, thinking, orientation, understanding, counting, the ability to learn, language and assessment. Besides the weakening of cognitive functions, one also observes secondary mood disorders, interpersonal difficulties and behavioral changes. Dementia influences the patient's basic activities of daily living and changes the life of their entire family. Memory disturbances entail functional disorders in the scope of washing oneself, dressing up, eating as well as hygienic activities and physiological functions.

Aim. The paper presents the specific nature of Alzheimer's disease and highlights the problems emerging during the treatment of a person suffering from dementia. It also underlines the patient's need for comprehensive care which puts them in the centre and where the physician and the nurse become the subjects.

Case study. The case study comprises a 68-year-old female patient suffering from Alzheimer's disease. The paper touches upon the basic problems encountered by the nursing staff when taking care of a patient with dementia.

Discussion. A holistic approach to the treatment of Alzheimer's disease should include providing assistance not only to the patient themselves, but also to their family members because they carry the burden of taking care over their sick relative, who is often unwilling to cooperate. It becomes extremely important for the entire therapeutic team to cooperate; that team includes the family, physicians, nurses, occupational therapists, social workers and psychologists.

Conclusions. A patient suffering from Alzheimer's disease is completely dependent on the persons taking care of them. Comprehensive assistance affects the life quality of people with diagnosed dementia, helping them in their fight with the chronic, progressive disease.

Keywords: Alzheimer's disease, comprehensive care, physician, nurse, patient

Wstęp

Szybki wzrost liczebności osób w starszym wieku (po 65 r.ż) oznacza, że ochrona zdrowia została obciążona licznymi problemami zdrowotnymi charakterystycznymi dla tego przedziału wiekowego [2]. Poza chorobami układu sercowo-naczyniowego, metabolicznego często borykamy się także z problemami zdrowotnymi wynikającymi z uszkodzenia mózgu. Choroba Alzheimera to tylko jedna w wielu przewlekłych chorób, która znacząco pogarsza funkcjonowanie i wpływa na jakość życia pacjenta. Jej objawy pojawiają się podstępnie i stopniowo narastają. Pacjent początkowo wymaga okresowej, a wraz z postępem choroby już stałej opieki. Choroba Alzheimera ma często burzliwy kilku lub kilkunastoletni przebieg. Opiekun potrzebuje pomocy w opiece nad cierpiącym członkiem rodziny. Tylko kompleksowe potraktowanie problemu, włączenie w zespół terapeutyczny lekarzy różnych specjalności, pielęgniarki, psychologa, terapeuty zajęciowego i pracownika socjalnego może zmniejszyć przeciążenie głównego opiekuna i poprawić jakość życia pacjenta [3].

Przedmiotem pracy pielęgniarki i lekarza jest właśnie chory człowiek. We współczesnej medycynie dąży się do wypracowania partnerskiego modelu współpracy całego zespołu terapeutycznego. W układzie tym pielęgniarka staje się łącznikiem pomiędzy pacjentem, a lekarzem. To ona zostaje z chorym po tym jak przekazana zostaje mu często przykra diagnoza, dba o odpowiednią atmosferę, wspiera rodzinę i odpowiada na ich potrzeby. W modelu partnerskim miejsce centralne zajmuje pacjent a podmiotami stają się lekarz i pielęgniarka. Odpowiednia komunikacja szczególnie istotna staje się w przypadku chorób przewlekłych [4]. Choroba Alzheimera jest jednym z takich schorzeń, w którym pacjent wymaga często całodobowej opieki osób drugich. W środowisku domowym jest całkowicie zdany na pomoc bliskich. W szpitalu natomiast rolę opiekunów przejmuje personel. Współpraca między nimi i wzajemne zaufanie niewątpliwie wpływają na wzrost jakości opieki nad pacjentem.

Celem tej pracy jest przedstawienie specyfiki choroby Alzheimera oraz zwrócenie uwagi na problemy jakie pojawiają się podczas sprawowania opieki nad chorym na podstawie przypadku pani Marianny. Jednocześnie praca pokazać ma konieczność kompleksowej opieki jakiej wymagają ludzie z rozpoznaniem otępienia.

Prezentacja przypadku

W lutym 2017 roku do jednego z oddziałów psychiatrycznych karetka PR przywiozła 68-letnią kobietę, która przez okres tygodnia hospitalizowana była na oddziale chorób wewnętrznych.

Czytając kartę wypisową ze szpitala znajdujemy w niej informację, że pani Marianna przebywała w szpitalu z powodu infekcji dróg moczowych i odwodnienia. Badaniami laboratoryjnymi potwierdzającymi rozpoznanie była wysoka leukocytoza, podwyższone wartości OB i CRP oraz badanie ogólne moczu

wskazujące na obecność bakterii, nabłonków płaskich i leukocytów. Przez pierwsze trzy dni hospitalizacji utrzymywała się gorączka, której średnie wartości wynosiły 38,5 °C. Wykonane w trakcie pobytu w szpitalu badania tj. ekg, usg jamy brzusznej czy rtg klatki piersiowej nie wykazały odchyień od stanu prawidłowego. Pacjentka nie chorowała wcześniej na żadne przewlekłe choroby.

Uwagę zwrócił wpis obserwacji pielęgniarских, gdzie personel opisał niepokój pacjentki, jej błędzenie po oddziale, brak orientacji. Wieczorami chora stawiała się jeszcze bardziej pobudzona, mówiła do nieistniejących postaci, wołała zmarłego męża, wrywała kroplówkę. Zalecona antybiotykoterapia przyniosła wyraźną poprawę w stanie ogólnym pacjentki, ustąpiła gorączka, kontrolne badanie ogólne moczu oraz badanie morfologii krwi oraz CRP były prawidłowe. Zaniepokojona córka zwróciła uwagę personelowi na to, że mama przestała ją poznawać, myliła daty, wciąż zadawała jej te same pytania. W związku z powyższym lekarz prowadzący zalecił konsultację psychiatryczną, po wykonaniu której pacjentka została skierowana do oddziału psychiatrycznego celem diagnostyki zaburzeń funkcji poznawczych.

Podczas przyjęcia do szpitala pacjentka była niespokojna, widoczny był u niej niepokój manipulacyjny, chodziła nerwowo po gabinecie zabiegowym bacznie przyglądając się personelowi medycznemu. Po odjeździe karetki pani Marianna stała się znacznie spokojniejsza. Pielęgniarka pomogła się jej rozebrać, zmierzyła ciśnienie, temperaturę ciała, zważyła chorą. Następnym etapem badania była rozmowa z lekarzem psychiatrą. Pacjentka nie wiedziała gdzie się znajduje, nie potrafiła podać aktualnej daty, jej świadomość była przymglona. Miała wyraźne trudności w skupieniu uwagi. Nie wiedziała co ma zrobić z podaną w kieliszku tabletką. Po badaniu fizykalnym, które nie wykazało żadnych nieprawidłowości, chora została zaprowadzona na swoją salę.

Kolejnego dnia zaplanowano diagnostykę mającą na celu potwierdzenie zaburzeń funkcji poznawczych. Zlecono wykonanie

badania TK głowy z kontrastem, oznaczono hormony tarczycy oraz powtórzono morfologię krwi i badania biochemiczne.

Badanie TK wykazało obecność zaników korowo-podkorowych w obu skroniach i poszerzenie komórek bocznych mózgu. Hormony tarczycy mieściły się w zakresie normy. Rozmaz morfologii krwi był prawidłowy. Wartości poziomu potasu i wit. B12 były nieznacznie obniżone.

Przesiewowe badanie psychologiczne - skala MMSE oraz test rysowania zegara wskazywały na otępienie stopnia umiarkowanego. Chora uzyskała 17 punktów w skali MMSE.

Następnego dnia hospitalizacji odwiedziła ją córka. Mimo, że nie potrafiła przypomnieć sobie jej imienia, stała się przy niej znacznie spokojniejsza. Córka przywiozła pacjentce jej ulubioną poduszkę i szlafrok oraz postawiła na stoliku przy łóżku zdjęcie zmarłego męża. Personel pielęgniarski przeprowadził wywiad z rodziną pacjentki. Okazało się, że chora i jej rodzina boryka się już z problemem zaburzeń pamięci od co najmniej roku. Początkowo pani Marianna zapominała gdzie kładła przedmioty codziennego użytku, zadawała mężowi wciąż te same pytania. Potrafiła pójść do sklepu i kupić zapisane na kartce produkty, nie gubiła się w znanym środowisku. Poza zaburzeniami pamięci jej funkcjonowanie było niezaburzone, w ciągu dnia zajmowała się szydełkowaniem, oglądała ulubione programy telewizyjne. Spała w nocy, miała dobry apetyt i pogodny nastrój. Po nagłej śmierci męża, która miała miejsce 3 miesiące temu, doszło do znacznego pogorszenia stanu zdrowia, chora myliła imię córki, przestała spać w nocy, stała się płaczliwa. Córka nie zaprowadziła mamy do psychiatry bojąc się stygmatyzacji chorobą. Dopiero konieczna hospitalizacja na oddziale wewnętrznym wymusiła potrzebną już wcześniej pomoc.

Na oddziale psychiatrycznym włączono leczenie farmakologiczne- donepezil w dawce 5 mg, tolerancja leku była dobra. Uzupełniono poziom potasu i zlecono zażywanie wit. B12 zgodnie z zaleceniem lekarza internisty. W związku z utrzymującymi

się zaburzeniami świadomości w godzinach wieczornych zalecono risperidon w dawce 1 mg.

Po trzech dniach hospitalizacji zaburzenia świadomości ustąpiły.

Chora często przychodziła do gabinetu zabiegowego i obserwowała pracę pielęgniarek. Była spokojna i chętnie poddawała się wszelkim zabiegom medycznym tj. mierzenie temperatury ciała czy pomiar ciśnienia krwi.

Pielęgniarki powiesiły na drzwiach jej sali obrazek co ułatwiało jej znalezienie własnego łóżka. Obrazek ten wcześniej wykonała pod nadzorem terapeutki zajęciowej.

Po zwiększeniu dawki donepezylu do 10 mg chorą wypisano do domu. Wcześniej lekarz i pielęgniarka wypełnili zlecenie na specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania pacjentki. Poinformowano także córkę o możliwości wszczęcia procedury ubezwłasnowolnienia. Rodzina otrzymała wypis i wyznaczony został termin wizyty kontrolnej w PZP za około miesiąc.

Dyskusja

Populacja chorych z otępieniem wymaga holistycznego podejścia do leczenia. Choroba Alzheimera stanowi aż 50-70 % wszystkich otępień. Opisana historia pani Marianny przedstawia jednostkowy problem o wiele większej grupy chorych ludzi. Tylko kompleksowe potraktowanie schorzenia skupiające pracę wielu specjalistów ma szansę pomóc pacjentowi i jego rodzinie w walce z chorobą.

Problemy terapeutyczne i pielęgnacyjne z jakimi personel miał do czynienia podczas opieki nad pacjentką.

Ograniczona w dużym stopniu zdolność do samoopieki

Obraz kliniczny choroby i przeprowadzony wywiad pielęgniarz z rodziną pacjentki ukazał deficyty w zakresie

wykonywania codziennych czynności. Ustalono wspólnie z rodziną jakie czynności pani Marianna może wykonywać samodzielnie a podczas których wymaga pomocy. Wspólnie ustalono, że należy aktywizować pacjentkę, zachęcać do pracy podczas terapii zajęciowej a po wypisie ze szpitala kontynuować terapię w ramach dziennego Środowiskowego Domu Samopomocy. Należy pozostawić chorej możliwość podejmowania decyzji co do wykonywania określonych czynności, nie wyręczać i nie przejmować inicjatywy dopóki nie będzie to konieczne. Przypominać o konieczności dbania o higienę. Ustalenie schematu dnia wzmocni poczucie kontroli i ułatwi życie pacjentce i jej opiekunom [5].

Trudności w komunikacji związane z pogłębianiem się deficytów poznawczych

Wskutek naturalnego przebiegu choroby dochodzi do zaburzeń koncentracji uwagi, zakłóceń płynności mowy, pogłębienia zanurzeń pamięci co znacznie utrudnia komunikację z pacjentem. Staje się on drażliwy i niespokojny kiedy przekazywane przez niego treści są niezrozumiałe dla bliskich. Zapewnienie dobrej, bezpiecznej atmosfery podczas rozmowy, cierpliwość rozmówcy może pomóc pacjentowi w tej kwestii. Zalecamy aby chory mówił powoli, zgłaszał wszystkie problemy na bieżąco. Z czasem rodzina orientuje się w potrzebach pacjenta i potrafi wychwytywać niewerbalne komunikaty [6,7].

Śmierć bliskiej osoby przyczyną pogorszenia stanu zdrowia

Często dzieje się tak, że nagła zmiana sytuacji życiowej pogarsza funkcjonowanie chorego. Śmierć bliskiej osoby, która dotychczas odpowiadała na potrzeby pacjenta wprowadza w jego życie chaos. Musi upłynąć czas aby chory odnalazł się w nowej sytuacji. Niejednokrotnie potrzebne jest dodatkowe leczenie farmakologiczne zaburzeń nastroju i zaburzeń zachowania, które pojawiają się po odejściu ukochanej osoby [6,7].

Zaburzenia rytmów dobowych

Wśród objawów choroby Alzheimera obserwujemy tzw. objaw zachodzącego słońca. Pacjenci wieczorami stają się pobudzeni i niespokojni, mają trudności w zasypianiu. Odsypiają utracone godziny snu nocnego w ciągu dnia. Leczenie farmakologiczne jest często jedyną skuteczną metodą jaka może pomóc pacjentowi. Zadbanie o ciszę i spokój w godzinach wieczornych także zmniejsza problem bezsenności [6,7].

Zachowania agresywne i zaburzenia świadomości

Zaburzenia świadomości to rezultat niedokrwienia i niedotlenienia mózgu. Odwodnienie to główna przyczyna tej dolegliwości. Osoby starsze odczuwają mniejsze pragnienie a toczące się choroby dodatkowe przebiegające z gorączką dodatkowo narażają organizm na utratę płynów. Wieczorami obniża się ciśnienie krwi co dalej pogarsza ukrwienie mózgu. Skutkiem tego są zaburzenia świadomości podczas których chory jest niespokojny i dezorientowany. Rozwiązaniem problemu jest odpowiednie nawadnianie pacjenta, leczenie chorób dodatkowych oraz podanie leków uspokajających np. małych dawek neuroleptyków [8].

Leczenie chorób współistniejących

Choroba ogólnoustrojowa wpływa na zachwianie równowagi wewnętrznej organizmu. Często leczenie przyczynowe chorób współistniejących poprawia ogólne funkcjonowanie, zapobiega pojawieniu się zaburzeń świadomości oraz poprawia funkcje poznawcze.

Okresowa konieczność hospitalizacji

Każda hospitalizacja pacjenta jest dla niego dodatkowym źródłem stresu - nowe, nieznane otoczenie, odizolowanie od bliskich wzmagają lęk i poczucie zagrożenia. Zadaniem personelu szpitala jest

stworzenie przyjaznej atmosfery dzięki której chory, zagubiony człowiek odzyska spokój. Na wiele trudności napotyka personel oddziałów otwartych gdzie pacjent ma nieograniczoną swobodę poruszania. Rozwiązaniem jakie ułatwi pracę pielęgniarce i zadba o bezpieczeństwo pacjenta może być umieszczenie chorego na sali blisko dyżurki pielęgniarskiej. Problem znika na oddziale psychiatrycznym gdzie chory z otępieniem nie może dobrowolnie opuścić oddziału [6,7].

Leczenie farmakologiczne

Obecnie medycyna oferuje kilka leków, które łagodzą objawy choroby, ale wywołują znikomy wpływ na jej patomechanizm. Podawanie leków może na pewien czas poprawić funkcjonowanie pacjenta ale nie zatrzyma postępów choroby. W chorobie Alzheimera mamy do czynienia z niewydolnością układu cholinergicznego i nadmiernym pobudzeniem układu glutaminergicznego. W związku z tym zalecane są leki hamujące rozkład acetylocholinoi tj. donepezyl i rywastygmina a w głębokim jej stadium skuteczna okazuje się być memantyna wpływająca na układ glutaminergiczny.

Często obserwujemy brak współpracy pacjenta w zakresie farmakoterapii. Rozwiązaniem może być stosowanie pozajelitowe leku w postaci plastrów przyklejanych na skórę czy zaleceniu formy rozpuszczalnej tabletki. Aby leczenie było skuteczne leki należy stosować systematycznie a oto zadbać musi personel lub rodzina chorego [9].

Konieczność przeprowadzenia psychoedukacji członków rodziny

Nie jest możliwa dobra opieka nad chorym bez posiadania podstawowych informacji na temat jego choroby, która często zaburza funkcjonowanie całej rodziny. Edukację rodziny przeprowadza cały zespół terapeutyczny ponieważ każdy zwraca uwagę na inny aspekt chorowania dzięki czemu rodzina dostaje pełen wachlarz narzędzi potrzebnych do leczenia i opieki [6,7].

Organizacja opieki środowiskowej

Wraz z rozwojem opieki środowiskowej pojawiło się w Polsce wiele Oddziałów Dziennych i Środowiskowych Domów Samopomocy gdzie wykwalifikowany personel dba o leczenie farmakologiczne i pozafarmakologiczne. Prowadzone są warsztaty terapii zajęciowej, ćwiczenia pamięci, rehabilitacja osób chorych. Nasza pani Marianna została skierowana do Toruńskiego Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera gdzie ustalono indywidualny program leczenia. Natomiast wizyty wykwalifikowanej pielęgniarki środowiskowej mają na celu odciążać zmęczoną w opiece nad matką córkę i zadbać o prawidłowe leczenie pacjentki [6].

Problemy natury prawnej

Już nawet na początku chorowania pacjent może mieć problem ze zrozumieniem skutków swoich decyzji dotyczących spraw urzędowych i prawnych. Chorzy przestają systematycznie płacić rachunki, nie radzą sobie z operacjami bankowymi. Niejednokrotnie pojawia się problem wyrażenia zgody na pobyt w szpitalu lub konieczną operację. W tych sytuacjach rodzina może pomyśleć o ubezwłasnowolnieniu pacjenta i ustanowieniu opiekuna prawnego. Uprawnieni do złożenia wniosku w Sądzie Cywilnym stają się małżonkowie, krewni w linii prostej i rodzeństwo[10].

Wnioski

Choroba Alzheimera stanowi problem dotyczący funkcjonowania pacjenta i paraliżuje życie całej rodziny. Bliscy i zespół terapeutyczny powinni zadbać o kompleksową opiekę nad chorym bo tylko takie podejście poprawia jakość życia chorych. Poza leczeniem farmakologicznym ogromną rolę w dzisiejszych czasach przypisujemy metodom niebiologicznym. Troskliwa opieka nad pacjentem jest zadaniem podstawowym a jej rola wzrasta w miarę

postępu choroby. Współpracujący ze sobą zespół terapeutyczny pomaga choremu i jego rodzinie przejść przez cały okres uciążliwego chorowania.

Bibliografia/Bibliography:

1. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10 . Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „ Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa 2000.
2. Jakubowska A. Regres demograficzny i starzenie się społeczeństwa jako wyzwanie dla regionalnych procesów innowacyjnych. *Handel Wewnętrzny* 2014;5(352):48-62.
3. Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. *Psychiatria. Psychiatria Kliniczna. Tom II.* Elsevier Urban & Parner, Wrocław 2011:43-93.
4. Fejfer-Wirbał E, Gładczuk J, Marcinowicz L. Relacje lekarz-pielęgniarka w polskiej literaturze medycznej. *Medycyna Rodzinna.* 2013;(1):19-22.
5. Nieckarz R. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą Alzheimera. *Puls Uczelni.* 2015;(9):2.
6. Borzym A, Kijanowska-Haładyna B, Nestorowicz J, i in. Jak radzić sobie z otępieniem? 76 pytań opiekunów i odpowiedzi ekspertów. ITEM Publishing, Warszawa 2015.
7. Mace N.L, Rabins P.V. 36 godzin na dobę. Poradnik dla opiekunów osób z choroba Alzheimera i innymi chorobami otępiennymi oraz zaburzeniami pamięci w późnym okresie

życia. John Hopkins University Press MediPage, Warszawa 2005.

8. Ballard C, Corbett A. Agitation and aggression in people with Alzheimer's disease. *Curr. Opin. Psychiatry* 2013;26(3):252-259.
9. Caselli R.J, Beach T.G, Yaari R, Reiman E.M. Alzheimer's disease a century later. *J.Clin. Psychiatry*. 2006;67:1784-1800.
10. Markiewicz I, Heitzman J, Pilszyk A. Ubezważnowolnienie- instytucja wciąż potrzebna? *Psychiatra* 2014;11(4):203-210.