



Praca zbiorowa pod redakcją dr Elżbiety Świątkowskiej

# **ZABURZENIA FUNKCJONOWANIA MÓZGU W CHOROBYCH PARKINSONA I STWARDNIENIA ROZSIANEGO**

KUTNO 2021

**ZABURZENIA FUNKCJONOWANIA MÓZGU W CHOROBAH PARKINSONA  
I STWARDNIENIA ROZSIANEGO**

Praca zbiorowa pod redakcją dr Elżbiety Świątkowskiej

**Wydawca:** Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

**Korekta:** mgr Aneta Moszczyńska

**Lamanie i projekt okładki:** Łukasz Różyński

Kutno 2021 Wydanie I

**ISBN 978-83-63484-37-8**

**Druk i oprawa**

Mazowieckie Centrum Poligrafii  
ul. Ciurlionisa 4, 05–270 Marki

Wszystkie prawa zastrzeżone © 2021 Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie

# SPIS TREŚCI

*MALGORZATA BANASIAK, BEATA KRAŚNIEWSKA, BOGUMIŁA UFA*

**OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z CHOROBY PARKINSONA . . . . . 5**

*MAGDALENA PIETRZAK, BEATA KRAŚNIEWSKA, BOGUMIŁA UFA*

**PIELĘGNOWANIE CHOREGO ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM. . . . . 101**



Małgorzata Banasiak, Beata Kraśniewska, Bogumiła Ufa

# **OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z CHOROBAŃ PARKINSONA**



# SPIS TREŚCI

WSTĘP . . . . .	9
<b>1. CHOROBA PARKINSONA W LITERATURZE PRZEDMIOTU . . . . .</b>	<b>11</b>
1.1. ETIOPATOGENEZA I EPIDEMIOLOGIA . . . . .	11
1.1.1. OBJAWY CHOROBY . . . . .	14
1.1.2. RÓŻNICOWANIE I DIAGNOSTYKA . . . . .	21
1.1.3. PRZEBIEG I STADIA KLINICZNE ORAZ OCENA ZAAWANSOWANIA STOPNIA CHOROBY . . . . .	27
1.2. LECZENIE . . . . .	33
<b>2. ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z CHOROBA PARKINSONA . . . . .</b>	<b>39</b>
2.1. DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE . . . . .	39
2.2. DZIAŁANIA PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE . . . . .	42
2.3. PROFILAKTYKA DEPRESJI I ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH . . . . .	44
2.4. PROFILAKTYKA URAZÓW I UPADKÓW . . . . .	45
2.5. TOWARZYSZENIE CHOREMU DO KOŃCA . . . . .	47
<b>3. METODOLOGIA BADAŃ . . . . .</b>	<b>49</b>
3.1. PRZEDMIOT BADAŃ . . . . .	49
3.2. CEL BADAŃ . . . . .	49
3.3. PROBLEMY BADAWCZE . . . . .	50
3.4. METODY BADAWCZE . . . . .	51
3.5. TECHNIKI BADAWCZE . . . . .	51
3.6. NARZĘDZIA BADAWCZE . . . . .	53
<b>4. PROCES PIELĘGNOWANIA . . . . .</b>	<b>55</b>
4.1. OPIS INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU . . . . .	57

4.2. OMÓWIENIE STANU BIOLOGICZNEGO, PSYCHICZNEGO I SPOŁECZNEGO . . . . .	59
4.3. PROPONOWANE MODELE PIELĘGNOWANIA . . . . .	60
4.4. DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE . . . . .	63
4.5. PROCES PIELĘGNOWANIA PACJENTA Z CHOROBA PAKINSONA . . . . .	64
4.6. EDUKACJA CHOREGO, ZALECENIA PIELĘGNIARSKIE . . . . .	76
<b>WNIOSKI . . . . .</b>	<b>79</b>
<b>STRESZCZENIE . . . . .</b>	<b>81</b>
<b>SŁOWA KLUCZOWE . . . . .</b>	<b>81</b>
<b>CONCLUSION . . . . .</b>	<b>83</b>
<b>KEYWORDS . . . . .</b>	<b>83</b>
<b>PIŚMIENNICTWO . . . . .</b>	<b>85</b>
<b>WYKAZ SRÓTÓW . . . . .</b>	<b>86</b>
<b>SPIS TABEL . . . . .</b>	<b>87</b>
<b>SPIS RYCIN . . . . .</b>	<b>87</b>
<b>ANEKS . . . . .</b>	<b>89</b>
<b>ZAŁĄCZNIK NR 1. UJEDNOLICONA SKALA OCENY CHOROBY PARKINSONA . . . . .</b>	<b>91</b>



## WSTĘP

Niniejsza praca przedstawia opis opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą Parkinsona. Temat został wybrany z uwagi na problem starzenia się społeczeństwa polskiego oraz innych społeczeństw na świecie; jest to zagadnienie na skalę globalną, gdyż choroba ta dotyka prawie 2% populacji powyżej 65-ego roku życia, a jej częstość występowania rośnie wprost proporcjonalnie do wieku. W Polsce chorobę Parkinsona rozpoznano u blisko 70 000 osób, natomiast na świecie choruje na nią ok. 6,3 mln ludzi.

Choroba Parkinsona jest jedną z wielu chorób neurodegeneracyjnych. Liczne badania naukowe potwierdzają, że objawy choroby wywoływane są przez obumieranie komórek nerwowych istoty czarnej. W mózgu chorego zauważyć można ciała Lewy'ego, posiadające w składzie nieswoiste białko alfa-synukleiny. Nastęstwem zaniku neuronów jest spadek stężenia dopaminy, prowadzący do niewłaściwego funkcjonowania struktur mózgowych, objawiający się zaburzeniami w postaci spowolnienia ruchowego, drżenia spoczynkowego i wzmożenia napięcia mięśniowego.

Etiologia schorzenia nie jest jeszcze w pełni poznana, aczkolwiek naukowcy wskazują prawdopodobne przyczyny, takie jak: czynniki genetyczne, infekcje, urazy oraz stres oksydacyjny.

Mimo że choroba Parkinsona jest chorobą nieuleczalną, to wcześniejsze jej rozpoznanie i odpowiednie prowadzenie (zarówno farmakologiczne jak i rehabilitacyjne) w połączeniu z fachową opieką pielęgniarską w dużej mierze przyczynia się do polepszenia jakości życia pacjenta a także poprawy jego samopoczucia.

W pracy ukazano, jak ważna jest opieka długoterminowa dla osób chorych przewlekłe i nieuleczalnie, w przypadku gdy choroba uniemożliwia człowiekowi normalne, samodzielne funkcjonowanie. Należy wyraźnie podkreślić, że istotnym elementem jest nie tylko wiedza merytoryczna i wykształcenie pielęgniarki ale także jej umiejętność nawiązania relacji z pacjentem, empatyczne podejście gdyż rodzi to poczucie zaufania a to z kolei zwiększa motywację chorego i chęć do współpracy.

## ROZDZIAŁ 1 CHOROBA PARKINSONA W LITERATURZE PRZEDMIOTU

Choroba Parkinsona (ang. PD – Parkinson’s disease), dawniej drżączka porażna jest drugą najczęściej występującą chorobą neurodegeneracyjną zaraz po chorobie Alzheimer’a. Chorobę po raz pierwszy rozpoznał i opisał w roku 1917 londyński lekarz James Parkinson.<sup>1</sup> Jest ona postępującym, przewlekłym, zwyrodnieniowym schorzeniem części ośrodkowego układu nerwowego, znajdującym się w strukturach pozapiramidowych. Charakterystyczne dla choroby są zespoły zaburzeń ruchowych, jednakże coraz częściej zwraca się również uwagę na szerokie spektrum zaburzeń poza-ruchowych, które szczególnie w okresie późnym znacząco komplikują proces leczenia oraz zdecydowanie obniżają jakość życia pacjenta.<sup>2</sup>

### 1.1. ETIOPATOGENEZA I EPIDEMIOLOGIA

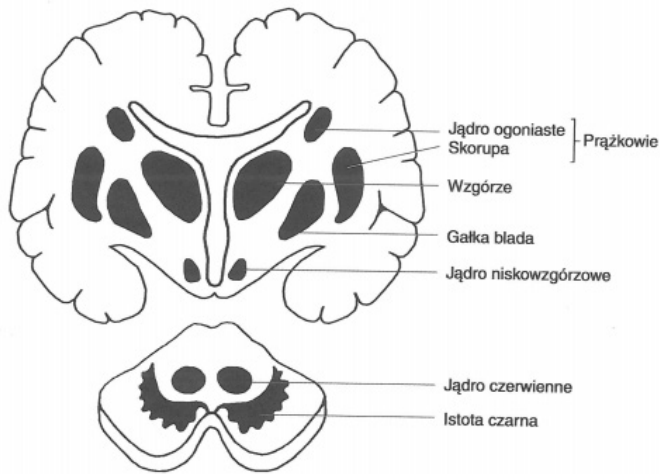
#### ETIOPATOGENEZA

Do wystąpienia objawów choroby Parkinsona prowadzi postępujący zanik komórek nerwowych w układzie pozapiramidowym (rycina 1). Proces chorobowy przebiega głównie w komórkach nerwowych zbitej istoty czarnej oraz w innych obszarach barwnikonośnych mózgu. Zanik istoty czarnej ilustruje rycina 2.

W mózgowiu dotkniętym chorobą, zauważa się występowanie ciał Lewy’ego, które w składzie posiadają nieprawidłowe białko alfa-synukleinę. Następtwem zanikania neuronów jest spadek stężenia dopaminy w prążkowiu, co prowadzi do niewłaściwego funkcjonowania struktur mózgowych. Do wystąpienia objawów klinicznych choroby dochodzi, gdy poziom stężenia dopaminy spada o 70–80%.

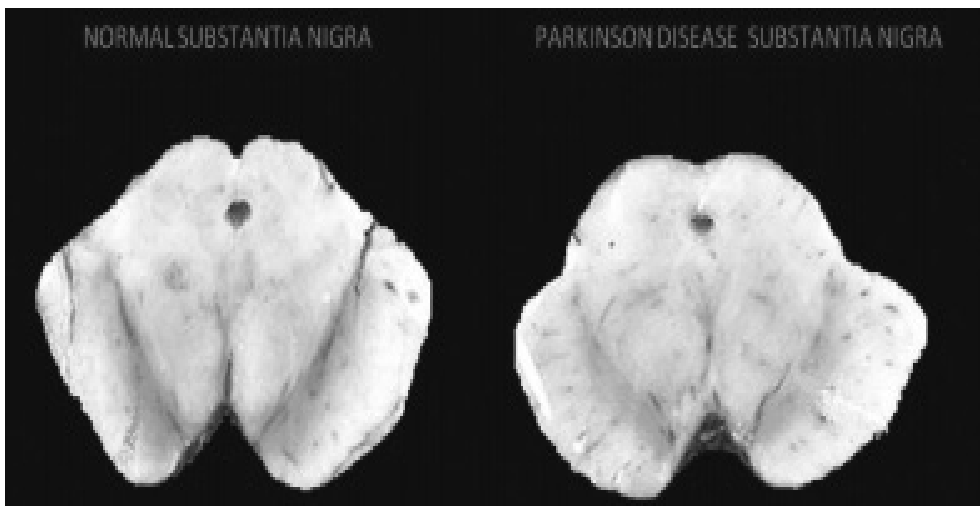
<sup>1</sup> W. Kuran, *Żyję z chorobą Parkinsona*, PZWL, Warszawa 2009, s. 14–15.

<sup>2</sup> K. Wiczorkowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 2008, s. 97–98.



Rycina 1. Schemat budowy głównych struktur układu pozapiramidowego.

Źródło: W. Kuran, *Żyję z chorobą Parkinsona*, PZWL, Warszawa 2009, s.12.



Rycina 2. Zanik istoty czarnej śródmózgowia w chorobie Parkinsona.

Źródło: B. Skalska-Dulińska, B. Witkiewicz, I. Ptasznik, *Rehabilitacja zamrożenia chodu w przebiegu choroby Parkinsona*, Warszawa: Aktualności Neurologiczne 2014, 14(2), s.141.

Do dwóch głównych grup czynników ryzyka predysponujących do wystąpienia choroby zaliczamy czynniki niemodyfikowalne i modyfikowalne. Do niemodyfikowalnych czynników ryzyka zaliczamy:

- Wiek,

- Płeć,
- Czynniki genetyczne.

Liczne badania wykazały zależność między wiekiem a zapadalnością na schorzenie. Zachorowalność na chorobę Parkinsona wzrasta wprost proporcjonalnie do wieku. Zaobserwowano znaczącą przewagę zachorowań u płci męskiej nad płcią żeńską. W skład czynnika genetycznego wchodzi rodzinne postacie parkinsonizmu, stanowią one około 10% przypadków. To właśnie czynniki genetyczne mogą sprzyjać większej podatności na wystąpienie choroby.

Modyfikowalne czynniki ryzyka to:

- Środki toksyczne,
- Czynniki zapalne,
- Stres oksydacyjny,
- Stres proteolityczny,
- Nikotyna i kofeina.

Udział czynników zapalnych w chorobie Parkinsona jest bezsprzeczny. W latach XX ubiegłego wieku epidemia śpiączkowego zapalenia mózgu wywoływała parkinsonizm pozapalny. Obecnie przyjmuje się, że odpowiedzialne są za to komórki glejowe istoty czarnej. Te, w stanie pobudzenia, są zdolne do “pożerania” komórek i aktywacji procesu zapalnego. Na poparcie tej tezy zasługuje fakt, że u osób przyjmujących NLPZ ryzyko wystąpienia choroby Parkinsona spada nawet o 45%. Badania eksperymentalne w modelach zwierzęcych wykazały, że zanieczyszczenie środowiska przez pestycydy, czy też mangan, ołów i miedź mogą wywoływać objawy choroby, aczkolwiek ich znaczenie nie zostało jednoznacznie ustalone. Mózg, ze względu na swoją budowę, jest szczególnie podatnym narządem na stres oksydacyjny. Wolne rodniki powstające w procesie utleniania wywołują poważne zmiany w funkcjonowaniu komórek nerwowych, a w konsekwencji prowadzi to do ich obumierania. Hipoteza dotycząca stresu proteolitycznego zakłada, że wyżej wymienione czynniki prowadzą do gromadzenia się białek i powstawania ciał Lewy’ego. Komórki istoty czarnej ulegając “zatruciu białkiem” obumierają.<sup>3</sup>O ochronnej roli nikotyny może świadczyć fakt, że zaobserwowano większą zachorowalność na schorzenie wśród osób niepalących. Kofeina może mieć podobne właściwości ochronne, gdyż większość chorych na PD nie pije i nie lubi kawy.<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> J. Sławek(red.), *Mam chorobę Parkinsona poradnik dla chorych i ich rodzin*, Gdańsk, Via Medica 2010, s. 29–32.

<sup>4</sup> A. Friedman, *Choroba parkinsona od mechanizmów do leczenia*, Wyd. PZWL, Warszawa 2019, s.15 -16.

## EPIDEMIOLOGIA

Choroba Parkinsona jest drugim schorzeniem neurodegeneracyjnym u ludzi zaraz po chorobie Alzheimerera. Częstość występowania szacowana jest na około 2% populacji ogólnej, jednakże u ludzi powyżej 65 roku życia wynosi około 2%. Roczna zapadalność na chorobę Parkinsona to 14 przypadków na 100 000 w populacji ogólnej i 160 na 100 000 dla ludzi po 65 roku życia. Schorzenie jest nieco częstsze w populacji białej w porównaniu z czarną, zapadalność zaś w populacji azjatyckiej zdaje się być podobna do europejskiej.

Mimo że początek zachorowalności na chorobę Parkinsona szacuje się na mniej więcej 60 rok życia, notuje się dosyć liczne przypadki zachorowań w znacznie wcześniejszym wieku, bo już nawet w drugiej dekadzie życia, jak i znacznie później, gdyż dopiero po 80 roku życia. U osób o późnym początku choroby przewagę ma drżenie nad spowolnieniem, natomiast u chorych o wczesnym początku przewagę ma spowolnienie.

Mężczyźni zapadają na schorzenie częściej niż kobiety, w proporcji 1,3 : 1,0a czasem nawet 2 : 1. Tempo progresji schorzenia jest również wolniejsze u kobiet niż u mężczyzn, szczególnie kobiet, które były w swoim życiu w ciąży. Możliwą przyczyną jest ochronna rola steroidów płciowych.

Przeżywalność w chorobie Parkinsona w ostatnich latach znacząco się wydłużyła, lecz w dalszym ciągu jest niższa niż w populacji bez PD. U osób z wczesnym początkiem choroby długość życia jest krótsza o kilkanaście lat (12–14,5), dla osób o początku choroby po 60. roku życia o kilka lat (2,8–7,5).<sup>5</sup>

### 1.1.1. OBJAWY CHOROBY

Objawy choroby dzielimy na dwie duże grupy – ruchowe i pozaruchowe.

Objawy ruchowe powstają w skutek uszkodzenia układu dopaminergicznego. O ich wystąpieniu mówimy wtedy, gdy zanika więcej niż połowa komórek istoty czarnej i stężenie dopaminy w prążkowie spada do zaledwie 20% podstawowej wartości.<sup>6</sup> Zalicza się do nich:

- Spowolnienie ruchowe,
- Sztywność mięśniową,
- Drżenie spoczynkowe lub parkinsonowskie,
- Zachwiania równowagi,
- Zaburzenia chodu.

<sup>5</sup> A. Friedman, *Choroba parkinsona od mechanizmów do leczenia*, PZWL, Warszawa 2019, s.14–15.

<sup>6</sup> A. Friedman, *Choroba parkinsona od mechanizmów do leczenia*, PZWL, Warszawa 2019, s.14.

Najważniejszym i najbardziej charakterystycznym objawem choroby Parkinsona jest spowolnienie ruchowe; jego obecność jest niezbędna do rozpoznania choroby. Na początku występuje po jednej stronie ciała. Gdy choroba postępuje, spowolnienie ruchowe może obejmować wszystkie części ciała a także przyczynia się do zubożenia gestykulacji. W trakcie chodzenia zmniejsza się balansowanie kończyn górnych, co prowadzi do zaburzeń chodu i równowagi. Chód w spowolnieniu kończyn dolnych powoduje jedno lub obustronne szuranie lub powłóczenie nóg. Spowolnienie wraz ze sztywnością zmieniają wyraz twarzy: mimika twarzy jest mniej ekspresyjna, nie zdradza emocji. Postępując przybiera maskowaty wyraz: chorzy rzadziej mrugają, wygładzają się zmarszczki mimiczne. Występuje tendencja do niedomykania ust, a czasem z ust wycieka ślina. Sztywność mięśniowa to wzmożone napięcie mięśni, które można stwierdzić wykonując z chorym ruchy bierne. Opór jest niezmienny przez cały zakres ruchu.

Można wyróżnić dwa rodzaje sztywności mięśniowej:

1. Objaw rury łożwianej – zginanie daje jednostajny, stały opór,
2. Objaw koła zębatego – przy zgięciu wyczuwalne jest przeskakiwanie. Zwykle sztywność mięśni pojawia się wyłącznie po jednej stronie, a rozwijając się sztywność występuje obustronnie. Postawa charakteryzująca chorobę Parkinsona to: pochylenie głowy i tułowia do przodu, wysunięcie barków i ramion oraz ugięcie kończyn górnych i dolnych. Drżenie spoczynkowe występuje w momencie odprężenia, przy swobodnym ułożeniu części ciała. Nasila się podczas chodzenia lub przy wzburzeniu emocjonalnym, ustępuje w trakcie ruchów celowych przy czynności precyzyjnych. Początkowo występowanie jest dyskretne i objawia się w ruchach palców ręki lub nadgarstków, później drżenie pojawia się w kończynach dolnych. Drżenie parkinsonowskie obejmuje język, usta oraz brodę. Natomiast nigdy nie obserwuje się drżenia całej głowy. Zaburzenia równowagi są wywołane przez osłabienie odruchów postawnych. Pacjent traci możliwość szybkiego przenoszenia środka ciężkości ciała, co utrudnia lub uniemożliwia odzyskanie równowagi. Efektem zaburzenia równowagi jest pochylenie sylwetki do przodu, wywołujące trudność zatrzymania się podczas marszu. Pacjenci mają wrażenie upadania na twarz oraz odczuwają siłę popychającą ich do przodu. Sporadycznie u chorych występuje pochylenie i ściąganie sylwetki do tyłu, a więc większa jest możliwość padania do tyłu. Zaburzenia chodu są początkowo mało widoczne, następnie chód staje się bardziej powolny. Skraca się długość kroków i dochodzi szuranie i powłóczenie nogami. Czasem u chorych obserwuje się

ugięcie stawów kolanowych i zgięcie w łokciach. Maleją współruchy kończyn górnych w czasie chodzenia, ręce są nieruchome, jakby “przyklejone do tułowia”. Zostaje zaburzona korelacja między nogami a rękami, służąca szybkiemu i bezpiecznemu przemieszczaniu się. Postawa ta zilustrowana jest na rycinie 3. Wyjątkowym zaburzeniem chodu są tak zwane zamrożenia chodu objawiające się w późniejszych etapach choroby. Chory nie może oderwać nóg od podłoża i zacząć iść. Tułów wysuwa się w przód, a nogi zostają w tyle. Napady takie najczęściej występują przy przechodzeniu przez wąskie przejścia.



Rycina 3. Postawa ciała osoby z chorobą Parkinsona.

Źródło: B. Skalska-Dulińska, B. Witkiewicz, I. Ptasznik, *Rehabilitacja zamrożeń chodu w przebiegu choroby Parkinsona*, Warszawa: Aktualności Neurologiczne 2014, 14(2), s.143.

Objawy pozaruchowe są zaburzeniami czynności innych układów w organizmie człowieka. Ich cechą charakterystyczną jest możliwość występowania już we wczesnych etapach choroby.

Zaburzenia ze strony układu autonomicznego:

- Zaburzenia układu pokarmowego,
- Zaburzenia układu moczowo-płciowego,
- Zaburzenia układu sercowo-naczyniowego,
- Mikrografia,
- Zaburzenia mowy.

Powszechnym zjawiskiem w chorobie Parkinsona jest utrata masy ciała. Taki stan rzeczy może być skutkiem utraty wężu – częściowej lub całkowitej. Uznaje się, że zaburzenia wężu nie zależą od czasu trwania choroby i stopnia zaawansowania, aczkolwiek dość często występują we wczesnym etapie choroby, albo wręcz wyprzedzają wszystkie inne objawy. Zaburzenia wężu mogą w dobry sposób ukazać grupę podwyższonego ryzyka zachorowania na chorobę Parkinsona.<sup>7</sup> Powodem utraty masy ciała mogą być także zaburzenia regulacji przyjmowania pokarmów, trawienia i metabolizmu spowodowane zmianami neurodegeneracyjnymi w ośrodkowych strukturach układu autonomicznego. Objawami klinicznymi opóźnionego opróżniania żołądka, którego częstotliwość występowania sięga prawie 100% są nudności, odbijanie, uczucie pełności, sytości, wzdęcia. Gastropareza może zaburzać wchłanianie preparatów lewodopy, powodując opóźnienie początku działania dawki lub osłabienie efektu działania. Zaburzona praca dalszych odcinków układu pokarmowego sprzyja powstawaniu u chorych zaparć. Jest to jeden z bardziej dokuczliwych i najwcześniej występujących objawów choroby Parkinsona. Możemy wyróżnić dwa patomechanizmy powstawania zaparć: zwolniony pasaż w jelicie grubym i brak koordynacji mięśni dna miednicy ze zwieraczem odbytu (przy próbie defekacji dochodzi do skurczu zwieracza). Niedostateczna podaż płynów i działania uboczne leków antyparkinsonowskich dodatkowo nasilają zaparcia. Objawem typowym dla choroby Parkinsona jest ślinotok. Występować może u ponad połowy chorych. Paradoksalnie jest wynikiem zaburzeń połykania, a nie nadprodukcji śliny. Wykryto, iż już na wczesnym etapie choroby obserwuje się zmniejszone wydzielanie śliny w porównaniu z osobami zdrowymi. Wyciekaniu zalegającej śliny sprzyja pochylona sylwetka i zubożała mimika twarzy (otwarcie ust). Uczucie suchości w ustach i wyciekanie śliny mogą być równolegle obserwowane u tego samego pacjenta.<sup>8</sup>

<sup>7</sup> J. Sławek (red.), *Mam chorobę Parkinsona poradnik dla chorych i ich rodzin*, Gdańsk, Via Medica 2010, s. 10 – 26.

<sup>8</sup> A. Friedman., *Choroba parkinsona od mechanizmów do leczenia*, PZWL, Warszawa 2019, s. 53–56.



Zaburzenia układu moczowo-płciowego można podzielić na dwie grupy. Pierwsze zaburzenie polega na podrażnieniu i nadreaktywności mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Objawia się to nagłym parciem na pęcherz, wzmożonym oddawaniem moczu oraz oddawaniem moczu w nocy. Druga grupa to zaburzenia zatrzymania moczu. Dochodzi tu do niepełnego opróżnienia pęcherza oraz oddawania moczu cienkim strumieniem. U chorych płci męskiej zanotowano zaburzenia erekcji, a u kobiet nieprawidłowości związane z popędem seksualnym.

W zaburzeniach układu – sercowo naczyniowego najczęściej spotykana jest hipotonia ortostatyczna. Jest to spadek ciśnienia tętniczego po przyjęciu postawy pionowej, na przykład po wstaniu z krzesła lub łóżka. Objawy hipotonii to między innymi zawroty głowy, zaburzenia równowagi, nudności, uczucie ciężkich nóg, mroczki przed oczami, omdlenia. Podobnym mechanizmem działania cechuje się hipotonia ortostatyczna. Dolegliwość powoduje spadek ciśnienia poprzez rozszerzenie naczyń trawiennych w jelitach.

Mikrografia to kolejny objaw polegający na zmniejszeniu się wielkości liter wraz z długością pisanego przez pacjenta tekstu. Zwykle wystarcza porównać aktualny charakter pisma pacjenta z tym sprzed choroby. Przy postępie choroby zaburzenie narasta.

Zaburzenia mowy polegają na cichszym, monotonnym wypowiedaniu słów. Mowa staje się nosowa, niewyraźna, podobna do szeptu, objawiająca się również zacianiem. W postępującej chorobie narastają trudności w mówieniu.

Zaburzenia neuropsychiatryczne:

- Zaburzenia funkcji poznawczych,
- Depresja i subdepresja,
- Apatia,
- Lęk,
- Zmęczenie,
- Urojenia i omamy.

Zaburzenia poznawcze dotyczą funkcjonowania intelektualnego człowieka. W skład wchodzi takie elementy jak: orientacja w przestrzeni, zapamiętywanie, pisanie, czytanie, mowa, liczenie, planowanie. Zaburzone zostają cztery podstawowe procesy pamięciowe: spostrzeganie, uwaga, kodowanie i odtwarzanie. Zaburzenia funkcji wykonawczych obserwowane są u chorych wtedy, gdy wymagane jest samodzielne dostrzeżenie reguły, zasady. Przez upośledzenie funkcji wykonawczych trudne staje się planowanie kolejnych etapów czynności i kontrola wyników. Deficyty przestrzenne dotyczą oceny rozmieszczenia obiektów w przestrzeni, orientacji przestrzennej ciała i posługiwania pojęciami przestrzennymi.

Depresja i subdepresją stosunkowo częste w chorobie Parkinsona, dotykać mogą nawet co drugiego chorego. U części osób z chorobą Parkinsona depresja nierzadko poprzedza objawy ruchowe. Pacjenci bardzo często stają się płaczący, odczuwają smutek, są zmęczeni, cierpią na brak apetytu. Rozpoznanie może być utrudnione ze względu na podobne objawy jak w samej chorobie, czyli spowolnienie, zaburzenia snu, zmniejszenie masy ciała. Pierwotna definicja apatii to brak motywacji. Występować może jako samodzielny objaw, niekoniecznie będący symptomem depresji. Apatyczny chory podporządkowuje się codziennej rutynie, traci zainteresowanie i działa mniej produktywnie. Zmniejsza się aktywność ruchowa pacjenta, staje się bierny, a odczuwanie emocji, zarówno pozytywnych jak i negatywnych, zacierza się. Rozpoznanie apatii ważne jest dlatego, że lepiej mogą pomóc dobrze dobrane leki przeciwparkinsonowskie niż leki przeciwdepresyjne. Uczucie lęku występuje szczególnie często i w znaczącym stopniu rzutuje na nasilenie objawów ruchowych, np. drżenia. Lęk w chorobie Parkinsona może mieć postać uogólnioną, a także występować jako zaburzenia lękowe z napadami paniki lub fobii społecznej. Lękowi, któremu towarzyszą ataki paniki współtowarzyszy uczucie braku tchu, zawroty głowy, pocenie się. Zmęczenie jest bardzo częstym objawem, gdyż spotyka się z nim przynajmniej 2/3 chorych. Brak energii ogranicza codzienne funkcjonowanie pacjentów, a wręcz uważany jest za najgorszy z objawów wpływających na pogorszenie jakości życia. Zmęczenie nie jest związane ani z płcią ani z zaawansowaniem choroby. Przyczyną zmęczenia jest prawdopodobnie zmniejszone wydzielanie hormonów, w szczególności serotoniny i acetylocholino.

Brak aktywności pogarsza formę fizyczną, a tym samym pogarsza stan psychiczny. Zaburzenia psychotyczne występują niezależnie od tego, czy pacjent stosuje farmakoterapię. Najczęściej chorzy na Parkinsona doznają omamów wzrokowych. Początkowo są łagodne, następnie mogą przybierać na sile i przeradzać się w nieprawidłowe uporcezywe przekonania, np. chory wierzy, że w jego domu przebywają obcy ludzie. Występowanie omamów i urojeń w chorobie Parkinsona wiąże się zarówno z postępującą chorobą jak i przyjmowaniem farmakoterapii. Mogą one pojawiać się również w przypadku przedawkowania leków przeciwparkinsonowskich. Objawy mogą występować jako element otępienny albo mogą wynikać z przebiegu nieneurologicznego, tj. w infekcji dróg moczowych. W grupie ryzyka narażonych na częstsze występowanie są osoby starsze, przyjmujące wiele leków oraz chorzy z zaawansowaną postacią choroby Parkinsona.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> J. Sławek(red.), *Mam chorobę Parkinsona poradnik dla chorych i ich rodzin*, Gdańsk, Via Medica 2010, s. 10–23.

### Zaburzenia snu:

- Bezsenność i fragmentacja snu,
- Nadmierna senność w ciągu dnia,
- Zaburzenia snu w fazie REM,
- Zespół niespokojnych nóg;
- Bezdechy senne.

Zaburzenia snu dotyczą 70–80% chorych na Parkinsona i znacząco wpływają na pogarszanie jakości życia. Zaburzenia snu mają w chorobie Parkinsona złożone podłoże. Bezsenność powodowana może być zarówno przez wydłużenie czasu potrzebnego do zaśnięcia jak również przez niemożność utrzymania snu. Objaw może występować u 80–90% pacjentów. Najwcześniej obserwowanym zaburzeniem snu jest jego fragmentacja, czyli wybudzanie się w nocy. Sen zaburzać mogą objawy ruchowe choroby, np. podczas nasilającej się sztywności mięśniowej, która może uniemożliwiać zmianę pozycji ciała w łóżku. Ponadto niektórzy pacjenci odczuwają bóle mięśniowe wtórne związane z wyczerpaniem działania leków przeciwparkinsonowskich w nocy. Fragmentację snu mogą powodować także zaburzenia neuropsychiatryczne negatywnie wpływające na jakość snu, takie jak zaburzenia depresyjne czy psychotyczne. Mechanizm występowania zaburzeń snu w fazie REM nie jest do końca poznany. Zaobserwowano, że skutkiem jego są tak zwane parasomnie – żywe marzenia senne, halucynacje, koszmary, ataki paniki. Obraz kliniczny, stwierdzany głównie na podstawie wywiadu ze współmałżonkiem lub opiekunem, wyraża się przez energiczne przeżywanie marzeń sennych. Najczęściej są to krzyki, uderzenia, kopnięcia podczas majaków sennych. Rzadziej występują ruchy miednicą, jedzenie, żucie, picie czy ruchy taneczne. Kolejnym problemem jest nadmierna senność w ciągu dnia i epizody zasypiania wynikające z niedoboru snu nocnego. Zaburzenia snu mogą być także spowodowane przez wysokie dawki lewodopy w organizmie w godzinach późnowieczornych.

Następnym problemem jest zespół niespokojnych nóg. Nie udało się jeszcze w pełni wyjaśnić podłoża patofizjologicznego tego zjawiska. Badania naukowe podają jako prawdopodobną przyczynę rolę żelaza. Zespół niespokojnych nóg leczony jest podobnie do choroby Parkinsona, co może wskazywać na podobną etiologię tych zaburzeń. Charakterystycznymi cechami RLS jest uczucie przymusu ruszania kończynami dolnymi. Dolegliwości te nasilają się w porze wieczorno – nocnej oraz w spoczynku. Poprawę samopoczucia obserwujemy przy aktywności kończyn dolnych.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> A. Friedman, *Choroba parkinsona od mechanizmów do leczenia*, PZWL, Warszawa 2019, s. 42–45.

## 1.1.2. RÓŻNICOWANIE I DIAGNOSTYKA

### RÓŻNICOWANIE

Choroba Parkinsona należy do szerszej grupy schorzeń mieszczących się pod wspólnym mianem parkinsonizmu. W swoim obrazie klinicznym mają one osiowe objawy ruchowe choroby Parkinsona, ale nierzadko posiadają inne przyczyny i występuje tam bogatsze spektrum symptomów. Aby zróżnicować schorzenie bez znanej etiologii, używa się określenia idiopatyczna choroba Parkinsona.<sup>11</sup>

### PARKINSONIZM O ZNAJĘJ ETIOLOGII:

**PARKINSONIZM INFEKCYJNY** – po raz pierwszy opisany w roku 1921. Wywoływany był w przebiegu wirusowego zapalenia mózgu. Mimo podobnych zmian neuropatologicznych różni się od postaci idiopatycznej choroby Parkinsona. Obecnie rzadko spotykany. Jest to jednostka, która dosyć często występowała u ludzi młodych, dlatego też osoby nią dotknięte żyły nawet po kilkadziesiąt lat z rozpoznaniem parkinsonizmu pozapalnym. Jednym z ciekawszych objawów tej postaci parkinsonizmu są napady wejrzeniowe, gdzie chory niezależnie od własnej woli zwraca oczy ku górze, czy też na bok i trwa w tej pozycji od kilkadziesiąt sekund do kilku minut.

**PARKINSONIZM TOKSYCZNY** – powstawanie tego zespołu zaburzeń może być spowodowane uszkodzeniem układu nerwowego przez substancje toksyczne. Zatrucie manganem powoduje pierwotnie zmiany w zachowaniu i zaburzenia psychiczne, a następnie dochodzi do wystąpienia objawów ruchowych, takich jak sztywność mięśniowa, spowolnienie ruchowe i tzw. koguci chód. Do innych związków toksycznych wywołujących zespoły parkinsonowskie należą m.in. tlenek węgla, metanol czy cyjanek. Wskutek ostrego zatrucia mózgu zostają uszkodzone różne struktury mózgu i dochodzi do wystąpienia objawów psychicznych i neurologicznych, a w tym parkinsonizmu. Do wystąpienia parkinsonizmu prowadzi także zatrucie związkami takimi jak herbicydy, pestycydy i insektycydy.

**PARKINSONIZM POLEKOWY** – długotrwałe stosowanie niektórych leków wywoływać może objawy parkinsonowskie. Najczęściej spotykana postać tego zaburzenia występuje u osób leczonych psychiatrycznie neuroleptykami. Objawy kliniczne w tej postaci występują znacznie szybciej, można zauważyć symetrię objawów po obu stronach

---

<sup>11</sup> Sławek J., *Choroba Parkinsona – jak właściwie rozpoznawać, skutecznie i bezpiecznie leczyć?*, "Forum Medycyny Rodzinnej" 2014, tom 8, nr 6, s.283.

ciała, a drżenie jest niezależne od spoczynku. Dodatkowo parkinsonizm polekowy w niewielkim stopniu wywołuje farmakoterapia schorzeń takimi lekami jak:

- Zaburzenia krążenia mózgowego – cinnarizina, flunarizina,
- Zaburzenia gastryczne i zawroty głowy – torecan, metoklopramid.

**PARKINSONIZM POURAZOWY** – rzadka postać parkinsonowska. Jej cechą charakterystyczną jest wystąpienie objawów po przeciwnej stronie niż uszkodzenie struktur mózgowia. Za przyczynę wystąpienia tego schorzenia można uznać tylko taki uraz, w którym objawy parkinsonowskie wystąpiły w krótkim czasie, przy jednoczesnym stwierdzeniu uszkodzenia struktur mózgu w badaniu tomografem komputerowym lub rezonansem magnetycznym.

**PARKINSONIZM NACZYNIOPCHODNY** – jest wynikiem uszkodzenia naczyń krwionośnych w mózgu w przebiegu miażdżycy. W tej odmianie parkinsonizmu, oprócz typowych objawów takich jak spowolnienie ruchowe, sztywność mięśniowa i zaburzenia chodu, stwierdza się także inne symptomy naczyniopochodnego uszkodzenia mózgu, a w diagnostyce obrazowej widoczne są ślady uszkodzonych struktur mózgowych.

**PARKINSONIZM W PRZEBIEGU GUZÓW MÓZGU** – postać tego typu spotykana jest niezwykle rzadko. Wywoływana jest przez guzy umiejscowione w istocie czarnej. Obecnie dzięki wysoko posuniętej diagnostyce obrazowej tj. tomografii komputerowej i rezonansowi magnetycznemu oraz dzięki programom profilaktycznym, guzy takie wykrywa się niezwykle szybko, a osoby poddawane są niezwłocznie operacjom.<sup>12</sup>

**DRŻENIE SAMOISTNE** – bardzo często mylone jest z wczesnymi objawami choroby Parkinsona, a o znacznie częstszym występowaniu – bo aż u 4% populacji. Podobnie jak w chorobie Parkinsona zapadalność na chorobę związana jest z wiekiem. Głównym czynnikiem różniącym schorzenia jest brak objawów klinicznych charakterystycznych dla choroby Parkinsona, czyli spowolnienia i sztywności. Charakter drżenia jest jednakże odmienny od choroby Parkinsona, gdyż nasila się ono w momencie wykonywania ruchów, np. sięgania po coś, pisanie, przy czym nie obserwujemy występowania mikrografii (rycina nr 4). Dodatkowo drżenie samoistne dotyka innych części ciała niż drżenie parkinsonowskie, gdyż objawia się, w przeciwieństwie do choroby Parkinsona, drżeniem rąk i głowy. Dodatkowym czynnikiem różniącym obydwa schorzenia jest dziedziczenie choroby, tj. znacznie częściej obserwuje się dziedziczną postać drżenia samoistnego aniżeli choroby Parkinsona.

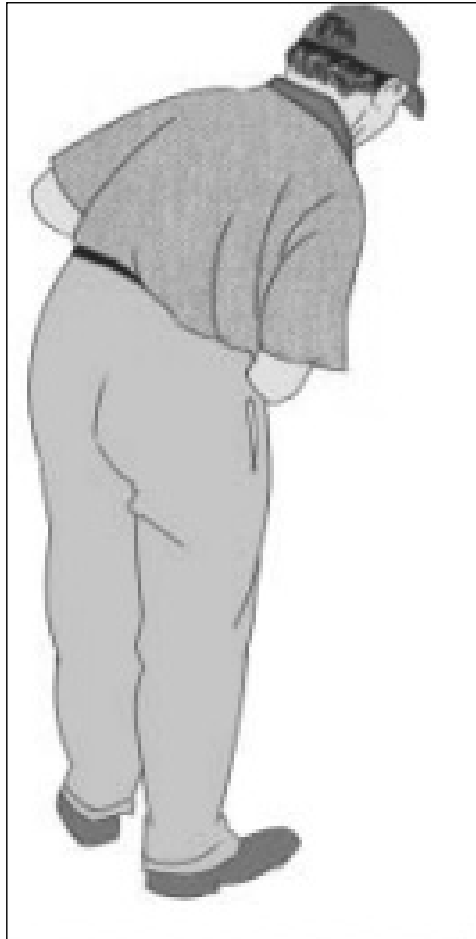
<sup>12</sup> W. Kuran, Żyję z chorobą Parkinsona, Wyd. PZWL, Warszawa 2009, s.34–38.



Rycina 4. Porównanie charakteru pisma w chorobie Parkinsona (górną) i w drżeniu samoistnym (dolną).

Źródło: J. Sławek (red.), *Mam chorobę Parkinsona poradnik dla chorych i ich rodzin*, Gdańsk, Via Medica 2010, s. 6–7.

Zanik wieloukładowy (ang. multiple system atrophy, MSA) – jest to zwyrodnieniowa choroba mózgu łudząco przypominająca chorobę Parkinsona. Jednym z objawów jest niedociśnienie ortostatyczne, prowadzące do omdleń, np. po szybkim wstaniu z łóżka. Dodatkowe objawy to zaburzenia układu vegetatywnego: nietrzymanie moczu, zaparcia, problemy z erekcją. Objawy tego typu występują także w chorobie Parkinsona, ale w odróżnieniu od niej ich pojawienie się i nasilenie zaczynają się już od samego początku choroby. Rozpoznanie jednostki ułatwia badanie rezonansem magnetycznym. Pomocne w rozpoznaniu MSI są charakterystyczne objawy: zimne ręce, specyficzna postawa tzw. objaw krzywej wieży w Pizie (rycina nr 5) uśmiech sardoniczny. W odróżnieniu od choroby Parkinsona w MSI zwykle nie występują problemy z pamięcią oraz występuje brak poprawy po leczeniu preparatami lewodopy.



**Rycina 5.** Charakterystyczna postawa tzw. objaw krzywej wieży w Pizie.

Źródło: J. Sławek(red.), *Mam chorobę Parkinsona poradnik dla chorych i ich rodzin*, Gdańsk, Via Medica 2010, s.41.

Postępujące porażenie ponadjądrowe (ang. progressive supranuclearpalsy, PSP) – rozpoznanie choroby stwierdza się tak jak w chorobie Parkinsona w oparciu o kryteria kliniczne. Rozwój przebiega dosyć szybko i w przeciągu kilku lat choroba prowadzi do znacznej niesprawności i śmierci. Już na samym początku choroby dochodzi do upadków o niewyjaśnionej etiologii, następnie dochodzą kolejne objawy, takie jak: zaburzenia postawy, spowolnienie, trudności z poruszaniem gałkami ocznymi w dół i w górę. U chorych obserwuje się utratę zainteresowań, apatię. Zaburzona równowaga w połączeniu z nieostrożnymi zachowaniami cechującymi schorzenie, skutkują niejednokrotnie dotkliwymi urazami. Następtwem kolejnych objawów,

tj. łapczywego, niechlujnego spożywania posiłków i zaburzeń połykania, staje się zwiększone ryzyko zachłyśnięcia. Wzmoczonemu napięciu ulegają mięśnie osiowe (szyja, kark, mięśnie przykręgosłupowe), co niekiedy prowadzi do odgięcia głowy ku tyłowi.

Zwyrodnienie korowo-podstawne – charakteryzuje się pogorszeniem sprawności kończyny górnej, ale z powodu niemożności zaplanowania i wykonania konkretnego ruchu, ręka często wykonuje niekontrolowane ruchy, np. unosi się ku górze. Pacjenci opisują często uczucie autonomizmu kończyny, jako tzw. „zjawisko obcej ręki”. Obserwuje się wzmożone napięcie mięśniowe w kończynie wraz z dystonią i mio-kloniami. Objawem charakterystycznym jest tak zwane zaniedbywanie jednostronne, które wywołuje odmienne postrzeganie widzianych obrazów oraz jednej połowy ciała chorego. Diagnostyka obrazowa tej choroby uwidacznia jednostronny zanik kory mózgu w płacie skroniowo-czołowym. Leczenie lewodopą i lekami przeciw-parkinsonowskimi nie jest skuteczne.

Otępienie z ciałami Lewy’ego (ang. dementia with Lewy bodies, DLB) – swój początek ma podobny do choroby Parkinsona – zaburzenia ruchowe, lub upodabnia się do choroby Alzheimera – zaburzenia pamięci. Pełnoobjawowa postać najczęściej występuje po około roku trwania i obejmuje cechy zespołu parkinsonowskiego, tj. zaburzenia pamięci oraz omamy wzrokowe. Zaburzenia pamięci w tym schorzeniu są zjawiskiem wczesnym, gdyż obserwowane są od początku trwania choroby lub występują maksymalnie w ciągu jednego roku od wytworzenia się problemów ruchowych. Obserwuje się fluktuacyjny charakter zaburzeń pamięci, co oznacza, że pomimo świetnej formy intelektualnej rano, pacjent wieczorem nie może się logicznie porozumieć. Choroba rozwija się dużo szybciej niż choroba Parkinsona, a leczenie jej jest wyłącznie objawowe.<sup>13</sup>

## DIAGNOSTYKA

Dotychczas nie udało się jeszcze wynaleźć żadnego badania, na podstawie którego możliwe byłoby jednoznaczne stwierdzenie choroby Parkinsona. Rozpoznanie może postawić jedynie lekarz specjalista, który posiada wysokie doświadczenie zawodowe oraz wykazuje się znajomością chorób wywołujących zespoły parkinsonowskie i inne zaburzenia ruchowe. Schorzenie stwierdza się na podstawie objawów i przebiegu choroby. Gdy mamy do czynienia ze szczególnie trudnym do zdiagnozowania przypadkiem, z pomocą przychodzą nowoczesne badania obrazujące metabolizm dopaminy w jądrach podstawy, tj. badanie SPECT oraz pozytronowa tomografia emisyjna, jednakże wysokie koszty takiego badania powodują, że stosowane są rzadko.

<sup>13</sup> J. Stawek(red.), *Mam chorobę Parkinsona poradnik dla chorych i ich rodzin*, Gdańsk, Via Medica 2010, s. 38–43.



W 2003 roku opracowano kryteria diagnostyczne pomocne w rozpoznaniu choroby Parkinsona. Pozytywny wynik diagnozy stwierdzamy, gdy u pacjenta występuje spowolnienie ruchowe oraz przynajmniej jeden z trzech objawów, tj. sztywność mięśniowa, drżenie spoczynkowe o częstotliwości 4–6 Hz, zaburzenia stabilności postawy niewynikające z zaburzeń czucia głębokiego, chorób błędniaka i mózdzku czy też osłabienia ostrości wzroku.

Klinicznie pewne rozpoznanie może być postawione, gdy obserwowana jest obecność kolejnych trzech z ośmiu następujących cech choroby:

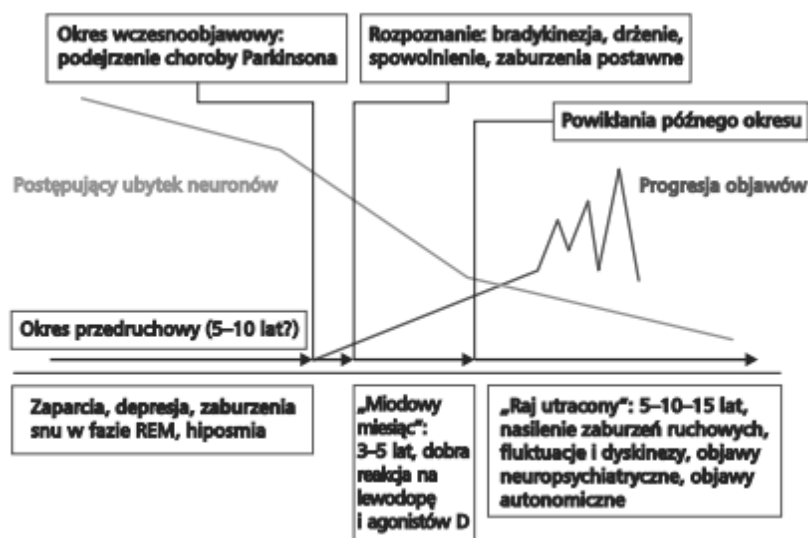
- Obecność drżenia spoczynkowego,
- Asymetria objawów podczas postępu choroby,
- Zmniejszenie nasilenia objawów podczas farmakoterapii lewodopą,
- Dobra reakcja na lewodopę trwająca co najmniej 5 lat,
- Wystąpienie mimowolnych ruchów dyskinetycznych, które są następstwem niepożądanych objawów leczenia lewodopą,
- Obserwacja chorego najmniej 10 lat.
- Rozpoznanie nie stawiamy u chorych:
  - Po przebytych udarach mózgu, z wystąpieniem objawów, lub wyraźnym, skokowym pogorszeniem,
  - Po kilkakrotnych urazach głowy,
  - Po przebytych zapaleniu mózgu,
  - Po leczeniu neuroleptykami lub wystąpieniu objawów po rozpoczęciu leczenia,
  - W przypadku narażenia na działanie toksyn, np. MPTP,
  - Podczas stwierdzenia objawów parkinsonowskich u więcej niż jednego członka rodziny,
  - Po ujawnieniu zaburzeń ruchów gałek ocznych i zaburzeń spojrzenia,
  - Przy braku poprawy objawów klinicznych po wysokich dawkach lewodopy,
  - Gdy po 3 latach trwania choroby objawy nadal są tylko jednostronne lub po wystąpieniu długiej remisji choroby.

Chorobę Parkinsona wykluczamy, jeżeli stwierdzi się objawy świadczące o procesie chorobowym innych struktur mózgu aniżeli jądra podkorowe, bądź gdy diagnostyka obrazowa uwidoczni guz mózgu lub duże poszerzenie komór bocznych będące następstwem gromadzenia się nadmiaru płynu mózgowodzeniowego.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> I. Gatkowska, E. Mirek, M. Rudzińska, A. Szczudlik, *Choroba Parkinsona Poradnik dla pacjentów i ich rodzin*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013, s.18–20.

### 1.1.3. PRZEBIEG I STADIA KLINICZNE ORAZ OCENA ZAAWANSOWANIA STOPNIA CHOROBY

Cechą dominującą choroby Parkinsona jest jej postępujący charakter, co oznacza, że z czasem nasilają się istniejące dolegliwości oraz możliwe jest pojawienie się nowych objawów. Progresję choroby obrazuje rycina nr 6. Najczęściej spotykana postać choroby zaczyna się około 60. roku życia, a jej pierwszym objawem jest drżenie ręki lub stopy. W przypadku gdy objaw ten dominuje w późniejszym okresie, notujemy z reguły wolniejszy przebieg niż u osób, u których pierwszymi symptomami choroby były trudności w chodzeniu, spowolnienie ruchowe i sztywność mięśni. Rozwój choroby zależny jest poniekąd od momentu zachorowania, gdyż pacjenci, u których rozpoznano schorzenie przed 45 rokiem życia, zazwyczaj doświadczają wolniejszego przebiegu choroby, rzadziej doświadczają trudności w chodzeniu, a także sporadycznie notuje się u nich zaburzenia równowagi i otępienie. Pomimo to wcześniej dochodzi tu do powikłań takich jak fluktuacje ruchowe i dyskinezy, związanych ze stosowaniem lewodopy. Mimo że młode osoby mają wolniej postępującą chorobę, to gorzej ją znoszą i wcześniej przechodzą na rentę inwalidzką. Nie ulega również wątpliwości, że choroba znacząco zmienia dotychczasowe życie, gdyż poważnie wpływa na samodzielne radzenie sobie ze zwykłymi, codziennymi czynnościami oraz wykonywaniem pracy zawodowej.



Rycina 6. Postęp choroby Parkinsona.

Źródło: J. Sławek, *Fluktuacje i dyskinezy w chorobie Parkinsona – fenomenologia, mechanizmy i metody postępowania* w: *Polski Przegląd Neurologiczny* 2012; 8 (4), Gdańsk: Via Medica 2012, s 146.

## PRZEBIEG I STADIA KLINICZNE

Wyróżnia się następujące fazy w chorobie Parkinsona:

**OKRES PRZEDKLINICZNY** – jest to okres przed wystąpieniem typowych objawów ruchowych. Zanim wystąpią pierwsze typowe objawy, proces chorobowy w mózgu trwa w sposób utajony i utrzymuje się prawdopodobnie 4–6 lat. Można wyróżnić objawy poprzedzające zaburzenia ruchowe u większości pacjentów.

W skład objawów poprzedzających wchodzi:

- znaczne upośledzenie węchu,
- ruchy ciałem i kończynami we śnie, z towarzyszącym krzykiem,
- ból barków lub nóg,
- zaparcia;
- obniżenie nastroju.

Aby rozpoznać chorobę na tym etapie, konieczne jest wykonanie specjalistycznych badań, które wykonywane są u osób z wysokim ryzykiem wystąpienia schorzenia, tj. przy rodzinnych postaciach choroby Parkinsona. Faza ta przechodzi w fazę kliniczną przy spadku dopaminy do ok 20–30% wartości wyjściowej i to właśnie wtedy dochodzi do wystąpienia osiowych objawów schorzenia.

Okres wczesny – dominującymi objawami ruchowymi na tym etapie są:

- drżenie mięśni,
- spowolnienie ruchowe,
- sztywność mięśniowa.

Okres wczesny może trwać od kilku do nawet kilkunastu pierwszych miesięcy. Objawy, pomimo wyraźnego występowania, nie komplikują normalnego życia. Na tym etapie symptomy mogą stawać się problematyczne dla chorego. Jest to najczęstszy okres, w którym pacjenci udają się na wizytę lekarską. Leczenie na tym etapie przebiega dobrze (wyjątek może stanowić drżenie, które czasami może ulegać tylko zmniejszeniu). Pacjenci obserwują niemalże nieodczuwalny wpływ objawów choroby po wprowadzeniu lewodopy lub agonisty dopaminy. Na tym etapie pominięcie jednej dawki leku zazwyczaj nie powoduje nawrotu objawów klinicznych. U chorych utrzymuje się pełnia sprawności, dzięki czemu możliwa jest kontynuacja pracy zawodowej.

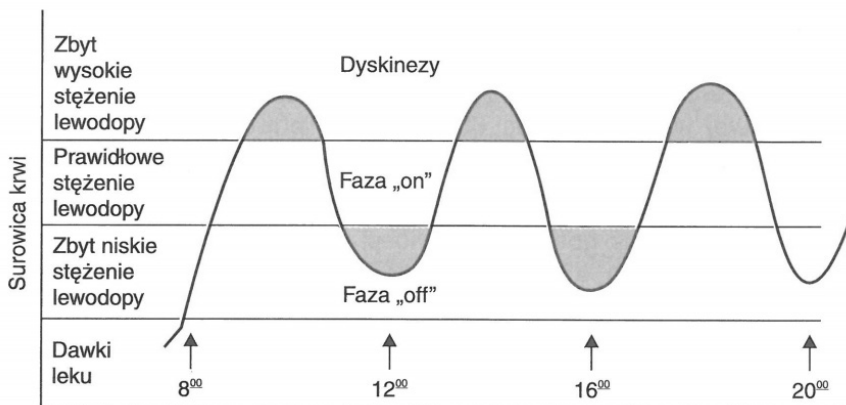
Okres średnio zaawansowany – na początku tego okresu objawy choroby obejmują zazwyczaj jedną stronę ciała. Choroba, postępując, powoduje stopniowe narastanie objawów po tej samej stronie, następnie w dalszym przebiegu objawy pojawiają się po stronie przeciwnej. Postępujące spowolnienie ruchowe wywołuje

dwu lub trzykrotne wydłużenie czasu wykonywania codziennych czynności, tj. jedzenia, ubierania się, czy też mycia. Pojawiają się trudności podczas samodzielnego spożycia całego posiłku, włożenia rąk do rękawów bluzki lub dokładnego ogolenia się. Notuje się nagłe zatrzymywanie się podczas chodzenia, pacjent ma problem ze zrobieniem pierwszego kroku lub zmianą kierunku ruchu. W nocy obserwuje się problemy ze zmianą pozycji w łóżku czy też ze wstaniem z niego. Zaczynają się problemy z połykaniem, następuje ściszenie mowy. Pacjenci zgłaszają nagłe braki stabilności i zachwiania równowagi. Dodatkowym objawem może być przemiana osobowości. Na tym etapie reakcja na stosowaną farmakoterapię jest przeważnie dobra, aczkolwiek stosowane są już większe dawki leków. Zostaje skrócony czas działania pojedynczej dawki leku, mimo to w ciągu dnia nadal obecne są długie okresy dobrej sprawności motorycznej. Pomimo tego, że niesprawność eskaluje, większość chorych utrzymuje niezależność albo wymaga pomocy opiekuna w znikomym stopniu.

Okres późny, zaawansowany – zwykle przez pierwsze 3–5 lat można mówić o tzw. „miesiącu miodowym” choroby, gdzie reakcja na leki dopaminergiczne jest stabilna. W późniejszym okresie, gdy obumieranie komórek produkujących dopaminę postępuje, po podaniu lewodopy dochodzi do powikłań takich jak fluktuacje i dyskinezy. Pod koniec działania pierwszej dawki leku, a przed przyjęciem następnej obowiązkowej dawki, występują fluktuacje sprawności ruchowej, przejawiające się pogorszeniem funkcjonowania. Czas działania leków (faza on) stopniowo ulega skróceniu, a czas gdy dawka leku przestaje działać (faza off) wyraźnie wydłuża się. Inne przejawy fluktuacji ruchowych opierają się na opóźnionym momencie zadziałania leków lub notuje się brak działania po przyjęciu pojedynczej dawki. Obserwowane jest spowolnienie ruchowe nasilające się rano po obudzeniu oraz pod koniec dnia, gdyż w tym czasie organizm słabiej reaguje na lewodopę. Wraz z postępem choroby może pojawić się tak zwany zespół on–off, w którym mechanizmem działania są nagłe przejścia od dobrej sprawności ruchowej do osiągnięcia pełnowymiarowej niesprawności i na odwrót (rycina nr 7). Forma tej fluktuacji nie wykazuje związków czasowych z przyjęciem leku.

Do wystąpienia następnego objawu, tj. objawu przymrożenia, najczęściej dochodzi wskutek zatrzymania podczas chodzenia oraz niemożność kontynuacji ruchu z miejsca. Do wystąpienia objawu dochodzi przy zmianie kierunku ruchu, np. podczas omijania przeszkody lub podczas zbliżenia się do zamierzonego celu, np. do krzesła, na którym chory chce usiąść. Objaw jest nagły i krótkotrwały, poprzez co odnosi się wrażenie wahania chorego podczas wykonywania określonej czynności. Przymrożenie chodu znacznie częściej obserwowane jest przy chodzeniu po równym terenie aniżeli chodzeniu

po schodach. Przymrożenia chodu wraz z zaburzeniami równowagi spowodować mogą upadek, a w konsekwencji są częstą przyczyną złamań kości w stawie biodrowym.



Rycina 7. Fluktuacje sprawności ruchowej – fazy on i off.

Źródło: W. Kuran, *Żyję z chorobą Parkinsona*, Wyd. PZWL, Warszawa 2009, s.61.

Dyskinezy są ruchami mimowolnymi, występującymi niezależnie od woli chorego. Do najczęściej występujących dyskinez zaliczamy dyskinezy o charakterze płasawicznym i dystonicznym. Dyskinezy płasawicze występują w momencie największego działania lewodopy (po 1–2 godz. od przyjęcia leku) i cechują się przypadkowym, niejako bezcelowym występowaniem w różnych częściach ciała. Ruchy dyskinezy płasawiczej są płynne, odnosi się wrażenie, iż chory naśladuje ruchy taneczne. Nasilenie obserwowane jest podczas poruszania się oraz nasilenia emocji. Dyskinezy dystoniczne charakteryzują się bolesnymi kurczami mięśni, które występują w momencie ustania działania leków jako kurcze stóp odczuwane zaraz po przebudzeniu lub podczas nocnej przerwy w działaniu leków (dystonia wczesnoporanna). Najbardziej występującą formą są dyskinezy dwufazowe, pojawiające się pomiędzy dwoma kolejnymi dawkami leku, a ich występowanie dotyczy zazwyczaj kończyn dolnych. Chorzy w zaawansowanym stadium wymagają pomocy w różnym stopniu. Narasta niesprawność ruchowa, pogarszają się funkcje poznawcze oraz występować mogą halucynacje poprzez zwiększanie dawek leków dopaminergicznych lub dodawanie nowych leków. Przy zmniejszeniu dawek leków spada z kolei sprawność ruchowa. Pozostałymi pozaruchowymi objawami choroby są między innymi spadki ciśnienia tętniczego, częste parcie na pęcherz i nocne oddawanie moczu, impotencja, zaburzenia snu, czy depresja.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> J. Sławek (red.), *Mam chorobę Parkinsona poradnik dla chorych i ich rodzin*, Gdańsk, Via Medica 2010, s. 51–55.

## OCENA STADIÓW KLINICZNYCH

Z uwagi na to, że choroba Parkinsona ma przewlekły, postępujący charakter, naukowcy opracowali szereg skal oceny, które opisują stadium zaawansowania choroby, nasilenie objawów parkinsonowskich oraz oceniają sprawność funkcjonalną pacjenta. Najczęściej stosowanymi skalami oceny stopnia zaawansowania choroby Parkinsona są:

- Skala Hoehn-Yahr,
- Skala Schwab-England,
- Skala UPDRS (Ujednolicona Skala Oceny Choroby Parkinsona).

Skalą oceny obrazującą rozwój choroby oraz przedstawiającą intensywność objawów na każdym etapie choroby jest skala Hoehn – Yahra (tabela nr 1).

Skala oceny stopnia zaawansowania choroby Parkinsona	
<b>Stadium I</b>	Objawy jednostronne, bez wyraźnego wpływu na codzienne funkcjonowanie chorego i bez wyraźnego upośledzenia sprawności ruchowej. Trwa ok. 3 lata
<b>Stadium II</b>	Objawy obustronne, ale znacznie wyraźniejsze po tej stronie, od której zaczęła się choroba. Można już zaobserwować prawie wszystkie typowe objawy choroby: hipomimię, hipofonię (osłabienie siły głosu), przodopochylenie, wolniejszy chód i upośledzenie współruchów. Sprawność ruchowa jest już gorsza. Ocenia się, że to stadium trwa przeciętnie ok. 3-4 lata
<b>Stadium III</b>	Wyraźne objawy obustronne z zaburzeniami odruchów postawnych. Chory nadal niezależny w życiu codziennym, ale wiele czynności wykonuje już znacznie wolniej i z trudnością. Typowa sylwetka i chód parkinsonowski. Stadium to może trwać wiele lat.
<b>Stadium IV</b>	Upośledzenie sprawności ruchowej znacznego stopnia. Chory jest już zależny od innych osób, wymaga pomocy przy wielu czynnościach dnia codziennego. Zachowane jest samodzielne stanie i chodzenie, lecz wskutek zaburzeń chodu i postawy często występują upadki. Również to stadium może trwać wiele lat.
<b>Stadium V</b>	Chory prawie całkowicie zależy od otoczenia, przeważnie siedzi lub leży, chód możliwy tylko z bardzo dużą pomocą jednej lub dwóch osób.

Tabela nr 1. Skala Hoehn-Yahra – ocena stopnia zaawansowania choroby.

Źródło: I. Gatkowska, E. Mirek, M. Rudzińska, A. Szczudlik, *Choroba Parkinsona Poradnik dla pacjentów i ich rodzin*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013, s.21.

Skalę oceny codziennych czynności życiowych (ADL) wg Schwaba-Englanda skonstruowano do oceny zdolności pacjenta do samodzielnego egzystowania (tabela nr 2). Otrzymany wynik określa skala procentowa w zakresie od 0–100%, gdzie 100% to całkowita niezależność chorego, a 0% oznacza pełną niesprawność funkcji wegetatywnych.<sup>16</sup>

<sup>16</sup> E. Karczewska, E. Krajewska-Kulak, K. Kowalczyk, I. Fiedorczuk, *Problemy psychospołeczne pacjenta w podeszłym wieku z rozpoznaną chorobą Parkinsona w: Pielęgnacyjno-rehabilitacyjne: problemy starzejącego się społeczeństwa*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok 2016.

SKALA AKTYWNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO WEDŁUG SCHWABA I ENGLANDA	
100%	chory całkowicie niezależny od otoczenia, wykonuje wszystkie codzienne czynności bez trudności i spowolnienia; normalna sprawność ruchowa, brak poczucia jakiegokolwiek niesprawności
90%	chory całkowicie niezależny od otoczenia, jest w stanie wykonywać wszystkie codzienne czynności z pewnym spowolnieniem i trudnością, potrzebuje na niektóre czynności 2 razy tyle czasu, co przed chorobą, ma świadomość trudności w poruszaniu się
80%	chory całkowicie niezależny w większości czynności, potrzebuje 2 razy więcej czasu na większość czynności, świadomy swoich trudności w poruszaniu się i spowolnienia
70%	chory potrzebuje pomocy w niektórych czynnościach, jest 3-4 razy wolniejszy przy niektórych z nich, większą część dnia spędza na wykonywaniu podstawowych czynności
60%	chory częściowo zależny od otoczenia, niektóre czynności wykonuje samodzielnie, ale bardzo wolno i z dużym wysiłkiem, niektórych czynności nie jest w stanie wykonać
50%	chory bardziej uzależniony od otoczenia, potrzebuje pomocy w połowie codziennych czynności, jest jeszcze bardziej spowolniony, ma trudności ze wszystkim
40%	chory bardzo uzależniony od otoczenia, przy wszystkich czynnościach potrzebuje pomocy, tylko niektóre wykonuje sam
30%	chory bardzo niewiele czynności może próbować wykonać samodzielnie, kosztem dużego wysiłku; potrafi je jedynie rozpocząć, dalej potrzebuje pomocy
20%	chory niczego nie jest w stanie wykonać samodzielnie, pomaga przy wykonywaniu niektórych czynności; upośledzenie znacznego stopnia
10%	chory całkowicie zależny od otoczenia, nie potrafi nawet pomóc przy wykonywaniu czynności, całkowicie zniepełnowydny
0%	chory unieruchomiony w łóżku; zaburzenia niektórych czynności wegetatywnych (polykanie, oddawanie moczu i stolca)

Tabela nr 2. Skala oceny codziennych czynności życiowych.

Źródło: [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia\\_mz/2012/047/AW/047\\_AW\\_OT\\_4350\\_14\\_Neupro\\_zaawansowana\\_ch\\_Parkinsona\\_2012.08.08.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2012/047/AW/047_AW_OT_4350_14_Neupro_zaawansowana_ch_Parkinsona_2012.08.08.pdf), s.103.

Ujednoliconą Skala Oceny Choroby Parkinsona (UPDRS) opisuje nasilenie objawów choroby Parkinsona poprzez ocenę funkcjonowania chorego w czterech sektorach: stan intelektualny i zaburzenia nastroju (sektor I), aktywność życia codziennego (sektor II), funkcje motoryczne (sektor III), powikłania leczenia (sektor IV). Powyższą skalę przedstawiono w załączniku nr 1.

## 1.2. LECZENIE

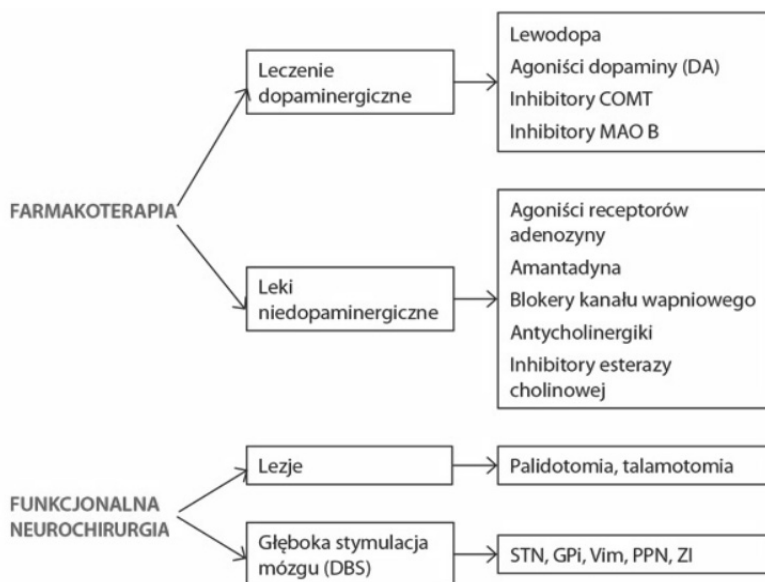
Choroba Parkinsona jest jednym z tych schorzeń, z którym dzisiejsza wiedza medyczna nie jest w stanie się uporać i która obecnie nie jest możliwa do zatrzymania i pełnego wyzdrowienia. Ponadto, pomimo licznych metod leczenia, nadal nie udało się opracować prostego schematu terapii. Postępowanie terapeutyczne w tym schorzeniu przebiega na wielu płaszczyznach. Uwzględniono zarówno farmakoterapię,

jak i inne formy oddziaływań pozaterapeutycznych, tj. rehabilitację, odpowiednią dietę i tryb życia oraz edukację i wsparcie dla chorych i ich rodzin.

Leczenie, mające na celu zmniejszenie nasilenia objawów choroby oraz utrzymanie funkcjonalnej niezależności, przeprowadza się w różnorodny sposób:

- Leczenie modyfikujące przebieg choroby (spowalnianie choroby, działanie neuroprotektyjne),
- Leczenie objawowe (łagodzone są objawy ruchowe i pozaruchowe),
- Leczenie chirurgiczne.<sup>17</sup>

Schemat postępowania terapeutycznego przedstawia( rycina nr 8).



**Rycina 8.** Schemat postępowania terapeutycznego w chorobie Parkinsona.

Źródło: A. Friedman, *Choroba parkinsona od mechanizmów do leczenia*, PZWL, Warszawa 2019, s. 138.

Aby formy wyżej wymienionego leczenia przyniosły sukces, ważne jest, aby nie lekceważyć pozytywnego wpływu, jaki niesie ze sobą wprowadzenie działań pozafarmakologicznych, na przykład przestrzeganie właściwej diety, która ma wpływ na wchłanianie preparatów leczniczych. Bardzo ważnym czynnikiem jest świadomość chorego i jego rodziny dotycząca choroby, objawów oraz leczenia, gdyż wszelkie uzyskane od lekarza informacje mają wpływ na efektywność leczenia. Terapia

<sup>17</sup> Friedman A., *Choroba parkinsona od mechanizmów do leczenia*, Wyd. PZWL, Warszawa 2019, s137–138



powinna być zawsze zindywidualizowana, dostosowana do potrzeb danego pacjenta. Moment rozpoczęcia leczenia jest bardzo stresującym etapem dla chorych, jednakże farmakoterapia na wczesnym etapie choroby poprawia jakość życia pacjentów oraz może wydłużać ich aktywność zawodową.<sup>18</sup>

Obecnie obowiązujące rekomendacje wskazują na to, iż u młodszych pacjentów, ze względu na dłuższy czas leczenia, farmakoterapię należy zaczynać od monoterapii agonistami dopaminy, minimalizując dzięki temu ryzyko powikłań ruchowych. Badania wykazały, że pacjenci otrzymujący zwiększone dawki lewodopy (dawki  $\geq 600$  m) są bardziej podatni na wystąpienie dyskinez, ale mimo tego lewodopa wykazuje najlepsze działanie objawowe, co może odegrać ważną rolę dla aktywnych zawodowo pacjentów. Osoby starsze, w szczególności z problemem zaburzeń poznawczych, przy stosowaniu agonistów dopaminy, mają zwiększone ryzyko wystąpienia działań niepożądanych, tj. objawów psychiatrycznych. U tej grupy początkowym lekiem z wyboru jest lewodopa.

### **LECZENIE MODYFIKUJĄCE PRZEBIEG CHOROBY, LECZENIE NEUROPROTEKCYJNE.**

Ze względu na postępujący, zwyrodnieniowy charakter choroby Parkinsona naukowcy starają się opracować nowe metody leczenia, mające u swych podstaw zapewnić komórkom nerwowym działanie ochronne. Przebadano szereg substancji, ale nie potwierdzono jednoznacznie skuteczności tych produktów.

Uważa się, że substancjami chroniącymi przed uszkodzeniem komórek nerwowych są witaminy C i E, teina oraz kofeina. Domniemany wpływ neuroprotekcyny na komórki nerwowe posiada także nikotyna, niemniej jednak ze względu na jej duży wpływ karcenogeny, nie jest zalecana jako środek leczenia. Niestety nie potwierdzono jednoznacznie pozytywnego wpływu tych substancji na przebieg choroby. Selegilina była lekiem, u którego podejrzewano właściwości neuroprotekcyjne. Podstawą jej działania jest zahamowanie rozkładu dopaminy i spowolnienie wydzielania wolnych rodników, będących nieporządanymi skutkami jej rozpadu. Badania przeprowadzone pod nazwą DATATOP wykazały, że selegilina posiada działanie objawowe, przez co niemożliwa stała się rzeczywista ocena wpływu leku na przebieg choroby i ostatecznie nie potwierdzono hipotezy o neuroprotekcji. Właściwości lecznicze selegiliny są mniejsze niż lewodopy, a jednym z jej metabolitów jest amfetamina, przez co selegilina może powodować spadek masy ciała oraz wywoływać zaburzenia sercowo-naczyniowe, zaburzenia psychiatryczne zaburzenia snu, dlatego nie zaleca się jej stosowania po godzinie 16. Ostatnio

<sup>18</sup> I. Gatkowska, E. Mirek, M. Rudzińska, A. Szczudlik, *Choroba Parkinsona Poradnik dla pacjentów i ich rodzin*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013, s. 22.

wprowadzono lek drugiej generacji – rasagilinę. Funkcją rasagiliny jest hamowanie enzymu MAO-B odpowiedzialnego za wydzielanie dopaminy. Rasagilina nie rozkłada się do związków amfetaminowych, dzięki czemu obserwuje się mniejszy udział działań nieporządaných.<sup>19</sup>

## LECZENIE OBJAWOWE

Rozpoczęcie leczenia i wybór leku zależy w głównej mierze od stopnia nasilenia objawów klinicznych choroby oraz niesprawności pacjenta. Leki, których używa się w farmakoterapii, różnią się między sobą mechanizmami siłą działania na objawy chorobowe. Przełomowym środkiem w leczeniu była wprowadzona w latach 60. XX wieku lewodopa. Podawanie leku powodowało ogromną poprawę stanu zdrowia pacjentów, jednakże po kilku latach stosowania farmakoterapii czas działania terapeutycznego ulega znacznemu skróceniu i dochodzi do efektów niepożądanych, takich jak fluktuacje i dyskinezy. Ponieważ czas trwania farmakoterapii lewodopą i wysokość dawek znacznie predysponuje do powstawania powikłań ruchowych, wielu lekarzy oraz naukowców zaleca rozpoczynanie leczenia od środków o słabszej sile działania, aczkolwiek tylko u niewielkiego odsetka pacjentów działanie leków jest satysfakcjonujące. Istotą leczenia lewodopą jest pierwotne podawanie jej małych dawek, a następnie stopniowe ich zwiększanie wraz z nasilającym się postępem choroby. Pierwsze lata stosowania lewodopy zazwyczaj skutkują bardzo dobrym efektem terapeutycznym, następnie, po mniej więcej 5–10 latach leczenia, obserwowane są powikłania ruchowe i konieczna jest modyfikacja leczenia oraz włączenie innych grup leków. Grupą leków o silniejszym działaniu terapeutycznym są agoniści dopaminy, jednakże leki te również mogą wywoływać powikłania ruchowe jak po lewodopie (zwykle w mniejszym stopniu). Pomimo innej budowy chemicznej leków, obserwowane jest działanie na te same receptory, więc efekt terapeutyczny jest bardzo podobny. Agoniści dopaminy zawsze wykazują dużą skuteczność przy wykorzystywaniu ich w farmakoterapii początkowej fazy choroby a także w jej zaawansowanym stadium. Amantadyna jest lekiem antywirusowym, który obecnie stosowany jest w zaawansowanym okresie choroby, aby zredukować ruchy mimowolne, powstające podczas długotrwałej terapii lewodopą. Leki cholinolityczne zmniejszają aktywność acetylocholinoi współdziałającej z dopaminą w regulacji czynności ruchowej. Leki cholinolityczne podawać można zarówno osobno jak i razem z lewodopą. Szczególną skuteczność wykazują w zmniejszaniu drżenia. Jednakże u starszych pacjentów mogą sprzyjać nasileniu zaburzeń pamięci. Ostatnimi laty do farmakoterapii zostały wprowadzone inhibitory innego enzymu, wywołującego dalszą przemianę dopaminy,

<sup>19</sup> J. Sławek (red.), *Mam chorobę Parkinsona poradnik dla chorych i ich rodzin*, Gdańsk, Via Medica 2010, s. 78–81.

tj. katecholo-tleno-metylo-transferazę (COMT). Podawanie tych leków należy łączyć razem z preparatami lewodopy.

Obecnie nowe terapie skierowane są na inne niż dopaminergiczne układy neuroprzekąźnikowe. Naukowcy dążą także do stosowania leków przeciwzapalnych i hormonalnych (estrogenów). Duże nadzieje budzą techniki genetyczne, umożliwiające wszczepianie w komórki informacji genetycznych dotyczących produkcji dopaminy, blokady tworzenia nieprawidłowych białek lub indukcji tworzenia substancji neuroprotektoryjnych; jednakże dotychczas badania te pozostają w sferze eksperymentalnej.

## **LECZENIE CHIRURGICZNE**

Leczenie chirurgiczne polega na stereotaktycznym, wybiórczym niszczeniu lub blokowaniu pracy jąder podstawy. W skład zabiegów chirurgicznych wchodzi:

- Operacje w gałce bladej (palidotomia),
- Operacje we wzgórzu (talamotomia),
- Operacje wobszarze jądra niskowzgórzowego,
- Głębokastymulacja mózgu (DBS, ang. deep brain stimulation).

Palidotomia jest szczególnie polecana u chorych z nasilonymi dyskinezami. Jej podstawą jest uszkodzenie termiczne struktury gałki bladej nadmiernie aktywnej w chorobie Parkinsona. W głębokiej stymulacji mózgu wykorzystywane są prądy o wysokiej częstotliwości ze stymulatora umieszczonego pod skórą w okolicy podobojczykowej. Połączenia elektrody ze stymulatorem umieszczone są także podskórnice. W zależności od obrazu klinicznego i dominujących objawów, elektrody umieszcza się w następujący sposób:

- Gałka bladej: redukcja drżenia, sztywności mięśniowej, spowolnienia ruchowego, zaburzeń chodu,
- Jądro niskowzgórzowe: redukcja drżenia, sztywności mięśniowej, spowolnienia ruchowego, zaburzeń chodu,
- Jądro brzuszno-przyśrodkowe wzgórza: redukcja drżenia.

DBS w przeciwieństwie do palidotomii oraz talamotomii nie wywołuje trwałego uszkodzenia mózgu, efekty przeprowadzonego zabiegu są odwracalne, a sam zabieg niesie za sobą mniejszą liczbę powikłań. DBS jest obecnie rekomendowanym sposobem leczenia chirurgicznego.

W latach 90-tych próbowano przeszczepiać komórki rdzenia nadnerczy do mózgu, aby uzyskać stałą produkcję dopaminy, lecz pomimo początkowej poprawy, w późniejszym okresie odnotowano krótki okres przeżywalności tych przeszczepów.

Następnie podjęto próbę przeszczepów płodowej substancji czarnej, której skuteczność okazała się lepsza, gdyż przeszczepione komórki nie obumierają i wytwarzają dopaminę. Jednakże leczenie to przez wzgląd na liczne ograniczenia pozostaje w fazie eksperymentalnej.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> J. Sławek (red.), *Mam chorobę Parkinsona poradnik dla chorych i ich rodzin*, Gdańsk, Via Medica 2010, s. 23–32.

## ROZDZIAŁ 2 ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z CHOROBY PARKINSONA

Ze względu na szereg problemów pielęgnacyjnych pacjenta oraz działań, w których rozwiązywanie wymaga pomocy, niezwykle ważną staje się pomoc pielęgniarska. Działania pielęgniarskie zależne są od nasilenia choroby pacjenta i powinny cechować się empatią, cierpliwością, oddaniem oraz szacunkiem. Ważne, aby nasz pacjent nie czuł wyobcowania w walce ze swoją chorobą. Zadaniem pielęgniarki sprawującej opiekę nad pacjentem jest bezpośredni, pozytywny wpływ na podopiecznego, kształtujący odpowiedni stosunek do otoczenia. Zaplanowane działania pielęgniarskie mają u podstaw poprawiać jakość życia chorego, przedłużać stopień sprawności, zaspakajać jego potrzeby, zapewniać poczucie bezpieczeństwa i zapobiegać osamotnieniu. Pielęgniarka powinna cechować się wysokim doświadczeniem zawodowym, zaangażowaniem w pracę, kulturą osobistą i gotowością do udzielania rad. Na pierwszym miejscu powinna stawiać pacjenta oraz otaczać go troską i ciepłą opieką.<sup>21</sup>

### 2.1. DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE

Do działań terapeutycznych zaliczamy:

**OBSERWACJĘ** – została ona na stałe wpisana w szereg praktyk pielęgniarskich jako element procesu pielęgnowania. Rozumiana jest jako zespół celowych, planowych i selektywnych czynności sprzyjających gromadzeniu informacji na drodze spostrzeżeń naturalnego przebiegu, bez oddziaływania obserwatora. Stosuje się ją w celu uzupełnienia posiadanych informacji, aby potwierdzić znane już fakty, sprawdzić wiarygodność danych zgromadzonych na wcześniejszym etapie.

Wywiad pielęgniarski – przeprowadzany jest w charakterze rozmowy o konkretnym nachyleniu, umożliwia zdobycie kompletnego zestawu informacji, które zebrane

<sup>21</sup> A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Impuls, Kraków 2008 s. 199–217.

i gromadzone przydatne będą w trakcie kontrolnych wizyt lekarskich. Rozróżnia się dwa rodzaje wywiadu pielęgniarzkiego:

- Wywiad środowiskowy – jego celem jest zbieranie informacji o środowisku pacjenta,
- Wywiad opiekuńczy – gromadzi informacje na temat potrzeb, możliwości oraz niedomagań chorego.

**OCENA STANU OGÓLNEGO PACJENTA** – ma na celu szczególne uwzględnienie deficytu w czynnościach samoobsługowych i mobilności pacjenta. Natomiast u chorych, u których występuje znaczne ograniczenie lub nawet brak możliwości przemieszczania się, jej działania będą uwzględniać szczególnie ocenę ryzyka wystąpienia odleżyn. Pielęgniarka obserwuje pacjenta pod kątem wystąpienia objawów neuropsychiatrycznych, tj. objawów depresji, obniżenia koncentracji uwagi, zaburzeń snu.<sup>22</sup>

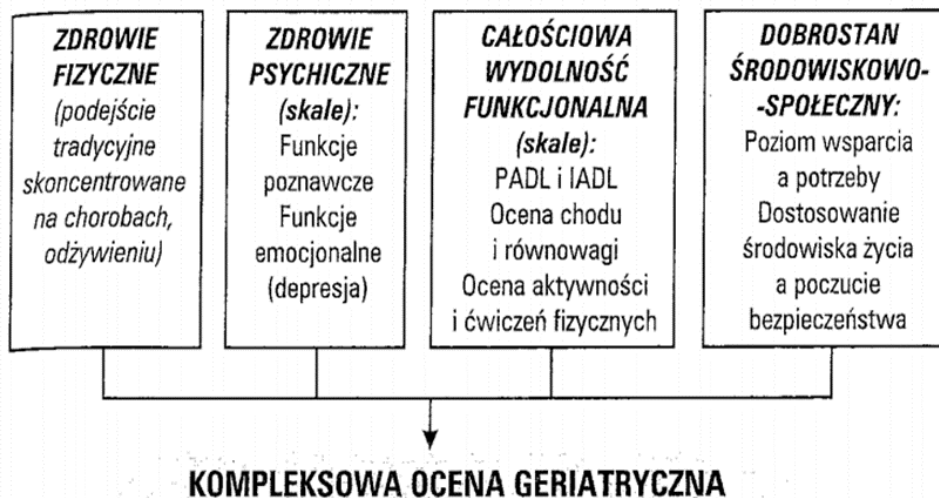
**KOMPLEKSOWA OCENA GERIATRYCZNA** – skutecznie i całościowo ocenia potencjał czynnościowy pacjenta w podeszłym wieku. Przewagą tej metody diagnostycznej nad standardowymi metodami oceny jest wykroczenie poza rozpoznanie pojedynczej choroby. Z założenia jest wielowymiarowym narzędziem diagnostycznym, które ocenia problemy sfery biopsychospołecznej. Dzieje się tak dlatego, że w procesie starzenia dochodzi do zatarcia konkretnych objawów chorobowych, co jest przejawem istnienia w tym samym czasie więcej niż jednej jednostki chorobowej z podobnymi (bądź identycznymi) objawami. Diagnoza postawiona na podstawie całościowej oceny geriatrycznej umożliwia poprawę życia i funkcjonowania osób starszych. Zalecana jest dla osób niepełnosprawnych i niedołączonych oraz dotkniętych takimi przypadłościami jak np. udar czy zawał serca. KOG pomaga gromadzić informacje o:

- Przebytych chorobach, aktualnym stanie zdrowia oraz o chorobach współistniejących,
- Przyjmowanych lekach i możliwych efektach niepożądanych stosowania farmakoterapii,
- Środowisku życia pacjenta, o jego stylu życia i stosowanej profilaktyce zdrowotnej,
- Stanie psychicznym pacjenta (oceniata jest prawidłowość funkcji poznawczych i emocjonalnych),
- Innych pozamedycznych kwestiach, tj. zasobach finansowych, ubezpieczeniach, relacjach w rodzinie.

---

<sup>22</sup> E. Tomaszewska, A. Gomuła, J. Szwarz-Woźniak, *Postępowanie pielęgniarzkie w chorobie parkinsona w domu pomocy społecznej* w: *Zeszyty Naukowe* nr 51, Łomża 2013, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży, s. 82.

W przebiegu diagnostycznym kompleksowej oceny geriatrycznej wyróżnia się 4 stadia (rycina 9).



Rycina 9. Komponenty kompleksowej oceny geriatrycznej.

Źródło: M. Muszalik, K. Kędziora-Kornatowska, *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Wyd. Czelej, Lublin 2018, s. 93.

Pierwsze z nich to rozpoznanie problemów i potrzeb pacjenta wraz ze szczególnym uwzględnieniem komponentów sfery biopsychospołecznej (rycina 10). Oceny dokonuje się za pomocą standaryzowanych skali, np. ADL, MMSE, GSD, MNA, skali Barthel, Norton, dzięki którym możliwa jest ocena stopnia upośledzenia funkcjonowania pacjenta oraz dostrzeżenie zmiany na przestrzeni czasu – stan poprzedni a aktualny. Drugim stadium jest uzgodnienie wraz z chorym celów działania. Na tym etapie ważne jest, aby osiągnąć porozumienie dotyczące oczekiwań pacjenta, co do rozwiązania jego problemów, a możliwościami sprawczymi personelu medycznego. W trzeciej fazie rozdysponowuje się zadania pracownikom medycznym i ustala się terminy osiągnięcia wcześniej wyznaczonych celów. Faza czwarta to monitorowanie efektywności pracy całego zespołu opiekuńczego, a w razie niskiej skuteczności lub innych oczekiwań ze strony pacjenta modyfikacja planu działania.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> Muszalik M., Kędziora-Kornatowska K., *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Wyd. Czelej, Lublin 2018, s.90 -95

I. Ocena	Zdrowie (rozpoznanie, rokowanie) Funkcje (fizyczne, psychiczne, społeczne) Zasoby (kulturowe, społeczne, ekonomiczne, rodzinne)
II. Uzgodnienie celów opieki	Czego pacjent oczekuje? Co może być wykonalne w indywidualnej sytuacji? (dialog z pacjentem lub jego opiekunem)
III. Specyfikacja planu interwencji	Przełożenie uzgodnionych celów opieki w plan działania z przydzieleniem zadań poszczególnym członkom zespołu interdyscyplinarnego. Ważne jest skoordynowanie terminów wykonania częściowych celów, np. rehabilitacji pacjenta po udarze z dostosowaniem mieszkania do jego niesprawności i zabezpieczeniem potrzebnych mu usług
IV. Regularny monitoring	Czy założone cele opieki i potrzeby pacjenta są zaspokajane zgodnie z planem? Czy plan opieki (interwencji) wymaga zmiany?

Tabela nr 3. Stadia kompleksowej oceny geriatrycznej.

Źródło: M. Muszałik, K. Kędziora-Kornatowska, *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*, Wyd. Czelej, Lublin 2018, s. 94.

Farmakoterapia – u podstaw leczenia leży ściśle podawanie środków według wskazań lekarskich oraz systematyczne przyjmowanie leków kontrolowane przez pielęgniarkę. Leki przeciwparkinsonowskie wymagają bardzo szczegółowego dawkowania oraz zażywania godzinowego, brak kontroli pielęgniarskiej nad pacjentem może grozić nieprzyjęciem leku lub zażyciem zbyt dużej dawki leków. Gdy choroba postępuje, może dochodzić do zaburzeń połykania i wtedy w gestii pielęgniarki leży, aby dostosować i ułatwić przyjęcie leków, np. poprzez jego sproszkowanie. Pielęgniarka, dla zmniejszenia lub eliminacji ryzyka zagrożenia zdrowia i życia chorego, powinna pogłębiać wiedzę oraz edukować pozostały personel terapeutyczny, aby lepiej i skuteczniej rozpoznawać niepożądane objawy.<sup>24</sup>

## 2.2. DZIAŁANIA PIELĘGNIACZYNO-OPIEKUŃCZE

Informacje zebrane w toku postępowań terapeutycznych pozwalają pielęgniarce w lepszy i efektywniejszy sposób pomagać podopiecznym w codziennym funkcjonowaniu. Jednakże nadrzędnym jej celem jest dostosowanie stopnia pomocy w taki sposób, aby chory jak najdłużej zachował samodzielne funkcjonowanie; niewyręczanie go, dopóki jego stan zdrowia na to pozwala. Wczesny etap choroby zazwyczaj nie

<sup>24</sup> E. Tomaszewska, A. Gomuła, J. Szwarz-Woźniak, *Postępowanie pielęgniarskie w chorobie parkinsona w domu pomocy społecznej w: Zeszyty Naukowe nr 51, Łomża 2013, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży, s. 83.*



wymaga interwencji pielęgniarki w samopielęgnację pacjenta. Czynności higieniczne oraz dbanie o wizerunek zewnętrzny wykonuje sam pacjent, natomiast pielęgniarka pomaga jedynie w problematycznych elementach. Na późniejszym etapie choroby, gdy deficyt samoopiekuńczy spada, zakres opieki pielęgniarskiej powinien zapewnić pacjentowi optymalny stan biologiczny, przy jednoczesnym zapobieganiu powikłaniom. Podczas czynności higienicznych pielęgniarka dokonuje obserwacji skóry chorego pod kątem wystąpienia podrażnień, wysypek, odparzeń, odleżyn, ocenia układ kostno-stawowy pod kątem możliwości wystąpienia przykurczów. Prowadzi także obserwację nieprawidłowości ze strony układów: oddechowego, moczowego, pokarmowego i krążenia, przy czym każdą taką nieprawidłowość zgłasza lekarzowi. Czynności pielęgnacyjne wymagają od pielęgniarki zapewnienia pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i intymności. Pielęgniarka asystuje w przygotowywaniu posiłków i pomaga pacjentowi w ich spożyciu. Jej rolą jest obiektywne ustalenie potrzeb i możliwości pacjenta, zapewnieniem optymalnego stopnia odżywienia oraz nawodnienia. Do zadań pielęgniarki należy kontrola nad regularnością spożycia posiłków oraz dopajanie podopiecznego. Do jej obowiązków należy również edukacja pacjenta w zakresie zasad spożywania posiłków oraz ewentualnych zagrożeń; właśnie w oparciu o tę wiedzę dostosowywana jest droga i technika karmienia (np. doustnie, przez zgłębnikowy drogą pozajelitową). Kolejną bardzo ważną rolą jest pomoc pielęgniarska w przemieszczaniu oraz zmianie pozycji podczas leżenia, co ma znaczący wpływ na jakość życia pacjenta. Dbając o zdrowie własne oraz chorego, pielęgniarka musi zawsze obiektywnie ocenić swoje możliwości i sprawność fizyczną, by w jak największym stopniu zminimalizować ryzyko urazów i upadków. Pielęgniarka powinna posiadać wiedzę w zakresie stosowania pomocnych jej urządzeń, takich jak: wózki, podnośniki, czy łatwoślizgi. Podczas chodzenia należy pamiętać o asyście po słabszej stronie ciała pacjenta, a przy przemieszczaniu o jak najmniejszej odległości do przynoszącej go osoby. W chorobie Parkinsona ważne jest również zapewnienie choremu optymalnych warunków zasypiania i snu. Pielęgniarka pomaga podopiecznemu ustalić dobowy rytm czuwania i snu. Ważna jest organizacja dnia w taki sposób, aby poprzez możliwie największą aktywność fizyczną w ciągu dnia, zapewnić choremu długi, nieprzerwany sen nocny. Poprzez swój postępujący charakter, choroba Parkinsona z czasem wyłącza pacjenta z życia oraz ogranicza jego sprawność, przez co chory staje się uzależniony od personelu medycznego. W tak trudnym okresie zadaniem pielęgniarki oraz całego zespołu terapeutycznego staje się stworzenie dla podopiecznego atmosfery zrozumienia oraz wsparcia.<sup>25</sup>

<sup>25</sup> K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 2008, s. 271–275.

### 2.3. PROFILAKTYKA DEPRESJI I ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH

Depresja jest numerem jeden wśród chorób psychicznych, która nieleczona może prowadzić do śmierci. Jest również wymieniana jako jeden z głównych, wielkich zespołów geriatrycznych. Niepokojący jest również fakt, że pomimo wprowadzenia na rynek leków przeciwdepresyjnych i uspokajających, liczba prób samobójczych i samobójstw nadal gwałtownie rośnie. Szczególnie często, bo aż w 30 – 50%, depresje diagnozowane są u osób cierpiących na chorobę Parkinsona. Trudności w rozpoznaniu depresji u chorych może powodować podobieństwo objawów somatycznych choroby Parkinsona z objawami depresji. Pielęgniarka w swych działaniach musi zwracać szczególną uwagę na zgłaszane dolegliwości, które mylnie mogą być odbierane jako typowe objawy choroby Parkinsona, czy też są objawami procesu starzenia, na przykład: niechęć do podtrzymywania kontaktów towarzyskich z jednoczesną utratą dotychczasowych zainteresowań, pogorszenie apetytu wraz z utratą masy ciała, kłopoty w procesie zapamiętywania, wzrost zaburzeń snu czy też spowolnienie ruchowe.

W procesie leczenia pielęgniarka winna wykazywać dużą cierpliwość oraz empatię w stosunku do podopiecznego. Należy podkreślać pozytywne aspekty egzystencji, nie wykluczając i negując ich przeżyć. Ważne jest, aby pokazać choremu, jak ważna jest jego rola w życiu społecznym, a u osób cierpiących na depresję po utracie bliskich, ważne jest towarzyszenie w czynnościach codziennych i pomoc w wypełnieniu czasu wolnego. Zadaniem pielęgniarki będzie aktywizacja chorego, tj. zachęcanie do spacerów, pomoc w wykonywaniu prostych ćwiczeń gimnastycznych, zachęcanie do dawnych zainteresowań, np. do robienia na drutach czy też malowania. Pielęgniarka powinna zapobiegać izolacji pacjenta, zachęcając go do podtrzymywania relacji z innymi ludźmi. Istotna jest również psychoedukacja pacjenta, by w pełni mógł zrozumieć cele i zasady leczenia.<sup>26</sup>

Narastająca w wyniku choroby Parkinsona niepełnosprawność oraz uzależnienie od pomocy innych osób, bardzo silnie oddziałuje na podopiecznego, mogąc sprzyjać nasileniu frustracji oraz agresji ze strony seniora. Aby zapobiegać takim zachowaniom, pielęgniarka powinna nauczyć się rozpoznawać przesłanki, mogące wskazywać napady gniewu; nauczyć się rozpoznawać elementy komunikacji werbalnej i pozawerbalnej. Aby skutecznie zapobiegać nerwowym zachowaniom chorego, pielęgniarka powinna chwalić pożądane zachowania, nawet te minimalne, natomiast gdy dochodzi do wystąpienia zachowań agresywnych, powinna reagować w sposób spokojny, aczkolwiek zdecydowany. Nacechowane empatią, akceptacją

<sup>26</sup> K. Wieczorkowska-Tobis, D. Talarska, *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*, PZWL, Warszawa 2008, s. 264–270.

i szacunkiem do podopiecznego zachowanie pielęgniarki sprzyja wyciszeniu się pacjenta. Karygodnym błędem będzie w tym przypadku straszenie podopiecznego, czy też stosowanie wobec niego kar. Aby osiągnąć efekt terapeutyczny, wystarczy czasem zwykły uśmiech, skierowanie uwagi na inny temat.<sup>27</sup>

## 2.4. PROFILAKTYKA URAZÓW I UPADKÓW

Medycyna określa upadek jako zmianę pozycji w sposób niezamierzony poprzez utratę równowagi podczas chodzenia lub innych czynności. W wyniku upadku uszkodzona osoba znajduje się na podłodze, ziemi, czy też innej nisko położonej powierzchni. Ze względu na globalne starzenie się społeczeństwa, urazy i upadki stanowią poważny problem natury psychospołecznej i ekonomicznej. Najczęstszymi powikłaniami upadków są: złamania kości, uszkodzenia tkanek miękkich oraz krwiaki śródczaszkowe. W następstwie tych urazów dochodzić może do długotrwałego unieruchomienia, które z kolei skutkuje powikłaniami, takimi jak m.in. zakrzepica żył głębokich, odleżyny, stany zapalne płuc, przykurcze w stawach. Profilaktykę upadków zaplanować należy na czterech poziomach:

- Całościowa ocena czynników ryzyka upadków,
- Edukacja zdrowotna,
- Modyfikacja czynników ryzyka środowiskowego,
- Indywidualne programy rehabilitacyjne.<sup>28</sup>

Najważniejszym elementem profilaktycznym jest ocena ryzyka wystąpienia upadków. Pielęgniarka wraz z zespołem terapeutycznym dokonuje niezbędnych badań:

- Badanie ostrości wzroku, badanie słuchu,
- Analiza i ocena funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego,
- Morfologia krwi,
- Pomiar ciśnienia tętniczego krwi,
- Badanie funkcjonowania stawów kończyn dolnych,
- Badanie równowagi, odruchów i czucia głębokiego,
- Ocena funkcjonowania kory i mózdzku,
- Po urazach głowy – badanie neurologiczne,
- Badanie stanu psychicznego pacjenta.

<sup>27</sup> E. Tomaszewska, A. Gomuła, J. Szwarz-Woźniak, *Postępowanie pielęgniarskie w chorobie parkinsona w domu pomocy społecznej* w: Zeszyty Naukowe nr 51, Łomża 2013, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży, s. 84.

<sup>28</sup> M. Kamińska, *Rola pielęgniarki rodzinnej w prewencji upadków w grupie pacjentów w wieku geriatrycznym*, *Family Medicine&PrimaryCareReview* 2013; 15, 1: 21–26.

U osób po przebytych upadkach należy ustalić przyczyny i ocenić konsekwencje wypadku.

Aby skutecznie zapobiegać upadkom, należy przedsięwziąć szeroko pojętą edukację pacjenta. Należy poinformować go o czynnikach predysponujących upadki, o efektywnym im zapobieganiu oraz o należnym zachowaniu po zaistniałym zdarzeniu. Należy poinformować pacjenta o prawidłowych technikach wstawania w razie upadku (przewrócenie z pleców na brzuch i doczołganie do miejsca ze stabilną podporą, aby ta umożliwiła wstanie). W razie upadku ważnym jest, aby podopieczny miał zapewniony łatwy dostęp do telefonu z podłogi.

Zadaniem pielęgniarki jest dbałość o otoczenie pacjenta, aby dostosować jego środowisko bytowania w taki sposób, aby zminimalizować ryzyko wystąpienia upadku. Należy zadbać o dobre oświetlenie, przy równoczesnym umieszczeniu włączników światła w łatwo dostępnych miejscach. Należy wyposażyć pomieszczenia w poręczę, które w znaczący sposób ułatwiają poruszanie. Meble znajdujące się w pomieszczeniach powinny być ustawione w taki sposób, aby nie było konieczne ich omijanie. Należy także dostosować wysokość mebli w taki sposób, aby podopieczny nie musiał się zbytnio schylać ani stawać na palcach. Powinien być zapewniony łatwy dostęp do przedmiotów najczęściej używanych przez chorego. Ważnym jest też dopasowanie odpowiedniego łóżka – wysokość ok. 50cm ułatwia wstawanie. Obok łóżka powinien znajdować się telefon lub dzwonek umożliwiający wezwanie pomocy. Krzesła i fotele powinny być wyposażone w wysokie oparcia i poręczę ułatwiające podnoszenie się oraz należy zwrócić uwagę, by ustawić je na równej łatwo dostępnej powierzchni. Należy zadbać o prawidłową organizację przedmiotów leżących na podłodze, tj. ograniczenie ilości wolno leżących kabli, zastąpienie dywaników matami antypoślizgowymi. Istotne jest również odpowiednie dbanie o czystość podłóg poprzez ograniczenie ich pastowania, gdyż śliskie podłogi sprzyjają częstszemu występowaniu upadków. Aby skuteczniej zapobiegać upadkom, ważne jest wyposażenie chorego w sprzęt pomocniczy, taki jak aparaty słuchowe, okulary, które pozwalają na kontrolę chodu za pomocą zmysłów oraz sprzęty zapobiegające upadkom – kule czy balkoniki. Należy zaopatrzyć podopiecznego w wygodne buty o antypoślizgowych podeszwach. Konieczna jest nauka prawidłowych technik wstawania – siad na łóżku, później siad ze spuszczonej nogami a następnie wstanie, nie bez znaczenia jest wyczerpanie pacjenta na wolne wykonywanie tych czynności, by zachować stabilny oddech.

Z racji, że niektóre wypadki powodują dłuższe unieruchomienie, znaczący jest udział pielęgniarki w procesie rehabilitacji. Dzięki działaniom pielęgniarskim zapobiega się skutkom długotrwałego unieruchomienia. Pielęgniarka współpracuje z zespołem rehabilitacyjnym i również bierze udział w procesie rekonwalescencji

podopiecznego, np. poprzez usprawnianie chorego, pomagając w wykonywaniu ćwiczeń rehabilitacyjnych lub w nauce chodzenia o kulach. Wspierając chorego w procesie rehabilitacji, pielęgniarka pomaga przezwyciężyć choremu strach. Dostrzeżenie powagi problemu upadków jest bardzo ważne, by lepiej i skuteczniej móc zapobiegać takim zdarzeniom.<sup>29</sup>

## 2.5. TOWARZYSZENIE CHOREMU DO KOŃCA

Nieuniknionym etapem ludzkiego życia jest śmierć. Przeżycie wraz z pacjentem ostatniej drogi, towarzyszenie nierzadko w cierpieniu bywa ciężkim, ale także ubogającym przeżyciem. Symptomy zbliżającej się śmierci to m. in.:

- Zmniejszenie apetytu wraz ze spadkiem masy ciała,
- Osłabienie i senność będące przejawem wyniszczenia organizmu,
- Spadek ciśnienia tętniczego przy jednoczesnej zwiększonej pracy serca,
- Zaburzenia świadomości.

Całokształt opieki paliatywnej obejmuje łagodzenie bólu przy jednoczesnym wsparciu psychospołecznym zarówno pacjenta jak i jego rodziny. Specyfika opieki paliatywnej charakteryzuje się próbą podniesienia jakości pozostałego życia chorego na wszystkich jego płaszczyznach, ze świadomością, że działania te nie będą prowadzić do wyleczenia pacjenta. Natomiast opieka terminalna, częściej znana pod nazwą opieki hospicyjnej, jest wyspecjalizowaną formą opieki nad osobami śmiertelnie chorymi i ich rodzinami. U swych podstaw, podobnie jak w opiece paliatywnej, ma poprawę jakości życia w ostatnim okresie jego trwania.

Pielęgniarka dba o to, aby opieka całego zespołu nad umierającym była nacechowana empatią oraz poszanowaniem jego godności osobistej. Gdy chory znajduje się w placówce medycznej, informowana jest także jego rodzina, by bliscy mogli ostatnie dni spędzić razem, pojednać się.

Działania pielęgniarskie wobec umierającego powinny spełniać następujące zadania:

- Zmniejszenie cierpienia poprzez niwelowanie odczuwania bólu i innych przykrych dolegliwości utrudniających schyłek życia,
- Zapewnienie choremu poczucia obecności drugiej osoby, niedopuszczanie do odczuwania samotności, umożliwienie spędzenia czasu z rodziną, umożliwienie pogodzenia się z losem,

<sup>29</sup> J. Świątek, W. Urodow, *Profilaktyka upadków u ludzi w podeszłym wieku*, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2013, 3, 2, 195–200.

- Zapewnienie chorego w ostatnich dniach o jego wartości, sprawienie, by czuł się potrzebny i umierał godnie,
- Pomoc rodzinie umierającego w przezwyciężeniu lęku przed śmiercią oraz nauka pielęgnowania i zachowania w obecności umierającego.

Na podstawie głębokiego poznania i zrozumienia osoby umierającej oraz po konsultacji z zespołem terapeutycznym i najbliższym otoczeniem chorego, pielęgniarka dokonuje wyboru czy informować pacjenta o stanie, w jakim się obecnie znajduje. Człowiek w obliczu śmierci odczuwa ogromną potrzebę opowiedzenia o swoim lęku, dlatego zadaniem pielęgniarki będzie intymna, wspierająca, przepełniona bliskością rozmowa z pacjentem. Ważne jest, by nie pozwolić choremu samotnie przechodzić przez etapy akceptacji śmierci oraz by nie odbierać mu nadziei. Może temu sprzyjać utrzymanie dobowego rytmu czynności terapeutyczno-pielęgnacyjnych, by chory nie czuł się „spisany na straty”. Znaczącą kwestią w opiece nad umierającą osobą jest także zapewnienie jej poczucia godności, intymności i spokoju. W obliczu śmierci należy otoczyć pacjenta troską i miłością. Pielęgniarka w pracy z osobą umierającą powinna kierować się zasadą integralności pracy zespołowej, wspierając zespół terapeutyczny w działaniach na rzecz dobrostanu pacjenta. Natomiast w stosunku do samego chorego pamiętać musi o jego podmiotowości, umożliwiając mu kontrolę nad ostatnimi chwilami życia. Należy pamiętać, że dramat śmierci nie dotyczy wyłącznie samego chorego, ale też jego najbliższych, więc swą opieką powinna także otoczyć rodzinę pacjenta, by przeżycia związane z nadchodzącą stratą kogoś bliskiego i kochanego w jak najmniejszym stopniu okazały się traumatyczne.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> A. Zych, *Starość wyzwaniem, zadaniem i wyzywaniem*, Wydawnictwo Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem”, Sosnowiec – Dąbrowa Górnicza 2014, s.209–221.

## ROZDZIAŁ 3 METODOLOGIA BADAŃ

Metodologia to nauka o czynnościach poznawczych badań naukowych, a także o wytworach poznawczych tychże czynności. Metodologia ukierunkowana jest w szczególności na różnorodne metody badawcze oraz fakty i uzyskane informacje otrzymane w przebiegu prowadzenia badań. Interesuje się także danymi jakościowymi lub ilościowymi a także zmiennymi i ich wskaźnikami.<sup>31</sup>

### 3.1. PRZEDMIOT BADAŃ

Mianem przedmiotu badań określane mogą być informacje, elementy, czy też działania, które w przebiegu pracy badawczej zostają przedstawiane, wyjaśnione i opracowane. Wyżej wymienione składowe w dalszym czasie opracowywania przedmiotu mogą przyjmować formę nowych wiadomości. Sformułowanie przedmiotu badań demonstruje główne problemy badawcze a także ukazuje intencje badacza. W odniesieniu do problemu badawczego formułowane są na dalszym etapie wszystkie pytania badawcze<sup>32</sup>

Przedmiotem badań tej pracy jest przedstawienie choroby Parkinsona, ukazanie jej wpływu na życie człowieka, jak również charakterystyka działań pielęgniarskich dostosowywanych do aktualnego stanu zdrowia pacjenta.

### 3.2. CEL BADAŃ

Współcześni metodolodzy określają pojęcie celu, jako próbę poznania istniejącej rzeczywistości, opis danego zjawiska lub jednostki. Cele badań pielęgniarskich określane są na podstawie diagnozy pielęgniarskiej, stawianej w przebiegu analizy

<sup>31</sup> A. Maszke, *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Wyd. Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2008, s. 18.

<sup>32</sup> A. Maszke, *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Wyd. Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2008, s. 43–44.

stanu i sytuacji pacjenta. Postawienie celów poprzedza zawsze ustalenie odpowiedzi na pytania.<sup>33</sup>

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie zakresu opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z chorobą Parkinsona.

### 3.3. PROBLEMY BADAWCZE

Sformułowanie problemów badawczych jest podstawą rozpoczęcia pracy, gdyż ich określenie nadaje pracy badawczej sens. Metodologiczna definicja problemu badawczego określa go, jako przedmiot wysiłków badawczych lub jako demonstrację naszych przedsięwzięć poznawczych. Prościej mówiąc, problem badawczy można określić jako stawiane sobie pytanie, na które w drodze badań naukowych i dociekań, próbujemy odnaleźć odpowiedź. Ze względu na różnorakie kryteria podziału wyróżnić można następujące problemy badawcze:

- Teoretyczne,
- Praktyczne,
- Podstawowe,
- Częstkowe,
- Ogólne,
- Szczegółowe.<sup>34</sup>

Główny problem badawczy, który zaobserwowałam to:

Jaki jest zakres opieki pielęgniarskiej nad pacjentką z chorobą Parkinsona?

Aby w pełni przedstawić temat pracy sformułowane zostały następujące szczegółowe problemy badawcze:

1. Jakie problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze występują u pacjentki z chorobą Parkinsona?
2. Które z problemów występujących u chorej są dla niej najbardziej uciążliwe?
3. Jak należy zaplanować profesjonalną opiekę nad pacjentką?
4. Jakie działania pielęgnacyjno-opiekuńcze należy podjąć w celu rozwiązania występujących problemów?
5. Jak należy przygotować pacjentkę do samoopieki?

<sup>33</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie, podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, Warszawa 2010, s. 86–87.

<sup>34</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie, podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, Warszawa 2010, s. 87–91.



### 3.4. METODY BADAWCZE

Pielęgniarstwo, jako dziedzina naukowa, cechuje się wyraźną interdyscyplinarnością, dlatego też nie możemy go traktować w stricte przyrodniczym charakterze. Pielęgniarstwo ma swe korzenie w naukach społecznych, dlatego też szczególnie odnosi się to do stosowanych w pielęgniarstwie badań naukowych.

Metoda badań rozumiana jest jako zbiór przemyślanych czynności teoretycznych i przedmiotowych obejmujący ogół działań, zmierzający do rozwiązania problemu. Prościej mówiąc, to sposób otrzymywania, oceny i omówienia badanych składników, służący otrzymaniu optymalnych odpowiedzi na pytania problematyki badawczej. Problematyka badawcza zatem determinuje wybór metody badań. Rozdział ten jest poświęcony metodzie indywidualnego przypadku, która na stałe została przyjęta w kanon opieki pielęgniarskiej.

Metoda indywidualnego przypadku (studium przypadku) skupia się na analizie jednostki, a jej celem jest ustalenie diagnozy przypadku jednostki i w konsekwencji podjęcie działań terapeutycznych. Za pomocą tej metody gromadzone są informacje na temat stanu biopsychospołecznego jednostki. Metoda ta skupia się na opisie jednego przypadku lub niewielkiej ich liczby, z ukierunkowaniem na opis jednego rodzaju problemu badawczego. Analiza może mieć charakter ogólny lub szczegółowy. Szczegółowy opis przypadku wykonujemy, gdy opis ma służyć jako podstawa określająca przyczyny choroby i jej wpływ na jednostkę. Analiza ogólna natomiast stosowana jest w przypadku, gdy intencją badacza jest ukazanie pewnych cech czy też prawidłowości danych jednostek, na przykład przy tworzeniu teorii naukowych.<sup>35</sup>

Moja praca stanowi opis przypadku pacjentki, ze szczególnym uwzględnieniem stanu fizycznego, psychicznego, społecznego, emocjonalnego, problemów rodzinnych, sytuacji materialno-społecznej w jakiej się chora znajduje.

### 3.5. TECHNIKI BADAWCZE

Pielęgniarstwo, podobnie jak inne dyscypliny naukowe prowadzące badania, stosuje różnorodne techniki badawcze. Wybór danej techniki determinowany jest przez rodzaj materiałów i informacji, które są ważne dla badacza i pozwalają udzielić odpowiedzi na pytania.

Technika badawcza to praktyczne działanie, które regulowane jest przez szczegółowe wytyczne, pozwalające na otrzymanie możliwie najbardziej wiarygodnych

<sup>35</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie, podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, Warszawa 2010, s. 103–104.

informacji, opinii i faktów. Stosowanie określonych technik wymaga opanowania takich czynności jak planowanie i organizacja badań. W toku ich prowadzenia wymagane jest wykorzystywanie odpowiednich narzędzi badawczych, zbieranie za ich pomocą niezbędnych informacji, natomiast końcowo klasyfikacja i ocena badanego problemu.

Ze względu na poszczególne kryteria wyróżniamy następujące techniki badawcze:

Sposób pozyskiwania:

- Techniki bezpośrednie – gdy zdobywane informacje są pozyskiwane przez badacza w sposób bezpośredni – poprzez bezpośrednią rozmowę lub w wywiadzie indywidualnym lub zbiorowym.
- Techniki pośrednie – gdy zgromadzone dane pozyskiwane są w sposób pośredni, na przykład przez analizę dokumentów.
- Środki badawcze:
- Techniki standaryzowane – mówimy tu o technikach ujednoczonych i wysoce wystandaryzowanych, czyli np. historia choroby, proces pielęgnowania, karta obserwacji, analiza kwestionariuszy.
- Techniki niestandaryzowane – takie, gdzie nie ma mowy o ujednoczeniu środków badawczych, np. wywiad swobodny, obserwacja swobodna.<sup>36</sup>

O wywiadzie pielęgniarskim mówimy, gdy jest przeprowadzany w formie ukierunkowanej rozmowy z pacjentem lub grupą osób np. z jego rodziną. Wywiad ma na celu zgromadzenie rzetelnych danych na temat pacjenta. Najczęściej wykorzystywany do gromadzenia informacji z przeszłości pacjenta, mających wpływ na potencjalne zagrożenia w przyszłości.

Rozróżniamy dwa typy wywiadu pielęgniarskiego:

- wywiad środowiskowy – zbiera wszelkie informacje na temat środowiska, w jakim żyje chory,
- wywiad opiekuńczy – gromadzi informacje o pacjencie tj. o jego potrzebach, trudnościach i deficytach.<sup>37</sup>

Obserwacja to najczęściej stosowana i jedna z najlepszych technik badawczych wykorzystywanych w pielęgniarstwie ; stanowi stały element procesu pielęgnowania. Obserwacja to inaczej mówiąc zespół celowych czynności służących gromadzeniu informacji drogą spostrzeżeń w naturalnym przebiegu, bez ingerencji obserwatorów z zewnątrz. Stosowana jest w celu uzupełnienia informacji lub dla potwierdzenia

<sup>36</sup> A. Maszke, *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008, s. 204–207.

<sup>37</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie, podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, Warszawa 2010, s. 155.

wiarygodności zgromadzonych wcześniej danych pochodzących np. z wywiadu pielęgniarskiego.<sup>38</sup>

Technika pomiaru stosowana jest, aby uwidocznic zmiany zachodzące w organizmie człowieka oraz kierunek tych zmian, np. spadek BMI jest parametrem pozytywnym u chorego z otyłością, ale u pacjenta z prawidłowym BMI może świadczyć o patologicznych procesach zachodzących w jego ciele. Narzędzia służące do pomiarów to np.: wzrostomierz, waga, termometr, glukometr i inne. Zadaniem pielęgniarki jest odczyt i ocena wyniku z odpowiedniej skali. Poszczególne elementy pomiarów pozwalają dokonać oceny funkcjonowania pewnych części organizmu lub ocenić go przez pryzmat całości. Dokonywane pomiary dotyczyć mogą: masy ciała, wzrostu, temperatury ciała, wielkości ciśnienia krwi, szybkości tętna, poziomu glikemii, ostrości wzroku, słuchu itd. W celu oceny otrzymanych wyników, pomiary należy konfrontować z odpowiednimi normami, takimi jak: BMI, normy ciśnienia krwi, tablice prawidłowej częstotliwości tętna, siatki centylowe itp. Pomiary, o których mowa, można wykorzystywać do badania odchyleń w funkcjonowaniu organizmu pacjentów.<sup>39</sup>

Analiza dokumentów to badanie i interpretacja materiałów z licznych dokumentów zebranych przez innych. Szczególnie ważne są dokumenty sporządzone podczas wizyt lekarskich i pielęgniarskich w szpitalu, ale też notatki z wizyt kontrolnych w gabinecie lekarza rodzinnego. Analizowanymi dokumentami, jakimi zajmuje się pielęgniarka są np.: wypisy ze szpitala, dokumentacja pielęgniarska, lekarza rodzinnego, specjalisty, wyniki badań laboratoryjnych, rentgenowskich itp. Dzięki tym dokumentom możemy lepiej zrozumieć problemy z przeszłości, jak również zachodzące w minionym czasie zmiany w stanie zdrowia pacjenta. Gromadzone dane są także przydatne do celów porównawczych.<sup>40</sup>

Informacje pozyskane do mojej pracy zdobyłam za pomocą wywiadu, obserwacji pielęgniarskiej, pomiarów i analizy dokumentów.

### 3.6. NARZĘDZIA BADAWCZE

Narzędzie badawcze odpowiada za techniczne gromadzenie danych, czyli jest nim np. kwestionariusz, arkusz obserwacyjny, czy też długopis.<sup>41</sup>

<sup>38</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie, podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, Warszawa 2010, s. 154–155.

<sup>39</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie, podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, Warszawa 2010, s. 155–156.

<sup>40</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie, podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, Warszawa 2010, s. 156.

<sup>41</sup> H. Lenartowicz, M. Kózka, *Metodologia badań w pielęgniarstwie, podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, Warszawa 2010, s. 97–99.

Narzędzie badawcze, które wybrałam dla mojej pracy to arkusz danych o pacjentce. Arkusz składa się z sześciu części:

- Część pierwsza – dane personalne pacjentki.
- Część druga – informacje o dotychczasowym stanie zdrowia.
- Część trzecia – informacje o aktualnym stanie zdrowia: o chorobie, jej przebiegu i sposobach radzenia sobie z nią, o nastawieniu pacjentki do choroby oraz o oczekiwaniach związanych z leczeniem. Opisuje najistotniejsze wg chorej problemy, stanowiące dla niej barierę natury biopsychospołecznej.
- Część czwarta – opis stanu psychicznego pacjentki: jej nastrój, możliwość z zakresu rozumowania, zapamiętywania i logicznego myślenia.
- Część piąta – informacje o warunkach mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej, materialnej oraz stosunkach panujących w rodzinie pacjentki.
- Część szósta – to opis funkcjonowania poszczególnych narządów i układów ze szczególnym uwzględnieniem układu nerwowego i układu ruchu.

## ROZDZIAŁ 4 PROCES PIELĘGNOWANIA

Pielęgnowanie to wyuczona, celowa i szczegółowo zaplanowana praca pielęgniarki świadczona człowiekowi, który tej opieki potrzebuje. Pielęgnowanie jest samodzielną i niezależną działalnością pielęgniarską, która oparta jest na solidnych podstawach teoretycznych. Czerpie także wiedzę z ogólnych zasad postępowania, zasad etycznych i moralnych. O zasadach mówimy w kontekście ogólnie przestrzeganych norm, umożliwiających realizowanie indywidualnych celów, określanych dla potrzeb osoby zdrowej lub chorej.

Diagnoza pielęgniarska bazuje na wnioskach wyciągniętych z analizy danych o pacjencie i jego środowisku bytowania. Określa stan biologiczny, psychiczny oraz społeczny pacjenta. Podczas diagnozy pielęgniarskiej ustala się, czego potrzebuje i jakiej opieki wymaga pacjent. Prawidłowe wyciągnięcie wniosków do diagnozy jest niezbędne, ponieważ dane o pacjencie niejednokrotnie wyraźnie wskazują na jego stan biopsychospołeczny, uwidaczniając genezę problemów i prognozy na utrzymanie i polepszenie zdrowia. Gdy problemy pacjenta są złożone, ustalamy ich hierarchię ważności.

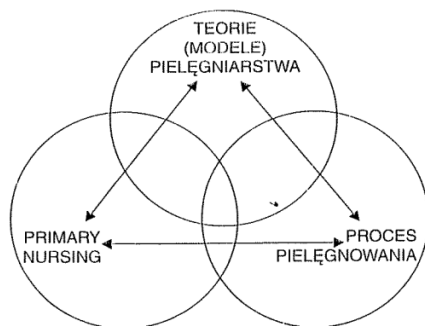
Diagnoza pielęgniarska u człowieka chorego skoncentrowana jest wokół problemów powstających w procesie diagnozy lekarskiej i procesu leczenia. Ustalamy ją na podstawie analizy źródeł zebranych danymi metodami np.: obserwacji, wywiadu, analizy dokumentów. Rozróżniamy następujące typy diagnoz:

- Diagnoza wstępna – ustalona na podstawie niepełnego zbioru informacji,
- Diagnoza dalsza – bazuje na stale uzupełnianych informacjach o stanie pacjenta.

Opieka pielęgniarska świadczona jest wobec człowieka, ma na celu przywrócenie mu zdrowia i niezależności. Celem opieki pielęgniarskiej jest przywrócenie możliwości uczestnictwa w życiu społecznym. Aby uzyskane rezultaty były możliwie największe, niezwykle znaczenie ma wczesne rozpoznanie problemów pacjenta oraz zapewnienie mu systematycznej i ciągłej opieki.

Współczesne pielęgniarstwo wykorzystuje zindywidualizowaną opiekę opartą na triadzie pielęgnowania:

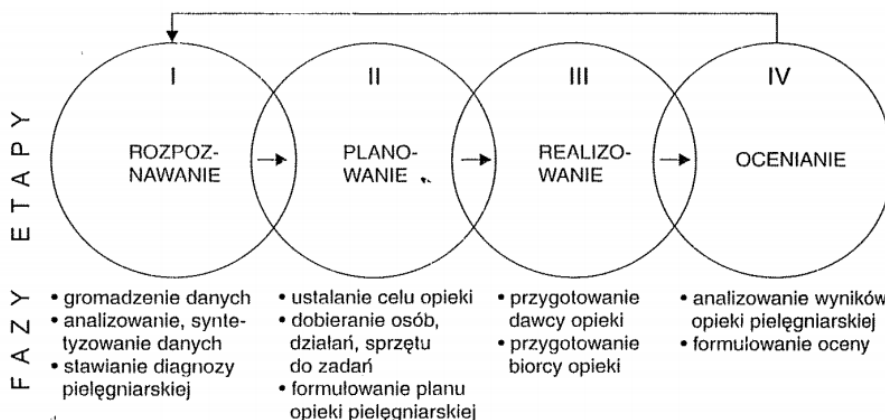
- Teorie (modele) pielęgnowania,
- Primary Nursing,
- Proces pielęgnowania (ryc.10)



Rycina 10. Triada współczesnego pielęgnowania.

Źródło: K. Zahradniczek, *Pielęgniarstwo podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, Warszawa 2006, s. 143.

Procesem pielęgnowania nazywamy opiekę pielęgniarską, wykorzystującą do podejmowania celowych i planowych działań rozpoznanie stanu biologicznego, psychicznego i społecznego pacjenta. Proces pielęgnowania ma na celu utrzymanie lub zmianę dotychczasowego stanu zdrowia oraz rzetelnie ocenia uzyskane wyniki. Wyróżnia się cztery etapy (a w każdym etapie poszczególne fazy) procesu pielęgnowania (ryc.11).



Rycina 11. Fazy i etapy procesu pielęgnowania.

Źródło: K. Zahradniczek, *Pielęgniarstwo podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, Warszawa 2006, s. 146.

Nowoczesne pielęgniarstwo wymaga od personelu komunikacji z pacjentem, jego rodziną lub osobami mu bliskimi, z całym zespołem terapeutycznym oraz z naszą własną grupą zawodową. Świadcząc zindywidualizowaną opiekę pielęgniarzką, powinniśmy mieć na uwadze dobry, bliski kontakt z podmiotem opieki. Wzbudzając jego zaufanie, jesteśmy w stanie w lepszy sposób zmotywować go do współpracy i poprawy stanu zdrowia.

Drugim ważnym elementem pracy jest dokumentowanie stanu pacjenta oraz dokumentacja i aktualizacja wykonywanych czynności pielęgniarzkich. Całościowo obejmujące pacjenta dane, pozwalają pielęgniarce na rozpoznanie aktualnego stanu biopsychospołecznego, kulturowego i duchowego.

Proces pielęgnowania dostosowujemy do oczekiwań i wymagań chorego, a także do warunków realizacji świadczeń.

#### 4.1. OPIS INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU

Pacjentka Janina T. jest 77-letnią emerytką, od kwietnia 2019r. na stałe zamieszkującą Dom Pomocy Społecznej w Pniewie. Została skierowana do ośrodka z uwagi na brak możliwości zapewnienia jej niezbędnej, całodobowej opieki przez rodzinę oraz Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, pod którego kuratelą przebywała.

U pani Janiny została rozpoznana w roku 2008 choroba Parkinsona oraz otępienie mieszane na tle zespołu parkinsonowskiego. Dodatkowo pacjentka leczona jest także na nadciśnienie tętnicze, przewlekłą niedokrwienną chorobę serca CCSII oraz niedomykalność zastawki mitralnej małego stopnia. Z wywiadu przeprowadzonego z pacjentką, jej opiekunem i pielęgniarzką prowadzącą wynika, że w ostatnim półroczu wydajność pacjentki pogorszyła się. Pani Janina ma wrażenie, że leki, które przyjmuje w związku z rozpoznaną chorobą, przestają działać. Uporczywość objawów choroby Parkinsona nasiliła się, przez co coraz trudniej jest jej wykonywać podstawowe czynności samoopiekuńcze i samopielęgnacyjne. Dodatkowy problem dla pani Janiny stanowią trudności w zasypianiu oraz częste budzenie się w nocy.

Pacjentka na stałe przebywa pod opieką lekarza rodzinnego POZ a także lekarzy specjalistów: psychiatry i kardiologa. Leki przyjmowane na stałe przez pacjentkę to: Madopar, Akineton, Reqvip, Lorista, Bisocard, Atoris, Trittico, Signopam, Aposerta.

Podczas obserwacji pacjentki, w oparciu o uzyskane informacje, sformułowany został arkusz danych o pacjentce, szczegółowo opisujący jej stan biopsychospołeczny.

## **ARKUSZ DANYCH PACJENTKI:**

### **DANE PERSONALNE:**

- Imię i nazwisko: Janina T.
- Wiek: 77
- Miejsce zamieszkania: wieś
- Stan cywilny: wdowa
- Wykształcenie: zawodowe
- Źródło utrzymania: emerytura ZUS

### **DOTYCHCZASOWA SYTUACJA PACJENTKI:**

- Przebyte choroby: brak
- Choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, przewlekła niedokrwienne choroba serca CCSII, niedomykalność zastawki mitralnej małego stopnia.
- Przebyte operacje: brak
- Uczulenia: brak
- Nałogi: brak

### **OBECNY STAN ZDROWIA:**

- Początek choroby: 2008 rok
- Stosunek do:
- Stanu zdrowia: pacjentka jest pogodzona z sytuacją, jednak niepokoi się swoim zdrowiem i wyraża chęć współpracy z zespołem terapeutycznym,
- Sytuacji życiowej: lęk i obawa o swoją przyszłość,
- Pobytu w DPS: pozytywny, pacjentka szybko zaklimatyzowała się w ośrodku, nawiązała znajomości z innymi mieszkańcami, ale pobyt w DPS wiąże się dla niej z rozłąką i tęsknotą za daleko mieszkującą rodziną,
- Oczekiwania pacjentki: chora życzyłaby sobie zainteresowania jej osobą; oczekuje rzetelnej i profesjonalnej opieki, liczy na to, że leczenie opóźni proces chorobowy.

### **NAJISTOTNIEJSZE PROBLEMY DLA PACJENTKI TO:**

- Natury fizycznej: ból kończyn dolnych, zamrożenia chodu,
- Natury psychicznej: obawa o efekty stosowanego leczenia i rehabilitacji,
- Natury społecznej: obawa o swoją przyszłość.



## 4.2. OMÓWIENIE STANU BIOLOGICZNEGO, PSYCHICZNEGO I SPOŁECZNEGO

### STAN BIOLOGICZNY

Dane dotyczące poszczególnych układów i narządów:

#### UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

Chora leczona na nadciśnienie I<sup>o</sup>, zażywane leki: Bisocard, Lorista, Atoris. W wywiadzie przewlekła niedokrwienna choroba serca CCSII oraz niedomykalność zastawki mitralnej małego stopnia.

- Ciśnienie 137/87 mmHg, tętno 84 ud/min., saturacja 97.
- Zasinienia, obrzęki i inne objawy: brak.
- Bez żylaków kończyn dolnych.

#### UKŁAD ODDECHOWY

Oddech prawidłowy – liczba oddechów 15, bez duszności, zalegania wydzieliny i kaszlu.

#### UKŁAD POKARMOWY

- Waga 63 kg.
- Wzrost 162 cm.

Stan odżywienia prawidłowy, apetyt prawidłowy, nudności – brak, wymioty – brak, zgaga – sporadycznie, zaparcia – często, uzębienie – pełne.

Dieta stosowana u pacjentki: śródziemnomorska, ze zwiększoną ilością błonnika.

#### UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY

Diureza prawidłowa, w dostatecznej ilości. Trudności w oddawaniu moczu – nie podaje. Pacjentka zgłasza parcie naglące, zwłaszcza nocą. Pacjentka po okresie przekwitania, dolegliwości ginekologicznych nie podaje.

#### UKŁAD NERWOWY

Pacjentka z rozpoznaną w 2008r. chorobą Parkinsona oraz leczona z powodu otępienia w przebiegu tejże choroby, 14 punktów w skali Glasgow.

U pacjentki występują okresowe zaburzenia świadomości oraz zaburzenia pamięci w stopniu lekkim – okresowo nieorientowana co do miejsca i czasu.

- Mowa zrozumiała.

Przyjmowane leki: Madopar, Akineton, Reqvip, Trittico, Signopam, Aposerta.

## **UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY**

Postawa ciała – lekko pochylona do przodu, chora porusza się samodzielnie, asekurując się laską.

Skóra – różowa, elastyczna bez wykwitów patologicznych.

## **NARZĄDY ZMYŚŁU**

- Wzrok: prawidłowy
- Słuch: prawidłowy
- Węch: prawidłowy
- Sen: zaburzony, problemy w zasypianiu, częste wybudzanie się.

## **STAN PSYCHICZNY**

Pacjentka okresowo nieorientowana co do miejsca i czasu, zaburzenia pamięci w stopniu lekkim. Zaakceptowała chorobę, na którą cierpi, rozumie konieczność stosowania farmakoterapii oraz leczenia rehabilitacyjnego. Rozumie konieczność przebywania w Domu Pomocy Społecznej.

## **STAN SPOŁECZNY**

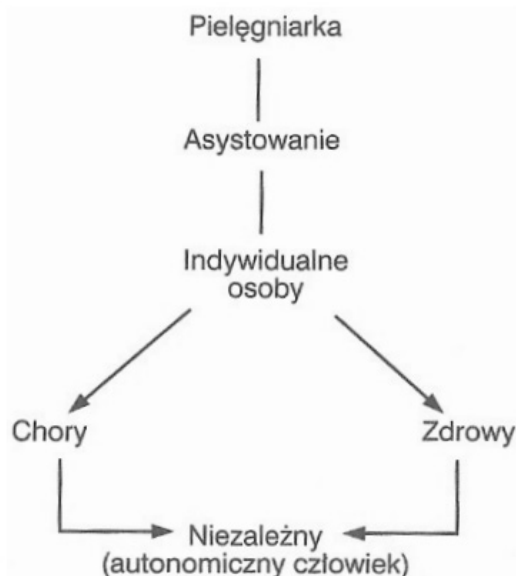
Pacjentka ma wykształcenie zawodowe. Nie pracuje, źródło utrzymania – emerytura ZUS. Pani Janina T. jest wdową, ma troje dorosłych dzieci i wnuki. Zamieszkuje w Domu Pomocy Społecznej w Pniewie. Warunki mieszkaniowe i materialne dobre. Relacje i więzi utrzymywane z rodziną i współmieszkańcami prawidłowe. Osoby znaczące – dzieci i wnuki. Sfera duchowa chorej: katoliczka, wierząca, praktykująca.

## **4.3. PROPONOWANE MODELE PIELĘGNOWANIA**

### **TEORIA PIELĘGNOWANIA V. HENDERSON – TEORIA LUDZKICH POTRZEB**

Teoria ta koncentruje się głównie wokół ludzi chorych, z różnymi upośledzeniami. Według jej autorki jest to swojego rodzaju przewodnik, który wskazuje i wyjaśnia podstawy pielęgniarstwa.

V. Henderson definiuje pielęgnowanie jako asystę ludziom, zarówno chorym jak i zdrowym, w podjęciu znaczących działań na rzecz umacniania i przywracania zdrowia (także dla spokojnego umierania). Mowa tu o działaniach, których nierzadko nie są w stanie podjąć poprzez brak siły, woli i wiedzy. U swych podstaw ma pomóc pacjentom w przeprowadzonym leczeniu oraz umożliwić samodzielność w jak naj-szybszym czasie(ryc. 12).



Rycina 12. Model pielęgniarstwa według Virginii Henderson.

Źródło: W. Ciechaniewicz (red.), *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych*, t. 1, PZWL, Warszawa 2007, s. 16.

Według teorii Henderson, zdrowie to zdolność człowieka do niezależnego, samodzielnego zaspokajania potrzeb. Natomiast przy braku możliwości utrzymania samodzielności konieczna jest pomoc pielęgniarki w powrocie do zdrowia. Zatem rozumienie zdrowia przez Henderson jest zbliżone do definicji WHO.

Mianem środowiska określone zostały elementy zewnętrzne, wpływające na zaspokajanie potrzeb człowieka, rozwój organizmu oraz efektywność życia. Do elementów składowych środowiska zaliczane są między innymi: rodzina osoby i relacje zachodzące pomiędzy nimi oraz warunki socjalno-bytowe, gwarantujące prawidłowe funkcjonowanie chorego.

V. Henderson przedstawia pielęgniarstwo jako swoistą funkcję, tworzącą elementy wielowymiarowości roli pielęgniarki, która ma dla pacjenta być:

- Środkiem zastępczym pomagającym uzupełnić niedostatki i braki w sferach funkcjonowania, zastępować go w tych działaniach, do których brakuje mu sił;
- Pełnomocnikiem – poprzez wspomaganie podczas wykonywania czynności samoobsługowych, ma motywować do aktywności w codziennych czynnościach, pomagać w przyswajaniu wiedzy i umiejętności, potrzebnych mu do samoopieki;

- Partnerem – opierając się o relacje wzajemnego zaufania, wspólnie z pacjentem ma ustalić postępowanie pielęgniarskie.

Autorka definicji kładzie szczególny nacisk na rolę pielęgniarki jako asystenta. Pielęgniarka ma być blisko pacjenta, być w gotowości do świadczenia pomocy w rzetelny i profesjonalny sposób.

Zadaniami pielęgniarki są:

- Umacnianie zdrowia,
- Przywracanie zdrowia,
- Wspieranie w czasie umierania.

Wrażliwość, empatia, umiejętność interpretacji wysyłanych przez pacjenta sygnałów, budowanie relacji opartych na wzajemnym zaufaniu, umiejętność planowania to jedne z nielicznych cech, których oczekuje od pielęgniarki autorka teorii.

V. Henderson w swej pracy przedstawia 14 podstawowych potrzeb człowieka. Dziewięć z nich to potrzeby stanu biologicznego, pozostałe odnoszą się do stanu psychicznego i społecznego. Podstawowe potrzeby człowieka, o których mowa to:

1. Potrzeba dopływu świeżego powietrza,
2. Potrzeba pożywienia odpowiedniego do budowy ciała, wieku, stanu zdrowia, rodzaju wykonywanej pracy,
3. Potrzeba dostarczania płynów w wystarczającej ilości i jakości,
4. Potrzeba wydalania produktów przemiany materii,
5. Potrzeba ruchu i utrzymania właściwej postawy ciała,
6. Potrzeba snu i odpoczynku,
7. Potrzeba doboru właściwego ubioru oraz możliwość codziennego ubierania i rozbierania się,
8. Potrzeba utrzymania odpowiedniej temperatury ciała,
9. 9. Potrzeba utrzymywania czystości ciała,
10. Potrzeba unikania niebezpieczeństw otoczenia,
11. Potrzeba komunikowania się z innymi ludźmi, możliwość wyrażania swych uczuć, potrzeb, obaw bądź opinii,
12. Potrzeba praktyki religijnej stosownej do wyznawanej wiary,
13. Potrzeba celowej pracy,
14. Potrzeba uczenia się, odkrywania, przejawiania zainteresowań, umożliwiających prawidłowy rozwój i zdrowie człowieka.

Wyżej wymienione potrzeby są wspólne dla wszystkich ludzi, jednakże ich zakres ostatecznie definiowany jest przez określone, indywidualne uwarunkowania, do których należą najczęściej:

1. Właściwości biologiczne:
  - Wiek człowieka, np. noworodek, dziecko, młodzieniec, człowiek dorosły, człowiek stary, człowiek umierający;
  - Masa ciała – w normie, nadwaga, niedowaga;
  - Sprawność motoryczna – w normie, niedowład;
 Funkcjonowanie narządów zmysłu i równowagi: w normie, zaburzenia.
2. Właściwości psychiczne:
  - Temperament, stan emocjonalny, krótkotrwały nastrój, np. normalny, depresyjny, euforyczny, lękowy, histeryczny, spowolniony;
  - Intelpekt – w normie, poniżej normy, powyżej normy.
3. Właściwości społeczno-kulturowe:
  - Stan społeczno-kulturowy, np. człowiek z dużą rodziną i silnymi więzami społecznymi lub człowiek samotny, źle przystosowany,
4. Zaburzenia w stanie zdrowia:
  - Zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej-odwodnienie, przewodnienie, wymioty, biegunka;
  - Niedotlenienie;
  - Wstrząs – krwotok, uczulenie;
  - Zaburzenia świadomości – delirium, śpiączka;
  - Zaburzenia termoregulacji – gorączka, hipotermia;
  - Uszkodzenia skóry – zranienia, infekcje;
  - Zaburzenia aktywności ruchowej – konieczność przebywania w łóżku, pokoju, mieszkaniu;
  - Ból – w szczególności mowa o bólu ciągłym, trudnym do farmakoterapii,
5. Stany szczególne:
  - Stan przedoperacyjny;
  - Stan pooperacyjny.<sup>42</sup>

#### 4.4. DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE

Podczas okresu obserwacji realizowano proces pielęgnowania i rozpoznano następujące problemy pielęgnacyjne.

<sup>42</sup> K. Zahradniczek, *Pielęgniarstwo podręcznik dla studentów medycznych*, PZWL, Warszawa 2006, s. 121–124.

#### Diagnoza aktualna:

- Skłonność do upadków spowodowana zamrożeniami chodu,
- Bóle w okolicy kończyn dolnych spowodowane nadmiernym napięciem mięśniowym,
- Wystąpienie zaparć spowodowane zmniejszoną kurczliwością ściany jelita,
- Dyskomfort powodowany przez nokturie i uczucie nagłego parcia na pęcherz moczowy,
- Zmęczenie w ciągu dnia spowodowane trudnościami w zasypianiu oraz fragmentacją snu (wybudzaniem się),
- Obniżony nastrój spowodowany tęsknotą za rodziną,
- Trudność w samodzielnym ubieraniu się i utrzymywaniu higieny osobistej spowodowana przez pogorszenie motoryki ciała,

#### Diagnoza potencjalna:

- Ryzyko wystąpienia urojeń spowodowane przez długotrwałe przyjmowanie leków przeciwparkinsonowskich,
- Ryzyko zakrzuszenia się pokarmem z powodu narastającej dysfagii,
- Ryzyko wystąpienia odparzeń i podrażnień skóry okolic intymnych spowodowana niekontrolowanym oddawaniem moczu,
- Ryzyko wystąpienia licznych urazów ciała spowodowane zaburzeniami chodu,
- Ryzyko wystąpienia problemów w komunikacji z otoczeniem z powodu cichej, niewyraźnej mowy,

Na podstawie wyłonionych problemów pielęgnacyjnych sformułowano diagnozę pielęgniarzką i zaplanowano opiekę.

## 4.5. PROCES PIELĘGNOWANIA PACJENTA Z CHOROBA PARKINSONA

Poniżej przedstawiono proces pielęgnowania pacjentki, Janiny T. wraz z uwzględnieniem diagnoz pielęgniarzkich Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarzkiej (ICNP).

**Problem pielęgnacyjny**

2. Bóle w okolicy kończyn dolnych spowodowane nadmiernym napięciem mięśniowym.

**Cel planowanych działań pielęgnarskich**

Zniesienie, zminimalizowanie bólu.

**Planowane interwencje pielęgnarskie**

- Rozmowa z pacjentem na temat charakterystyki bólu i czynników wzmagających doznania bólowe,
- Zaopatrzenie pacjenta w sprzęt pomocniczy ułatwiający poruszanie,
- Przystosowanie sali do potrzeb chorej,
- Umieszczenie pacjentki w sali, która znajduje się blisko toalety,
- Wykonywanie przez fizjoterapeutę ćwiczeń biernych z pacjentką,
- Pomoc w przyjmowaniu dogodnej pozycji ciała,
- Podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarskie,
- Zapewnienie pacjentce spokoju i bezpieczeństwa.

**Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgnarskiej**

Rozmowa z pacjentem pomaga w uświadomieniu charakteru bólu i czynności wzmagających ból, by w przyszłości móc lepiej sobie z nim radzić. Przyjmowanie dogodnej pozycji i masaże zmniejszają uczucie napięcia. Dostosowanie otoczenia do potrzeb pacjentki pomaga w zmniejszeniu jej dolegliwości. Stosowanie farmakoterapii zmniejsza odczucia bólowe.

**Ocena realizowanych działań pielęgnarskich**

Dolegliwości bólowe zmniejszyły się, pacjentka jest świadoma czynników zwiększających doznania bólowe, przez co teraz umie radzić sobie z bólem w efektywny sposób.

**Diagnoza negatywna**

Skurcz mięśni nóg – (10046719)

Trudności w radzeniu sobie z bólem – (10040731)

**Interwencje**

Leczenie bólu kontrolowane przez pielęgniarkę – (10039798)

Terapia masażem – (10041766)

Administrowanie lekiem przeciwbólowym – (10023084)

Używanie (wykorzystywanie) techniki obniżania napięcia – (10036202)

**Diagnoza pozytywna**

Przynoszenie ulgi – (10016716)

Radzenie sobie z bólem – (10040749)

### **Problem pielęgnacyjny**

3. Wystąpienie zaparć spowodowane zmniejszoną kurczliwością ściany jelita.

### **Cel planowanych działań pielęgniarских**

Utrzymanie prawidłowej perystaltyki jelit.

### **Planowane interwencje pielęgniarские**

- Zapewnienie produktów spożywczych bogatych w błonnik,
- Zapewnienie dużej ilości płynów,
- Zachęcanie pacjentki do utrzymania aktywności fizycznej,
- Edukacja pacjentki na temat prawidłowej diety,
- Zastosowanie masażu brzucha kilka razy dziennie (zgodnie z ruchem wskazówek zegara, ruch głaskający),
- Podanie doustnych środków przeczyszczających na zlecenie lekarza,
- W razie konieczności wykonanie lewatywy lub wlewki doodbytniczej.

### **Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**

Dieta bogatobłonnikowa, zwiększona podaż płynów a także utrzymywanie aktywności fizycznej minimalizują ryzyko wystąpienia zaparć. Edukacja pacjentki poszerza jej świadomość na temat produktów upośledzających perystaltykę jelit. Masaż brzucha stymuluje pracę jelit.

### **Ocena realizowanych działań pielęgniarских**

Pacjentka przestała uskarżać się na zaparcia, gdyż występują sporadycznie. Jest świadoma wpływu prawidłowej diety i aktywności fizycznej, jako sposobu radzenia sobie z problemem.

### **Diagnoza negatywna**

Zaparcie – (10004999)

### **Interwencje**

Nauczanie o odżywianiu – (10024618)

Nauczanie o potrzebach dietetycznych – (10046533)

### **Diagnoza pozytywna**

Efektywna defekacja – (10028398)



**Problem pielęgnacyjny**

4. Dyskomfort powodowany niekontrolowanym oddawaniem moczu, zwłaszcza w godzinach nocnych.

**Cel planowanych działań pielęgniarских**

Zmniejszenie, zminimalizowanie dyskomfortu.

**Planowane interwencje pielęgniarские**

- Zalecenie częstego korzystania z toalety,
- Częsta higiena krocza,
- Częste zmiany wkładek higienicznych,
- W godzinach nocnych korzystanie z pieluchomajtek,
- Zalecenie spożywania mniejszych ilości płynów przed snem,
- Nauka ćwiczeń pęcherza moczowego i mięśni dna macicy,
- Zalecenie regularnego oddawania moczu i nieprzetrzymywania go,
- Obserwowanie skóry pacjenta pod kątem wystąpienia zmian i podrażnień,
- Rozmowa z pacjentem mająca na celu wsparcie go,
- Udział w modyfikacji farmakoterapii.

**Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**

Częsta higiena krocza i zmiany wkładek minimalizują ryzyko wystąpienia odparzeń okolic intymnych. Mniejsza ilość płynów spożywanych w godzinach wieczornych spowoduje zmniejszenie ryzyka oddania moczu. Ćwiczenia pęcherza i mięśni dna miednicy mają działanie wzmacniające mięśnie. Regularne oddawanie moczu minimalizuje ryzyko wystąpienia zapalenia pęcherza. Leki przyjmowane w jednostce chorobowej mogą nasilać problem, więc konieczna jest modyfikacja podawanych dawek.

**Ocena realizowanych działań pielęgniarских**

Odczuwanie dyskomfortu przez pacjentkę zostało zminimalizowane.

**Diagnoza negatywna**

Częste oddawanie moczu – (10046695)  
Zaburzone oddawanie moczu – (10021790)

**Interwencje**

Korzystanie z toalety – (10019807)  
Mycie – (10020935 )  
Pielucha – (10005914)

**Diagnoza pozytywna**

Przynoszenie ulgi – (10016716)

### **Problem pielęgnacyjny**

5. Zmęczenie w ciągu dnia spowodowane trudnościami w zasypianiu oraz fragmentacją snu (wybudzaniem się).

### **Cel planowanych działań pielęgniarских**

Wzmocnienie pacjentki, zmniejszenie problemów ze snem.

### **Planowane interwencje pielęgniarские**

- Obserwacja aktywności pacjenta w ciągu dnia,
- Pomoc organizacji codziennych czynności, wypełnienie czasu pacjentki,
- Niedopuszczanie do drzemek w ciągu dnia,
- Wieczorem poprawa mikroklimatu w sali, w której śpi pacjentka poprzez wietrzenie,
- Zapewnienie wygodnych przewiewnych ubrań do spania,
- Zapewnienie spokoju i ciszy nocnej,
- Rozmowa wyciszająca, uspokajająca pacjentkę,
- Pomoc w przyjęciu dogodnej pozycji w łóżku,
- Podanie leków nasennych na zlecenie lekarskie.

### **Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**

Wypełniając czas wolny pacjentki i niedopuszczając do drzemek w ciągu dnia pomagamy w regulowaniu snu i czuwania. Zapewnienie ciszy i spokoju pacjentce a także rozmowa z nią pomaga w wyciszeniu. Odpowiedni mikroklimat w sali pomaga w lepszym śnie.

### **Ocena realizowanych działań pielęgniarских**

Dolegliwości zmniejszyły się, pacjentka zaczęła przesywać nocie i budzi się wypoczęta.

### **Diagnoza negatywna**

Wyczerpanie – (10007327)  
Zaburzony sen – (10027226)

### **Interwencje**

Wspieranie – (10019142)  
Technika uspokajania – (10003839)  
Zaopatrzenie w lek – (10023928)

### **Diagnoza pozytywna**

Przynoszenie ulgi – (10016716)

### **Problem pielęgnacyjny**

6. Obniżony nastrój spowodowany tęsknotą za rodziną.

### **Cel planowanych działań pielęgniarских**

Poprawa nastroju pacjentki.

### **Planowane interwencje pielęgniarские**

- Umożliwienie kontaktu telefonicznego z rodziną,
- Wsparcie pacjentki mające na celu zachęcenie pacjentki do wyrażenia swoich negatywnych myśli i emocji,
- Okazywanie wsparcia emocjonalnego,
- Analiza wraz z pacjentką jej wewnętrznych przeżyć,
- Planowanie aktywności, mającej na celu odciążenie uwagi pacjentki od negatywnych myśli,
- Zaangażowanie chorej w rozmowy i kontakt z współmieszkańcami,
- Propozycja rozmowy z psychologiem lub uczestnictwa w terapii indywidualnej bądź grupowej (zgodnie z zaleceniem specjalisty).

### **Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**

Wsparcie pacjentki, okazanie zainteresowania i ciepła podnoszą nastrój pacjentki. Umożliwienie kontaktu z rodziną zmniejsza jej tęsknotę za domem. Organizacja dnia odwraca jej uwagę od negatywnych myśli.

### **Ocena realizowanych działań pielęgniarских**

Pacjentka nie czuje się już samotna, jej nastrój uległ poprawie.

### **Diagnoza negatywna**

Smutek – (10017418)

### **Interwencje**

Wsparcie duchowe – (10027033)  
 Wsparcie emocjonalne – (10027022 )  
 Rozmowa – (10019436 )

### **Diagnoza pozytywna**

Równowaga nastroju – (10035785)

### **Problem pielęgnacyjny**

7. Trudność w samodzielnym ubieraniu się i utrzymywaniu higieny osobistej spowodowana przez pogorszenie motoryki ciała.

### **Cel planowanych działań pielęgniarских**

Zapewnienie samodzielności na najwyższym poziomie.

### **Planowane interwencje pielęgniarские**

- Zaplanowanie i przygotowanie otoczenia do samodzielności chorego, dostosowanie pomieszczenia do potrzeb pacjentki,
- Zapewnienie ubrań łatwych do ubioru: luźne bluzki, spodnie z gumką, bluzy z dużymi napami, buty na rzepy,
- Umożliwienie wykonywania czynności samoobsługowych w tak długim czasie, jakiego potrzebuje pacjentka,
- Asysta w czynnościach higienicznych, asekuracja pacjenta pod przyszcicem,
- Pomoc w trudnych do wykonania dla pacjentki czynnościach,
- Edukacja w zakresie samoopieki i samopielęgnacji.

### **Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**

Zapewnienie odpowiednich ubrań dla pacjentki sprzyja łatwemu ubieraniu się. Asysta w czynnościach higienicznych, oraz wykonywanie czynności samoobsługowych w nielimitowanym czasie minimalizuje stres pacjentki wywołany możliwością doznania urazu, przez co dużo chętniej wykonuje samodzielnie czynności higieniczne. Dostosowanie pomieszczeń do potrzeb pacjentki daje jej poczucie bezpieczeństwa.

### **Ocena realizowanych działań pielęgniarских**

Pacjentka zachowała sprawność w dziedzinie samoopieki i samopielęgnacji na zadowalającym ją poziomie, wymaga niedużej interwencji ze strony personelu przy czynnościach pielęgnacyjno-opiekuńczych.

### **Diagnoza negatywna**

Deficyt samoopieki – (10023410)

Zaburzone ubieranie się i dbanie o estetyczny wygląd – (10000960)

### **Interwencje**

Ubieranie pacjenta – (10031164)

Asystowanie w samoopiece – (10035763)

Asystowanie w higienie – (10030821)

### **Diagnoza pozytywna**

Pozytywna zdolność do wykonywania samoopieki – (10025311)

**Problem pielęgnacyjny**

8. Ryzyko wystąpienia urojeń spowodowane długotrwałym przyjmowaniem leków przeciwparkinsonowskich.

**Cel planowanych działań pielęgniarских**

Zminimalizowanie ryzyka wystąpienia urojeń.

**Planowane interwencje pielęgniarские**

- Obserwacja pacjentki pod kątem nasilania się urojeń oraz okoliczności, które mogą je nasilać i poprzedzać,
- Nawiązanie kontaktu z pacjentką,
- Okazanie cierpliwości, zrozumienia, ciepła i troski,
- Koncentracja na uczuciach pacjentki,
- Odwrócenie uwagi pacjentki od przeżywanych urojeń przez np. rozmowę, aktywizację w czasie wolnym, muzykoterapię, oglądanie telewizji, relaksację,
- Zapewnienie spokoju i bezpieczeństwa pacjentce,
- Podanie leków przeciwpsychotycznych i uspokajających na zlecenie lekarza.

**Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**

Poprzez uważną obserwację pacjentki możliwe jest wcześniejsze wykrycie symptomów urojeń i zapobieganie ich nasileniu. Aktywizacja pacjentki odwraca jej uwagę, wyciszając negatywne emocje. Wsparcie pacjentki, okazanie cierpliwości, troski i ciepła uspokajają pacjentkę. Podanie leków minimalizuje ryzyko wystąpienia urojeń.

**Ocena realizowanych działań pielęgniarских**

Ryzyko zostało zminimalizowane, lecz problem wymaga dalszej obserwacji, a w razie konieczności modyfikacji działań.

**Diagnoza negatywna**

Urojenia – (10005709)

**Interwencje**

Wsparcie emocjonalne – (10027022 )

Rozmowa – (10019436 )

Zaopatrzenie w lek – (10023928)

**Diagnoza pozytywna**

Równowaga nastroju – (10035792)

Kontrola objawów – (10025820)

## **Problem pielęgnacyjny**

9. Ryzyko zakrztuszenia się pokarmem z powodu narastającej dysfagii.

## **Cel planowanych działań pielęgniarских**

Zminimalizowanie ryzyka zakrztuszenia się przez pacjentkę.

## **Planowane interwencje pielęgniarские**

- Spożywanie posiłków w obecności opiekuna, pomoc w spożywaniu posiłków,
- Pozycja siedząca podczas jedzenia,
- Zapewnienie posiłków o odpowiedniej temperaturze i konsystencji,
- Spożywanie posiłków małymi łykami, wydłużenie czasu spożywania posiłków,
- Spożywanie płynów poprzez unoszenie naczynia do ust, a nie przechylanie głowy do tyłu, ewentualnie picie przez słomkę,
- Wykonanie toalety jamy ustnej po każdym posiłku.

## **Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**

Obecność opiekuna podczas spożywania posiłków zapewnia szybką pomoc w razie zakrztuszenia oraz zwiększa poczucie bezpieczeństwa. Pozycja siedząca, posiłki w odpowiedniej temperaturze i konsystencji a także prawidłowy sposób przyjmowania pokarmów minimalizuje ryzyko zakrztuszenia. Oczyszczenie jamy ustnej usuwa resztki pokarmów, które w wypadku zakrztuszenia mogą ze śliną przedostać się do górnych dróg oddechowych, wywołując stany zapalne. Odpowiednia higiena jamy ustnej minimalizuje również wystąpienie stanów zapalnych w jej wnętrzu, które mogłyby przyczynić się do trudności z przeżuwaniem (wystąpienie dolegliwości bólowych; niedokładne przeżucie pokarmu sprawia, że pojawiają się większe kawałki jedzenia trudniejsze do przełknięcia).

## **Ocena realizowanych działań pielęgniarских**

Ryzyko zostało zminimalizowane, lecz problem wymaga dalszej obserwacji, a w razie konieczności modyfikacji działań.

## **Diagnoza negatywna**

Ryzyko zaburzonego odżywiania – (10023013)

Zaburzone połykanie – (10001033)

## **Interwencje**

Przygotowywanie pokarmu – (10008117)

Karmienie pacjenta – (10046150)

## **Diagnoza pozytywna**

Zdolna do połykania – (10028295)

Kontrola objawów – (10025820)

### **Problem pielęgnacyjny**

10. Ryzyko wystąpienia odparzeń i podrażnień skóry okolic intymnych, spowodowana niekontrolowanym oddawaniem moczu.

### **Cel planowanych działań pielęgniarских**

Minimalizacja ryzyka podrażnień i odparzeń.

### **Planowane interwencje pielęgniarские**

- Kontrola skóry pośladków oraz krocza, pod kątem zaczerwienień i obrzęków skóry,
- Dokładna kąpiel pacjentki z zastosowaniem płynów nawilżających skórę, po kąpeli delikatne osuszanie miękkim ręcznikiem,
- Zalecenie regularnego oddawania moczu i nieprzetrzymywania go,
- Zastosowanie kremów oraz oliwki do nawilżenia skóry,
- Wymiana wkładek lub pieluchomajtek po każdym oddaniu i moczu,
- Ubieranie chorej w przewiewną, bawełnianą bieliznę.

### **Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**

Wykonywanie częstej higieny krocza, stosowanie odpowiednich preparatów ochronnych i zapewnienie odpowiedniej bielizny minimalizuje ryzyko wystąpienia podrażnień. Kontrola stanu skóry, częsta zmiana wkładek lub pieluchomajtek powoduje niedopuszczenie do wystąpienia zaburzeń skórnych.

### **Ocena realizowanych działań pielęgniarских**

Ryzyko zostało zminimalizowane, lecz problem wymaga dalszej obserwacji, a w razie konieczności modyfikacji działań.

### **Diagnoza negatywna**

Zaburzenie na skórze – (10012917)

### **Interwencje**

Korzystanie z toalety – (10019807)

Mycie – (10020935 )

Pielucha – (10005914)

### **Diagnoza pozytywna**

Utrzymywane integralności skóry – (10035293)

Kontrola objawów – (10025820)

### **Problem pielęgnacyjny**

11. Ryzyko wystąpienia licznych urazów ciała spowodowane zaburzeniami chodu.

### **Cel planowanych działań pielęgniarских**

Minimalizacja ryzyka wystąpienia urazów.

### **Planowane interwencje pielęgniarские**

- Stosowanie ćwiczeń poprawiających koordynację ruchową i równowagę,
- Zapewnienie oprotezowania narządu wzroku i słuchu, zapewnienie sprzętu asekuracyjnego tj. laski, chodziki,
- Zapewnienie prawidłowego oświetlenia w otoczeniu pacjenta,
- Zapewnienie odpowiedniego otoczenia, usunięcie przedmiotów stanowiących zagrożenie upadkiem,
- Wyposażenie pomieszczeń w uchwyty, poręcze,
- Zapewnienie uczucia bezpieczeństwa poprzez asystę w przemieszczaniu się.

### **Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**

Ćwiczenia poprawiające sprawność ruchową minimalizują ryzyko wystąpienia problemu. Zapewnienie sprzętu zabezpieczającego, zapewnienie odpowiedniego oświetlenia, wyposażenie pomieszczeń w poręcze i uchwyty oraz usunięcie przedmiotów stanowiących zagrożenie minimalizuje ryzyko wystąpienia upadków. Oprotezowanie narządów zmysłu poprawia zdolność percepcji. Stosowanie sprzętu asekuracyjnego oraz asysta pacjentce zapewnią poczucie bezpieczeństwa.

### **Ocena realizowanych działań pielęgniarских**

Ryzyko zostało zminimalizowane, lecz problem wymaga dalszej obserwacji, a w razie konieczności modyfikacji działań.

### **Diagnoza negatywna**

Ryzyko urazu – (10015146)

Ryzyko urazu spowodowanego przemieszczaniem – (10032408)

### **Interwencje**

Chodzenie z użyciem urządzeń – (10020903)

Technika ćwiczenia mięśni lub stawów – (10012300)

Asystowanie – (10002850)

### **Diagnoza pozytywna**

Bezpieczeństwo w środowisku – (10031247)

Kontrola objawów – (10025820)



**Problem pielęgnacyjny**

12. Ryzyko wystąpienia problemów w komunikacji z otoczeniem z powodu cichej, niewyraźnej mowy.

**Cel planowanych działań pielęgniarских**

Minimalizacja ryzyka zaburzeń komunikacji.

**Planowane interwencje pielęgniarские**

- Wykonywanie z pacjentką ćwiczeń poprawiających artykulację, wzmacniających mięśnie twarzy i warg,
- Przeprowadzanie rozmów w spokojny sposób, powoli, bez pośpiechu, okazując pacjentce cierpliwość,
- Szczególne zwracanie uwagi na wypowiedzi pacjentki,
- Podczas rozmowy zachowanie kontaktu wzrokowego,
- Rozmowa w miejscu spokojnym, cichym by unikać rozproszenia uwagi np. przez głośno włączony telewizor lub radio,
- Pomoc w organizacji zajęć z logopedą.

**Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarskiej**

Ćwiczenia artykulacyjne pomogą utrzymać zdolność prawidłowej wymowy.

Rozmowa w spokojny sposób, wykazywanie zainteresowania wypowiedziami pacjentki minimalizują stres pacjentki, który może pogarszać problemy z wymową. Utrzymywanie kontaktu wzrokowego ułatwia zrozumienie wypowiedzi (czytanie mowy ciała).

**Ocena realizowanych działań pielęgniarских**

Ryzyko zostało zminimalizowane, lecz problem wymaga dalszej obserwacji, a w razie konieczności modyfikacji działań.

**Diagnoza negatywna**

Zaburzona czynność komunikacji – (10012623)

Zaburzona komunikacja werbalna – (10025104)

**Interwencje**

Identyfikowanie przeszkody w komunikacji – (10009683)

Nauczanie o ćwiczeniach – (10040125)

Rehabilitowanie – (10016645)

Wsparcie emocjonalne – (10027022)

**Diagnoza pozytywna**

Efektywna komunikacja – (10014828)

Kontrola objawów – (10025820)

Proces pielęgnacyjny pacjentki z chorobą Parkinsona obejmował pomoc medyczną i fizyczną taką jak np. podanie leków, kontrolę parametrów życiowych, czy też zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali poprzez wietrzenie. Zagadnienie to obejmowało również wsparcie psychiczne pacjentki, polegające na minimalizowaniu jej lęków i zapewnieniu uwagi, np. poprzez rozmowę. Proces ten został przeprowadzony prawidłowo, gdyż oceniając wykonane czynności, nastąpiła u pacjentki poprawa stanu zdrowia.

#### **4.6. EDUKACJA CHOREGO, ZALECENIA PIELĘGNIARSKIE**

Chcąc poprawić jakość życia, podtrzymać kondycję pacjentki na aktualnym poziomie a także w celu utrzymania umiejętności chorej w dziedzinie samoopieki i samopielęgnacji, ze względu na postępujący charakter choroby poniżej przedstawiono praktyczne porady i zalecenia pielęgniarские. Program edukacji objął następujące zagadnienia:

##### **ZALECENIA DOTYCZĄCE WIZYT KONTROLNYCH W PORADNI NEUROLOGICZNEJ I STOSOWANIA FARMAKOTERAPII:**

Wizyty lekarskie powinny odbywać się regularnie ze względu na zachowanie ciągłości farmakoterapii. Pacjentka została poinformowana, że każdy z niepokojących ją objawów powinien być kontrolowany w poradni, bez względu na wyznaczony termin następnej wizyty. Pacjentka ma świadomość, że wizyty kontrolne są bardzo ważne i konieczne ze względu na progresywny charakter choroby. Należy pamiętać o systematycznym przyjmowaniu leków przeciwparkinsonowskich. Nieregularne przyjmowanie lub pomijanie dawek leku skutkuje nasileniem się objawów choroby i pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta. Każda zmiana dawkowania leków powinna być konsultowana z prowadzącym lekarzem specjalistą.

##### **ZALECENIA DOTYCZĄCE ZABURZEŃ MOTORYKI CIAŁA:**

1. Drżenie – potęgowane jest poprzez sytuacje stresowe, niską temperaturę oraz nieprawidłową postawę ciała. Czynniki zmniejszające drżenie:
  - Częsty odpoczynek,
  - Odprężenie psychiczne, głęboki oddech relaksacyjny, rozluźnienie mięśni tułowia i karku,
  - Unikanie kofeiny i alkoholu,
2. Zaburzenia chodu – pochylona postawa, chodzenie na palcach, szuranie, skrócenie kroku, zamrożenia chodu zwiększają ryzyko upadku. Aby skutecznie radzić sobie z tymi czynnikami należy:

- Przyjmować pozycję wyprostowaną z uniesioną głową, patrzeć przed siebie,
  - Stopy ustawiać w wygodnej dla siebie odległości, by uniknąć zawadzania jednej o drugą,
  - Używać “bocianiego chodu”: wysoko unosić stopy, stawiając długie kroki balansując przy tym rękami,
  - Utrzymywać koncentrację na chodzeniu unikając innych bodźców,
  - Stosować wygodne buty na niskim obcasie, zaleca się unikanie obuwia wsuwanego na rzec butów ze stabilnym mocowaniem np.: rzepy, za-trzaski,
  - W razie zamrożeń należy zaprzestać prób chodu. Następnie należy obrac sobie określony obiekt i podążać w jego kierunku,
3. Sztywność mięśniowa – uniemożliwia przybranie dogodnej pozycji (najczęściej w nocy podczas snu), prowadzi do bolesnych kurczów a także potęguje bodźce bólowe. Czynności zmniejszające sztywność mięśniową to:
- Stosowanie ciepłych kąpiei i termoforów ze względu na ich właściwości rozluźniające.
  - Stosowanie masażu rozluźniających.
  - Wykonywanie ćwiczeń rozluźniających i wzmacniających mięśnie przykręgosłupowe.
  - W celu zapobiegania nocnym kurczom mięśni, wybierać należy lżejszą, przewiewną pościel oraz stosować śliskie przescieradła.<sup>43</sup>

### **ZALECENIA DIETETYCZNE:**

Każdy pacjent swoją dietę powinien konsultować z lekarzem prowadzącym i dietetykiem, gdyż wiele objawów towarzyszących chorobie Parkinsona skutecznie można modyfikować za pomocą odpowiedniego jadłospisu. Dieta właściwa dla pacjenta z chorobą Parkinsona skutecznie umożliwi utrzymanie prawidłowego BMI a także powinna pokrywać zapotrzebowanie na wszystkie składniki odżywcze tj. tłuszcze, węglowodany, białka, błonnik, witaminy i składniki mineralne. Właściwa dieta skutecznie wspomaga terapię a według aktualnych badań, pomagać może w spowalnianiu i łagodzeniu objawów choroby. Ze względu na opóźnione opróżnianie żołądka i wolniejszą pracę jelit chory powinien jeść regularnie, w małych porcjach a możliwie często, pamiętając o dostosowaniu godzin posiłków do czasu przyjmowania leków.

<sup>43</sup> Sienkiewicz J., *Poradnik dla osób z chorobą Parkinsona*, wyd. Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona”, Warszawa 2007, s.24–26

W chorobie Parkinsona wskazana jest dieta śródziemnomorska, bazująca w głównej mierze na warzywach, owocach i rybach; potrawy przygotowywane powinny być na drodze gotowania, eliminując smażenie. Chory powinien przyjmować duże ilości płynów (w szczególności wody mineralnej, nie wykluczając jednakże herbaty czy soków). Preparaty lewodopy przyjmować należy przynajmniej 30 minut przed posiłkiem lub 1–1,5 godziny po. Przy obfitych posiłkach warto zwiększyć ten odstęp jeszcze bardziej.<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Gorzkowska A., Żywnienie w chorobie Parkinsona w: Aktualności Neurologiczne 2017, 17(4), s.199–207

## WNIOSKI

W oparciu o literaturę tematu oraz na podstawie analizy studium przypadku sformułowano następujące wnioski:

**4.1.** U pacjentki cierpiącej na chorobę Parkinsona na pierwszy plan wysuwają się problemy powodowane przez objawy ruchowe choroby. Zamrożenia chodu, uporczywe drżenie mięśni, a także spowolnienie i sztywność mięśniowa powodują u pacjentki ból. Objawy te są także przyczyną deficytu samoopieki. Pacjentka uskarża się na wyczerpanie w ciągu dnia, które wywoływane jest przez bolesne, nocne kurcze mięśni i zaburzenia oddawania moczu.

**4.2.** Najbardziej uciążliwym dla pacjentki problemem okazały się zamrożenia chodu i bóle mięśni. Wymienione objawy potęgują ryzyko wystąpienia urazów ciała, przez co pacjentka odczuwa silny lęk podczas samodzielnego przemieszczania się i wykonywania czynności opiekuńczo-higienicznych. U pacjentki bardzo widoczna jest też obawa o własną przyszłość.

**4.3.** Profesjonalna opieka nad pacjentką powinna być planowana w oparciu o obserwację stanu zdrowia i potrzeb chorej, a także na podstawie rzetelnie konstruowanych diagnoz pielęgniarских. Najbardziej zasadne będzie zastosowanie modelu pielęgnowania odnoszącego się do teorii ludzkich potrzeb, gdzie pielęgniarka wpływa na stan zdrowia pacjenta poprzez asystę w działaniach podejmowanych przez pacjenta, a z biegiem czasu zastępuje chorego w sferach funkcjonowania, gdy pacjentowi brak sił i umiejętności do podjęcia działania.

**4.4.** Pielęgniarka w opiece nad osobą z chorobą Parkinsona wykonuje działania pielęgnacyjno-opiekuńcze mające na celu niwelowanie deficytów pacjentki. Konieczna jest asysta podczas wykonywania codziennych czynności. Niezbędna jest pomoc zarówno medyczna jak i pomoc fizyczna. Do zadań pielęgniarki należy także możliwie największe uśmierzanie bólu i edukacja pacjentki w zakresie samoopieki.

**4.5.** Do samoopieki przygotowujemy chorą poprzez nauczanie zachowań zdrowotnych, pozwalających na wypełnienie deficytów. Niezbędna jest nauka korzystania ze sprzętu asekuracyjnego. Należy wpoić pacjentce schematy działania mające ułatwić wykonywanie codziennych czynności. Podkreślić trzeba także istotną rolę jaką niesie za sobą kontrola stanu zdrowia u lekarzy specjalistów na dalszy przebieg choroby i jej rokowania na przyszłość.

## **STRESZCZENIE**

Pierwszy rozdział pracy przedstawia opis choroby Parkinsona w literaturze przedmiotu, opisuje etiopatogenezę i epidemiologię. W sposób szczegółowy zostały omówione objawy, a także różnicowanie ich z innymi jednostkami chorobowymi. Następnie przedstawiono jej przebieg, stadia kliniczne i metody leczenia.

Rozdział drugi szczegółowo omawia rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem cierpiącym na chorobę Parkinsona. Przedstawiony został zakres opieki na poszczególnych płaszczyznach.

Rozdział trzeci to część metodologiczna pracy, w której zostały określone takie zagadnienia jak: cel pracy, przedmiot pracy i problemy badawcze. Przedstawiono tam także stosowane metody, techniki i narzędzia badawcze.

Rozdział czwarty to część praktyczna pracy. Skupiono się w niej na szczegółowym przeprowadzeniu opisu studium przypadku 77-letniej kobiety cierpiącej na chorobę Parkinsona. W tej części omówiono opis stanu biopsychospołecznego, przedstawiono proponowane modele pielęgnowania i diagnozy pielęgniarские. Szczegółowo opisano proces pielęgnowania pacjenta a wdrożone czynności oceniono i zweryfikowano rezultaty. Opisano także edukację pacjentki wraz z zaleceniami pielęgniarскими.

### **SŁOWA KLUCZOWE**

Choroba Parkinsona, diagnozowanie, leczenie, pielęgniarka, opieka pielęgniarська, modele pielęgnowania, proces pielęgnowania, problemy pielęgnacyjne, studium przypadku.

## **CONCLUSION**

The first chapter of the thesis focuses on the Parkinson's disease specifics that can be found in literature on the subject matter; including etiopathogenesis and epidemiology of the disease, and detailed description of the disease symptoms and differentiating them from other disease entities. Furthermore, the illness trajectory, clinical stadiums and treatment are characterized.

The second chapter describes the role of the nurse tending to the specific needs of the patient suffering from the Parkinson's disease, together with the scope of care on individual levels.

The third chapter is the methodological part of the paper where the aim of the thesis, the subject matter and research problems are defined. Moreover, the research methods, techniques and tools are introduced.

The fourth chapter is the practical part of the paper. It explores the case of a seventy-seven-year-old woman suffering from the Parkinson's disease. It describes the biopsychosocial condition of the patient, the suggested care models and nursing diagnoses. The care process, patient's education with the nurse's recommendations are detailed and evaluated, and the results are verified.

### **KEYWORDS**

Parkinson's disease, diagnosis, treatment, nurse, nursing care, care models, nursing process, nursing problems, case study.



# PIŚMIENNICTWO

1. Ciechaniewicz, W. (2007). *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studiów medycznych* (Tom 1). Warszawa: PZWL.
2. Friedman, A. (2019). *Choroba Parkinsona. Od mechanizmów do leczenia*. Warszawa: PZWL.
3. Gorzkowska, A. (2017, 17 4). Żywnienie w chorobie Parkinsona. *Aktualności Neurologiczne*, strony 199–207.
4. [https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia\\_mz/2012/047/AW/047\\_AW\\_OT\\_4350\\_14\\_Neupro\\_zaawansowana\\_ch\\_Parkinsona\\_2012.08.08.pdf](https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2012/047/AW/047_AW_OT_4350_14_Neupro_zaawansowana_ch_Parkinsona_2012.08.08.pdf).
5. Kamińska, M. (2013, 15 1). Rola pielęgniarki rodzinnej w prewencji upadków w grupie pacjentów w wieku geriatrycznym. *Family Medicine & Primary Care Review*.
6. Karczewska, E., Kowalczyk, K., Krajewska-Kułak, E. i Fiedorczyk, I. (2016). Problemy psychospołeczne pacjenta w podeszłym wieku z rozpoznaną chorobą Parkinsona. *Pielęgnacyjno-rehabilitacyjne problemy starzejącego się społeczeństwa*. Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku.
7. Kuran, W. (2009). *Żyję z chorobą Parkinsona*. Warszawa: PZWL.
8. Lenartowicz, H. i Kózka, M. (2010). *Metodologia badań w pielęgniarstwie, podręcznik dla studentów medycznych*. Warszawa: PZWL.
9. Maszke, A. W. (2008). *Metodologiczne podstawy badań pedagogicznych*. Rzeszów: Wyd. Uniwersytetu Rzeszowskiego.
10. Muszaliak, M. i Kędzióra – Kornatowska, K. (2018). *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku*. Lublin: Wyd. Czelej.
11. Nowicka, A. (2008). *Wybrane problemy osób starszych*. Kraków: Impuls.
12. Rudzińska, M., Gatkowska, I., Mirek, E. i Szczudlik, A. (2009). *Choroba Parkinsona: poradnik dla pacjentów i ich rodzin*. Kraków : Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
13. Sienkiewicz, J. (2007). *Poradnik dla osób z chorobą Parkinsona*. Warszawa: Fundacja „Życ z chorobą Parkinsona”.

14. Skalska-Dulińska, B., Witkiewicz, B. i Ptasznik, I. (2014, 14 2). Rehabilitacja zamrożeń chodu w przebiegu choroby Parkinsona. *Aktualności Neurologiczne*, str. 141.
15. Sławek, J. (2010). *Mam chorobę Parkinsona – poradnik dla chorych i ich rodzin*. Gdańsk: Via Medica – Wydawnictwo Medyczne.
16. Sławek, J. (2012, 8 4). Fluktuacje i dyskinezy w chorobie Parkinsona – fenomenologia, mechanizmy i metody postępowania. *Polski Przegląd Neurologiczny*.
17. Sławek, J. (2014, 8 6). Choroba Parkinsona – jak właściwie rozpoznawać, skutecznie i bezpiecznie leczyć? *Forum Medycyny Rodzinnej*.
18. Świątek, J. i Urodow, W. (2013). Profilaktyka upadków u ludzi w podeszłym wieku. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*.
19. Tomaszewska, E., Gomuła, A. i Szwarz-Woźniak, J. (2013). Postępowanie pielęgniarskie w chorobie Parkinsona w domu pomocy społecznej. *Zeszyty Naukowe nr 51*. Łomża: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży.
20. Wieczorkowska-Tobis, K. i Talarska, D. (2013). *Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne*. Warszawa: PZWL.
21. Zahradniczek, K. (2006). *Pielęgniarstwo podręcznik dla studentów medycznych*. Warszawa : PZWL.
22. Zych, A. (2014). *Starość wyzwaniem, zadaniem i wyzywaniem*. Sosnowiec – Dąbrowa Górnicza: Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem”.

## WYKAZ SRÓTÓW

ADL – Activities of Daily Living – skala aktywności codziennego życia

BMI – Body Mass Index – wskaźnik masy ciała

COMT – katecholo-tleno-metylo-transferaza

DBS -deepbrainstimulation– głębokastymulacjamózgu

DLB – dementia with Lewy bodies – otępienie z ciałami Lewy’ego

GSD – Geriatryczna skala depresji

KOG – kompleksowa ocena geriatryczna

MMSE – Mini-Mental State Examination – krótka ocena stanu psychicznego

MNA – Mini Nutritional Assessment – ocena stanu odżywienia

MSA – multiple system atrophy – zanik wieloukładowy

PD – parkinson disease – choroba Parkinsona

PSP – progressive supranuclear palsy – Postępujące porażenie ponadjądrowe

RLS – Restless Legs Syndrome – zespół niespokojnych nóg

UPDRS – Unified Parkinson’s Disease Rating Scale – Ujednolicona Skala Oceny Choroby Parkinsona

**SPIS TABEL**

Tabela 1. Skala Hoehn-Yahra – ocena stopnia zaawansowania choroby. . . . .	30
Tabela 2. Skala oceny codziennych czynności życiowych. . . . .	31
Tabela 3. Stadia kompleksowej oceny geriatrycznej. . . . .	40

**SPIS RYCIN**

Rycina 1. Schemat budowy głównych struktur układu pozapiramidowego. . . . .	11
Rycina 2. Zanik istoty czarnej śródmózgowia w chorobie Parkinsona. . . . .	11
Rycina 3. Postawa ciała osoby z chorobą Parkinsona. . . . .	15
Rycina 4. Porównanie charakteru pisma w chorobie Parkinsona (górze) i w drżeniu samoistnym (dół). . . . .	22
Rycina 5. Charakterystyczna postawa tzw. objaw krzywej wieży w Pizie. . . . .	23
Rycina 6. Postęp choroby Parkinsona. . . . .	26
Rycina 7. Fluktuacje sprawności ruchowej – fazy on i off. . . . .	29
Rycina 8. Schemat postępowania terapeutycznego w chorobie Parkinsona. . . . .	32
Rycina 9. Komponenty kompleksowej oceny geriatrycznej. . . . .	39
Rycina 10. Triada współczesnego pielęgnowania. . . . .	54
Rycina 11. Fazy i etapy procesu pielęgnowania. . . . .	54
Rycina 12. Model pielęgniarstwa według Virginii Henderson. . . . .	59



**ANEKS**

## **ZAŁĄCZNIK NR 1. UJEDNOLICONA SKALA OCENY CHOROBY PARKINSONA**

### **STAN INTELEKTUALNY I ZABURZENIA NASTROJU**

Zaburzenia funkcjonowania intelektualnego

**0** brak

**1** niewielkie zaburzenia pamięci z częściowym zachowaniem pamięci świeżej, bez innych zaburzeń

**2** zaburzenia pamięci średniego stopnia, zaburzenia orientacji, trudności w rozwiązywaniu trudniejszych problemów; niewielkie, ale wyraźne zaburzenia możliwości funkcjonowania, z konieczną niekiedy stymulacją ze strony otoczenia

**3** zaburzenia pamięci znacznego stopnia z zaburzeniami orientacji w czasie i równie często, w miejscu; duże trudności w rozwiązywaniu problemów

**4** duże zaburzenia pamięci z zachowaniem orientacji jedynie, co do własnej osoby; nieumiejętność rozwiązywania problemów ani oceny sytuacji; konieczna pomoc ze strony otoczenia, chory nie może pozostawać sam w domu

Zaburzenia myślenia (w związku z otępieniem lub intoksykacją lekami)

**0** brak

**1** bardzo żywe marzenia senne (vividdreams)

**2** łagodne halucynacje z zachowanym wglądem

**3** sporadyczne halucynacje (mogą być częste) bez zachowanego wglądu, mogące utrudniać codzienne funkcjonowanie

**4** stałe halucynacje, delirium lub pełna psychoza; konieczność opieki ze strony otoczenia

Depresja

**0** brak

**1** kresy obniżonego nastroju lub poczucia winy, trwające nie dłużej niż kilka dni lub tydzień

**2** okresy depresji trwające dłużej niż tydzień

**3** długotrwała depresja z objawami wegetatywnymi (bezsensowność, anoreksja, utrata wagi, utrata zainteresowań)

**4** długotrwała depresja z objawami wegetatywnymi, myśli lub zamierzenia samobójcze

Motywacja – inicjatywa

**0** normalna

**1** bierność nieco większa niż normalnie

**2** utrata inicjatywy i brak zainteresowań dla pewnych nierutynowych czynności

- 3 utrata inicjatywy i brak zainteresowania dla rutynowych, codziennych czynności
- 4 całkowita utrata inicjatywy i zainteresowań

### **ŻYCIE CODZIENNE (NALEŻY OCENIĆ DLA FAZY ON I OFF)**

#### Mowa

- 0 normalna
- 1 niewielkie zaburzenia mowy, ale bez trudności w rozumieniu
- 2 zaburzenia mowy średniego stopnia; niekiedy chory musi kilkakrotnie powtarzać zdania, aby być zrozumiany
- 3 zaburzenia mowy znacznego stopnia; chory musi wielokrotnie powtarzać zdania, aby być zrozumiany
- 4 duże zaburzenia mowy; prawie stałe trudności z byciem zrozumianym

#### Ślinienie się

- 0 normalne
- 1 niewielki nadmiar śliny; może dochodzić do wypływu śliny z ust w czasie snu
- 2 ślinotok średniego stopnia; niekiedy wypływ śliny z ust również w ciągu dnia
- 3 wyraźny ślinotok z okresowym wypływem śliny z ust
- 4 stały wypływ śliny z ust, z koniecznością ciągłego używania chusteczki

#### Połykanie

- 0 normalne
- 1 rzadkie krztuszenie się
- 2 sporadyczne krztuszenie się
- 3 konieczność stosowania pokarmu półpłynnego
- 4 odżywianie możliwe jedynie przez sondę żołądkową lub gastrostomię

#### Pismo

- 0 normalne
- 1 niewielkie spowolnienie przy pisaniu lub początki mikrografii
- 2 wyraźne spowolnienie przy pisaniu lub mikrografia; pismo jest nadal czytelne
- 3 wyraźne trudności przy pisaniu; nie wszystkie napisane słowa dają się odczytać
- 4 większość słów całkowicie nieczytelna

#### Jedzenie i posługiwanie się sztućcami

- 0 normalne
- 1 niewielkie spowolnienie i niezręczność, ale chory nie wymaga pomocy

**2** chory daje sobie radę z większością posiłków, ale jest wyraźnie spowolniały i niezręczny

**3** chory wymaga pomocy przy posiłkach, ale może dawać sobie radę, bardzo wolno, samodzielnie

**4** wymaga karmienia

Ubieranie się

**0** normalne

**1** niewielkie spowolnienie, ale chory nie wymaga pomocy

**2** chory wymaga pomocy przy zapinaniu guzików lub wkładaniu rąk do rękawów

**3** chory wymaga istotnej pomocy; tylko niektóre części ubrania może założyć sam

**4** chory bezsilny

Utrzymywanie czystości i higieny

**0** normalne

**1** chory jest spowolniały, ale nie potrzebuje pomocy

**2** chory potrzebuje pomocy przy niektórych czynnościach (prysznic, kąpiel); jest bardzo spowolniały przy wykonywaniu zabiegów higienicznych

**3** chory potrzebuje pomocy przy myciu się, czyszczeniu zębów, czesaniu i kąpeli

**4** konieczność cewnika do pęcherza lub innych pomocy mechanicznych

Obracanie się w łóżku, korzystanie z kołdry i prześcieradła

**0** normalne

**1** niewielkie spowolnienie i niezręczność, ale chory nie potrzebuje pomocy

**2** chory obraca się na łóżku z bardzo dużym trudem, ale samodzielnie

**3** chory jest w stanie jedynie zapoczątkować ruch, ale nie potrafi ani samodzielnie obrócić się na łóżku, ani poprawić prześcieradła czy kołdry

**4** chory całkowicie zależny od otoczenia

Upadki nie wynikające z „dreptania”

**0** brak

**1** upadki rzadkie

**2** upadki sporadyczne, jednak rzadziej niż raz dziennie

**3** średnio jeden raz dziennie

**4** liczne codzienne upadki

„Dreptanie”



**0** brak

**1** rzadko, mogą też występować trudności z ruszaniem z miejsca

**2** sporadyczne dreptanie w czasie chodzenia

**3** częste dreptanie, niekiedy powodujące upadki

**4** częste upadki w następstwie dreptania

Chód

**0** normalny

**1** niewielkie zaburzenia, pociąganie nogami, ograniczone balansowanie

**2** zaburzenia chodu średniego stopnia; w zasadzie chory nie wymaga pomocy przy chodzeniu

**3** zaburzenia chodu znacznego stopnia; chory wymaga pomocy

**4** chory nie jest w stanie chodzić nawet z pomocą

Drżenie

**0** brak

**1** drżenie niewielkie i rzadko widoczne

**2** drżenie średniego stopnia, sprawiające pewne trudności choremu

**3** wyraźne drżenie, utrudniające niektóre czynności

**4** duże drżenie, utrudniające większość czynności

Zaburzenia czuciowe związane z parkinsonizmem

**0** brak

**1** rzadkie parestezje, niewielkie bóle

**2** częste parestezje, nie przeszkadzające w funkcjonowaniu

**3** częste bolesne parestezje

**4** bardzo silny ból

## **BADANIE UKŁADU RUCHOWEGO (CZĘŚĆ MOTORYCZNA)**

Mowa

**0** normalna

**1** niewielka utrata ekspresji lub/i mowa nieco cichsza

**2** monotonia głosu, mowa nieco bełkotliwa, ale całkowicie zrozumiała

**3** wyraźne zaburzenia mowy; duże trudności w jej rozumieniu

**4** mowa niezrozumiała

Wyraz twarzy

**0** normalny

**1** niewielka hipomimia; może sprawiać wrażenie normalnej małej ekspresyjności

**2** niewielkie, ale wyraźne zmniejszenie ekspresyjności twarzy

**3** hipomimia średniego stopnia; często w półotwarte usta

**4** maskowatość twarzy; znacznego stopnia lub całkowita utrata ekspresji twarzy; usta uchylone (0,6 cm lub więcej)

Drżenie spoczynkowe

**0** brak

**1** niewielkie i rzadko występujące

**2** drżenie o niewielkiej amplitudzie, ale stale obecne – albo sporadyczne drżenie o średniej amplitudzie

**3** drżenie o średniej amplitudzie, ale występujące przez większą część dnia

**4** drżenie o dużej amplitudzie, występujące prawie stale

Drżenie zamiarowe lub drżenie pozycyjne rąk

**0** brak

**1** niewielkie, występujące w czasie wykonywania czynności

**2** drżenie o średniej amplitudzie, widoczne w czasie wykonywania czynności

**3** drżenie o średniej amplitudzie zarówno w czasie wykonywania czynności, jak i pozycyjne

**4** duże drżenie utrudniające jedzenie

Szttywność (oceniana w czasie ruchu biernego u chorego siedzącego, nie należy zwracać uwagi na objaw „koła zębatego”)

**0** brak

**1** minimalna lub pojawiająca się tylko przy próbach uwrażliwiających (próba Fromenta)

**2** niewielka lub średniego stopnia

**3** wyraźna, ale nie upośledzająca możliwości ruchu kończyną

**4** duża; wyraźnie upośledza ruchy

Szybkie ruchy palców (chory wykonuje szybkie ruchy przeciwstawiania kciuka i palca wskazującego)

**0** normalne

**1** niewielkie spowolnienie i/lub zmniejszenie amplitudy ruchu

**2** zaburzenia średniego stopnia; chory wyraźnie szybko się męczy; może dojść do zahamowania ruchu

**3** zaburzenia znacznego stopnia; trudności w rozpoczynaniu ruchu i zahamowanie w trakcie jego wykonywania

**4** prawie lub zupełnie niewykonalne

Ruchy dłoni (chory otwiera i zamyka pięść, starając się wykonywać szybkie ruchy o maksymalnej amplitudzie, każdą dłonią oddzielnie)

**0** normalne

**1** niewielkie spowolnienie i/lub zmniejszenie amplitudy ruchu

**2** zaburzenia średniego stopnia; chory wyraźnie szybko się męczy; może dojść do zahamowania ruchu

**3** zaburzenia znacznego stopnia; trudności w rozpoczynaniu ruchu i zahamowanie w trakcie jego wykonywania

**4** prawie lub zupełnie niewykonalne

Szybkie ruchy naprzemienne (ruch pronacji-supinacji dłoni, równocześnie obu dłoni)

**0** normalne

**1** niewielkie spowolnienie i/lub zmniejszenie amplitudy ruchu

**2** zaburzenia średniego stopnia; chory wyraźnie szybko się męczy; może dojść do zahamowania ruchu

**3** zaburzenia znacznego stopnia; trudności w rozpoczynaniu ruchu i zahamowanie w trakcie jego wykonywania

**4** prawie lub zupełnie niewykonalne

Szybkie ruchy kończyn dolnych (chory uderza piętą o podłogę, podnosząc całą stopę do góry; amplituda tego ruchu powinna wynosić około 7,5 cm)

**0** normalne

**1** niewielkie spowolnienie i/lub zmniejszenie amplitudy ruchu

**2** zaburzenia średniego stopnia; chory wyraźnie szybko się męczy; może dojść do zahamowania ruchu.

**3** zaburzenia znacznego stopnia; trudności w rozpoczynaniu ruchu i zahamowanie w trakcie jego wykonywania

**4** prawie lub zupełnie niewykonalne

Wstawanie z krzesła (chory wstaje z krzesła bez pomocy rąk)

**0** normalne

**1** chory jest nieco spowolniały lub potrzebuje więcej niż jednej próby podniesienia się

**2** chory wstaje, pomagając sobie rękoma

**3** tendencja do upadku do tyłu; chory potrzebuje kilku prób, ale potrafi wstać bez pomocy

**4** chory nie potrafi wstać bez pomocy

Sylwetka

**0** prawidłowo wyprostowana

**1** niezupełnie wyprostowana; lekkie pochylenie, które może być uznane za normę dla osoby w zaawansowanym wieku

**2** sylwetka wyraźnie pochylona, bez wątplenia nieprawidłowa; może występować również niewielkie skrzywienie sylwetki na bok

**3** znaczne pochylenie sylwetki z kifozą

**4** duże pochylenie; sylwetka bardzo nieprawidłowa

Stabilność postawy (odpowiedź na nagłe pociągnięcie stojącego chorego za barki w tył; pacjent musi być o tym uprzedzony)

**0** norma

**1** zaznaczona retropulsja, ale chory utrzymuje równowagę bez pomocy

**2** brak reakcji, chory może upaść, jeśli nie jest podtrzymany przez badającego

**3** brak stabilności postawy, chory może upaść, zanim zostanie przeprowadzona próba

**4** chory nie jest w stanie samodzielnie utrzymać pozycji stojącej

Ruszanie z miejsca, chód

**0** norma

**1** chory idzie wolno, ciągnąc nogi, drobnymi krokami, ale bez dreptania i propulsji

**2** chory idzie z wyraźną trudnością, ale nie potrzebuje wcale albo potrzebuje tylko minimalnej pomocy; może pojawiać się dreptanie lub propulsja

- 3** duże zaburzenia chodu z koniecznością korzystania z pomocy
- 4** chory nie potrafi chodzić nawet z pomocą

Spowolnienie (połączenie spowolnienia ruchowego, trudności w rozpoczynaniu ruchu, zmniejszenia balansowania, zmniejszenia amplitudy ruchów)

**0** brak

**1** minimalne spowolnienie, które może być jeszcze uznane za normę; możliwość zmniejszenia amplitudy ruchu

**2** niewielkie spowolnienie i zubożeni ruchów, wyraźnie patologiczne; ponadto wyraźnie mniejsza amplituda ruchu

**3** spowolnienie średniego stopnia, zubożenie ruchów i zmniejszenie amplitudy ruchu

**4** spowolnienie znacznego stopnia, zubożenie ruchów i zmniejszenie amplitudy ruchów

## POWIKŁANIA LECZENIA

### A. Dyskinezy

Czas trwania, (jaką część dnia zajmują?)

- 0 nie występują
- 1 1 do 25% dnia
- 2 26 do 50% dnia
- 3 51 do 75% dnia
- 4 76 do 100% dnia

Stopień upośledzenia w wyniku dyskinez

- 0 żadne
- 1 niewielkie
- 2 średniego stopnia
- 3 znacznego stopnia
- 4 bardzo duże

Bolesność dyskinez

- 0 żadna
- 1 lekka
- 2 średniego stopnia
- 3 znacznego stopnia
- 4 dyskinezy bardzo bolesne

Dystonia wczesnego poranka

- 0 brak
- 1 występuje

### B. Fluktuacje

Dające się przewidzieć stany off

- 0 brak
- 1 występują

Niedające się przewidzieć stany off

- 0 brak
- 1 występują

Nagłe off

**0** brak

**1** występują

Jaki procent dnia zajmuje stan off?

**0** nie występuje

**1** 1 do 25%

**2** 26 do 50%

**3** 51 do 75%

**4** 76 do 100%

### **C. Inne powikłania**

Anoreksja, nudności lub wymioty

**0** brak

**1** występują

Zaburzenia snu – bezsenność lub nadmierna senność

**0** brak

**1** występują

Objawowa hipotonia ortostatyczna

**0** brak

**1** występuje





Magdalena Pietrzak, Beata Kraśniewska, Bogumiła Ufa

# **PIELĘGNOWANIE CHOREGO ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM**



# SPIS TREŚCI

WSTĘP . . . . .	107
<b>1. CO TO JEST STWARDNIENIE ROZSIANE.. . . . .</b>	<b>109</b>
1.1. ZAGADNIENIA TERMINOLOGICZNE.. . . . .	109
1.2. RYS HISTORYCZNY . . . . .	110
<b>2. PATOFIZJOLOGIA SM . . . . .</b>	<b>113</b>
2.1. ETIOPATOGENEZA . . . . .	113
2.1.1. ETIOLOGIA . . . . .	113
2.1.2. EPIDEMIOLOGIA . . . . .	113
2.1.3. CZYNNIKI GENETYCZNE . . . . .	115
2.1.4. IMMUNOPATOGENEZA . . . . .	116
2.2. OBRAZ KLINICZNY I DIAGNOSTYKA . . . . .	117
2.2.1. OBJAWY KLINICZNE . . . . .	117
2.2.2. POSTACIE KLINICZNE I PRZEBIEG CHOROBY. . . . .	122
2.2.3. DIAGNOSTYKA . . . . .	123
<b>3. METODY LECZENIA . . . . .</b>	<b>127</b>
3.1. ŁAGODZENIE NASTĘPSTW RZUTU. . . . .	127
3.2. LECZENIE OBJAWOWE. . . . .	128
3.3. LECZENIE HAMUJĄCE POSTĘP CHOROBY. . . . .	130
3.4. ALTERNATYWNE METODY LECZENIA. . . . .	131
3.5. FIZJOTERAPIA. . . . .	131
<b>4. SM W ŻYCIU CODZIENNYM – ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE, ZAGADNIENIA SPOŁECZNE I PRAWNE . . . . .</b>	<b>143</b>
4.1. POSTAWA WOBEC CHOROBY I ZWIĄZANEJ Z NIĄ NIESPRAWNOŚCIĄ. . . . .	143

4.2. OPIEKA ZDROWOTNA I SPOŁECZNA . . . . .	144
4.3. RODZINA I PRZYJACIELE . . . . .	146
4.4. PRAWA NIEPEŁNOSPRAWNYCH, PRACA, NAUKA I WSPARCIE FINANSOWE . . . . .	147
<b>5. ROLA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z SM . . . . .</b>	<b>149</b>
5.1. DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE . . . . .	149
5.2. DZIAŁANIA PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZE . . . . .	150
5.3. PROFILAKTYKA DEPRESJI I ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH . . . . .	151
5.4. PROFILAKTYKA URAZÓW I UPADKÓW . . . . .	153
5.5. TOWARZYSZENIE CHOREMU DO KOŃCA . . . . .	155
<b>6. METODOLOGIA BADAŃ . . . . .</b>	<b>157</b>
6.1. CEL BADAŃ . . . . .	157
6.2. PRZEDMIOT BADAŃ . . . . .	157
6.3. PROBLEMY BADAWCZE . . . . .	158
6.4. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE . . . . .	158
<b>7. PROCES PIELĘGNOWANIA . . . . .</b>	<b>163</b>
7.1. OPIS INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU . . . . .	163
7.2. OMÓWIENIE STANU BIOLOGICZNEGO, PSYCHOLOGICZNEGO I SPOŁECZNEGO . . . . .	164
7.3. DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE . . . . .	165
7.4. PROCES PIELĘGNOWANIA PACJENTA Z SM . . . . .	168
7.4.1. PROPONOWANE MODELE PIELĘGNOWANIA . . . . .	172
7.5. EDUKACJA CHOREGO . . . . .	174
<b>PODSUMOWANIE . . . . .</b>	<b>187</b>
<b>SŁOWA KLUCZOWE . . . . .</b>	<b>187</b>
<b>SUMMARY . . . . .</b>	<b>189</b>
<b>KEYWORDS . . . . .</b>	<b>189</b>
<b>BIBLIOGRAFIA . . . . .</b>	<b>191</b>
<b>WYKAZ SKRÓTÓW . . . . .</b>	<b>192</b>

---

SPIS TABEL. . . . .	193
SPIS RYCIN. . . . .	193
ANEKS. . . . .	195
ZAŁĄCZNIK NR 1 . . . . .	197
ZAŁĄCZNIK NR 2 . . . . .	198
ZAŁĄCZNIK NR 3 . . . . .	200
ZAŁĄCZNIK NR 4 . . . . .	202
ZAŁĄCZNIK NR 5 . . . . .	203



## WSTĘP

W wielu krajach europejskich stwardnienie rozsiane jest najbardziej powszechną jednostką chorobową, która jest przyczyną niepełnosprawności ruchowej wśród młodych dorosłych. W Polsce na stwardnienie rozsiane choruje kilkadziesiąt tysięcy osób, statystyka pokazuje, że kobiety zapadają na nią dwukrotnie częściej od mężczyzn, a w rzadkich przypadkach SM może również pojawić się u dzieci.

Sclerosismultiplex (SM) jest chorobą przewlekłą, a jej przebieg jest nieprzewidywalny – trudno określić jej natężenie oraz czas trwania. Przyczyny tego schorzenia nie są dokładnie poznane, dlatego też tak trudno jest ją zdefiniować, w tłumaczeniu z łaciny oznacza „wiele stwardnień”, co jest już skróconym opisem występowania wielu uszkodzeń w układzie nerwowym.

Polega na uszkodzeniu osłonki mielinowej, otaczającej włókna nerwowe – jest to proces zwany demielinizacją. Utrata mielinizacji zakłóca i spowalnia pracę nerwów i jest tym samym przyczyną wszystkich objawów SM.

Objawy neurologiczne, jakie wywołuje mogą trwać minuty albo dni lub też tygodnie, miesiące, lata; zanikając i pojawiając się w różnej intensywności. Warto również zaznaczyć, że stwardnienie rozsiane jest chorobą autoimmunologiczną, co oznacza, że układ odpornościowy organizmu atakuje własną tkankę w błędnym przekonaniu, iż jest to ciało obce.

Badania nad nowymi sposobami leczenia objawów i nowymi lekami, które mogłyby zmienić przebieg choroby trwają na całym świecie, dzięki czemu wiedza dotycząca SM znacznie wzrasta. Dzięki postępowi medycyny można zmniejszyć ciężkość poszczególnych rzutów i następstwa choroby, a co za tym idzie wydłużono czas życia chorych, poprawiła się również jego jakość oraz umiejętność zwalczania trudności wynikających z choroby.

Niniejsza praca ma na celu przedstawienie charakterystyki stwardnienia rozsianego, przyczyn jego powstania, przebiegu, objawów, możliwości leczenia oraz postępowania pielęgniarskiego u osób z SM.

## ROZDZIAŁ 1 CO TO JEST STWARDNIENIE ROZSIANE.

### 1.1. ZAGADNIENIA TERMINOLOGICZNE.

Stwardnienie rozsiane należy do grupy chorób zwanych demielinizacyjnymi. Dotyka osób, w których obrazie patologicznym dominuje tzw. pierwotne uszkodzenie mieliny w centralnym układzie nerwowym, pierwotne tzn. niewywołane przez inne czynniki patologiczne. W zależności od mechanizmu powstania choroby demielinizacyjne dzielimy na: metaboliczne, uwarunkowane genetycznie i choroby nabyte.

SM jest najczęstszą chorobą ośrodkowego układu nerwowego o podłożu zapalno-demielinizacyjnym. Zmiany patologiczne dotyczą głównie osłonek mielinowych, ale towarzyszy im również uszkodzenie aksonów.

„Etiologia choroby jest nadal nieznana. Uważa się, że do powstania choroby może się przyczynić genetyczna skłonność, nieprawidłowa odpowiedź układu odpornościowego lub infekcja wirusowa. Cechą charakterystyczną choroby jest jej postępujący przebieg, najczęściej z zaostrzeniami i remisjami oraz wieloogniskowym uszkodzeniem układu nerwowego”.[12]

Według K. Selmaja „SM jest nabytą chorobą demielinizacyjną o niejasnej etiologii, występującą głównie u dorosłych. Istotą choroby jest wieloogniskowe (rozsiane) uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego, które powoduje występowanie zróżnicowanych objawów neurologicznych. Objawy te występują w postaci zaostrzeń (rzutów) lub powolnego postępu choroby i z czasem jej trwania prowadzą do nieodwracalnego uszkodzenia układu nerwowego. Stwardnienie rozsiane jest chorobą przewlekłą, trwającą całe życie, ale stopień nasilenia objawów i dynamika ich rozwoju mogą być bardzo zróżnicowane”.[24]

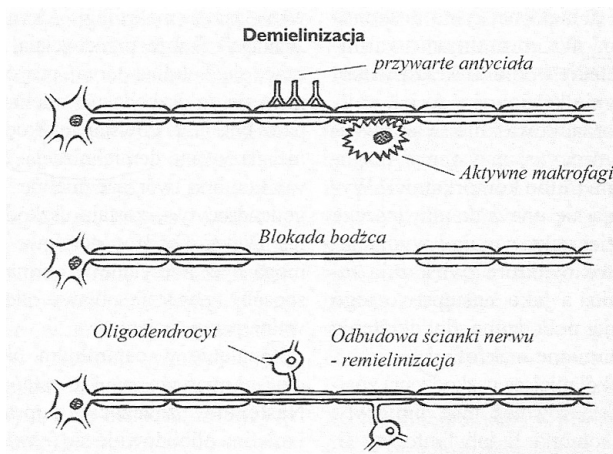
Demielinizacją nazywamy proces polegający na uszkodzeniu osłonki mielinowej otaczającej włókna nerwowe. W miejscach, gdzie osłonka mielinowa uległa degeneracji, powstają blizny zwane stwardnieniami, po łacinie sclerosis. Remielinizacją



zaś nazywamy proces polegający na odbudowie najważniejszych komórek budulcowych centralnego układu nerwowego – astrocytów, jak też miejsc do nich przylegających. Następuje w czasie, gdy proces zapalny w układzie nerwowym ustępuje.

Wyróżniamy następujące etapy miejscowych obszarów uszkodzeń:

- Zapalenie wokół naczynia krwionośnego,
- Zaatakowanie i przerwanie izolacyjnej osłony włókna nerwowego, mieliny,
- Powstanie uszkodzeń w samym włóknie nerwowym,
- Utworzenie się blizny.[6]



Rycina 1. Przebieg procesu demielinizacji.[6]

Uszkodzenia (stwardnienia) występują zwykle w wielu miejscach, schorzeniu nadano nazwę odzwierciedlającą to, co dzieje się w mózgu lub rdzeniu kręgowym – wiele stwardnień – sclerosismultiplex.

Stwardnienia występujące w postaci rozsianych w OUN ognisk, tradycyjnie zwanych plakami zlokalizowane są głównie w istocie białej. W obrębie plaki aksony częściowo lub całkowicie pozbawione są osłonek mieliniowych. Morfologicznie plaka ma nieregularny, owalny kształt i osiąga różną wielkość od kilku milimetrów do kilku centymetrów.

## 1.2. RYS HISTORYCZNY

Opisy kliniczne chorób, które dziś można interpretować jako SM, można znaleźć w wielu starodrukach medycznych. Początki sięgają średniowiecza, w którym Jan Gerlacus podał dane o chorobie Św. Lidwiny z Schiedam. Charakteryzowała się ona

porażeniem trzech kończyn i nerwu twarzewego, upośledzeniem wzroku, zaburzeniami czucia powierzchownego i dysfagią. Choroba trwała z remisjami 37 lat.

„W bibliografii SM, głównie angielskiej, uważa się, że pierwszy udokumentowany odpowiednim opisem przypadek SM dotyczył Augusta Fryderyka D’Este, który żył w XVIII wieku”. [3] Z pozostawionym przez niego pamiętniku można znaleźć opis jego cierpienia, odpowiadający objawom SM, takich jak osłabienie wzroku, zaburzenia równowagi i czynności zwieraczy, drżenie zamiarowe, drętwienie oraz postępujące niedowłady, które wystąpiły podczas trwającej 25 lat choroby.

Robert Hooper, jako pierwszy przedstawił makroskopowy wizerunek plak demielinizacyjnych w 1828 roku w Londynie, a kilka lat później ukazał się w Paryżu atlas anatomopatologiczny Jana Cruveilhiera, zaś 10 lat potem atlas Roberta Carswella, który naszkicował ryciny obrazujące plaki w mózgu i rdzeniu kręgowym.

Jean-Marie Charcot, uważany za ojca nowoczesnej neurologii, uczynił z SM osobną jednostkę chorobową. W trakcie wykonywania obdukcji zauważył występowanie małych stwardniałych blizn w mózgu i rdzeniu kręgowym. Przedstawił szczegółowy opis kliniczny pacjenta z SM. Wprowadził także nazwę schorzenia – sclerose en plaques disseminees.

Wyodrębnił on drżenie zamiarowe z innych rodzajów drżenia, następnie połączył je z oczopląsem i mową skandowaną, co stworzyło słynną triadę objawów.

W Polsce międzywojennej prace nad SM miały głównie charakter kliniczno-neuropatologiczny. Należy wymienić pracę: Brzezickiego, Bau-Prusakowej, Bychowskiego, Hermana, Opalskiego. [24]

„W latach 90-tych XIX wieku Józef Babiński odkrył, że drażniąc skórę bocznej części podeszwy stopy za pomocą tępego końca młotka lub innego tępego narzędzia (klucza) wywołamy reakcję podeszwy stopy (prostowanie palucha, wachlarzowate odwodzenie pozostałych palców stopy, skurcz mięśnia prostownika długiego palucha)”. [12]

Spostrzeżenie Babińskiego jest wykorzystywane do dziś w badaniu neurologicznym pacjenta chorego na SM. Rezultat tego badania neurologicznego jest o tyle ważny, że lekarz może wyciągnąć wnioski dotyczące umiejscowienia zmian w systemie nerwowym. Jednak mimo wystąpienia odruchu, nie można jednoznacznie stwierdzić, że jest to wyznacznik choroby, pełni on funkcję swojego rodzaju „lokalizatora” zmian neuropatologicznych.

Niebawem, bo w XX wieku nastąpił silny rozwój wiedzy o biochemii OUN, immunologii i biologii molekularnej, który wywarł ogromny wpływ na rozwój koncepcji patogenetycznych SM. W tym czasie dwa czynniki spowodowały, że SM zaczęto stopniowo uznawać za prawdopodobną chorobę autoimmunologiczną: po pierwsze,

nieudane poszukiwania wirusów i innych czynników infekcyjnych w komórkach i tkankach chorych na SM, a po drugie, możliwość wywołania doświadczalnej demielinizacji (eksperymentalnego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego) w wyniku immunizacji zdrowych zwierząt mieliną.

W 1993r. zarejestrowano pierwszy lek na SM interferon beta, który zmieniał naturalny przebieg tej choroby, zmniejszył liczbę zaostrzeń oraz spowalniał jej postęp.[24]

## ROZDZIAŁ 2 PATOFIZJOLOGIA SM

### 2.1. ETIOPATOGENEZA

#### 2.1.1. ETIOLOGIA

„W medycynie etiologia to zespół przyczyn składających się na powstanie choroby. Bezpośredniej przyczyny choroby nie udało się dotychczas wykryć, pomimo licznych prac badawczych prowadzonych na całym świecie. Wiadomo jest, że niewątpliwą rolę w jej powstawaniu odgrywa zaburzenie mechanizmów odpornościowych organizmu, genetyczna skłonność, infekcja wirusowa”. [29]

#### 2.1.2. EPIDEMIOLOGIA

Epidemiologia – jest to nauka o rozprzestrzenianiu się chorób wśród różnych grup ludności, przyczynia się także do zrozumienia powstawania chorób dzięki obserwacji pojawiania się chorób u różnych grup ludności w różnych okresach czasu.

Sporządzając mapę obszarów występowania choroby zakaźnej, można dojść do źródła zakażenia. Równie ważną rolę epidemiologii jest badanie występowania jakiejś choroby w różnych obszarach geograficznych, krajach i częściach świata, przez co możliwe jest określenie jaka część ludności ma daną chorobę i dzięki zróżnicowaniu warunków geograficznych, można wyciągnąć wnioski dotyczące przyczyn choroby.

Wskaźniki zachorowalności, częstości jej występowania i śmiertelności to podstawowe parametry epidemiologiczne choroby.

Wskaźnikiem zachorowalności określamy liczbę nowych przypadków choroby na danym obszarze, które występują w jednostce czasu (np. w ciągu roku). Liczbę

nowych przypadków wyraża się w stosunku do całej populacji zamieszkującej dany teren lub w stosunku do ustalonej liczby mieszkańców, np. do 100 000.[24]

„Wskaźnik częstości występowania choroby wyrażony jest liczbą wszystkich przypadków choroby na danym terenie w stosunku do ustalonej liczby mieszkańców. Wskaźnik śmiertelności oznacza liczbę przypadków śmiertelnych na danym terenie z powodu danej choroby w określonym czasie w stosunku do ustalonej liczby mieszkańców”.[24]

Uzyskując dane, które zostaną wykorzystane do obliczeń wskaźników epidemiologicznych ważne jest dokładne zdefiniowanie choroby i określenie kryteriów klinicznych, które umożliwiają zaliczenie danego przypadku do pozytywnych.

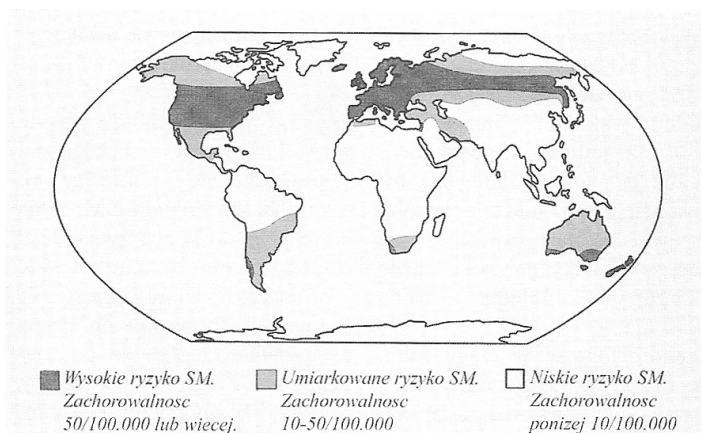
Metoda „door to door”, czyli bezpośrednie policzenie chorych jest jedną z najpewniejszych metod pozyskania danych do badań. Równie wiarygodną metodą jest bezpośrednia obserwacja danej populacji przez określony czas, ale do najczęściej wykorzystywanych, zalicza się korzystanie ze statystyk w istniejących bazach danych szpitali i przychodni.

Na stwardnienie rozsiane choruje około 50–100 przypadków na 100 000 ludzi. Sclerosismultiplex występuje głównie wśród rasy europejskiej, zaś wśród rasy negroidalnej, mongoloidalnej, australijskich aborygenów, Maorysów i mieszkańców wysp Pacyfiku znacznie rzadziej. Wskaźnik częstości występowania SM w Europie i USA wynosi 30–150 przypadków na 10 (do potęgi 5) mieszkańców, a wskaźnik zachorowania 3–5 przypadków na 10 mieszkańców.[3] Murzyni amerykańscy żyjący w Stanach Zjednoczonych mają o połowę mniejsze zagrożenie zachorowania niż biali współmieszkańcy. W przypadku rasy mongolskiej występuje nieco inna, odmienna postać SM, nazwana postacią azjatycką, w której zmiany chorobowe lokalizują się w rdzeniu kręgowym oraz nerwach wzrokowych. „Stwierdzono, że ryzyko wśród białych jest największe, jeśli osoba ma typ tkanki nazywany HLA-DR2”.[6]

Choroba występuje najczęściej na terenach położonych w wyższych szerokościach geograficznych z umiarkowanym klimatem, tzn. w części północnej i południowej półkuli. W krajach skandynawskich, Wielkiej Brytanii, Kanadzie i północnych stanach USA częstość występowania SM jest kilkakrotnie większa niż w krajach śródziemnomorskich.

Ze względu na położenie geograficzne, Polska należy do krajów o wysokiej częstości występowania SM.

„W kilku regionalnych badaniach epidemiologicznych przeprowadzonych w Polsce, w woj. wielkopolskim i lubelskim, uzyskano wskaźniki częstości występowania SM w przedziale 43–57, a na terenach woj. szczecińskiego wyniósł 62/10(do potęgi5) mieszkańców”.[24]



Rycina 2. Mapa świata pokazując, że SM jest nierównomiernie rozłożone na kontynentach.[6]

Dane na temat migracji z terenów o niskiej częstości SM na tereny o wysokim rozpowszechnieniu choroby potwierdzają, że skłonność do zachorowania zostaje nabyta we wczesnym okresie życia. U mieszkańców Afryki południowej pochodzących z Anglii i mieszkańców Izraela pochodzących z Europy badania wykazują, że emigracja w wieku powyżej 13–15 lat powoduje utrzymanie wysokiego ryzyka zachorowania po przeprowadzeniu się na obszar o niskim wskaźniku częstości występowania SM. Osoby migrujące z terenów północnych wcześniej, przed 13 rokiem życia, nabywają niskie ryzyko zachorowania, odpowiadając lokalnemu wskaźnikowi występowania SM. W Europie występują tzw. ogniska epidemiologiczne, m.in. w Skandynawii, Islandii, na Wyspach Szetlandzkich i Wyspach Owczych.

SM może wystąpić w każdym wieku, ale najwięcej zachorowań jest w wiek 20–40 lat. Średni wiek zachorowalności w Polsce wynosi 30 lat. Znacznie rzadziej początek choroby występuje przed 18 r.ż. i wieku około 30 r.ż. Nieco częściej chorują kobiety niż mężczyźni, w stosunku 2:1. Średni czas przeżycia pacjentów z SM od momentu diagnozy wynosi 35–40 lat.[12] Wyniki badań wskazują, że dłuższe chorowanie na SM niesie ze sobą ryzyko skrócenia życia, co związane jest z rozwojem objawów choroby. Pacjenci, którzy zachorowali później (po 35 roku życia), rokują gorzej i choroba postępuje u nich szybciej.

### 2.1.3. CZYNNIKI GENETYCZNE

„Poprzez chorobę dziedziczną rozumiemy przeniesienie pewnych niewłaściwych skłonności z rodziców na dzieci, co powoduje odziedziczenie przez nie choroby”.[3]

Stwardnienie rozsiane nie występuje z pokolenia na pokolenie według wyraźnie przewidywalnego wzorca, więc nie jest chorobą dziedziczną w tym znaczeniu.

„Badania populacyjne wykazują, że ok. 10–15% przypadków SM występuje w postaci rodzinnej”. [24]

Wystąpienie co najmniej dwóch przypadków SM w rodzinie pozwala określić tą postać mianem rodzinnej. Ryzyko zachorowania dla krewnych pierwszego stopnia jest 10–20 razy większe niż populacji ogólnej a dla krewnych drugiego stopnia – ok. 3 razy większe.

W wykonanych badaniach nad bliźniętami dwujajowymi wykazano współwystępowanie SM, wynosi ono 2–5% i jest wyraźnie większe niż w ogólnej populacji, zaś u bliźniąt jednojajowych może wynosić 25–30%.

„Wrażliwość (lub brak odporności) na SM może determinować jeden lub więcej genów odpowiedzi humoralnej oraz genów odpowiedzi komórkowej, które część autorów utożsamia z genami wrażliwości na SM. Czynniki genetyczne mogą określać nieprawidłową odpowiedź immunologiczną na antygeny wirusowe lub mózgowie. Geny te częściowo wchodzi w skład złożonego zespołu HLA (zespołu antygenów zgodności tkankowej) występującego na 6 chromosomie oraz 4 i prawdopodobnie na 14”. [3] Wykryto, że obszar na chromosomie 5 zwiększa ryzyko SM. Jednak w tym miejscu przypuszczalnie znajduje się kilkaset innych genów, z których większość nie jest jeszcze zidentyfikowana.

U chorych z SM częściej niż przeciętnie stwierdza się obecność HLA (HLA klasy II) grupy A3, B7, DR2, DQw1, co sugeruje, że mogą to być specyficzne znaczniki SM.

„Poszukiwania wielogenowej predyspozycji dziedziczenia nie są łatwe, ponieważ liczba potencjalnych genów nie jest znana, a dodatkowo występuje zjawisko zmiennej penetracji genów”. [24]

Związek pomiędzy HLA DRB1\*1501 i SM występuje najsilniej u rasy europeidałnej, gdzie w przypadku monozygot HLA DRB1\*15 ryzyko zachorowania jest dziesięć razy większe, a w przypadku heterozygot pięć razy większe w porównaniu z osobami o innym genotypie HLA. [24]

Dodatkowym argumentem za znaczeniem czynników genetycznych jest asocjacja tej choroby z allotypami (Gm) IgG.

#### 2.1.4. IMMUNOPATOGENEZA

Dobrze działający system odpornościowy jest odpowiedzialny za obronę organizmu przed infekcjami. Ostrzeżenie o ataku następuje dzięki antygenom, specyficznym białkom znajdującym się na powierzchni każdej komórki.

Charakterystyczna dla SM jest pewna nieprawidłowość działania systemu odpornościowego – reakcja autoimmunologiczna. Przyczyną takiej reakcji może być nierozpoznanie własnych tkanek przez układ odpornościowy, wtedy to limfocyty T zostają skierowane przeciwko białku, będącemu składnikiem zdrowej mieliny w mózgu i rdzeniu kręgowym.

## 2.2. OBRAZ KLINICZNY I DIAGNOSTYKA

### 2.2.1. OBJAWY KLINICZNE

U chorych na SM objawy kliniczne są bardzo różnorodne, ponieważ zmiany patologiczne występują w różnych okolicach mózgu i rdzenia kręgowego. Początkowo charakteryzują się zmiennością a także wieloogniskowością, przeważnie mają zwalniający przebieg oraz zachowują tendencję do symetrii i miejscowego rozszerzania się.

„Początek choroby może być jedno lub wieloobjawowy, typowy lub nietypowy, rzadziej ostry, podostry, powolny lub wyjątkowo napadowy. Jednoobjawowa choroba na początku zwykle w dalszym przebiegu przekształca się w zespół wieloobjawowy, rzadziej zostaje monosymptomatyczna. Początek wieloobjawowy może przebiegać później, jako zespół wieloogniskowy, lub też odwrotnie, cechuje się obrazem jednoobjawowym”.[3]

„Najczęstszymi pierwszymi objawami choroby są: zaburzenia czucia kończyn – parestezje i drętwienia (33%), zaburzenia równowagi i chodu (18%), utrata wzroku w jednym oku (17%), ból gałki ocznej (17%), podwójne widzenie (13%), osłabienie siły mięśniowej (10%), rzadziej zapalenie rdzenia, objaw Lhermitte’a, objawy czuciowe na twarzy”.[12]

Według Selmaja „Do najczęstszych objawów neurologicznych występujących w SM należą zatem niedowłady piramidowe kończyn dolnych i górnych, zaburzenia czucia, widzenia, koordynacji, a także zaburzenia kontroli zwieraczy”.[24]

Objawy te dotyczą kończyn górnych i kończyn dolnych, w których występują częściej i są bardziej nasilone. Niedowłady mogą występować pod postacią nadmiernego męczenia się, znużenia kończyn, uczucia ciężaru lub okresowego sztywnienia. Mogą one dotyczyć jednej lub kilku kończyn, stąd typowa jest dla SM parapareza, choć występuje często tri- i tetrapareza. W początkowym okresie choroby niedowłady mogą wystąpić jako objaw rzutu i z czasem wycofać się a w fazie wtórnej, są głównym objawem decydującym o niesprawności chorego. Kiedy niedowłady pojawiają się w sposób utajony, wtedy od początku choroby mają charakter spastyczny. Odwrotna sytuacja następuje gdy mamy do czynienia z gwałtownym wystąpieniem niedowładu,



kiedy to początkowo jest on wiotki, ale w ciągu kilkunastu dni nabiera charakteru spastycznego.

Najczęściej stosowaną skalą do oceny nasilenia niedowładu jest skala EDSS (od 0 do 6) oraz prosta skala stosowana w rutynowej praktyce lekarskiej od 0 do 5.

Wartość	Opis sprawności
0	normalna sprawność ruchowa; we wszystkich podskalach funkcyjnych (FS) 0
1	normalna sprawność; wartość 1 w jednej FS
2	minimalna niesprawność; wartość 2 w jednej FS, pozostałe 1 lub 0
3	umiarkowana niesprawność; wartość 3 w jednej FS, pozostałe 2, 1 lub 0 lub wartość 2 w 3–4 FS
4	zachowane samodzielne poruszanie się; nie wymaga opieki przez co najmniej 12 godz.; wartość 4 w jednej FS lub niższa w kilku FS; możliwość przejścia bez pomocy 500 m
5	nieprawność zaburzająca codzienną aktywność; wartość 5 w jednej FS lub niższa w 3–4 FS; możliwość samodzielnego przejścia 200 m
6	wymagana stała jednostronna pomoc, laska lub kula do przejścia 100 m; wartości powyżej 3 w kilku FS
7	niemożność przejścia powyżej 5 m nawet z pomocą; konieczność korzystania z wózka; samodzielne poruszanie się na wózku oraz transfer z wózka i na wózek; wartości 4 lub 5 w kilku FS, w tym w FS funkcji piramidowych 5
8	aktywność ograniczona do łóżka lub wózka; zachowana samodzielność w zakresie kończyn górnych
9	pacjent leżący bez ruchu, zachowana komunikacja i połykanie
10	śmierć z powodu SM

Tabela 1. Skala EDSS (Expanded Disability Status Scale).[24]

Inne objawy towarzyszące to: wygórowanie odruchów głębokich (ścięgnistych), zniesienie odruchów powierzchownych (zwłaszcza brzusznych i podeszwowych) i występowanie objawów patologicznych (objaw Babińskiego, rzadziej objaw Oppenheima lub Chaddocka).

Cechą niedowładu piramidowego jest spastyczność mięśni, czyli występowanie wzmożonego, niekontrolowanego napięcia mięśni, które przejściowo ustępuje przy wykonywaniu ruchu biernego kończyny. Spastyczność dotyczy głównie kończyn dolnych w początkowym okresie rozwoju, jest bardziej nasilona w mięśniach prostownikach stawów kolanowych i biodrowych, co związane jest z koniecznością zabezpieczenia odruchów wyprostnych. Wyprostne ustawienie kończyny dolnej z jednej strony utrudnia chodzenie, z drugiej zaś umożliwia używanie kończyny jako podpory do utrzymania pozycji stojącej. Po długim okresie chorowania rozwija

się krańcowa postać spastyczności w mięśniach zginaczach kończyn dolnych, co zupełnie uniemożliwia chodzenie. Mniej nasiloną spastyczność występuje w kończynach górnych i obejmuje głównie mięśnie zginacze stawów łokciowych i nadgarstka.

„Spastyczność utrzymuje się na stałym poziomie, ale bodźce czuciowe powodują jej nasilenie, co prowadzi do wystąpienia bolesnych skurczów spastycznych po dotknięciu niektórych okolic niedowładnej kończyny. Podobne napadowe skurcze mięśni występują po rozciągnięciu mięśnia przy próbie wykonywania ruchu. Skurcze takie mogą występować też samoistnie, np. w nocy, powodując znaczne dolegliwości chorego”. [24]

Demielinizacja powstała w drogach korowo-jądrowych powodują porażenie nerwu twarzewego typu ośrodkowego, które charakteryzuje się spastycznością w obrębie porażonych mięśni twarzy. Uwidacznia się to poprzez występowanie skurczów mięśni dolnej części twarzy, uniesieniu i przecignięciu kącika ust w stronę porażoną.

„W rzadkich przypadkach może pojawić się miokimia twarzy, która polega na drobnych, falujących, jednostronnych skurczach, głównie okolicy policzka”. [12]

Równie często występującym objawem w SM są zaburzenia czucia powierzchownego, oraz rzadziej zaburzenia czucia głębokiego, temperatury i bólu. Osłabienie czucia występuje w kończynach dolnych, górnych, tułowi i twarzy. Zaburzenia te polegają na prostym osłabieniu czucia dotyku i dyskryminacji, albo na czuciu opatrzonym i występowaniu zmienionych doznań czuciowych. Powodują trudności w rozpoznawaniu dotykanych przedmiotów. Charakterystyczne dla SM są parestezje, występujące zazwyczaj pod postacią wrażenie klucia igłami, mrowienia, drętwienia, ściskania, zimna. Parestezje u chorych mają lokalizację odpowiadającą dermatomom korzeni rdzeniowych, co związane jest z lokalizacją plak w okolicy rogów przednich rdzenia w miejscu wyjścia korzeni z rdzenia. Może występować również utrata czucia ułożenia i wibracji (uszkodzenie sznurów tylnych) lub bólu (uszkodzenie drogi rdzeniowo-wzgórzowej). Wśród objawów czuciowych u chorych z SM występuje dość nietypowe zjawisko zwane objawem Lhermitte’a opisywane jako odczucie polegające na przechodzeniu wzdłuż kręgosłupa przepływu prądu elektrycznego lub innego rodzaju ostrego bólu, w czasie pochylania głowy do przodu. Uczucie to znika po wyprostowaniu głowy.

Dochodzi również do uszkodzenia mózdzku oraz połączeń mózdzku z pniem mózgu, co powoduje zaburzenia koordynacji ruchowej. Cechy charakterystyczne to: drżenie zamiarowe, dysmetria i trudność w wykonywaniu ruchów naprzemiennych (zakłócenie współpracy mięśni agonistów i antagonistów). Opisywane rozpoznawanie zwane ataksją mózdkową może dotyczyć kończyn górnych i dolnych, a także tułowia.

Niedowładność wraz z zaburzeniami koordynacji powodują występowanie u chorych z SM zaburzenia chodu:

- spastyczny z pociąganiem kończyn po podłożu,
- ataktyczny, na szerokiej podstawie,
- paraparetyczno-ataktyczny, zawiera oba wyżej wymienione elementy patologiczne.[24]

Do najcięższych objawów powodujących niesprawność pacjentów zaliczamy ataksję, uniemożliwia ona sprawne poruszanie się, samodzielne jedzenie, pisanie i wykonywanie innych podstawowych czynności.

W zakresie mowy stosunkowo powszechnym objawem przy SM jest zaburzenie koordynacji mięśni zaangażowanych w aparat głosowy. Mowa staje się trudniejsza, spowolniona, zacinająca, ze zmienionym akcentem na sylaby w wyrazie, przez co określamy je terminem mowa skandowana.

„Z zaburzeniami koordynacji u pacjentów z SM związane jest również występowanie drżenia”. [24]

W SM poza drżeniem zamiarowym występuje również drżenie kinetyczne polegające na występowaniu powtarzających się naprzemiennie skurczów mięśni w czasie wykonywania jakiegokolwiek ruchu oraz drżenie posturalne polegające na wystąpieniu objawów przy utrzymywaniu wyprostowanych kończyn lub przyjęciu określonej pozycji kończyny.

„W przeszłości jako drżenie typowe dla SM wymieniano drżenie opisane przez Holmsa. Polega ono na występowaniu obszernych, nieregularnych ruchów kończyn i tułowia, o małej częstotliwości. Drżenie to występuje w spoczynku ale nasila się w czasie wykonywania ruchów i niezwykle je utrudnia”. [24] Inne określenia tego rodzaju drżenia to: drżenie czerwiennie (rubralne), drżenie międzymózgowe, drżenie wzgórzowe, zespół Benedykta.

Często występują zaburzenia ruchomości gałek ocznych, oczopląs, zaburzenia skojarzonych ruchów gałek ocznych, izolowane porażenia mięśni gałek ocznych. Oczopląs, czyli mimowolne ruchy gałek ocznych w przypadku SM ma charakter poziomy, rzadziej pionowy czy też obrotowy. W wyniku porażenia pęczka przyśrodkowego podłużnego jednostronnego pojawia się objaw niedociągania oka do kąta wewnętrznego z jednoczesnym poziomym oczopląsem drugiego oka odwodzącego, zaś porażenie pęczka przyśrodkowego skojarzone jest z zaburzeniem symetrycznego ustawienia gałek ocznych.

Izolowane porażenia nerwów ruchowych gałki ocznej (nerw okoruchowy, nerw odwodzący) spowodowane są uszkodzeniami ich jąder w rdzeniu przedłużonym. Skutkiem porażenia ruchomości gałki ocznej jest podwójne widzenie (diplopia).

„Proces demielinizacyjny u 30% chorych obejmuje nerw wzrokowy lub skrzyżowanie nerwów wzrokowych. Ostre zapalenie nerwu wzrokowego charakteryzuje

się jednooczną utratą widzenia centralnego, często połączoną z bólem gałki ocznej i łuku brwiowego, nasilającym się przy ruchach gałek ocznych na boki”.[12]

Widzenie barw i ostrość wzroku są znacznie zaburzone w ostrym okresie SM, reakcje źrenicy w chorym oku na bodziec świetlny jest słaba. Zapalenie najczęściej dotyczy pozagałkowej części nerwu wzrokowego dlatego też badanie dna oka często nie wykazuje zmian. Gdy zapalenie zlokalizowane jest w przedniej części nerwu II, tarcza może być przekrwiona i obrzęknięta. Cechy kliniczne pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego (PZWN) to nie wyraźne widzenie lub całkowita utrata widzenia, ból oka i zaburzenia widzenia barw (zwłaszcza koloru czerwonego i zielonego). Po przebyciu zapalenia wzrokowego zdolność widzenia polepsza się samoistnie. Wczesne etapy tej poprawy mogą pojawić się dość szybko z czasem wygaśnięcia procesu zapalnego w obrębie nerwu wzrokowego.

Innym z objawów są zawroty głowy związane są z uszkodzeniem jąder przedsionkowych w rdzeniu przedłużonym i charakteryzują się wrażeniem ruchu otoczenia, zaburzeniem równowagi i dezorientacją w przestrzeni. Zawroty głowy mogą występować napadowo w formie krótkotrwałych incydentów jak i utrzymywać się przez dłuższy czas, często prowokowane są ruchem lub występują samoistnie.

Czasami mają charakter wirowania, ale częściej są spowodowane nagłą utratą koordynacji postawy stojącej, natomiast w trakcie chodzenia powodują „zarzucanie” pacjenta. W przypadku silnych zawrotów głowy dołączają się objawy wegetatywne: wymioty, nudności, pocenie się, omdlenie.

Problemy z kontrolą zwieraczy są spowodowane pojawieniem się plak w rdzeniu kręgowym, przede wszystkim na przebiegu dróg korowo – rdzeniowych.

Rodzaje zaburzeń pęcherzowych to: pęcherz spastyczny (odruchowy, automatyczny), czyli nietrzymanie moczu, dyssynergia pęcherza, pęcherz atoniczny – zatrzymanie moczu.

„Znacznie rzadziej, niż zaburzenia pęcherzowe występują zaburzenia kontroli oddawania kału. Mogą one polegać na występowaniu zaparc, ale również spotyka się nietrzymanie kału”.[24]

Pacjentów z SM często dotyczą zaburzenia seksualne, które są wynikiem uszkodzenia układu nerwowego, pochodzenia psychogenne, lub następstwem stosowanych leków. W większym stopniu zaburzenia funkcji seksualnych dotyczą mężczyzn niż kobiet, co objawia się obniżonym libido, opóźnionym wytryskiem, zaburzeniami erekcji, zaburzeniami czuciowymi w obrębie narządów płciowych. U kobiet zaś występuje zmniejszona zdolność do pobudzenia seksualnego i przeżywania orgazmu, suchość pochwy, zaburzenia czuciowe.

„Zaburzenia poznawcze rozwijają się w różnym okresie od początku choroby, a ich obraz zależy w dużym stopniu od lokalizacji zmian demielinizacyjnych.

Około 50% pacjentów cierpi na osłabienie zapamiętywania nowych informacji oraz odtwarzania materiału dawno utrwalonego. Dość powszechnie występują zaburzenia uwagi (koncentracji i podzielności) oraz spowolnienie tempa przetwarzania informacji”. [12] Ten rodzaj zaburzeń jest charakterystyczny dla uszkodzeń podkorowych.

Mogą pojawiają się również zaburzenia myślenia abstrakcyjnego, funkcji związane z oceną, planowaniem i tworzeniem strategii działania.

Do objawów psychopatologicznych występujących w SM zaliczamy: przymusowy płacz i/ lub śmiech, lekkie obniżenie nastroju mogące przejść w formę depresji.

Chorzy na SM zmagają się również z zespołem zmęczeniuowym. Opisujemy jako zespół objawów związanych z ogólnym osłabieniem i adynamią, która nie wynika z depresji lub innych przyczyn organicznych. Chorzy narzekają na ogólne osłabienie, niemożność wykonywania czynności życiowych lub szybkie męczenie się w trakcie ich wykonywania.

## 2.2.2. POSTACIE KLINICZNE I PRZEBIEG CHOROBY.

„Najważniejszymi cechami klinicznymi choroby są:

- zmienne nasilenie objawów chorobowych, z dobrze zdefiniowanymi okresami zaostrzeń (rzut) i poprawy klinicznej (remisja) lub stałe narastanie objawów,
- wielogniskowe uszkodzenie układu nerwowego (rozsiane w przestrzeni),
- różnoczasowe pojawienie się zmian (rozsiane w czasie).” [12]

Podstawowe postacie choroby:

1. Postać z rzutami i remisjami (relapsing – remitting – RR), najczęstsza postać choroby u osób, u których objawy pojawiają się przed 40-tym rokiem życia. Rzut to w SM pojawienie się nowych objawów neurologicznych lub znaczne nasilenie się już istniejących, trwające ponad 24 godziny. W tej postaci objawy mogą pojawić się nagle, ale najczęściej narastają w ciągu kilku dni, po czym następuje stabilizacja, która trwa kilka dni lub tygodni. Samoistna poprawa trwa od 4 do 12 tygodni. Następnego rzutu chory może spodziewać się po kilku tygodniach, miesiącach lub latach. Objawy neurologiczne po pierwszych rzutach ustępują niemal całkowicie, ale kolejne rzuty pozostawiają po sobie coraz większe zaburzenia i niesprawność.
2. Postać wtórnie postępująca, najczęściej rozwija się po 10 – 15 latach choroby z rzutami i remisjami, głównie u osób po 40 rokiem życia. W postaci tej

po rzucie nie ma powrotu do stanu sprzed zaostrzenia, a objawy neurologiczne stopniowo narastają przez okres minimum 6 miesięcy. Stan chorego ulega stopniowemu powolnemu pogarszaniu.[12]

3. Postać pierwotnie postępująca. „Występuje u 10 –15% chorych, częściej u mężczyzn i po 40-tym rokiem życia. Najczęstszymi objawami są zaburzenia chodu, osłabienie nóg, zaburzenia koordynacji. W obrazie rezonansu magnetycznego mózgowia stwierdza się stosunkowo niewiele ognisk i bardzo niewiele ognisk wzmacniających się po podaniu kontrastu gadolinowego. W płynie mózgowo-rdzeniowym odczyn zapalny jest niewielki”.[12]
4. Postać pierwotnie postępująca z zaostrzeniami, najrzadziej występująca postać choroby. Objawy neurologiczne i niesprawność narastają od początku bez okresu poprawy, ale na tym tyle mogą wystąpić jeden lub dwa rzuty.

Występują również inne, rzadsze postaci SM, które mogą sprawiać duże trudności diagnostyczne:

- Postać ostro postępująca (postać Maburga), w postaci tej objawy neurologiczne narastają w ciągu kilku dni lub miesięcy doprowadzając do czterokończynowego porażenia i śmierci w wyniku nawracających infekcji, zachłyśnięcia i zaburzeń oddechowych.
- Zapalenie rdzenia i nerwów wzrokowych (choroba Devica), następuje zapalenie rdzenia i nerwów wzrokowych. Zmiany zapalne i demielinizacyjne prowadzą często do rozległej martwicy, przez co choroba prowadzi do ciężkiej niesprawności.
- SM o przebiegu rzekomoguzowym, pierwszym objawem choroby może być pojedyncze duże ognisko zapalne zlokalizowane w półkuli mózgu lub rdzeniu.[12]

### 2.2.3. DIAGNOSTYKA

„Rozpoznanie kliniczne stwardnienia rozsianego opiera się na wywiadzie i badaniu neurologicznym, w którym stwierdza się więcej niż dwa oddzielne ogniska uszkodzenia istoty białej o.u.n. powstałe w różnym czasie (w odrębnych rzutach choroby) i po wykluczeniu innych możliwych przyczyn choroby. Wyróżnia się trzy stopnie pewności klinicznego rozpoznania SM: całkowicie pewne, przypuszczalne, domniemane”.[1]

Aktualnie do diagnostyki choroby stosuje się kryteria wg McDonalda.

Objawy występujące	Dodatkowe wyniki konieczne do rozpoznania SM
2 lub >2 rzutów; objawy kliniczne z 2 ognisk	żadne
2 lub >2 rzutów; objawy kliniczne z 1 ogniska	MRI demonstrujące rozsiane zmiany <sup>1</sup> lub co najmniej 2 zmiany w MRI + pozytywny wynik CSF <sup>2</sup> lub oczekiwanie na kolejny rzut o innej lokalizacji klinicznej
1 rzut; objawy kliniczne z 2 lub >2 ognisk	nowe zmiany w MRI w okresie >30 dni (T2) lub 3 miesięcy (Gd+) lub oczekiwanie na kolejny rzut
1 rzut; objawy kliniczne z 1 ogniska	MRI demonstrujące rozsiane zmiany <sup>1</sup> lub co najmniej 2 zmiany w MRI + pozytywny wynik CSF <sup>2</sup> oraz nowe zmiany w MRI w okresie >30 dni (T2) lub 3 miesięcy (Gd+) lub oczekiwanie na kolejny rzut
postępujące narastanie objawów neurologicznych	postęp progresji objawów w ciągu roku oraz dwa z trzech warunków: a) >9 zmian w T2 w MRI lub >4 zmian w T2 i dodatni wynik VEP <sup>3</sup> b) 2 zmiany w T2 w rdzeniu kręgowym c) pozytywny wynik CSF <sup>2</sup>

<sup>1</sup>zmiany MRI muszą spełnić kryteria Barkhofa i Tintore (s. 64)<sup>2</sup>obecność prążków oligoklonalnych lub podwyższony indeks IgG<sup>3</sup>patologiczna latencja wzrokowych potencjałów wywołanych

Tabela 2. Kryteria rozpoznania SM wg McDonalda (po nowelizacji w 2005r.)[24]

„Kryterium SM pewnego było spełnione jeśli u pacjenta wystąpiły dwa rzuty choroby, a objawy kliniczne odpowiadały co najmniej dwóm różnym ogniskom patologicznym np. niezdolność kończyn górnych spowodowana pląką demielinizacyjną w mózdzku i spastyczny niedowład kończyny dolnej spowodowane pląką w rdzeniu kręgowym”.[24]

Badania mające największe znaczenie w postawieniu właściwego rozpoznania to: rezonans magnetyczny (MRI), badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (PMR) oraz badanie potencjałów wywołanych (PW).

Rezonans magnetyczny pozwala na prześledzenie dynamiki uszkodzenia mózgu w przebiegu SM. Po podaniu kontrastu (gadolinu) wzmocnieniu ulegają zmiany świeże, czyli z aktywnym procesem zapalnym, projekcja T<sub>1</sub> – zależna; oraz stare ogniska uszkodzenia, projekcja T<sub>2</sub> – zależna.

„Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego często dostarcza danych potwierdzających rozpoznanie SM. Najbardziej użyteczne jest stwierdzenie charakterystyczne zmian stężenia białka, w tym immunoglobulin (IgG)”.[29]

Podwyższone stężenie immunoglobulin w płynie mózgowo-rdzeniowym świadczy o uaktywnieniu procesów odpornościowych w układzie nerwowym, które w warunkach prawidłowych nie powinno przekraczać 4mg%. Za dodatni wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego uważa się stwierdzenie obecności prążków oligoklonalnych uzyskanych techniką ogniskowania izoelektrycznego lub podwyższonego indeksu IgG.

W diagnozowaniu SM wykorzystujemy neurofizjologiczną metodę badań tzw. potencjały wywołane: wzrokowe, słuchowe i somatosensoryczne. Badania te są proste, nieinwazyjne, nieszkodliwe dla pacjentów, pozwalają rejestrować dotarcie impulsu elektrycznego do mózgu.

„Na wzrok działa się światłem bądź wzorem, który zmienia formę na ekranie – metodę tą nazywa się z angielskiego VEP. Na słuch można oddziaływać małymi kliknięciami skierowanymi do ucha”. [6]

W przypadku występowania objawów klinicznych wywołanych uszkodzeniem jednoogniskowym, szczególnie przydatne są badania elektrofizjologiczne. Nieprawidłowy potencjał upoważnia do rozpoznania odrębnego ogniska demielinizacyjnego.



## ROZDZIAŁ 3 METODY LECZENIA

### 3.1. ŁAGODZENIE NASTĘPSTW RZUTU.

Wiedza o SM jest coraz większa, chociaż nie wynaleziono jak dotąd nigdzie leku, który doprowadziłby do wyleczenia, czyli całkowitego ustąpienia objawów choroby.

Medycyna odpowiednimi lekami potrafi spowodować, żeby rzuty choroby ustąpiły, występowały jak najrzadziej i miały łagodny przebieg. Istnieje również grupa leków tzw. objawowych, które nie leczą rzutu, ale zmniejszają uporczywie nękające pacjenta objawy, takie jak: sztywność, trudności w utrzymaniu moczu itp.

Gdy u chorego nagle pojawiają się objawy świadczące o zaburzeniach ze strony układu nerwowego: kłopoty z widzeniem, poruszaniem się, utrzymaniem równowagi, drętwieniem rąk albo nóg, powinien on zwrócić się do neurologa, który zazwyczaj rozpoznaje w takich okolicznościach rzut choroby.

W przypadku kiedy wystąpi rzut rzekomy, czyli objawy spowodowane infekcją lub zdenerwowaniem, które najczęściej ustępują po kilku dniach samoistnie, bez leczenia, warto poczekać kilka dni, zanim zgłosimy się do neurologa. Natomiast rzut wyraźny utrudniający codzienne funkcjonowanie wymaga leczenia.

Rzut w SM następuje, gdy w obrębie układu nerwowego pojawia się stan zapalny, w którym uczestniczą komórki odpornościowe niszczące osłonkę mielinową włókien nerwowych, dlatego głównymi lekami stosowanymi w leczeniu SM są kortykosteroidy, które to „gaszą” ognisko zapalne w układzie nerwowym, wywołujące rzut SM i prowadzą do wycofania się jego objawów. Najczęściej stosowane sterydy nowej generacji to metyloprednizolon, który podawany jest w formie zastrzyków dożylnych lub tabletek. Coraz rzadziej stosowane są sterydy dawnej generacji, takie jak: prednizon lub deksametazon, ponieważ mają one podobną skuteczność jak nowe preparaty, lecz powodują więcej objawów ubocznych.[1]

Wystąpienie rzutu o znacznym nasileniu objawów, zmusza pacjenta do pobytu w szpitalu, gdzie podawane są sterydy dożylnie w formie kroplówki.

Sterydy dożylnie, w wielu ośrodkach podawane są nawet ambulatoryjnie w przychodni specjalistycznej, bez konieczności hospitalizacji. Leki sterydowe działają jak środki dopingujące, pobudzają organizm do działania, co może powodować podeenerwowanie u pacjenta, może utrudniać zasypianie lub powodować zbyt wczesne budzenie się rano. Jednak objawy te szybko ustępują po zakończeniu leczenia.

W trakcie leczenia sterydami (podawane doustnie lub w kroplówce) dochodzi do ucieczki z organizmu substancji mineralnych, przede wszystkim potasu, w mniejszym stopniu wapnia i magnezu. Trzeba te pierwiastki uzupełniać.

### 3.2. LECZENIE OBJAWOWE.

W różnych okresach choroby mogą przeważać pewne objawy, które, na co dzień utrudniają pacjentom życie.

„Leczenie objawowe obejmuje przyjmowanie środków farmakologicznych i drobne zabiegi chirurgiczne, umożliwiające ograniczenie pewnych szczególnych objawów”.[2]

Najczęstsze tego rodzaju objawy to: spastyczność, różne dolegliwości bólowe, zaburzenia w oddawaniu moczu i stolca, szybkie męczenie się oraz stany depresyjne i lękowe. W zależności od zaawansowanego stadium SM, spastyczność może różnie się przejawiać. Uczucie sztywności i trudności w „rozruszaniu się” po wstaniu z łóżka, bolesne kurcze mięśni łydek, które pojawiają się po zmęczeniu, stresie lub budzą pacjenta w nocy. Do czynników potęgujących spastyczność zaliczamy: stany septyczne dróg moczowych, rozległe odleżyny, przewlekłe zaparcia, zimno, wiatr, deszcz, napięcie emocjonalne. W takim przypadku pomoc może niebytnie intensywna gimnastyka, przyjmowanie preparatów potasu i magnezu przepisanych przez lekarza lub zażywanie wieczorem leków zmniejszających spastyczności, które zaleci neurolog. Do często stosowanych leków należą: baklofen, tizanidin, tetrazepam, diazepam, klonazepam, tolperizon. Następujące zasady, których należy przestrzegać przy przyjmowaniu leków przeciw spastyczności:

- dostosować dawkę i liczbę stosowanych leków do stopnia nasilenia sztywności, stosować najmniejsze dawki skuteczne,
- pamiętać, że stosowanie zbyt dużych dawek ww. leków może doprowadzić m.in. do osłabienia mięśni senności.[1]

W zaawansowanym stadium SM spastyczność może prowadzić do trwałych przymusowych ustawień kończyn, czyli przykurczów, mogą jej towarzyszyć silne

bóle mięśni, stawów i kości. W krańcowych sytuacjach stosuje się duże dawki leków zmniejszających napięcie mięśniowe, czasami podając je bezpośrednio do kanału kręgowego. Czasami pomocne bywa nastrzykiwanie wybranych grup mięśni toksyną botulinową – silnym środkiem zwiotczającym mięśnie, działającym miejscowo. Działanie takich wstrzyknięć polega na blokowaniu impulsów z nerwów mięśni do mięśni. Zmniejsza się wówczas aktywność w łuku odruchu warunkowego i spastyczność znika. Można również zablokować samą zdolność nerwu mięśniowego do przewodzenia impulsu albo przewodzenia impulsu od nerwu do mięśni. Leczyć można również niskimi temperaturami, czyli krioterapia, akupunkturą albo oddziaływaniem pola magnetycznego.

Ból w SM może mieć różny charakter i różne przyczyny. Z bezpośredniego podrażnienia włókien nerwowych przez proces chorobowy wynikają nerwobóle: ostre rwące bóle promieniujące wzdłuż ręki, nogi, kręgosłupa, opasujące część tułowia lub obejmujące część twarzy. Lekarz prowadzący zapisuje karbamazepinę lub pochodne, silne, ale bardzo skuteczne preparaty, które wygaszają podrażnienie włókien nerwowych i prowadzą do ustąpienia bólu. W przypadku nieskuteczności karbamazepiny lub innych leków doustnych w leczeniu neuralgii nerwu trójdzielnego należy rozważyć zastosowanie leczenia zabiegowego, polegającego na uszkodzeniu zwoju Gassera lub korzenia nerwu trójdzielnego.

„Przeciążenie stawów, niewłaściwa postawa i sposób chodzenia, wynikające z samej choroby, mogą wywoływać bóle kostno-stawowe podobne do bólów reumatycznych. Tego typu dolegliwości wymagają stosowania tzw. niesterydowych leków przeciwzapalnych, do których należy m.in. diclofenac. Niesterydowe leki przeciwzapalne powinny być stosowane pod kontrolą neurologa lub lekarza rodzinnego”.[29]

„Leki przeciwskurczowe i przeciwzapalne, w połączeniu z rehabilitacją ruchową i ćwiczeniami jogi to często stosowane i efektywne środki, pomagające chorym w utrzymaniu sprawności i koordynacji ruchowej”.[2]

Kłopoty w kontrolowaniu pracy pęcherza moczowego mogą polegać na trudnościach w utrzymaniu moczu lub wrażeniu ciągłego parcia na mocz. Konsultacja urologiczna jest niezbędna, ponieważ pozwala na dokładne określenie rodzaju zaburzeń w pracy pęcherza, czy nie dochodzi do zalegania moczu po opróżnieniu pęcherza. Zaniedbania w tym zakresie mogą być niebezpieczne, gdyż stwarzają ryzyko zakażenia układu moczowego – w zalegającym w pęcherzu moczu łatwo rozwijają się bakterie. Miejscowe zakażenie może nawet uogólnić się na cały organizm i stanowić zagrożenie zdrowia i życia. W leczeniu pęcherza nadreaktywnego zastosowanie znalazły leki antycholinergiczne (zwiększają objętość pęcherza i przedłużają czas do następnego parcia), tj. oksybutonina (Ditropan), tolterodyna (Detrusitol), soliferacyna

(Vesicare). W leczeniu pęcherza autonomicznego stosuje się także trójcykliczne leki przeciwdepresyjne (imipraminę-Tofralin). Obecnie w zaawansowanych przypadkach nadreaktywności istnieje możliwość stosowania atropiny podawanej bezpośrednio do pęcherza moczowego lub wstrzykiwanie miejscowe toksyny botulinowej, a w skrajnych przypadkach leczenie chirurgiczne, które polega na odnerwieniu pęcherza.[23]

Problemy w opróżnianiu pęcherza spowodowanych jego atonią leczymy stosując dystygminy (Ubretid) o działaniu cholinergicznym. Wskazane jest również stosowanie prostych zabiegów wspomagających opróżnianie pęcherza tj. ucisk okolicy nadłonowej, zabieg Valsalvy. Najskuteczniejszą metodą opróżniania pęcherza jest samocewnikowanie.

Trudności w oddawaniu stolca w SM to zazwyczaj ciężkie zaparcia. Ich leczenie jest ciężkie i polega stosowaniu właściwej diety oraz leków usprawniających pracę jelit. O stosowanych lekach powinien decydować lekarz rodzinny.

Znaczna część chorych skarży się na szybkie męczenie się, nawet po wykonaniu czynności, które przez osoby zdrowe nie są odbierane jako męczące lub uciążliwe (codzienna toaleta, ubieranie się, proste czynności domowe, spacer). Taki zespół objawów, określany mianem zespołu zmęczenia, jest typowy dla SM.

Chory pod kontrolą lekarza może próbować leczenia amantadyną (Viregyt, Amantax), modafinilem, prokariną, a sam powinien przyjąć zasadę wykonywania danej pracy czy wysiłku „do pierwszych objawów zmęczenia” oraz powinien planować przerwy w pracy.

Postawienie diagnozy SM ma duży wpływ na życie osobiste i zawodowe, gdyż pojawiają się liczne problemy z którymi czasami trudno sobie poradzić. Wtedy to psychika pacjenta reaguje stanami depresyjnymi, lękowymi. Leki przeciwdepresyjne pełnią w SM także rolę leczenia objawowego, które rozpoczyna się po wnikliwej rozmowie z neurologiem lub psychiatrą i pod ich kierunkiem. Preparaty przeciwdepresyjne są bardzo dobrze tolerowane, pozwalają na sen, dają nową energię do działania w ciągu dnia.

### 3.3. LECZENIE HAMUJĄCE POSTĘP CHOROBY.

Na dzień dzisiejszy medycyna dysponuje wieloma środkami, które mogą łagodzić przebieg choroby, zmniejszyć liczbę rzutów oraz złagodzić ich przebieg. Główne z tych leków to:

- beta-interferony, czyli substancje białkowe naturalnie wytwarzane w organizmie przez komórki odpornościowe. Ich działanie polega na gaszeniu ogniska zapalnego oraz powstaniem nowych. Dostępne i dopuszczone do stosowania

w Polsce są preparaty: Betaferon, Avonex, Rebif. Stosowane są one do leczenia postaci z rzutami i remisjami, w której występują 2–3 poważne rzuty rocznie, wymagające intensywnego leczenia. Terapie interferonem należy stosować przez min. 2–3 lata,

- Octan glatirameru, nazwa handlowa preparatu to Copaxone, jest on stosowany w SM z rzutami i remisjami. Lek jest dopuszczony w Polsce do stosowania, choć rzadko stosowany ze względu na jego wysoki koszt, a minimalny czas kuracji to 2–3 lata,
- Mitiksantron jest preparatem należącym do grupy tzw. cytostatyków, podawany w kroplówce co kilka miesięcy przez 2–3 lata. Ten silnie działający lek prowadzi do zahamowania postępu choroby w postaci agresywnej, szybko postępującej. Stosowanie przynosi pozytywne rezultaty, ale niesie ze sobą wiele objawów niepożądanych.

Do innych metod leczenia zaliczamy.: cyklofosfamid, azatiopryna, dożylnie podawanie immunoglobulin, rzadziej naświetlanie układu limfatycznego (radioterapia), plazmafareza (wymiana białek krwi), przeszczep szpiku.[12]

### 3.4. ALTERNATYWNE METODY LECZENIA.

Można w Polsce znaleźć około 80 metod jako „uzdrawiające” proponowanych przewlekle chorym w tym również chorym na SM . Medycynie alternatywnej brak głębszej wiedzy o różnorodności i przebiegu SM. Można czasami korzystać z pomocy paramedycznej, zachowując jednak krytyczne spojrzenie i dystans w stosunku do proponowanych metod.

### 3.5. FIZJOTERAPIA

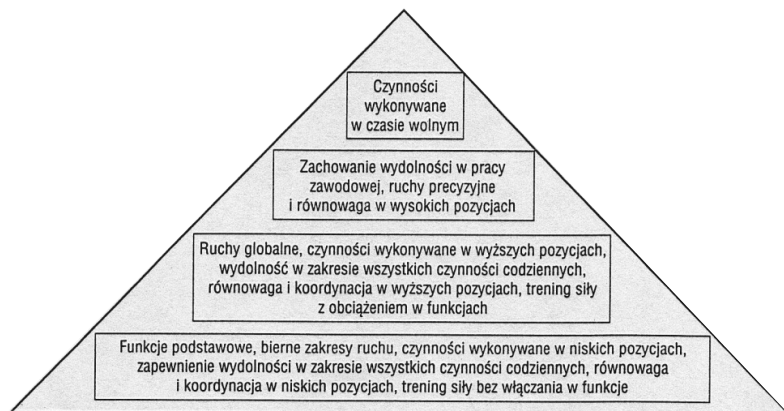
Pacjenci z SM podlegają opiece wieloosobowego zespołu specjalistów, do którego zaliczamy: neurologa, rehabilitanta, urologa, fizjoterapeutę, terapeutę zajęciowego, psychologa, pielęgniarki, opiekunów. Członkowie tego zespołu dokonują niezależnej oceny pacjenta, a następnie wspólnie biorą udział w tworzeniu programu usprawniania poprawiającego jakość życia chorego.

Rehabilitacja, czyli usprawnianie ruchowe (ćwiczenia indywidualne lub grupowe) i różne zabiegi fizykoterapeutyczne oraz masaże zapobiegają przykurczom, pomagają zachować swoje maksymalne możliwości oraz pomagają chorym w radzeniu sobie z niesprawnością ruchową. Wskazówki i rady fizjoterapeuty są szczególnie ważne,

głównie co do odpowiedniego doboru ćwiczeń, sposobu ich wykonywania, jak efektywnie działać, tracąc jak najmniej energii.

Zmęczenie i ból pojawiające się dość często u chorych na SM może niekiedy stanowić przeszkodę, a nadmierne wyczerpujące ćwiczenia mogą pogorszyć stan chorego.

Program usprawniania powinien być odpowiednio zróżnicowany i dobrany do stanu pacjenta aby mógł minimalizować skutki choroby.



Rycina 3. Piramida planowania metody fizjoterapii w SM.[27]

Leczenie usprawniające jest przeciwwskazaniem gdy występuje: ostry rzut choroby, ostre stany zapalne, czynny proces gruźliczy lub zakażenia ogniskowe, niewydolność krążenia, ogólne wyniszczenie, niektóre zespoły bólowe oraz ciężkie zmiany psychiczne, zaburzenia świadomości.

„Kinezyterapia obejmuje całość zagadnień związanych z leczeniem ruchem. Podstawą jej są ćwiczenia o charakterze leczniczym, czyli gimnastyka lecznicza. Ruch jako środek leczniczy ma zdolność oddziaływania na wszystkie narządy naszego organizmu. Głównym wskazaniem do zastosowania ruchu jako środka leczniczego jest stwierdzenie upośledzenia sprawności fizycznej jednostki”.[21]

Odpowiednio stosowane ćwiczenia wpływają na zakres ruchu w stawie, kształtują powierzchnie stawowe, zwiększają elastyczność i sprężystość części miękkich stawu, przeciwdziałają odwapnieniu kości. Ćwiczenia wpływają na siłę i masę mięśniową, utrzymują prawidłową długość i elastyczność, rozwijają zdolność ich reagowania na bodźce układu nerwowego, usprawniają krążenie krwi na obwodzie i odpływ chłonki. W przypadku układu nerwowego ruch bierny działa jako bodziec proprioceptywny, zaś ruch czynny pełni rolę czynnika pobudzającego o.u.n. Specjalne

ćwiczenia rozwijają pamięć ruchową, szybkość reagowania na bodźce zewnętrzne, usuwają lub zmniejszają zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów.

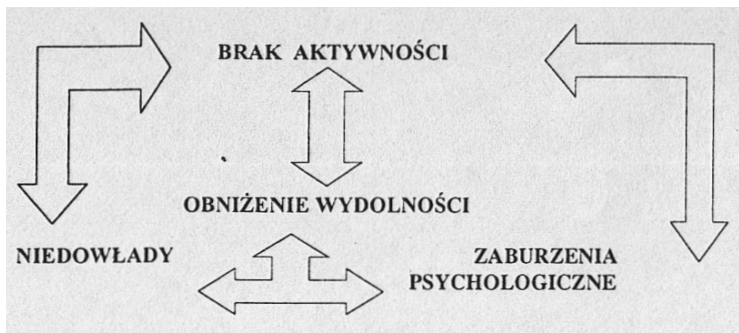
Ćwiczenia oddechowe zwiększają pojemność życiową płuc, uelastyczniają tkankę płucną, wzmacniają mięśnie oddechowe odpowiedzialne za prawidłowe kształtowanie klatki piersiowej i postawy człowieka. Wpływ ćwiczeń na układ krążenia to głównie zwiększenie jego wydolności i sprawności.

Ruch wpływa również prace mięśni gładkich i zwiększa wydolność narządów leżących w jamie brzusznej i miednicy. Zapobiegają zaparciom i zaleganiu moczu w drogach moczowych.

Mechanizmy działania ćwiczeń fizycznych:

- „Wyzwalanie rezerw efektorów i kompensacja zachowania. Aktywność motoryczna na każdym etapie choroby może powodować ograniczenie negatywnych skutków unieruchomienia, zapewniając niezbędną dawkę treningową i uwalniając w ten sposób rezerwy ze wszystkich układów organizmu. Wraz ze stopniową utratą rezerw powinno następować kierowane przez fizjoterapeutę uruchamianie mechanizmów zastępczych, kompensujących braki”.[13]
- „Wyzwalanie zjawisk kompensacji w obrębie układu nerwowego. Bodźce zewnętrzne i wewnętrzne o właściwym natężeniu powodują zmiany w funkcji i budowie układu nerwowego”.[13]

Aktywności motoryczna chorego na SM ma wpływ na zmiany plastyczne w mózgu, co stwarza szansę na opóźnienie pojawienia się i pogłębienia deficytów motorycznych.



Rycina 4. Skutki obniżonej aktywności fizycznej w SM.[14]

Cele rehabilitacji w SM:

- zapobieganie powikłaniom wynikających z unieruchomienia chorego: odleżynom, odwapnieniu kości, zaparciom, infekcjom dróg moczowych i dróg oddechowych,

- zapobieganie nadmiernej sztywności lub wiotkości mięśni (nieprawidłowe napięcie mięśniowe),
- utrzymanie pełnego zakresów ruchów czynnych w stawach,
- ograniczenie zaburzeń równowagi i koordynacji,
- zapobieganie zaburzeniom ortostatycznym,
- przeciwdziałanie niewydolności krążeniowo-oddechowej.

Każdy objaw patologiczny w SM jest częścią składową całości deficytu ruchowego i rzadko występuje samodzielnie. Objawy przenikają się wzajemnie na zasadzie sprzężeń zwrotnych, tak więc, leczenie izolowanego objawu ma wpływ na pozostałe problemy.

Wysiłek fizyczny w ostrym okresie jest w ogóle przeciwwskazany, a usprawnianie ogranicza się do takich czynności, jak: częsta zmiana pozycji, co 2–3 godziny z ułożenia na plecach na boki i brzuch oraz okresowo nadawać pozycję półsiedzącą za pomocą ruchomych podglówek (tym częstsza i tym bierniejsza im cięższy jest stan chorego), ćwiczenia oddechowe powinny być wykonywane przez chorego kilka razy dziennie, szczególnie przy zmianach pozycji, polegają one na wykonaniu kilku głębokich wdechów, ewentualnie ze wspomaganym wydechem przez terapeutę, który wykonuje niezbyt mocno obiema rękoma klatkę piersiową.

Podczas wykonywania zmiany pozycji należy wykonać porażonymi kończynami 2–3 powolne ruchy bierne w każdym stawie, nadając im następnie ułożenie fizjologiczne za pomocą poduszek, wałków.

Odpowiednie ułożenie chorego w łóżku:

- dla kończyny górnej, bark w odwiedzeniu o 60–90°, przedramię w lekkim odwróceniu, nadgarstek w lekkim zgięciu grzbietowym ok. 15°, nieznaczne zgięcie palców, kciuk w wyproście i lekko odwiedziony,
- dla kończyny dolnej, pozycja wyprostna lub nieznaczna rotacja wewnętrzna w stawie biodrowym, staw kolanowy lekko ugięty 10–15°, stopa zgięta grzbietowo pod kątem 90°.[29]

Gdy pacjent jest unieruchomiony w łóżku (zaawansowana postać choroby), jednym z ważniejszych problemów będzie nauczanie poruszania się w łóżku, przemieszczania z łóżka na wózek czy poruszania się na wózku.

O momencie opuszczenia łóżka i rozpoczęciu przez pacjenta ćwiczeń czynnych powinien zdecydować lekarz prowadzący. Początkowo takie ćwiczenia powinny mieć bardzo oszczędzający charakter, a przy znacznych niedowładach rozpoczynać się od ćwiczeń w odciążeniu lub ćwiczeń wspomaganych i nie przekraczać 15 minut.



W okresie przewlekłym nadal przeciwwskazane są nadmierne wysiłki i przemęczenie. Rehabilitacja ruchowa wskazana jest tylko w przypadkach utrwalonych ubytków ruchowych.

Pacjenci w remisji nie wymagają żadnych specjalnych ćwiczeń poza systematyczną, lekką gimnastyką. Dopuszczalne jest wykonywanie lekkich ćwiczeń z obciążeniem tylko w przypadku dobrego samopoczucia chorego, przechodząc stopniowo od wysiłków minimalnych do większych, pamiętając jednak, że nigdy nie mogą one być zbyt duże. Niedopuszczalne jest zmęczenie, które chory odczuwa jako przykre, a zwłaszcza gdy towarzyszą mu: pocenie się, zadyszka, uczucie pulsowania w skroniach, bóle głowy, zaczerwienienie lub bladeść skóry, senność. W każdym takim przypadku należy skrócić ćwiczenia lub zmniejszyć ich intensywność, a gdy mimo to objawy nie ustępują oraz jeśli samopoczucie nie ulega poprawie po półgodzinnym odpoczynku, należy je bezwzględnie przerwać i skonsultować się z lekarzem.

Ponowne wznowienie ćwiczeń musi zawsze zaczynać się od minimalnych obciążeń.

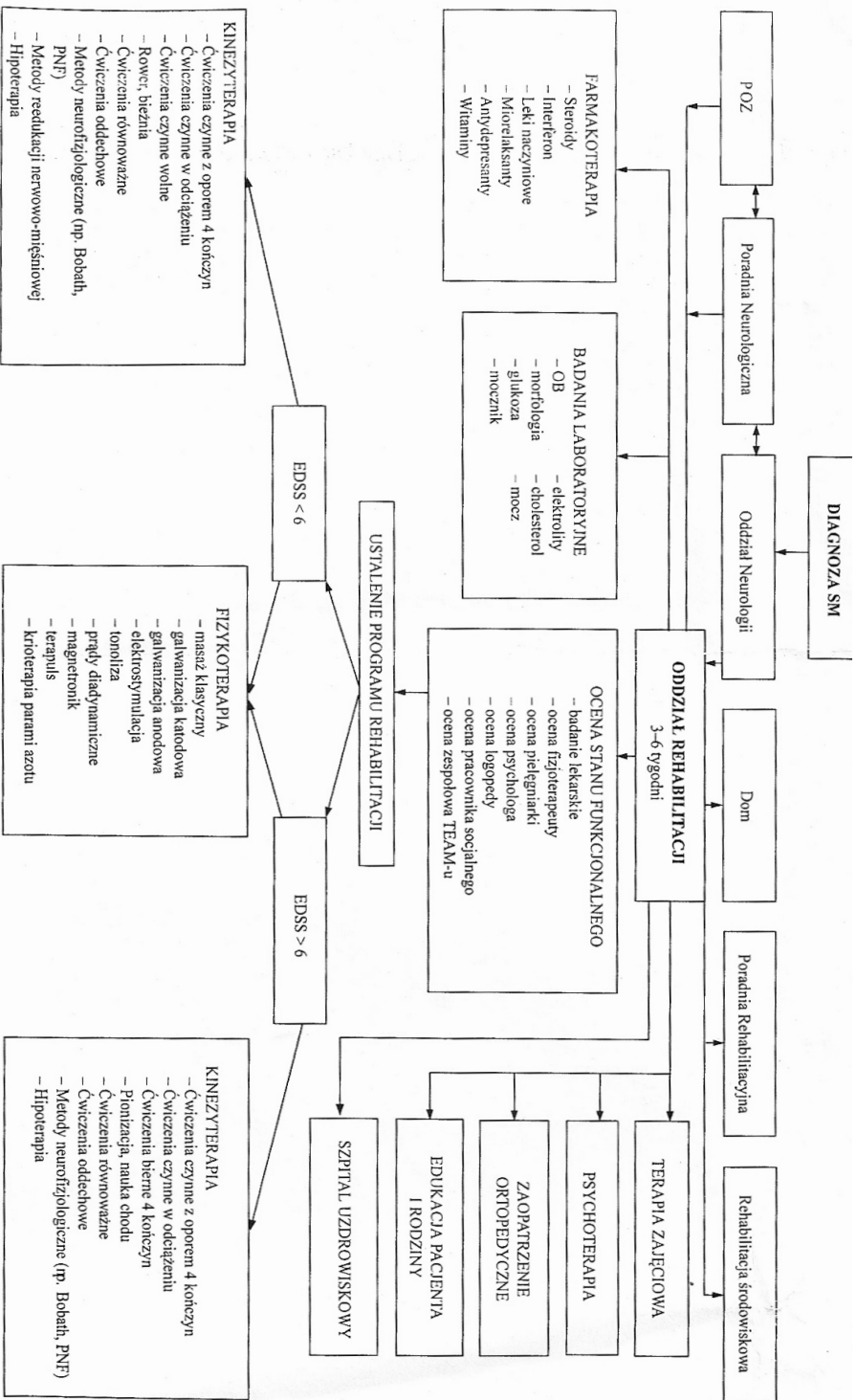
Dobrym miejscem dla prowadzenia usprawniania chorych na SM, jest ich własny dom, o ile jest on do tego specjalnie przystosowany. W warunkach domowych łatwiej jest dostosować indywidualne obciążenie i zakres ćwiczeń do zmiennych możliwości chorego, a jednocześnie prowadzić usprawnianie systematycznie i długotrwale, choć okresowo „na zwolnionych obrotach”.

„We wszystkich przypadkach zaburzeń koordynacji ruchowej, drżeń i zaburzeń równowagi oraz w większości pozostałych szansę poprawy dają bowiem prawie wyłącznie ćwiczenia czynne i czynno-bierne wykonywane we własnym zakresie przez samego zainteresowanego”.[30]

Pomoc rodzinny i otoczenia w okresie przewlekłym powinna zostać ograniczona do niezbędnego minimum, w przeciwieństwie do ostrego okresu choroby. Może być ona przydatna w trudnych sytuacjach: zaburzenia równowagi, ćwiczenia pionizacji i chodzenia.

Zlecone ćwiczenia do samodzielnego wykonywania w warunkach domowych powinna poprzedzać demonstracja i wyczerpujący instruktaż.

W warunkach domowych najczęściej wykonywane są dwa typy ćwiczeń: ćw. ogólne, angażujące wszystkie mięśnie, ukierunkowane na poprawienie samopoczucia, oddechu, sprawności ogólnej oraz ćw. specjalne indywidualnie ukierunkowane na poprawienie poszczególnych zaburzeń funkcji. Ćwiczenia ogólne powinny być wykonywane przez 10–15 minut z krótkimi przerwami na odpoczynek, zależnie od stanu i samopoczucia 1–2 razy dziennie w pozycji siedzącej, leżącej lub stojącej. Ćwiczenia dynamiczne należy stosować naprzemiennie z ćwiczeniami oddechowymi i relaksacyjnymi.[29]



Rycina 5. Rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym. [15]

W przypadku, gdy pacjent łatwo się męczy nawet po wykonaniu minimum proponowanych powtórzeń, można zalecić wykonywanie ćwiczeń izometrycznych w pozycji leżącej, w których ruch zastępuje rytmiczne, wielokrotne napinanie poszczególnych grup mięśniowych. Należy ćwiczyć, napinając kolejno mięśnie głowy, szyi, barków, kończyn górnych, klatki piersiowej, brzucha, pośladków i kończyn dolnych. Wykonywanie ćwiczeń izometrycznych zaleca się kilka razy dziennie, a w miarę poprawy uzupełniać je stopniowo elementami ćwiczeń ruchowych, zaczynając od tych ruchów, których wykonanie nie wywołuje zmęczenia.

Usprawnianie ogólnokondycyjne należy wykonywać w dobrze przewietrzonym pomieszczeniu lub na świeżym powietrzu w formie spacerów, lekkich niemęczących prac, a także pływanie, elementy gier sportowych tj. ćwiczenia z piłką, jazda na rowerze. Specjalne dobrane, indywidualnie dobrane wskazane w przypadkach niedowładów kończyn to głównie: ćwiczenia czynno-bierne i wspomagane, wykonywane we własnym zakresie za pomocą zdrowych kończyn, z ewentualnym użyciem urządzeń bloczkowych. Z programu usprawniania wykluczamy ćwiczenia siłowe, z przeciwstawnym znacznym oporem i trening wytrzymałościowy. Zalecane są natomiast ćwiczenia w odciążeniu, które przez wyeliminowanie siły ciężkości kończyny wymagają mniej wysiłku, ponadto umożliwiają wykonanie pełnego zakresu ruchu nawet przy bardzo słabej sile mięśniowej. Odciążenie niedowładnej kończyny możemy osiągnąć różnymi sposobami: przez zanurzenie jej w wodzie, przez zmniejszenie siły tarcia podłoża lub też przez zastosowanie podwieszek.

Dobre efekty przynoszą ćwiczenia w wodzie, można je wykonywać tylko w przypadku dobrej tolerancji temperatury wody, która nie powinna przewyższać 37°C. Czas kąpieli i ćwiczeń nie może przekraczać 5–10 minut. Czas takiej częściowej kąpieli i ćwiczeń może, przy dobrej tolerancji zabiegu, trwać do 20 minut.

Do najwygodniejszych i najprostszych ćwiczeń zaliczamy ćwiczenia w odciążeniu. Dzięki odpowiedniemu podwieszeniu możemy uzyskać możliwość wybiórczego ćwiczenia małym wysiłkiem różnych, szczególnie osłabionych grup mięśniowych.

Ćwiczenia prowadzone w sposób tradycyjny pozwalają na wykonanie, np. ruchu w odciążeniu w jednej płaszczyźnie, następnie w drugiej, natomiast w rehabilitacji funkcjonalnej ruch odbywa się w trzech płaszczyznach jednocześnie. Stąd też najbardziej celowe wydaje się stosowanie metod: PNF czy NDT Bobath.

„Metody PNF, NDT-Bobath konstruują swoje działanie terapeutyczne w oparciu o odtwarzanie naturalnego ruchu człowieka. W tych metodach cel rehabilitacji zostaje osiągnięty przez pełne uświadomienie pacjentowi przyczyny jego niepełnosprawności”.[27]

Pacjent zgodnie z koncepcją PNF postrzegany jest całościowo, wykorzystuje się jego silne i zdrowe regiony ciała, usprawnia chód, umożliwia ćwiczenia mięśni mimicznych, funkcji oddychania, żucia i połykania.

„Poprzez uczestniczenie ruchów globalnych, obserwowanych w życiu codziennym, przygotowuje się pacjenta do wykonywania konkretnych czynności, np. zmiany pozycji ciała w pozycji leżącej, siedzącej i stojącej. Twórcy tej metody uważają, że każdy wzorzec ruchowy ma swój układ posturalny, z którego może być on zapoczątkowany, przeprowadzony i skutecznie kontrolowany”.[28]

Rehabilitację stosujemy również w ataksji i zaburzeniach równowagi. Ataksją nazywamy niezborność, upośledzenie zdolności dokładnego i sprawnego wykonywania oraz koordynacji ruchów, charakteryzuje się zachwianiem postawy, chwiejnym krokiem i niezręcznością. Ćwiczenia manipulacyjne i celowane zaleca się, w przypadkach drżeń i zaburzeń koordynacji ruchów.

„Elementy tych ćwiczeń zawarte są we wszystkich codziennych czynnościach wykonywanych rękami, dlatego szczególne korzystne jest, aby chory pomimo zaburzeń starał się być całkowicie samodzielny w samoobsłudze, wyłączając się ponadto do niemęczących prac domowych.. Zaleca się także majsterkowanie i wykonywanie robótek ręcznych, takich jak haft, szydełkowanie, roboty na drutach, tkactwo itp., a także pisanie na maszynie, pisanie ręczne i rysowanie”.[30]

Problemy z chodzeniem usprawniamy ćwiczeniami zmiany pozycji i ćwiczeniami równoważnymi. Zależnie od stopnia zaburzeń ćwiczenia zmiany pozycji można wykonywać w łóżku albo na podłodze. Chory leżący, może ćwiczyć przewracanie się na boki, spuszczenie nóg, następnie powolne siadanie i wstawanie z oparciem o przedmioty. Po wyćwiczeniu umiejętności swobodnego przewracania się na boki i brzuch należy ćwiczyć klęk podparty, a potem chodzenie na czworakach i utrzymywanie pozycji wyprostnej na kolanach. Następnie można wprowadzać próby chodzenia, początkowo najlepiej na kolanach z przytrzymaniem się jedną ręką przedmiotów stałych, a później tak samo w pozycji w pełni spionizowanej. Do ćwiczeń chodzenia w pozycji spionizowanej przy znacznych zaburzeniach równowagi konieczne są poręcze przyścienne lub balkonik. Do ćwiczeń równoważnych, zalecanych w zaburzeniach średniego i niewielkiego stopnia, można zaliczyć ćwiczenia z partnerem (który wytrąca chorego z równowagi w pozycji siedzącej lub stojącej lekkim popchnięciem i asekuje go przed ewentualnym upadkiem) oraz ćwiczenia na ruchomym podłożu. Do ćwiczeń zaburzeń równowagi i koordynacyjnych warto dołączyć elementy muzykoterapii i choreoterapii.

„W utrzymaniu niezależności ruchowej i sprawności czynnościowej chorego powinni korzystać z dostępnych pomocy ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego (kule, balkoniki, wózki inwalidzkie, podnośniki, aparaty podporcze, itp.)”.[7]

Spastyczność prowadzi do zmian w mięśniach i ścięgnach, stają się mniej podatne na rozciąganie, sztywnieją i ulegają zwiotczeniu, co może prowadzić do powstania przykurczów. Objawia się ona jako zwiększony opór przy wykonywaniu biernych ruchów kończyn i zmniejszony zakres ruchu w stawach. Cele rehabilitacji spastyczności to głównie: poprawa funkcji kończyn, zdolności samodzielnego poruszania się, zmniejszenie bólu, zapobieganie rozwojowi przykurczów.

Do oceny nasilenia spastyczności stosuje się sześciostopniową zmodyfikowaną skalę Ashwortha, w której 0 – oznacza napięcie prawidłowe, zaś 4 – maksymalna sztywność, powodująca pozycje przymusową.

„Spastyczność nieznaczna, tj. 1. i 1+. Stopnia nie wymaga zwalczania a wręcz jest korzystna, gdyż zapobiega zanikom mięśniowym i poprawia ukrwienie kończyn. Zwalczania wymaga jedynie spastyczność znaczna, tj. 3. i 4. stopnia”. [22]

Przykurcze, dotyczą najczęściej stawów: biodrowych (występuje ograniczenie wyprostu i przywiedzenia, a w wyniku długotrwałego przebywania w pozycji siedzącej rozwija się przykurcz mięśni zginaczy), stawów skokowo-goleniowych (stopa ustawia się w zgięciu podaszowym na skutek przewagi mięśnia trójgłowego łydki). Usprawnianie ruchowe w nadmiernej spastyczności obejmuje:

- pozycje ułożeniowe, przeciwnie do ustawienia sprzyjającego powstawaniu przykurczów,
- ćwiczenia czynne, bierne,
- ćwiczenia rozciągające: autostretching i autoredresje,
- rozciągające metody poizometrycznej relaksacji mięśni, techniki łącznotkankowej terapii manualnej,
- trening autogenny Schultza, relaksacja Jacobsona,
- masaż. [30]

Dla chorych z zaburzeniami czucia powierzchniowego i głębokiego wskazane jest: masaż, szczególnie szorowanie i nacieranie, ćwiczenia z terapeutą z wykorzystaniem technik trakcji – rozciągania oraz kompensacji – docisku, w zaburzeniach czucia kończyn dolnych zalecane jest chodzenie po zmiennym podłożu, np. po piasku, żwirze, dywanie.

Dolegliwością, która w znacznym stopniu potrafi obniżyć jakość życia chorych na SM są zaburzenia czynności dróg moczowych, dlatego też tak istotne jest uzupełnienie leczenia farmakologicznego ćwiczeniami mięśni przepony miedniczej.

„Medycyna fizykalna zajmuje się zastosowaniem metod fizycznych w celach leczniczych, zapobiegawczych i diagnostycznych”. [20]

„Fizykoterapia jest działem lecznictwa, w którym stosuje się występujące w przyrodzie naturalne czynniki fizyczne, jak czynniki termiczne, promieniowanie Słońca

oraz czynniki fizyczne wytworzone przez różnego rodzaju urządzenia, np. urządzenia dostarczające energii cieplnej, prądów małej częstotliwości, prądów wielkiej częstotliwości, promieniowania świetlnego, nadfioletowego, podczerwonego oraz ultradźwięków”. [20]

Rola fizykoterapii:

- zmniejszenie napięcia mięśni,
- działanie przeciwbólowe,
- wzmożenie przemiany materii.
- Główne zabiegi fizykalne stosowane w leczeniu SM:
  - krioterapia, ogólna lub miejscowa, masowanie kostkami lodu,
  - magnetoterapia, magnetostymulacja (zmniejszenie napięcia mięśniowego),
  - elektroterapia:
    - galwanizacja,
    - elektrostymulacja czynnościowa,
    - tonaliza, stymulacja mięśni spastycznych krótkim impulsem prostokątnym lub trójkątnym, a w okresie jego rozluźnienia mięsień antagonistyczny pobudza się serią impulsów o kształcie trapezu, trójkąta lub sinusoidy. Powoduje zmniejszenie napięcia mięśniowego,
    - pradydynamiczne, z wykorzystaniem efektu rozluźniającego DF+LP,
  - laseroterapia biostymulacyjna,
  - fototerapia :
    - promieniowanie podczerwone, filtr niebieski o działaniu przeciwbólowym (Sollux),
  - sonoterapia :
    - ultradźwięki, czyli drgania mechaniczne o częstotliwości przekraczającej granice słyszalności ucha ludzkiego. Poprawa miejscowej przemiany materii, zmniejszenie napięcia mięśni,
  - hydroterapia:
    - masaż podwodny,
    - kąpiele dwukomorowe i czterokomorowe zstępujące. [16]

Nie wskazane są zabiegi, które powodują nadmierne przegrzanie organizmu (drgania wysokiej częstotliwości – diatermia krótkofalowa), zmęczenie mięśni, zwiększające niebezpieczeństwo osteoporozy (okłady parafinowe).

W uzdrowisku pacjentom proponowane jest bardziej intensywne leczenie metodami fizykalnymi, szczególnie stosowanie zabiegów balneologicznych tj.: ciepłe kąpiele

solankowe, perełkowe, kwasowęglowe, jodobromowe, siarczkowo-siarkowodorowe słone, które są trudno dostępne poza uzdrowiskiem. Dodatkowo korzystny jest wpływ klimatu i krajobrazu.

„Przeciwwskazane do leczenia uzdrowiskowego stanowi niezdolność do samoobsługi oraz utrata kontroli nad zwieraczami. Jednakże nawet w tych przypadkach chorzy mogą być kierowani do szpitali uzdrowiskowych, pod warunkiem pobytu z osobą towarzyszącą, odgrywającą rolę opiekuna”. [16]

„Masaż jest formą oddziaływania na ustrój, za pomocą której wykorzystuje się bodźce mechaniczne, głównie w postaci ucisku tkanki w celu wywołania odczynów fizjologicznych. Masaż klasyczny to zespół technik (chwytów, rękoczynów) stosowanych w odpowiedniej kolejności, które wywierają wpływ na tkanki ustroju człowieka, powodując wystąpienie odczynów na tkankach i narządach”. [18]

Masaż ten ma na celu zadziać bezpośrednio na układ ruchu, skórę, tkankę łączną, tkankę tłuszczową, zakończenia nerwowe w skórze, układ krwionośny i chłonny oraz pośrednio na narządy wewnętrzne.

Masaż powoduje:

- zapobieganie zanikom mięśniowym,
- utrzymanie / zwiększenie zakresu ruchu w stawach,
- rozluźnienie / pobudzenie układu nerwowego,
- zwiększone wydalanie produktów przemiany materii,
- usprawnia trawienie oraz wydalanie z przewodu pokarmowego.

Wskazane jest wykonywanie zarówno masażu klasycznego ogólnego jak i wybranych części ciała (masaż miejscowy). Początkowo wykonujemy następujące techniki masażu: głaskania, lekkie rozcierania i ugniatania podłużne, uciski. W przypadku wystąpienia zmęczenia mięśni lub nasilenia spastyczności należy zrezygnować z ich wykonywania.

## ROZDZIAŁ 4 SM W ŻYCIU CODZIENNYM – ASPEKTY PSYCHOLOGICZNE, ZAGADNIENIA SPOŁECZNE I PRAWNE

### 4.1. POSTAWA WOBEC CHOROBY I ZWIĄZANEJ Z NIĄ NIESPRAWNOŚCIĄ

„Postawa to względnie trwała ocena ludzi, zdarzeń, idei i również nas samych. Może być albo pozytywna albo negatywna. Człowiek nie jest neutralnym obserwatorem, stale ocenia to, z czym się styka. W każdej postawie wyróżnia się następujące elementy:

- emocjonalny, czyli nasze reakcje na to, co widzimy i słyszymy,
- poznawczy, czyli nasze myśli i przekonania o tym, co widzimy i słyszymy,
- behawioralny, czyli nasze działania, które dają się zaobserwować wobec tego, co widzimy i słyszymy”.[29]

Stwardnienie rozsiane może spowodować objawy typowe nie tylko dla samej choroby. Na początku diagnoza wywołuje niepokój rzucający cień na egzystencję zarówno chorego, jak i jego rodziny. Z czasem, jeśli pojawi się niepełnosprawność, będzie to stanowić ciężkie doświadczenie zarówno dla osoby chorej, jak i otoczenia. Gdy pacjent usłyszy diagnozę: „masz stwardnienie rozsiane” – pojawiają się najczęściej emocję i uczucia złości, obawy lub lęku. Później pojawiają się przekonania o dramacie oraz ograniczenia wynikające z choroby na SM (wózek inwalidzki, kalectwo, śmierć). Najczęściej wtedy rodzą się pytania: dlaczego właśnie ja?, itp., które mogą doprowadzić do występowania reakcji uciekania, agresji, czy też podważania postawionej diagnozy. Rozpoznanie SM jest odbierane przez pacjenta i jego rodzinę, jakby w ich dom uderzyła bomba. Na takie reakcje składa się wiele przyczyn. Główną jest brak wiedzy lub niewielka na temat stwardnienia rozsianego. SM nadal jest uważana za tajemniczą chorobę, która nie daje żadnych szans na wyleczenie. Pacjenci często poszukują potwierdzenia diagnozy u wielu lekarzy, cudownych środków i sposobów na cofnięcie się choroby, co w rezultacie nie przynosi żadnych innych rozwiązań.



U chorych z stwardnieniem rozsianym występuje często zjawisko polegające na negowaniu faktu istnienia choroby, przy jednoczesnym poszukiwaniu nowych metod leczenia, dlatego więc jak najszybsza zmiana nastawienia psychicznego pacjenta może w dużym stopniu złagodzić kłopoty związane z stwardnieniem rozsianym. Chory szybko zaczyna zwracać uwagę na swoją postawę wobec siebie, wobec niesprawności i choroby. Pacjent jak najwcześniej powinien zacząć kształtować nastawienie, które pozwoli mu żyć z tą chorobą, bowiem nastawienie może zmienić fizyczne, umysłowe, psychiczne i duchowe samopoczucie. Życie z SM oznacza zaakceptowanie jego obecności. Od SM nie można uciec, ale nie musi być ono czymś groźnym, nie można go jednak ignorować. Chory powinien wkomponować je w swoje życie, dać mu miejsce w swoim życiu, ale na swoich warunkach.

## 4.2. OPIEKA ZDROWOTNA I SPOŁECZNA

Chorzy na SM przechodzą przez różne placówki opieki zdrowotnej, które częściowo biorą na siebie odpowiedzialność za udzielenie rzeczowej odpowiedzi, a poza tym mają obowiązek udzielić rady i wsparcia w zależności od sytuacji. Zdarza się, że często już sama rozmowa z pielęgniarką i opiekunem społecznym z wiedzą o SM mogą spełnić potrzebę chorego, jednak takie osoby znajdują się przeważnie w nie wszystkich szpitalach w dużych miastach.

W pierwszym okresie opieka nad pacjentem i jego rodziną może być decydująca jeśli chodzi o poczucie bezpieczeństwa i nabranie przekonania o możliwości życia z chorobą. Ważne jest, aby dać się wciągnąć w krąg tych działań, ponieważ choroba oddziałuje na całą rodzinę.

Gdy lekarz lub pacjent podejrzewa chorobę, powinno się zamówić wizytę u neurologa, natomiast jeśli została postawiona diagnoza SM chory powinien regularnie spotykać się z lekarzem. Nie oznacza to oczywiście że ten lekarz specjalista jest najlepszą osobą do zajmowania się każdym problemem chorego na SM, np. zakażeniem dróg moczowych może równie dobrze zająć się lekarz domowy, który ma dobre kompetencje. Jednak wiedza neurologa o SM powinna wesprzeć chorego również w uzyskaniu zwolnienia lekarskiego czy opisu rekomendującego dopasowanie miejsca pracy do możliwości chorego. Dlatego też regularny kontakt z lekarzem specjalistą jest pożądanym przy chorobie jaką jest SM. Ważny jest również kontakt telefoniczny w czasie rzutu, gdy pacjent mieszka daleko, gdyż zachowanie się organizmu w czasie rzutu może mieć wpływ na podjęcie postępowania medycznego.

Dalszy przebieg choroby wymaga rozgałęzionej organizacji opieki poza szpitalnej. Należą do niej poradnie dla chorych na SM, opieka w domu, w ośrodkach

dziennych, ambulatoryjne usprawnianie ruchowe oraz pośrednictwo pracy. W Polsce większość chorych na SM żyje w mieszkaniach niedostosowanych do funkcjonalnych możliwości chorych upośledzonych ruchowo, gdyż sytuacja finansowa chorych i ich rodzin jest na ogół zła i dla tego nie mogą oni sami adaptować łazienek, ubikacji i kuchni do potrzeb osób niepełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne powinny otrzymywać pomoc na poziomie lokalnym z opieki społecznej oraz Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie. PCPR może służyć pomocą, zwłaszcza w likwidowaniu barier architektonicznych, czy komunikacyjnych.

W sytuacji kiedy opieka rodziny jest niedostateczna lub po prostu niefachowa, to jednym z rozwiązań jest pomoc w domu chorego udzielana przez siostry środowiskowe, PCK lub opiekunów społecznych, która polega nie tylko na opiece pielęgniarskiej, sprzątanii, zakupach, lecz także pomocy w usprawnianiu ruchowym, zorganizowaniu nagłego cewnikowania pęcherza, czy nawet pomocy stomatologicznej itp.

Dużą rolę w opiece pozaszpitalnej ma do odegrania ma Polskie Towarzystwo do Walki z Kalectwem. Jego zadanie to nie tylko poradnictwo, szerzenie oświaty medycznej i sanitarnej, lecz także organizowanie towarzyskiego życia społeczności chorych, jak i zachęcać do prowadzenia higienicznego i uregulowanego trybu życia. Im dłużej udaje się utrzymać chorego na SM w opiece pozaszpitalnej, tym oczywiście lepiej, jednak może przyjść moment, gdy niezbędna okaże się opieka w szpitalu lub w jakiejś placówce stałej opieki. Jest to zwykle trudna decyzja i dla wielu ludzi jest oznaką pewnego niesprawdzenia się. Zdarza się, że małżonkowi trudno pogodzić się z tym, dlaczego nie mogą nadal opiekować swoim bliskim w domu. Sytuacja przeniesienia chorego na SM do domu pomocy społecznej ma miejsce wtedy, gdy rodzice są starzy lub nie żyją, małżonkowie są rozwiedzeni lub też w przypadku stałych konfliktów domowych, ale również wtedy, gdy chory potrzebuje już stałej, wykwalifikowanej opieki. Należy jednak pamiętać, że chorzy mimo iż rozumieją potrzebę zapewnienia im stałej, wysoko wykwalifikowanej opieki, jaką zapewni może dom pomocy społecznej, nie chcą zmieniać rodzinnych warunków, na sytuację, w której staną się częścią dużej anonimowej grupy.

Rodziny niekiedy szybko wywożą swoich krewnych z SM do różnych zakładów stałej opieki, ale zdarza się i tak, że stosunki w rodzinie dopiero wtedy poprawiają się, dlatego że wcześniej ciężka praca fizyczna i długie godziny przebywania razem prowadziły do różnych napięć i zgrzytów w wspólnym domu. Jakość życia z SM można podnieść na drodze psychicznej, emocjonalnej, socjalnej, czy też po przez pracę. Poprawę wypracowuje się dzięki badaniom psychologicznym i rehabilitacyjnym, jak również pracując bezpośrednio z chorym i ich rodzinami.

W walce z SM chorzy wymagają szczegółowej informacji oraz wsparcia ludzi kompetentnych, składających się m.in. z: terapeutów, farmakologa, neurologa, chirurga i urologa. Dość częstą przypadłością towarzyszącą SM jest depresja, wtedy też poświęcenie uwagi choremu może spowodować podniesienie na duchu nawet realną poprawę samopoczucia, nie tylko psychiczną ale także pod względem neurologicznym.

### 4.3. RODZINA I PRZYJACIELE

Bardzo często SM wydaje się być chorobą, która staje się nie do zniesienia przez rodziców, małżonka, czy też dalszą rodzinę chorego.

Po usłyszeniu rozpoznania SM, chorzy potrzebują natychmiastowego wsparcia lub rozmowy z partnerem, rodziną lub przyjaciółmi, jednak zdarza się dość często, iż osoby znajdujące się blisko nowo zdiagnozowanego pacjenta, nie potrafią sobie radzić z nieprzewidywalnością choroby i nie umieją wytworzyć w sobie odpowiedniego dystansu do siebie. Dlatego tak ważne jest dzielenie się doświadczeniami na temat SM, ponieważ znajomość problemu jakim jest choroba może wzmocnić więzy rodzinne i przyjaźń. Komunikacja chorego na SM będącego w związku ze zdrową osobą jest podstawą do zrozumienia wzajemnych potrzeb i dostosowania się do nowych ról, bo życie z osobą z SM nie jest łatwym wyzwaniem i wymaga wielkiego poświęcenia oraz oddania ze strony drugiej połowy. Najbliżsi muszą nauczyć się wszystkiego, co związane z chorobą. Warto więc korzystać z różnych specjalistycznych kursów dla rodzin i opiekunów. SM wymaga od rodziny wielkiego poświęcenia, zdrowia oraz niestety dużych nakładów pieniędzy. Mimo jednak, iż przypadłość ta jest poważna nie stanowi w drodze do zawarcia małżeństwa niepokonanej przeszkody. Należy przede wszystkim wyjaśnić jednej jak i drugiej stronie przewlekły charakter choroby, sprawę inwalidztwa i niewielki nadzieję na poprawę w przyszłości. Niestety w większości przypadkach związków, postępujący, ciężki przebieg choroby stanowi dostateczny powód w drodze do uzyskania rozwodu. Skutkiem takich decyzji chorzy w zaawansowanym wieku borykają się z samotnością, braku porozumienia z otoczeniem oraz brakiem celów życiowych co często przyspiesza rozwój choroby, której efektem jest niestety śmierć.

„Większość lekarzy podczas planowania rodziny twierdzi, iż powinno uwzględniać się jedno lub dwoje dzieci, ale tylko na wyraźne życzenie małżonków. Stosowanie środków antykoncepcyjnych, kalendarza małżeńskiego, zdaje się być słusznym rozwiązaniem niż przerywanie ciąży. Chory powinien zostać powiadomiony, że SM wprawdzie nie jest chorobą dziedziczną, jednak w przypadku omawianej choroby u jednego, a tym bardziej u obojga rodziców zagrożenie potomstwa wzrasta”.[3]

#### 4.4. PRAWA NIEPEŁNOSPRAWNYCH, PRACA, NAUKA I WSPARCIE FINANSOWE

Osoby z SM niemal wszędzie są zwalniani z pracy w pierwszej kolejności, albo wywiera się na nich nacisk by opuścili pracę.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji społecznej i zawodowej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych znajdują się regulacje dotyczące zatrudniania osób niepełnosprawnych. Należą do nich: unormowania dotyczące czasu pracy, dodatkowy urlop wypoczynkowy, zwolnienie na turnus rehabilitacyjny dla osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, zwolnienie z pracy w celu wykonywania badań specjalistycznych, zabiegów leczniczych lub usprawniających.

„Niestety spora część osób sama przerywa pracę, ze względu na pozostałości po rzutach choroby oraz stopniowe pogarszanie się zdrowia. Takie zachowania wynikają na ogół z psychofizycznego inwalidztwa, oraz osobowości pacjenta, wykształcenia, pozycji społecznej, rasy oraz sytuacji rodzinnej”.[3]

Wielu osobom z SM po kilkunastu latach zachowuje częściową zdolność do pracy zarobkowej, jednak w większości tych osób stale przebywających w domu, tylko nieliczni mają możliwość jej wykonywania.

Poinformowanie pracodawcy o chorobie jest kwestią indywidualną, zależną od stanu zdrowia, rodzaju wykonywanej pracy oraz atmosfery panującej w miejscu pracy. W przypadku zatajenia choroby pracodawca nie ma prawnego obowiązku dostosowywać miejsca pracy.

Niestety istnieje wiele zawodów, których nie da się wykonywać z ograniczoną funkcją ruchu i to już stwarza pierwsze ograniczenie w wykonywaniu zawodu w pełnym wymiarze i jest to główna przyczyna powodująca niezdolność wykonywania zawodu po wielu latach choroby. Gdy narastają po jakimś czasie trudności w pracy związane z niesprawnością fizyczną, warto spróbować dopasować warunki i zadania tak, aby osoba cierpiąca na SM mogła dalej pracować. Czasami należy zmniejszyć wymiar pracy, żeby chory mógł kontynuować pracę, jednak jest to bardzo ważne, żeby uczestniczył jak najdłużej w życiu zawodowym, ponieważ praca znacznie podnosi jakość życia pacjenta.

Jeśli rozwój choroby sprawi, że kontynuowanie pracy będzie niemożliwe, a chory otrzyma rentę zdrowotną, istotne jest, aby nadal podtrzymywał kontakty z przyjaciółmi, oraz kolegami z pracy. Istnieje również organizację dla osób niepełnosprawnych takich jak: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, które proponują ogromną sieć kontaktów i imprez pomocnych w życiu codziennym.

„SM nie jest przeszkodą uniemożliwiającą podjęcie lub kontynuowanie nauki. Dосzkolenie może nawet pomóc znaleźć pracę, która będzie bardziej odpowiednia dla osoby z SM. Większość uczelni posiada odpowiednie programy dla osób niepełnosprawnych”.[21]

Niepełnosprawni nie powinni rezygnować z wyzwań takich, jak nauka, ale raczej dobrać taki rodzaj studiowania, który pozwoli na pewną elastyczność w czasie nauki (np. studia internetowe).

Chorzy z orzeczeniem o niepełnosprawności mogą korzystać z różnych form wsparcia finansowego państwa. Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych (PFRON) opracował program „Student”, który dofinansowuje naukę osób niepełnosprawnych. Osoby niepełnosprawne są pełnoprawnymi obywatelami Polski i zgodnie z Konstytucją RP nie mogą być w żaden sposób dyskryminowane. Przysługują im np.: ulgi podatkowe, ulgi w transporcie, wsparcie finansowe w zakupie sprzętu rehabilitacyjnego, sprzętu likwidującego bariery w poruszaniu się, komunikowaniu itp. ze środków PFRON-u.

„Warto wiedzieć, że obecnie funkcjonują dwa równoległe systemy orzekania o niepełnosprawności:

- do celów rentownych – Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- do celów pozarentownych – Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności przy Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie”.[31]

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej, osoby niepełnosprawnej, która nie ma właściwego wsparcia w rodzinie przysługuje pomoc w postaci usług opiekuńczych oraz pielęgnacyjnych.

## ROZDZIAŁ 5 ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z SM

Rola pielęgniarki w leczeniu i pielęgnowaniu chorego na SM związana jest z czynnym udziałem w procesie : monitorowania stanu zdrowia chorego w kierunku objawów skutków ubocznych stosowanych preparatów oraz ich skuteczności (poprawa stanu neurologicznego i funkcjonalnego chorego), edukacji oraz udzielania wsparcia choremu i jego rodzinie, a także prowadzeniu chorego przez proces terapii stosowanej w stwardnieniu rozsianym podczas hospitalizacji i po jej zakończeniu.

Edukacja chorego i jego rodziny obejmuje przede wszystkim zalecenia dotyczące postępowania w czasie farmakoterapii modyfikującej przebieg choroby, stosowanej podczas rzutu choroby oraz eliminującej objawy choroby.

Aby właściwie sprawować opiekę pielęgniarską nad chorym na SM, pielęgniarka powinna aktualizować swoją wiedzę zgodnie z najnowszymi doniesieniami na temat farmakoterapii stosowanej w stwardnieniu rozsianym.

### 5.1. DZIAŁANIA TERAPEUTYCZNE.

- Realizowanie zadań i zabiegów związanych z udzielaniem pierwszej pomocy przedlekarskiej w sytuacjach zagrożenia zdrowia lub życia indywidualnej osoby i/lub grupy ludzi.
  - Indywidualnej osobie w stanach nagłego załamania stanu zdrowia (np. nagłe zatrzymanie akcji serca, brak oddechu).
  - Indywidualnej osobie w stanach takich jak: utrata przytomności, krwawienie, krwotok, obrażenia termiczne, ukąszenie, złamanie, utonięcie, zranienia.
  - Zorganizowanie pomocy w miejscu wypadku, katastrofy.
  - Indywidualnej osobie lub grupie jeżeli w konsekwencji urazu/wypadku zaistnieje u nich bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia.

- Współpraca z innymi członkami zespołu terapeutycznego w procesie diagnozowania, leczenia, rehabilitacji, pobierania materiału do badań diagnostycznych.
  - Wykonywanie i dokumentowanie podstawowych czynności życiowych organizmu np. tętna, temperatury, ilości oddechów, stolca.
  - Pobieranie materiału do badań laboratoryjnych i/lub wykonywanie niektórych badań.
  - Pomoc lekarzowi w wykonywaniu badań diagnostycznych np. wlewów, wziernikowań, nakłuć jam ciała, badań radiologicznych.
  - Wykonywanie u pacjentów prób (np. uczuleniowych, wysiłkowych) oraz bilansów (np. płynów).
  - Wykonywanie badań elektrokardiograficznych.
  - Wykonywanie różnych pomiarów (np. wzrostu, ciężaru ciała, słuchu, ostrości wzroku).
- Wykonywanie zabiegów zleconych przez przedstawicieli zespołu terapeutycznego, a wynikających z ustalonego planu terapii (m. in. farmakologicznej, zabiegowej, dietetycznej) zgodnie z obowiązującymi pielęgniarzkę zasadami i standardami.
  - **Leczenie farmakologiczne**, w tym wykonywanie zabiegów i podawanie leków różnymi metodami (przez przewód pokarmowy, przez układ oddechowy, przez błonę śluzową, przez skórę).
  - **Leczenie dietetyczne** (podawanie posiłków zgodnie z obowiązującymi zasadami żywienia i zaleceniami dietetycznymi uwzględniającymi stan pacjenta).
  - **Leczenie zabiegowe** np.:
    - fizyczne przygotowanie pacjenta np. przewodu pokarmowego, pola operacyjnego
    - przygotowanie sprzętu (np. wyjaławianie)
    - obsługa aparatury
    - podawanie instrumentów w trakcie zabiegu
    - wykonywanie opatrunków, zmiana opatrunków, zakładanie opasek

## 5.2. DZIAŁANIA PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZE

- Rozpoznanie stanu zapotrzebowania na opiekę (zakresu, charakteru).
- Stwarzanie jak najbardziej optymalnych warunków do podtrzymania biologicznych funkcji życiowych organizmu.

- Pomoc w wykonywaniu (lub wykonywanie za podopiecznego) tych czynności życia codziennego, które gwarantują komfort w życiu codziennym w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej.
- Pomoc w rozwiązywaniu problemów wynikających z indywidualnej reakcji podopiecznego na stosowane metody diagnozowania, leczenia, rehabilitacji.
- Przygotowanie, ułatwienie wejścia w rolę pacjenta różnych instytucji opiekuńczych i ochrony zdrowia.
- Ułatwienie pacjentom wejścia do grup oparcia.
- Stwarzanie warunków do godnego umierania i spokojnej śmierci.

### 5.3. PROFILAKTYKA DEPRESJI I ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH

Określenie „depresja” bywa swobodnie używana dla określania wlotów i upadków w ciągu życia. Depresja rozumiana klinicznie jest jednakże utrzymującym się stanem złego nastroju, czymś, z czego nie daje się wyjść czy wydostać w krótkim czasie. Depresja jest częstym zjawiskiem w obrazie stwardnienia rozsianego. Niektóre symptomy depresji, jak na przykład: kłopoty ze snem, ból, czy też problemy w życiu seksualnym są podobne do symptomów SM. Dla przykładu: zmęczenie może być zarówno symptomem psychicznym, jak i fizycznym lub też połączeniem obu.

Zmęczenie może wpływać na koncentrację, pamięć, drażliwość lub sen i vice versa – zły nastrój może pogłębiać zmęczenie. Depresja wśród ludzi chorych na SM związana jest z wieloma aspektami tej choroby, a także może się łączyć z niepewnością co do samego życia z SM. [10]

Objawy depresji:

- **Smutek.** Jesteś smutny lub płaczesz przez większość czasu. Może to być postrzegane przez odbiorcę, że chcesz być zauważony przez innych.
- **Utrata zainteresowania.** Utrata zainteresowania większością rzeczy lub codziennymi czynnościami, które wcześniej wykonywałeś
- **Zmiana apetytu.** Straciłeś apetyt lub odwrotnie, apetyt znacznie wzrasta, w porównaniu ze zwykłym dla Ciebie stanem. Straciłeś lub przybrałeś na wadze (ponad 5% w ciągu miesiąca), bez stosowania specjalnych diet.
- **Problemy ze snem.** Masz trudności z zasypianiem codziennie lub czas trwania snu znacząco wzrasta.
- **Pobudzenie psychoruchowe lub opóźnienie.** Jesteś podniecony i niespokojny, albo przeciwnie, zahamowany, co staje się widoczne dla innych.



- **Zmęczenie.** Czujesz poczucie ciągłego zmęczenia i braku zwykłej energii.
- **Poczucie winy.** Czujesz się bezwartościowy lub nadmiernie w związku z tym co zrobiłeś, lub czego nie zrobiłeś
- **Poznawcze problemy.** Czy masz problemy z koncentracją, uorganizowaniem myśli, czy ustaleniem typowych rozwiązań
- **Myśli samobójcze.** Czasami myślisz, że można byłoby lepiej nie żyć, lub masz myśli samobójcze.

Diagnoza stwardnienia rozsianego niesie ze sobą daleko idące implikacje takie jak brak pewnych rokowań co do przyszłości, możliwości pracy, utrzymania się i zdolności do samodzielnego życia oraz prawdopodobieństwo trwającej przez całe życie niesprawności. Efekt psychiczny takiej świadomości może być straszliwy. Depresja może być wynikiem trudnej sytuacji i stresu. Pierwszym krokiem w leczeniu depresji jest rozpoznanie jej u siebie – kolejnym, poszukiwanie pomocy. [10]

Kiedy zdecydujesz się szukać pomocy medycznej, zacznij od lekarza pierwszego kontaktu, który zbada cię i upewni się, czy leki lub inna choroba nie są powodem twoich problemów. Lekarz może przepisać leczenie lub skierować do specjalisty.

Kluczowe wydaje się być także otoczenie bliskich osób, które znają zwyczajne zachowanie chorego i będą w stanie rozpoznać niepokojące objawy. Jeżeli bliska osoba martwi się o symptomy depresji, należy poinformować o tym lekarza. Jeżeli ten podejrzewa, że depresja powodowana jest zażywaniem lekami, możliwe jest dostosowanie sposobu leczenia do potrzeb pacjenta.

Jeżeli depresja ma podłoże w biologicznych zmianach mózgu związanych ze stwardnieniem rozsianym, zaleca się leczenie trójcyklicznymi lekami przeciwdepresyjnymi, ponieważ ich skutki uboczne mogą dodatkowo pomagać złagodzić objawy SM, takie jak problemy ze snem, ból i problemy z pęcherzem. W przypadku, gdy depresja wynika z wpływu stwardnienia rozsianego na jakość życia, dobrym rozwiązaniem mogą być grupy wsparcia.

Uzyskanie odpowiedniego wsparcia i leczenie jest istotne dla poprawy jakości życia dla osób z SM i depresją. Specjaliści zalecają podjęcie się zajęć, które sprawiają nam radość, spędzanie czasu z rodziną i przyjaciółmi oraz aktywność fizyczną. [10]

Sposoby na walkę z depresją:

- Regularna aktywność fizyczna. Wybierz sport, który będzie dopasowany do Twojego aktualnego stanu zdrowia, kondycji fizycznej oraz sprawi wiele przyjemności.

- Zdrowe odżywianie. Racjonalna dieta wspomaga prawidłową pracę organizmu.
- Zdrowy sen. Zасыpiaj o regularnej porze, 30 min. Przed zaśnięciem spróbuj się zrelaksować czytając książkę, słuchając muzyki, czy biorąc aromatyczną kąpiel.
- Relaksacja. Poznanie sposobów na radzenie sobie ze stresem i wahaniami nastroju.
- Relacje z bliskimi. Nie odcinaj się od innych ludzi, korzystaj z pomocy rodziny i przyjaciół. Nie izoluj się od życia w społeczności.
- Przebywanie na słońcu. Podczas „łapania” promieni słonecznych wytwarzają się w naszym organizmie endorfiny i witamina D. Nie rezygnuj więc ze spacerów na świeżym powietrzu.

#### 5.4. PROFILAKTYKA URAZÓW I UPADKÓW

Pod mianem – chód rozumiemy złożoną aktywność ruchową, na którą składają się liczne czynności układu nerwowego, odpowiedzialne za lokomocję i równowagę. Zaburzenia chodu są częstą manifestacją chorób układu nerwowego, szczególnie wieku podeszłego.

Upadki są częstym i trudnym wyzwaniem medycznym, mogą być przyczyną, z jednej strony, ciężkich obrażeń (na przykład złamania szyjki kości udowej), które wiążą się z koniecznością intensywnej opieki medycznej i długotrwałym unieruchomieniem chorego, nierzadko z powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi, a z drugiej — lęku przed kolejnymi upadkami, który wyraźnie ogranicza aktywność chorego i jest powodem dalszych konsekwencji, takich jak na przykład osteoporoza.

Przyczyny upadków można ogólnie podzielić na:

1. wewnętrzne – będące następstwami złego stanu zdrowia
  - zmian inwolucyjnych usposabiających ludzi starszych do upadku,
  - upośledzenia wzroku wywołanego różnymi chorobami, które powodują obniżenie adaptacji do ciemności i ostrego światła, widzenia przestrzennego,
  - zmian (zwłaszcza u osób starszych) w obrębie układu mięśniowego, które polegają na zaniku komórek mięśniowych, osłabieniu siły mięśniowej,
  - chorób neurologicznych (stany udarowe, które w różnym stopniu upośledzają sprawność motoryczną, choroba Parkinsona),
  - chorób układu sercowo – naczyniowego (zaburzenia rytmu serca, choroba niedokrwienna serca ),

- chorób związanych z metabolizmem (anemia, cukrzyca – zwłaszcza hipoglikemia),
  - chorób psychicznych (depresja, stany lękowe, otępienie),
  - niewydolności kręgowo – podstawnej,
  - problemów z narządem ruchu (choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenia, zniekształcenie stawów),
  - założonych opatrunków gipsowych,
  - upadków w przeszłości, które predysponują do ryzyka upadku,
  - każdej choroby infekcyjnej, która pogarsza stan ogólny i sprawność pacjenta
2. zewnętrzne – pochodzące z otaczającego środowiska.
- braku poręczy, uchwytów,
  - nierównej, śliskiej podłogi,
  - nieprawidłowego oświetlenia,
  - braku balkoników, itp.

Aby ograniczyć ryzyko upadków konieczna jest przede wszystkim troska o zapewnienie bezpiecznego i dopasowanego do szczególnych potrzeb środowiska. Ogromną rolę pełni tu przestrzeganie podstawowych norm budownictwa, dotyczących np. wysokości schodów, długości poręczy czy odpowiedniego oznaczania pierwszych i ostatnich stopni. Ponieważ znaczna część wypadków zdarza się w mieszkaniach, ważne jest również ich właściwe zabezpieczenie, poprzez usunięcie dywanów, niepotrzebnych przedmiotów, kabli, instalację uchwytów łazienkowych czy zamianę wanny na kabinę prysznicową, noszenie wygodnego i stabilnego obuwia. Właściwe oświetlenie pomieszczeń użyteczności publicznej i mieszkań oraz nieoślepiające oświetlenie ulic i przejść. W razie konieczności należy korzystać z akcesoriów pomocniczych (laski, trójnogi, balkoniki, maty antypoślizgowe w łazience, itp.) zmniejszających ryzyko upadków. Profilaktyka powinna jednak uwzględniać nie tylko środowiskowe czynniki ryzyka, ale również gotowość do stawiania czoła zewnętrznym zagrożeniom. Szczególnie istotna jest tu dbałość o ogólną sprawność fizyczną, którą wspierać można aktywnymi formami wypoczynku lub specjalistycznymi programami fizjoprofilaktyki. W minimalizacji powikłań związanych z upadkami pomocne jest natomiast zapobiegawcze wspieranie układu odpornościowego i kostnego, poprzez dostarczanie organizmowi odpowiedniej ilości składników odżywczych, witamin, a w razie potrzeby również poprzez ich suplementację. W budowie i odbudowie mocnych kości szczególnie istotna jest troska o utrzymywanie właściwego poziomu witaminy D3, witaminy K oraz wapnia, które współdziałając mogą minimalizować

ryzyko złamań i przyspieszać ich powrót do sprawności po przebytych już urazach. Należy również zwrócić uwagę na skutki uboczne stosowanych leków, ponieważ niektóre mogą powodować senność, zawroty głowy, co sprzyja upadkom. [10]

## 5.5. TOWARZYSZENIE CHOREMU DO KOŃCA

Bycie przy chorym to szczególnie trudne wyzwanie dla bliskich i wszystkich opiekunów, będące jednocześnie ważną powinnością wobec drugiego człowieka. Nieuleczalnie chorzy obok bólu i braku kontroli nad swoim ciałem, najbardziej obawiają się samotności u kresu życia.

Podstawowe zasady etyczne dotyczące opieki medycznej:

- szacunek dla autonomii pacjenta,
- zakaz szkodzenia,
- zasada czynienia dobra,
- poszanowanie zasady sprawiedliwości.

W medycynie kresu życia do tych zasad należy dodać:

- szacunek dla życia,
- akceptację nieuchronności śmierci

Podjmując się opieki nad osobą chorą bądź też u kresu życia, powinniśmy pamiętać również o kilku elementach, które mogą poprawić jakość tej opieki. Są to między innymi:

- **Wrażliwość i uważność na gesty i inne sygnały pozawerbalne.** W sytuacji, gdy chory jest już wyraźnie osłabiony, musimy zwracać szczególną uwagę na sygnały pozawerbalne. Często dialogi odbywają się poprzez uścisk ręki w odpowiedzi na pytania dotyczące bólu, duszności, pragnienia czy innej potrzeby. Dzięki takim komunikatom chory daje wskazówki, jaka jest najlepsza pozycja dla niego, jak możemy ulżyć jego cierpieniom fizycznym i emocjonalno-duchowym. Choć język niewerbalny jest trudny do opisu i interpretacji, stanowi ważny system komunikowania się z chorym człowiekiem. Dlatego powinniśmy uważnie wsłuchiwać się i wpatrywać w każdy sygnał komunikatów niewerbalnych.
- **Wsparcie emocjonalne i duchowe przekazywane przez opiekunów.** Musimy pamiętać, że chorzy często odczuwają utratę godności, zwłaszcza, gdy nie potrafią kontrolować swojego ciała. Czują się ciężarem dla swoich bliskich i otoczenia, a w wypadku ich braku, odczuwają opuszczenie i osa-

motnienie. Osoby bardzo związane z bliskimi, boleśnie przeżywają dramat rozstania. Nasilają się w tym czasie cierpienia egzystencjalne i duchowe, zwłaszcza wówczas, gdy były one odkładane „na później”. Może pojawić się niepewność, wątpliwości natury religijnej, a także wyrzuty sumienia i obciążająca odpowiedzialność za życiowe błędy. Nawet u osób głęboko religijnych pojawiają się momenty niepewności i zwątpienia.

- **Właściwe otoczenie dla osoby chorej/umierającej.** Najlepszym miejscem dla chorego, szczególnie u kresu życia jest dom. Jeśli chory przebywa w hospicjum lub w oddziale szpitalnym, to również to miejsce pobytu można uczynić dla niego bardziej przyjaznym i domowym. Na przykład ustawiając ważne dla chorego pamiątki, zdjęcia czy przedmioty kultu religijnego w zasięgu jego wzroku. Zalecamy także zatroszczyć się o właściwe oświetlenie w pomieszczeniu. [25]

Często chorzy u kresu życia potrzebują pomocy w uregulowaniu spraw urzędowych, wśród których mogą być sprawy spadkowe, majątkowe, a także powierzenie dalszej opieki nad dziećmi. Choć bywa to niełatwe, powinniśmy pomóc choremu, umożliwiając mu kontakt z właściwymi osobami, szanując jego wolę odnoszącą się do sposobów informowania pozostałych członków rodziny.

## ROZDZIAŁ 6 METODOLOGIA BADAŃ

Według definicji metodologia to nauka o czynnościach poznawczych badań naukowych, a także o wytworach poznawczych tychże czynności. Ukierunkowana jest w szczególności na różnorodne metody badawcze oraz fakty i uzyskane informacje otrzymane w przebiegu prowadzenia badań. Interesuje się także danymi jakościowymi lub ilościowymi, a także zmiennymi i ich wskaźnikami.

### 6.1. CEL BADAŃ

Celem badań w metodologii jest próba poznania istniejącej rzeczywistości, opis danego zjawiska lub jednostki. Cele badań pielęgniarskich określane są na podstawie diagnozy pielęgniarskiej, stawianej w przebiegu analizy stanu i sytuacji pacjenta. Postawienie celów poprzedza zawsze ustalenie odpowiedzi na pytania.

Głównym celem mojej pracy jest przedstawienie wybranych problemów i potrzeb występujących u chorego na SM z propozycją działań sprawowanych przez pielęgniarkę oraz najbliższą rodzinę.

### 6.2. PRZEDMIOT BADAŃ

Informacje, elementy, czy też działania, które w przebiegu pracy badawczej zostają przedstawiane, wyjaśnione i opracowane nazywamy przedmiotem badań. Wyżej wymienione składowe w dalszym czasie opracowywania przedmiotu mogą przyjmować formę nowych wiadomości. Sformułowanie przedmiotu badań demonstruje główne problemy badawcze, a także ukazuje intencje badacza. W odniesieniu do problemu badawczego formułowane są na dalszym etapie wszystkie pytania badawcze.

W omawianej pracy przedmiotem badań jest przedstawienie jednostki chorobowej *Sclerosismultiplex*, ukazanie jej wpływu na życie człowieka, a także charakterystyka działań pielęgniarских dostosowywanych do aktualnego stanu zdrowia pacjenta.

### 6.3. PROBLEMY BADAWCZE

Określenie problemów badawczych to podstawa rozpoczęcia pracy, gdyż ich określenie nadaje pracy badawczej sens. Metodologiczna definicja problemu badawczego określa go jako przedmiot wysiłków badawczych, lub jako demonstrację naszych przedsięwzięć poznawczych. Prościej mówiąc problem badawczy można określić jako stawiane sobie pytanie, na które w drodze badań naukowych i dociekań, próbujemy odnaleźć odpowiedź. Ze względu na różnorodność kryteria podziału wyróżnić można następujące problemy badawcze:

- teoretyczne,
- praktyczne,
- podstawowe,
- cząstkowe,
- ogólne,
- szczegółowe. [17]

Problem badawczy zaobserwowany u pacjentki to:

Jaki jest zakres opieki pielęgniarской nad pacjentką ze stwardnieniem rozsianym?

Szczegółowe problemy badawcze:

1. Jakie problemy pielęgnacyjno-opiekuńcze występują u pacjentki?
2. Jak należy zaplanować profesjonalną opiekę nad pacjentką?
3. Jakie działania pielęgnacyjno-opiekuńcze należy podjąć w celu rozwiązania występujących problemów?
4. Które z problemów występujących u chorej są dla niej najbardziej uciążliwe?
5. Jak należy przygotować pacjentkę do samoopieki?

### 6.4. METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE.

Pojęcie metody badań przedstawiamy jako zbiór przemyślanych czynności teoretycznych i przedmiotowych obejmujący ogół działań badacza, zmierzający do rozwiązania problemu badawczego. A prościej mówiąc, to taki sposób otrzymywania, oceny i omówienia badanych składników, służący otrzymaniu optymalnych odpowiedzi na pytania problematyki badawczej. Problematyka

badawcza zatem determinuje wybór metody badań. Rozdział ten jest poświęcony metodzie indywidualnego przypadku, która na stałe została przyjęta w kanon opieki pielęgniarstwa.

„Studium przypadku skupia się na analizie jednostki, a jej celem jest ustalenie diagnozy przypadku jednostki i w konsekwencji podjęcie działań terapeutycznych. Za pomocą tej metody gromadzone są informacje na temat stanu biopsychospołecznego jednostki. Metoda ta skupia się na opisie jednego przypadku lub niewielkiej liczby, z ukierunkowaniem na opis jednego rodzaju problem badawczy. Analiza może mieć charakter ogólny lub szczegółowy. Szczegółowy opis przypadku wykonujemy gdy opis ma służyć jako podstawa określająca przyczyny choroby i jej wpływ na jednostkę. Analiza ogólna natomiast stosowana jest w przypadku, gdy intencją badacza jest ukazanie pewnych cech, czy też prawidłowości danych jednostek tj. na przykład przy tworzeniu teorii naukowych”. [17]

W pracy znajdziemy opis przypadku pacjentki z SM, ze szczególnym uwzględnieniem stanu fizycznego, psychicznego, społecznego, emocjonalnego, problemów rodzinnych, sytuacji materialno-społecznej w jakiej się chora znajduje itp.

Każda z dyscyplin naukowych prowadzących badania stosuje różnorodne techniki badawcze. Wybór danej techniki determinowany jest przez rodzaj materiałów i informacji, które są ważne dla badacza i pozwalają udzielić odpowiedzi na pytania badawcze. Technika badawcza to praktyczne działanie, które regulowane jest przez szczegółowe wytyczne, pozwalające na otrzymanie możliwie najwiarygodniejszych informacji, opinii i faktów. Stosowanie określonych technik wymaga od badacza opanowanie takich czynności jak planowanie, organizacja badań. W toku prowadzenia badań wymagane jest wykorzystywanie odpowiednich narzędzi badawczych, zbieranie za ich pomocą niezbędnych informacji, natomiast końcowo klasyfikacja i ocena badanego problemu.

Wyróżniamy następujące techniki badawcze:

- Sposób pozyskiwania:
  - Techniki bezpośrednie – gdy zdobywane informacje są pozyskiwane przez badacza w sposób bezpośredni tj. poprzez bezpośrednią rozmowę, lub w wywiadzie indywidualnym, czy zbiorowym.
  - Techniki pośrednie – gdy zgromadzone dane pozyskiwane są w sposób pośredni tj. analiza dokumentów itp.
- Środki badawcze:
  - Techniki standaryzowane – mówimy tu o technikach ujednoliconych i wysoce wystandaryzowanych czyli np. historia choroby, proces pielęgnowania, karta obserwacji, analiza kwestionariuszy.



- Techniki niestandardyzowane – takie gdzie nie ma mowy o ujednoczeniu środków badawczych np. Wywiad swobodny, obserwacja swobodna. [17]

Wywiad ma na celu zgromadzenie rzetelnych danych na temat pacjenta. O wywiadzie pielęgniarskim mówimy, gdy jest przeprowadzany w formie ukierunkowanej rozmowy z pacjentem lub grupą osób np. z jego rodziną. Najczęściej wykorzystywany do gromadzenia informacji z przeszłości pacjenta, mających wpływ na potencjalne zagrożenia w przyszłości.

Wywiad pielęgniarski:

- wywiad środowiskowy – zbiera wszelkie informacje na temat środowiska, w jakim żyje chory,
- wywiad opiekuńczy – zgromadzi informacje o pacjencie tj. o jego potrzebach, trudnościach i deficytach.

Najczęściej stosowana i jedna z najlepszych technik badawczych wykorzystywanych w pielęgniarstwie to obserwacja. Stanowi stały element procesu pielęgnowania. Obserwacja to inaczej mówiąc zespół celowych czynności służących gromadzeniu informacji drogą spostrzeżeń w naturalnym przebiegu, bez ingerencji obserwatorów z zewnątrz. Stosowana jest w celu uzupełnienia informacji lub dla potwierdzenia wiarygodności zgromadzonych wcześniej danych pochodzących np. z wywiadu pielęgniarskiego. [17]

Narzędzia służące do pomiarów to np.: wzrostomierz, waga, termometr, glukometr i inne. Zadaniem pielęgniarki jest odczyt i ocena wyniku z odpowiedniej skali. Poszczególne elementy pomiarów pozwalają dokonać oceny funkcjonowania pewnych części organizmu lub ocenić go przez pryzmat całości. Dokonywane pomiary dotyczyć mogą: masy ciała, wzrostu, temperatury ciała, ciśnienia krwi, tętna, poziomu glikemii, ostrości wzroku, słuchu itd. Do oceny otrzymanych wyników, pomiary należy konfrontować z odpowiednimi normami takimi jak: BMI, normy ciśnienia krwi, tablice prawidłowej częstotliwości tętna, siatki centylowe itp. Pomiary, o których mowa, wykorzystywać do badania odchyleń w funkcjonowaniu organizmu pacjentów.

Kolejny etap to analiza dokumentów, badanie i interpretacja materiałów z licznych dokumentów zebranych przez innych. Szczególnie ważne są dokumenty sporządzone podczas wizyt lekarskich i pielęgniarskich w szpitalu, ale też notatki z wizyt kontrolnych w gabinecie lekarza rodzinnego. Analizowanymi dokumentami, jakimi zajmuje się pielęgniarka są np.: wypisy ze szpitala, dokumentacja pielęgniarska, lekarza rodzinnego, specjalisty, wyniki badań laboratoryjnych, rentgenowskich itp. Dzięki tym dokumentom możemy lepiej zrozumieć problemy z przeszłości, jak

również pozwalają w lepszym stopniu zrozumieć zachodzące w minionym czasie zmiany w stanie zdrowia pacjenta. Gromadzone dane są także przydatne do celów porównawczych. [17]

Wszystkie dane pozyskane do mojej pracy zdobyłam za pomocą wywiadu, obserwacji pielęgniarstwa, pomiarów i analizy dokumentów. Narzędzie badawcze odpowiada za techniczne gromadzenie danych, czyli jest nim np. kwestionariusz, arkusz obserwacyjny, czy też długopis. Narzędzie badawcze, które wybrałam dla mojej pracy to arkusz danych o pacjentce.

Arkusz indywidualnego opisu przypadku zawiera:

- dane personalne pacjentki.
- informacje o dotychczasowym stanie zdrowia.
- informacje o aktualnym stanie zdrowia: o chorobie, jej przebiegu i sposobach radzenia sobie z nią, o nastawieniu pacjentki do choroby. Przedstawiam też wydolność pacjentki z zakresu wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego.
- Opis stanu psychicznego pacjentki: jej nastrój, możliwości z zakresu rozumowania, zapamiętywania i logicznego myślenia.
- informacje o warunkach mieszkaniowych, sytuacji rodzinnej, materialnej oraz opisuje stosunki panujące w rodzinie pacjentki.
- opis funkcjonowania poszczególnych narządów i układów ze szczególnym uwzględnieniem układu nerwowego i układu ruchu.

## ROZDZIAŁ 7 PROCES PIELĘGNOWANIA

### 7.1. OPIS INDYWIDUALNEGO PRZYPADKU

#### *Arkusz indywidualnego opisu przypadku*

Imię i Nazwisko (inicjały): M.W	
Data urodzenia: 1958	Stan cywilny: mążatka ( nie mieszka z mężem)
Aktywność zawodowa: emerytka	Wykonywany zawód: pedagog
Data zbierania wywiadu: 29.05.2020	

<b>HISTORIA CHOROBY</b>	<b>STAN OGÓLNY (podczas zbierania wywiadu)</b>
Rozpoznanie lekarskie: stwardnienie rozsiane, choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych	Temperatura: 36,8 ° C
Przyjmowane leki:	Tętno: (liczba/ napięcie/rytm) 76/min/ dobrze napięte/ dobrze wyczuwalne
Przebyte choroby:	Oddechy:16
Pobyty w szpitalu:	Ciśnienie tętnicze: 129/78
Przebyte zabiegi operacyjne:	Masa ciała: 55
Przebyte urazy/ wypadki:	Wzrost:160 BMI: 21.48 WHR: 0,82

<b>WYWIAD RODZINNY</b>
Członkowie rodziny: córka, wnuki Ważne wydarzenia w rodzinie: choroba nowotworowa ojca Choroby występujące w rodzinie: nowotwór skóry – u ojca Hobby/ zainteresowania: muzyka Formy spędzania czasu wolnego z rodziną: zabawa z dziećmi Nałogi w rodzinie: brak Błędy żywieniowe jakościowe i ilościowe: brak Ograniczenia/ przeciążenia fizyczne/ psychiczne: ograniczenia w poruszaniu się Ograniczone kontakty/ brak wsparcia społecznego: brak wsparcia ze strony byłego męża

**WYWIAD ŚRODOWISKOWY**

Miejsce zamieszkania: miasto  
 Rodzaj zajmowanego lokalu mieszkalnego: domek jednorodzinny  
 Ilość zajmowanych pomieszczeń: 3  
 Ilość osób mieszkających wspólnie: 4  
 Stan higieniczno-sanitarny mieszkania: dobry  
 System pracy: nie pracuje  
 Ilość godzin spędzonych w pracy/szkole: brak  
 Zagrożenia zdrowia  
 W domu: brak  
 W pracy/ szkole: brak  
 Komunikacja: bardzo dobra  
 Higiena osobista: dobra  
 Aktywność fizyczna: samodzielnie  
 Wydalanie: częste zaparcia  
 Odżywianie: dieta lekkostrawna  
 Sen/ zasypianie: prawidłowe

**7.2. OMÓWIENIE STANU BIOLOGICZNEGO, PSYCHOLOGICZNEGO I SPOŁECZNEGO**

Badanie fizykalne przeprowadzone dn. 29.05.2020

Stan biologiczny podopiecznego

<b>SKÓRA</b>					
napięcie	temperatura	zabarwienie	wilgotność	stan higieniczny	inne objawy
prawidłowe	36,8 °C	prawidłowe	prawidłowa	dobry	–

<b>UKŁAD ODDECHOWY</b>				
liczba oddechów	typ oddechu	kaszel	inne objawy	wybory medyczne
16	prawidłowy	–	–	–

<b>UKŁAD KRĄŻENIA</b>						
ciśnienie	tętno	sinica	o	duszność	inne objawy	saturation
129/78	76	–	–	–	–	–

<b>UKŁAD POKARMOWY</b>					
użębienie	łaknienie	stolec	dieta	inne objawy	sposób odżywiania
niepełne	prawidłowe	zaparcia	dieta lekkostrawna	–	samodzielnie

<b>UKŁAD MOCZOWY</b>				
objętość	jakość		inne objawy	wyroby medyczne
–	kolor słomkowy		nietrzymanie moczu	–

<b>UKŁAD PŁCIOWY</b>		
cykl płciowy	inne objawy	
po menopauzie	–	
	inne cechy	
	–	

<b>UKŁAD NERWOWY</b>			
świadomość wg skali Glasgow	niedowład/ drżenia	mowa	inne objawy
14	niedowład kk dolnych	zrozumiała	–

<b>NARZĄD RUCHU</b>					
sposób poruszania	zakres ruchów	sylwetka	inne objawy	wyroby medyczne	ryzyko upadku wg skali Tinetti
samodzielnie	ograniczony	lekkie zgarbienie pleców, koślawość kk dolnych	–	–	22 punkty – nieznaczące

<b>NARZĄDY ZMYŚLÓW</b>					
wzrok	słuch	smak	czucie	inne objawy	wyroby medyczne
prawidłowy	prawidłowy	prawidłowy	zaburzone	-	–

### Stan psychiczny i społeczny podopiecznego

sen	nastrój	inne objawy	ocena wg skali GDS
prawidłowy	prawidłowy	–	9 punktów – brak depresji

pamięć	myślenie	stosunek do światła	nastawienie do własnej sytuacji	inne objawy	ocena funkcji poznawczych wg skal
prawidłowa	prawidłowe	prawidłowy	początkowo załamanie	–	–

### Stan wiedzy i umiejętności do samoopieki i samoopielegnacji

wiedza	umiejętności	motywacja	odczuwane problemy	wydolność samoopieki/samopielegnacji	stan odżywiania wg skali MNA
zupełna	zupełne	chętna do współpracy	dyskomfort spowodowany zaparciami i nietrzymaniem moczu	Barthel -95 Lewton-24	25,5

ocena ryzyka odleżyn wg skali D. Norton	natężenie odczuwanego bólu wg skali	charakter bólu	lokalizacja	stopień odleżyn wg skali Torrance'a
–	VAS-5		st. biodrowe	–

## 7.3. DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE

Podczas okresu obserwacji realizowano proces pielęgnowania i rozpoznano następujące problemy pielęgnacyjne: zaparcia, zawroty głowy, nietrzymanie moczu, spastyczność

kończyn dolnych, zespół zmęczeniowy, zaburzone funkcjonowanie rodziny chorego w związku ze zmianą ról w rodzinie, obniżony nastrój spowodowany izolacją, ograniczeniami.

Na podstawie wyłonionych problemów pielęgnacyjnych sformułowano diagnozę pielęgnarską i zaplanowano opiekę.

Diagnoza pielęgnarska wg. NANDA „North American Nursis Diagnosis Association”.

Diagnoza aktualna:

- 10000567 Zaparcie
- 10045584 Zawroty głowy
- 10026869 Wysiłkowe nietrzymanie moczu
- 10018520 Spastyczność
- 10000695 Zmęczenie
- 10041671 Strach przed byciem ciężarem dla innych
- 10010975 Przykurcz stawu
- 10008268 Duszność funkcjonalna (wysiłkowa)
- 10027371 Brak wiedzy o usługach społecznych
- 10012337 Ból mięśniowo-szkieletowy
- 10015237 Ryzyko zaburzenia integralności skóry

Diagnoza potencjalna :

- 10032329 Ryzyko nastroju depresyjnego
- 10015122 Ryzyko upadku
- 10019306 Podatność na zakażenia

Zaparcie – zaburzony proces układu pokarmowego: spadek częstotliwości defekacji, któremu towarzyszy trudność lub niekompletny proces pasażu stolca; proces pasażu wyjątkowo twardego i suchego stolca.

Zawroty głowy – zaburzona percepcja: doznanie słabości lub niezdolności utrzymania równowagi w pozycji stojącej lub siedzącej, związane ze splątaniem, nudnościami lub osłabieniem

Wysiłkowe nietrzymanie moczu – moczu: mimowolne oddawanie niewielkich ilości moczu w związku ze zwiększonym ciśnieniem wewnątrz jamy brzusznej, towarzyszące kichaniu, śmiechowi albo podnoszeniu ciężkich rzeczy, bieganiu, skakaniu i ćwiczeniom fizycznym.

Spastyczność – zaburzony proces układu mięśniowo-szkieletowego: niekontrolowany skurcz mięśni szkieletowych, zwiększone napięcie mięśni, sztywność mięśni i niezborność ruchów

Zmęczenie – emocja negatywna: uczucie ubytku sił i wytrzymałości, poczucie zmęczenia, strudzenie fizyczne i psychiczne, apatia z obniżonymi zdolnościami do pracy fizycznej lub umysłowej.

Strach przed byciem ciężarem dla innych – strach przed byciem ciężarem dla innych

Przykurcz – zaburzony proces układu mięśniowo-szkieletowego: przygięcie stawu, zwłóknienie tkanki łącznej w torebce stawowej, uniemożliwiające normalne przemieszczanie dłoni, palca, łokcia, stawu barkowego, stopy, kolana lub palca stopy, ograniczona ruchomość lub całkowite unieruchomienie stawu, nieprawidłowe położenie stawu związane z procesami zanikowymi i skróceniem włókien mięśniowych wskutek braku pasywnego lub czynnego ruchu mięśni bądź wskutek utraty prawidłowej elastyczności skóry spowodowanej powstawaniem rozległej blizny wokół stawu.

Duszność funkcjonalna (wysiłkowa) – krócenie oddechu związane z aktywnością fizyczną, np. uprawianiem ćwiczeń lub chodzeniem.

Brak wiedzy o usługach społecznych – wiedza o usługach społecznych

Ból mięśniowo-szkieletowy – ból: doznanie bólu zlokalizowanego w mięśniach, kościach, stawach lub zębach; ból zazwyczaj określany jako głęboki, głuchy i tłący, ujawniający się przy poruszaniu częściami ciała lub całym ciałem, aczkolwiek obecny także podczas spoczynku.

Ryzyko zaburzenia integralności skóry – możliwe uszkodzenie skóry i tkanki podskórnej podrażnionej w wyniku nietrzymania moczu.

Ryzyko nastroju depresyjnego – możliwość wystąpienia zaburzeń psychicznych. Zespoły depresyjne objawiają się głównie obniżeniem nastroju (smutkiem, przygnębieniem, niską samooceną, małą wiarą w swoje możliwości, poczuciem winy, pesymizmem, u części pacjentów myślami samobójczymi), niezdolnością do przeżywania przyjemności (anhedonią), spowolnieniem psychoruchowym, zaburzeniem rytmu dobowego (bezsensownością lub nadmierną sensownością) lub zmniejszeniem apetytu (rzadziej jego wzmożeniem).

Ryzyko upadku – upadki zdarzają się w każdym wieku, jednak wraz z wiekiem dochodzi do pogorszenia systemu kontroli równowagi. W zwiększeniu ryzyka upadku swój udział ma postępująca dysfunkcja ruchowa wraz z chorobami przewlekłymi współistniejącymi.

Podatność na zakażenia – zwiększone ryzyko zakażeń dróg moczowych na skutek nietrzymania moczu oraz niedostatecznej higieny.

## 7.4. PROCES PIELEGNOWANIA PACJENTA Z SM

Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgniariskich	Planowane interwencje pielęgniariskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniariskiej	Ocena realizowanych Działań pielęgniariskich
<b>1. Dyskomfort spowodowany zaparciami</b>	Przywrócić nie prawidłowe-go wydalania	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rozmowa z pacjentem dotycząca czasu trwania dolegliwości i objawów z tym związanych</li> <li>– Przeprowadzenie badania fizykalnego brzucha w celu wykrycia zalegających mas kałowych</li> <li>– Zastosowanie diety bogatobiałkowej wspomagającej wypróżnianie (zwiększenie ilości błonnika)</li> <li>– Polecenie przyjmowania większej ilości płynów doustnych</li> <li>– Zastosowanie masażu brzucha kilka razy dziennie (zgodnie z ruchem wskazówek zegara, ruch głaskający)</li> <li>– Podanie doustnych środków przeczyszczających na zlecenie lekarza</li> <li>– W razie konieczności zastosowanie lewatywy lub wlewkę doodbytniczej</li> <li>– Intymności i spokój podczas toalety</li> </ul>	Wykonanie badania fizykalnego, zastosowanie odpowiedniej diety oraz zwiększenie podaży płynów i błonnika oraz w ostateczności zastosowanie doustnych jak i doodbytniczych środków farmakologicznych mają na celu zniwelowanie występowania zaparc u pacjenta.	UspRAWniono pracę jelit.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Zaparcie [10000567]	Badanie fizykalne [10032258] Współdziałanie przy reżimie diety [10026190] Nauczanie o potrzebach dietetycznych [10046533] Nauczanie o ćwiczeniach [10040125] + Brzuch [10000023] Leczenie zaparcia [10044729]			Ustawienie [10016763] zaparcie [10000567]
<b>2. Zawroty głowy spowodowane postępem choroby</b>	Zredukować nie zawrotów głowy oraz nawodnienie organizmu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pomiary RR – Zalecenie powolnej zmiany pozycji ciała oraz ostrożne poruszanie się</li> <li>– Ocena stanu nawodnienia i zachęcenie do spożywania większej ilości płynów</li> <li>– Zalecenie unikania sytuacji mogących pogorszyć dolegliwości: stres, duży wysiłek, zaprzestanie brania leków, silne emocje, spożywanie alkoholu, wysokie temperatury</li> <li>– Poinformowanie pacjenta w jakich przypadkach należy niezwłocznie udać się do lekarza</li> </ul>	Prowadzenie dokumentacji mierzonych parametrów życiowych, ocenianie stanu organizmu, nawodnianie pacjenta oraz poinstruowanie o nie-wykonywaniu gwałtownych ruchów ma na celu pomoc w zlikwidowaniu zawrotów głowy.	Zawroty głowy ustaly.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Zawroty głowy [10045584] Brak równowagi płynów [10042335]	Zachęcenie do odpoczynku [10041415] Monitorowanie oznak życiowych [10032113] Monitorowanie przyjmowania płynów [10035303] Monitorowanie równowagi płynów [10040852]			Równowaga płynów w granicach normy [10045681] Bez zawrotów głowy [10045681]
<b>3. Nietrzymanie moczu spowodowane wysiłkiem</b>	Sprawowanie kontroli nad czynnościami fizjologicznymi wydalaniem moczu, prawidłowa higiena.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kontrola płynów podanych i wydalanych</li> <li>– Dbanie o higienę kroczu i pośladków tak, aby nie doszło do powikłań (zakażenie dróg moczowych)</li> <li>– Zalecenie stosowania wkładek urologicznych</li> <li>– Rozpoznanie okoliczności towarzyszących epizodom nietrzymania moczu (w czasie wysiłku fizycznego, kichania, kaszlu)</li> <li>– Motywowanie do aktywnego udziału w odzyskaniu kontroli nad zwieraczami</li> <li>– Pomoc w utrzymywaniu i utrwalaaniu nawyków czystości</li> <li>– Nauka ćwiczeń pecherza moczowego i mięśni dna miedzy</li> <li>– Rozmowa z pacjentem mająca na celu wsparcie pacjenta</li> </ul>	Wykonanie wskazanych czynności ułatwi kontrolę nad pecherzem dzięki czemu zmniejszy się uczucie skępowania i zawstyżenia oraz izolacja społeczna i związane z tym uczucie osamotnienia.	Skuteczniejsza kontrola nad utrzymywaniem moczu.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Nietrzymanie moczu [10025686].	Ocenianie trzymanie moczu [10030781] Utrzymywanie godności i prywatności [10011527] Nauczanie o pielęgnacji kroczu [10045165 ] Nauczanie o treningu pecherza [10045226]			Utrzymywanie [10011504]



Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgnarskich	Planowane interwencje pielęgnarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgnarskiej	Ocena realizowanych Działania pielęgnarskich
<b>4. Spasty-czność (wzmoczone napięcie mięśniowe) spowodowane postępowaniem choroby</b>	Zmniejsze-nie wzmoczonego napięcia w mięśniach. Rozciąganie przykurczonych mięśni.	-Zapropono-wanie konsultacji z rehabilitantem oraz lekarzem. - Edukacja chorego na temat czynników wywołujących nasilenie objawów mięśniowych, takich jak: wzrost temperatury ciała, zakażenia, kolejny rzut choroby, noszenie zbyt obcisłej odzieży, wypchiony pecherz moczowy, stres, trudność z utrzymaniem prostej postawy ciała. - Unikanie przez chorego wysokiej temperatury powietrza - Stosowanie masażu w celu rozluźnienia mięśni oraz zabiegów fizykalnych. - Pożometryczna relaksacja mięśni. - Podawanie leków zmniejszających napięcie mięśniowe na zlecenie lekarskie	Stosowanie się do zaleceń zmniejszy niepożądane napięcie mięśniowe co przyczyni się znacząco do poprawy motoryki chorej, ułatwi samoobsługę oraz zmniejszy dolegliwości bólowe w mięśniach.	Stopniowe zmniejszenie spastyczności kończyn dolnych.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Spasty-czność [10018520]	Konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029] Nauczanie o ćwiczeniach [10040125] Używanie techniki obniżania napięcia mięśni [10036202]			Zmniejszenie [10005600] Spastyczność [10018520]
<b>5. Zespół zmęczenia-wy spowodowany przez SM</b>	Zwiększenie tolerancji wysiłku fizycznego.	- Edukacja chorego w zakresie czynników, które powodują nasilenie zmęczenia: infekcje, przeziębienia, działania niepożądane przyjmowanych leków, lęk, obniżenie nastroju, depresja, brak snu, - Zalecenie choremu stosowania drzemek w ciągu dnia, które poprawiają funkcjonowanie chorego w ciągu dnia, poprawiają samopoczucie, zmniejszają napięcie, wpływają korzystnie na koncentrację i lepszą pamięć, - Polecenie choremu wykonywania codziennych ćwiczeń, w miarę jego możliwości, ponieważ pomagają one w walce ze zmęczeniem u chorych na SM, - Unikanie przez chorego przebywania w pomieszczeniach, gdzie jest zbyt gorąco, ponieważ wzmoża to zmęczenie u chorego, - Nauka chorego radzenia sobie ze stresem, - Zmianaumeblowania, oświetlenia, które ma wpływ na zmęczenie chorego.	W związku z osłabieniem, ograniczoną sprawnością i szybkim męczeniem się pacjentki podjęto działania pielęgnarskie mające na celu właściwe wykonanie czynności pielęgnacyjnych oraz higienicznych. W wyniku tego nie tylko zwiększono bezpieczeństwo, ale również uległo poprawie samopoczucie pacjentki.	Pacjentka po zastosowaniu się do zaleceń stopniowo zwiększa swoją wydolność fizyczną.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Zmęczenie [10000695]	Nauczanie o ćwiczeniach [10040125] Nauczanie o zaspokojeniu [10040380] Nauczanie o sposobie zwiększania tolerancji aktywności ruchowej [10024660 ] Adekwatny sen [10024930] Nauczanie o zarządzaniu stresem [10038681]			Zredukowane zmęczenie [10029390]
<b>6. Strach przed byciem ciężarem dla innych</b>	Zredukowanie niepokoju. Poprawa nastroju. Akceptacja aktualnej sytuacji zdrowotnej.	- Rozmowa z pacjentem dotycząca jego samopoczucia i obaw - Nauczanie pacjenta metod relaksacji i radzenia sobie ze stresem - Zachęcenie pacjenta do podjęcia aktywności odwracających uwagę od zmartwień - Zapropono-wanie skorzystania z konsultacji psychologicznej - Podanie leków uspokajających na zlecenie lekarza	Zrealizowane interwencje mają na celu ocenę przyczyn niepokoju chorej i akceptacji jej aktualnej sytuacji. Nawiązanie kontaktu i zapewnienie pacjentce wsparcia emocjonalnego są bardzo istotne, aby zbudować zaufanie i zachęcić do rozmowy o problemach, wątpliwościach, niepokojach. Promowanie poczucia własnej wartości i wzmocnienie uczucia nadziei są odpowiednimi metodami, aby zachęcić pacjentkę do zmiany nastawienia, do ćwiczeń. Profesjonalne wsparcie psychologiczne umożliwi pacjentce optymalne radzenie sobie w sytuacji, w jakiej się znalazła i jej zaakceptowanie.	Nastrić pacjentki uległ znacznej poprawie, wykazuje akceptację działań, które dotyczą jej sytuacji zdrowotnej.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Niepokój [10000477]. Zaburzona akceptacja statusu zdrowotnego [10029480].	Promowanie akceptacji statusu zdrowia [10037783]. Wspieranie statusu psychologicznego [10019161]. Zarządzanie nastrojem [10036256] Oceniwanie niepokoju [10041745]. Oceniwanie akceptacji statusu zdrowia [10026249]. Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051]. Promowanie poczucia własnej wartości [10024455].			Akceptacja statusu zdrowotnego [10023499]. Równowaga nastroju [10035792].

Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgniarńskich	Planowane interwencje pielęgniarńskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarńskiej	Ocena realizowanych Działań pielęgniarńskich
<b>7. Przykurcz stawu spowodowany zmniejszeniem aktywności fizycznej</b>	Zapobieganie powstawaniu przykurczy w stawach biodrowych. Poprawa kondycji fizycznej pacjenta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Uświadomienie negatywnych skutków braku ruchu.</li> <li>– Zaproponowanie ćwiczeń czynnych, które pacjent może wykonywać w warunkach domowych.</li> <li>– Zastosowanie udogodnień w łóżku (kliny).</li> <li>– Zaproponowanie konsultacji z rehabilitantem.</li> <li>– Poinformowanie rodziny o ograniczeniach chorego i ustalenie zakresu pomocy rodziny w rehabilitacji pacjenta.</li> </ul>	Przewidziano zaburzeniem elastyczności tkanki mięśniowej sprzyja zminimalizowanym dolegliwości bólowych, sprawniejszemu poruszaniu oraz poprawie jakości życia.	Zwiększony zakres ruchu w stawach biodrowych.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Przykurcz stawu [10010975]	Ocenianie czynnego zakresu ruchu [10040044] Nauczanie techniki relaksacyjnej [10038699] Promowanie ćwiczeń [10040834] Konsultowanie z usługodawcą usług zdrowotnych [10005029]			Zmniejszenie [1005600] Przykurcz stawu [10010975]
<b>8. Dyskomfort z powodu duszności wysiłkowej.</b>	Zmniejszenie duszności powysiłkowej i ułatwienie oddychania.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Określenie stopnia i przyczyn nasilenia duszności: czas trwania, pora występowania, okoliczności wysiłku powodujące zmęczenie.</li> <li>– Zapewnienie prawidłowego mikroklimatu w pokoju.</li> <li>– Odpowiednie ułożenie ułatwiające oddychanie.</li> <li>– Ograniczenie wysiłku poprzez pomoc w zaspokajaniu potrzeb.</li> <li>– Gimnastyka oddechowa: Pogłębienie wdechu i wydechu, nauka oddychania torem brzuszny.</li> <li>– Zmniejszenie negatywnych emocji poprzez zapewnienie wsparcia psychicznego.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zbadanie i określenie przyczyn duszności i okoliczności pomogą dopasować odpowiedni trening dla chorego, który nie wywoła u niego duszności.</li> <li>– Gimnastyka oddechowa zmniejsza ryzyko występowania duszności i poprawia jakość i ilość oddechów.</li> <li>– Negatywne myśli i emocje pogarszają wymianę gazową, dlatego też wsparcie rodziny ma duży wpływ na polepszenie stanu chorego.</li> </ul>	Parametry oddychania w normie.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Duszność funkcjonalna (wysiłkowa) [10008268]	Ocenianie tolerancji aktywności ruchowej [10037945] Zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051] Terapia oddechowa [10037085] Nauczanie o sposobie zwiększania tolerancji aktywności ruchowej [10024660]			Zwiększenie tolerancji aktywności [10024684]
<b>9. Brak wiedzy o usługach społecznych</b>	Uświadomienie chorej o możliwości korzystania z różnych form wsparcia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rozmowa na temat wsparcia finansowego (renta, zasiłek, dofinansowania to turnusów, sprzętu, likwidacji barier architektonicznych).</li> <li>– Zaproponowanie korzystania z ośrodków wsparcia, warsztatów terapii zajęciowej, rehabilitacji.</li> <li>– Możliwość korzystania z usług opiekuńczych.</li> </ul>	Każda choroba powoduje znalezienie się w sytuacji trudnej dla jednostki poszkodowanej a także dla opiekunów. Ograniczenia w wykonywaniu pewnych czynności, niemożność wypełniania ról społecznych prowadzi do poczucia inności i frustracji. Umożliwienie rehabilitacji nie tylko zdrowotnej, ale również społecznej i zawodowej ma ogromne znaczenie na jakość życia.	
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Brak wiedzy o usługach społecznych [10027371]	Ocenianie potrzeb dotyczących opieki zdrowotnej i opieki społecznej [10030618] Edukowanie [10006564] Nauczanie rodziny o usługach społecznych [10036130] Kierowanie do usług społecznych [10038385] Kierowanie do usługodawcy usług zdrowotnych [10032567]			Wiedza adekwatna [10014885] Efektywne wsparcie społeczne [10045794]
<b>10. Ból mięśniowo-szkieletowy spowodowany brakiem ruchu</b>	Wyeliminowanie dolegliwości bólowych	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rozmowa z pacjentką na temat natężenia bólu, rodzaju, zastosowanie skali do oceny bólu</li> <li>– Ułożenie pacjentki w dogodnej dla niej pozycji</li> <li>– Podaż leków p/bólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich</li> <li>– Obserwacja parametrów życiowych tj. tętno, oddech, ciśnienie tętnicze,</li> <li>– Obserwacja skuteczności podanego leku, zgłoszenie lekarzowi działań niepożądanych</li> <li>– Masaż, kinesiotaping.</li> </ul>	W przypadku występowania bólu jest minimalizowanie go podażą leków zgodnych z zleceniami lekarskimi, zapewnienie odpowiedniej pozycji ułożenia wspomagającej radzenie sobie z bólem, wspomaganie się zabiegami fizjoterapeutycznymi.	Zminimalizowanie dolegliwości bólowych.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Ból mięśniowo-szkieletowy [10012337]	Monitorowanie bólu [10038929] Nauczanie o bólu [10039115] Administrowanie lekami przeciwbólowymi [10023084] Nauczanie o rehabilitacji [10033017]			Zredukowany ból [10027917]

Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgnacyjnych	Planowane interwencje pielęgnarskie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgnarskiej	Ocena realizowanych Działań pielęgnarskich
<b>11. Zaburzenia integralności skóry spowodowane nietrzymaniem moczu</b>	Zmniejszenie narażenia skóry na wilgoć, utrzymanie prawidłowej higieny.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ocena stopnia nietrzymania moczu</li> <li>– Obserwacja nie skóry pacjenta pod kątem wystąpienia zmian i podrażnień</li> <li>– Utrzymanie skóry pacjenta w czystości, dokładne osuszenie skóry, stosowanie łagodnych środków myjących, częsta zmiana bielizny osobistej i pościelowej, wietrzenie skóry</li> <li>– Zastosowanie wkładek urologicznych</li> <li>– Smarowanie skóry maseczkami ochronnymi</li> <li>– Zalecenie regularnego oddawania moczu i nieprzechowywania go</li> <li>– Polecenie nieprzyjmowania dużej ilości płynów na noc i poza domem.</li> </ul>	Wilgoć powodują powstawanie odleżyn ponieważ zwiększa tarcie pomiędzy ciałem, często zmiana bielizny osobistej i pościelowej minimalizuje ryzyko wystąpienia zmian skórnych u chorego.	Stan skóry zadowalający.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Wilgotna skóra [10012149] Nietrzymanie moczu [10026895]	Obserwowanie [10013474] Profilaktyka [10015838] Pielęgnacja skóry [10032757] Oceniwanie trzymywania moczu [10030781]			Prawidłowa integralność skóry [10028501]
<b>12. Ryzyko nastroju depresyjno-go</b>	Zniwelować nie ryzyka depresji.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Obserwacja chorego.</li> <li>– Konsultacja z psychologiem.</li> <li>– Wsparcie od rodziny.</li> <li>– Nauka chorego radzenia sobie z emocjami, takimi jak nietracenie kontroli nad swoim życiem, oceniwanie swojej choroby w sposób realistyczny i elastyczny, chorego powinien starać się utrzymywać bliskie relacje z rodziną i przyjaciółmi, wytyczać sobie cele w życiu i dążyć do nich</li> <li>– Nauka chorego walki ze stresem i rozpoznawania objawów i sposobów reagowania na stres</li> <li>– Poczucie bezpieczeństwa w domu.</li> <li>– Organizacja zajęć mających na celu zajęcie chorego czymś przyjemnym.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Obserwacja chorego przez rodzinę w domu pozwoli na szybka diagnozę zaburzeń psychicznych i odpowiednią reakcję.</li> <li>– Wsparcie i obecność rodziny chorego jest kluczowa dla skuteczności terapii.</li> <li>– Wizyta w psychologa lub psychiatry pozwala na odpowiednie dobranie leków i polepszenie stanu zdrowia psychicznego.</li> <li>– Oderwanie chorego od problemów życia codziennego i zajęcie czymś przyjemnym pomaga w zminimalizowaniu anizachowań depresyjnych.</li> </ul>	Dobry nastrój chorej.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Ryzyko nastroju depresyjnego [10032329]	Obserwowanie [10013474] Kierowanie do usługodawcy usług zdrowotnych [10032567] Nauczanie o zarządzaniu stresem [10038681] Promowanie pozytywnych relacji [10035759]			Pozytywne poczucie własnej wartości [10025751] Radzenie sobie [10005208] Dobry nastrój [10040670]
<b>13 Ryzyko upadku spowodowane postępem choroby</b>	Likwidacja ryzyka, zapewnienie bezpieczeństwa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Towarzysze nie choremu podczas dłuższych spacerów.</li> <li>– Zadbanie o to, aby chorego nie nosił zbyt luźnych butów ani zbyt ciasnych, buty powinny mieć najlepiej gumową podeszwę, która zapobiega poślizgnięciu się;</li> <li>– Poinformowanie o zabezpieczeniu elementów kanciastych (stoł, szafki) w mieszkaniu;</li> <li>– Zwrócenie uwagi na chodniki i dywaniki (najlepsze by było ich usunięcie);</li> <li>– Motywowanie chorego do skorzystanie z pomocy osoby drugiej</li> <li>– Poinformowanie rodziny, że w razie upadku nie należy krzyknąć ani robić przerażonej miny ponieważ może to zwiększyć stres u poszkodowanego (należy spokojnie obejrzeć chorego, sprawdzić czy nie doszło do złamania i pomóc mu się podnieść);</li> <li>– Zalecenie rodzinie, aby w łazience i toalecie przymocować uchwyty, których chorego będzie się mógł podtrzymać, w wannie i pod prysznicem maty antypoślizgowe, można też wstawić stołeczki.</li> </ul>	Poinformowanie pacjenta o sposobach zmniejszających ryzyko upadku oraz możliwych niepożądanych jego skutkach wczesnych i tych późnych, zwiększyło ostrożność chorej.	Zminimalizowanie ryzyka upadku, zastosowanie udogodnień w łazience.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Ryzyko upadku [10015122]	Oceniwanie mobilności [10030527] Nauczanie o prewencji upadków [10040253] Demonstrowanie metod prewencji upadków [10040248] Monitorowanie ryzyka upadku [10037442]			Adekwatna wiedza [10027112] Bezpieczeństwo w domu [10031397]

Problem pielęgnacyjny	Cel planowanych działań pielęgniarzkich	Planowane interwencje pielęgniarckie	Uzasadnienie planowanej interwencji pielęgniarckiej	Ocena realizowanych Działań pielęgniarzkich
<b>14. Podatność na zakażenie układu moczowego</b>	Niedopuszczenie do infekcji układu moczowego	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ocena trzymania moczu, częstotliwości jego popuszczania.</li> <li>– Pomoc w czynnościach higienicznych.</li> <li>– Systematyczna wymiana wkładek uroginiekologicznych, bielizny osobistej.</li> <li>– Częstość toalety okolicy kroczka.</li> <li>– Monitorowanie objawów wskazujących na infekcję układu moczowego.</li> <li>– Zachęcanie do systematycznego przyjmowania płynów drogą doustną, bogatych w witaminę C</li> <li>– Udział w farmakoterapii na zlecenie lekarza.</li> </ul>	Interwencje pielęgniarckie mają na celu poprawę statusu i prewencję zakażenia układu moczowo-płciowego. Osoby których dotyczy nietrzymanie moczu są szczególnie narażone na infekcje dróg moczowych. Właściwa higiena okolicy kroczka, systematyczna wymiana wkładek, odpowiednia ilość płynów diecie minimalizują ryzyko zakażenia układu moczowego.	Brak objawów infekcji układu moczowego.
<b>Diagnoza negatywna</b>	<b>Interwencje</b>			<b>Diagnoza pozytywna</b>
Ryzyko zakażenia [10015133]. Nietrzymanie moczu [10025686].	Prewencja infekcji [10036916] Ocenianie trzymania moczu [10030781] Współdziałanie z lekarzem [10023565]			Bez infekcji [10028945]

#### 7.4.1. PROPONOWANE MODELE PIELEGNOWANIA

Proponuję model pielęgnowania oparty na teorii samoopieki, deficytu samoopieki oraz teorii pielęgniarstwa według Dorothei Orem. Model ten zapewnia kompetentną pomoc, wsparcie, oddziaływanie na środowisko oraz uczenie. Stosowany jest w zależności od sytuacji oraz potrzeb pacjentki.

Głównym założeniem teorii samoopieki jest stwierdzenie, że człowiek ma naturalną skłonność do zapewnienia opieki sobie oraz osobom od siebie zależnym. Obecnie model ten jest najbardziej znany i najczęściej wprowadzany w praktyce pielęgniarckiej i w edukacji pielęgniarek. Łączy wiedzę teoretyczną z praktycznym działaniem.

„Według Orem pielęgniarstwo jest służbą społeczną, służy człowiekowi, który nie jest w stanie zapewnić sobie samoopieki w sposób ciągły, jest dyscypliną praktyczną, sztuką i wiedzą. Wymaga umiejętności praktycznych i określonej wiedzy. W ogólnej teorii promowany jest rozwój pielęgniarstwa jako sztuka asystowania człowiekowi. D. Orem twierdzi, że w normalnych warunkach ludzie troszczą się o własne zdrowie i zapewniają opiekę osobom od siebie zależnym, rozwijają się, dążą do samorealizacji, potrafią przystosować się do środowiska. Zapewnienie sobie samoopieki znajduje wyraz w kontaktach społecznych. Możliwości, jakimi dysponują ludzie w sprawowaniu samoopieki, określane są przez autorkę jako: wystarczające, większe lub niewystarczające”. [23]

Koncepcję opieki przedstawiła w trzech wzajemnie uzupełniających się teoriach: teorii samoopieki, teorii deficytu samoopieki i teorii systemów pielęgnowania. Samoopieka to wyuczona aktywność podejmowana i kontynuowana przez człowieka w celu utrzymania życia, zdrowia i dobrego samopoczucia. Założeniem teorii samoopieki jest podstawowa potrzeba człowieka dbania o własne zdrowie i życie oraz opiekowania się

osobami od niego zależnymi. Aby utrzymać życie i zdrowie, należy zaspokajać potrzeby związane z przechodzeniem kolejnych etapów życia. Zapotrzebowanie na samoopiekę jest indywidualną sprawą każdego człowieka i zmienia się z wiekiem. Wpływ na jej zdolność jest zależny od: różnych czynników środowiskowych, socjalno-kulturowych, stanu zdrowia, sytuacji rodzinnej, płci oraz wydarzeń, które mogą negatywnie wpłynąć na rozwój człowieka. Przez całe życie człowiek uczy się, podejmuje decyzje dotyczące różnych zachowań, określonego stylu życia, zapewniając sobie wymaganą opiekę. Teoria deficytu samoopieki według Orem skoncentrowana jest na braku samodzielności chorego w zaspokajaniu własnych potrzeb oraz jego zależności od pomocy i opieki innych osób. Określa, kiedy człowiek wymaga asystowania w samoopiece częściowo lub całkowicie i kiedy niezbędna jest pomoc pielęgniarki. Gdy dochodzi do wystąpienia deficytu, pacjent staje się biorcą opieki. Na podstawie posiadanych kwalifikacji pielęgniarka rozpoznaje i określa możliwości oraz ograniczenia samoopieki i stwierdza zapotrzebowanie na pomoc aktualną i potencjalną, uwzględniając ilość i jakość potrzeb. Pomaga w samoopiece całkowicie lub częściowo, kompensuje istniejące ograniczenia, wspiera i uczy.

System pielęgniarstwa to działania zapewniające pacjentowi zaspokojenie przez pielęgniarkę pomocy w przypadku wystąpienia deficytów w zakresie samoopieki. Skuteczne zapewnienie pomocy wymaga odpowiedniej wiedzy i umiejętności. [23]

Rolą pielęgniarki jest uczyć, jak zaspokajać czynności związane z utrzymaniem zdrowia i życia. Pomaga w wykonywaniu czynności, z którymi dana osoba sobie nie radzi. Wykonuje wszystkie czynności u osoby całkowicie niezdolnej do samoopieki w celu poprawy zdrowia i dobrego samopoczucia.

Orem wyróżnia trzy typy pielęgnowania:

- typ kompensacyjny ma zastosowanie u pacjentów, którzy są w pełni zależni od pielęgniarki i nie są zdolni do samoopieki. Pielęgniarka pomaga podopiecznym oraz chroni ich przed zagrożeniami wypływającymi z choroby. Pozostaje również w ścisłej współpracy z rodziną .
- typ częściowo kompensacyjny stosowany jest u osób z niepełną zdolnością do samoopieki, wynika on z ograniczeń fizycznych, możliwości psychicznych czy niewystarczającej motywacji. Pacjent samodzielnie wykonuje pewne czynności, pomoc otrzymuje wtedy, gdy jest ona niezbędna. On sam najlepiej zna własne potrzeby i potrafi obiektywnie ocenić zdolność do samoopieki. W ten sposób ma zagwarantowaną autonomię .
- typ wspierająco-uczący odnosi się do pacjentów, którzy zdolni są do samoopieki, ale wymagają wsparcia i pomocy w podejmowaniu decyzji. Niewystarczająca wiedza pacjenta, brak motywacji wymaga asystowa-

nia pielęgniarki. Uczy ona samoopieki terapeutycznej, przekazuje wiedzę, kształtuje umiejętności, udziela wsparcia i edukuje pacjenta. Dobór właściwego systemu lub kombinacji kilku z nich pozwala efektywnie zaspokajać zapotrzebowanie pacjenta na opiekę terapeutyczną. [23]

Inne zalecane model pielęgnowania to model opieki według Virginii Henderson oraz Calisty Roy. Model Henderson zakłada, że pielęgniarstwo to „asystowanie drugiemu człowiekowi choremu lub zdrowemu”. Asystowanie to ma na celu pomoc w szybszym powrocie do zdrowia choremu, bądź zapewnienie godnej, spokojnej śmierci. Świadczenie pomocy człowiekowi choremu przez pielęgniarkę to nie sama opieka, czynności pielęgnacyjne, ale także szerzenie promocji zdrowia, zastosowanie się do funkcji edukacyjnej w celu zapobiegania ewentualnych powikłań. Henderson wyróżnia czternaście czynności, w których pielęgniarka bierze udział, umożliwia choremu człowiekowi na samodzielne wykonywanie. Czternaście komponentów odnosi się do potrzeb fizjologicznych, psychicznych oraz duchowych pacjenta. Model adaptacji stworzony został przez Calistę Roy. Człowiek w modelu Calisty Roy to jednostka biopsychospołeczna, która przez nabyte zdolności potrafi przystosować się do nowej sytuacji. Autorka modelu adaptacji wyróżnia cztery elementy, które pozwalają na przystosowanie się. Należy do nich postępowanie w zaspokojeniu potrzeb fizjologicznych, obraz samego siebie bez zaburzeń tożsamości, odgrywanie ról społecznych, relacje z innymi osobami. Rolą pielęgniarki w modelu adaptacji jest wspieranie pacjenta, aby dobrze przystosował się do zmian. [23]

## 7.5. EDUKACJA CHOREGO

Najważniejsze, żeby pacjenci wiedzieli na czym polega choroba i obserwując siebie oraz objawy mogli zgłosić się do lekarza. Kluczowa jest edukacja. Ważna jest również przepustowość systemu, aby do lekarza specjalisty nie czekało się bardzo długo. Potrzeby chorych należy zaopatrywać bardzo szeroko. Od początku rozmawiać z pacjentem, o pracy, o ewentualnym przekwalifikowaniu. Dobrze by było, gdyby taki dialog podjął lekarz, powiedział o społecznych aspektach. Bardzo często się to nie dzieje i wtedy człowiek zostaje sam. Wtedy sugerujemy, żeby zgłaszać się do Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego. Tam staramy się realizować różne potrzeby pacjentów, od prawnych, po formalne, po pomoc psychologiczną, socjalną, finansowanie leczenia. Kłopoty z jakimi najczęściej zmagają się pacjenci to dostęp do refundacji, rehabilitacji oraz koszty finansowania leczenia. Co więcej, utrata pracy, przekwalifikowanie, ogólna zmiana dotychczasowego życia uwydatnia się w budżecie domowym pacjentów.

W ramach edukacji warto wyjaśnić choremu pojęcie fałszywego nawrotu choroby. Objawy SM mogą się nasilać pod wpływem ciepła. Kiedy dzieje się to w nagrzanym pokoju, w gorącej kąpielii bądź w upalny i parny dzień, można taką sytuację pomylić z kolejnym rzutem SM, nawet jeżeli objawy znikają, kiedy tylko przeniesiesz się w chłodniejsze miejsce. Pacjenci z SM często zauważają, że po gorącej kąpielii mogą się stać na tyle słabi, że muszą się na chwilę położyć, a czasem mogą mieć nawet trudności z wyjściem z wanny. Taka sytuacja nie oznacza ataku choroby. Doradza się wówczas unikać ciepła, pić zimne napoje, wziąć zimny prysznic, a także używać klimatyzacji.

Aktywność fizyczna jest ważna dla osób z objawami neurologicznymi, lecz niektórzy pacjenci mogą dostrzegać u siebie nasilenie objawów i osłabienie na skutek wzrostu temperatury ciała. Dla większości osób korzystne są ćwiczenia wykonywane w basenie, ponieważ woda chłodzi wówczas ciało, zwiększając tolerancję na wysiłek fizyczny. Najlepsze rozwiązanie stanowi tu zindywidualizowany program ćwiczeń, utrzymujący równowagę między korzyściami płynącymi z wysiłku fizycznego a zmęczeniem.

Również infekcje mogą prowadzić do nasilenia objawów za sprawą wzrostu temperatury ciała, i trwa on dłużej, ponieważ infekcja może się ciągnąć przez wiele dni. Ponieważ infekcja może poprzedzać ostry atak choroby, to należy dobrze ocenić sytuację, by zorientować się, czy mamy do czynienia z szybko przemijającym epizodem związanym ze wzrostem temperatury i objawami infekcji, czy też z bardziej długotrwałym problemem, wymagającym natychmiastowej interwencji medycznej. Podczas niej niekiedy pojawiają się skutki uboczne, którym może towarzyszyć większe nasilenie spastyczności, co zdaje się podobne do kolejnego rzutu choroby. W takich wypadkach sytuację pozwala kontrolować obniżenie dawki leku, a potem stopniowe jej zwiększanie, w miarę jak organizm pacjenta przyzwyczaja się do leku; jeśli skutki uboczne pozostają nie do zniesienia, pacjentowi można zalecić przejście na octan glatirameru.

Szczegółowe informacje z jakimi należy zapoznać chorego z SM zawarłam w zaleceniach pielęgniarskich.

## **ZALECENIA PIELĘGNIARSKIE**

Zmęczenie w SM jest powodowane złym przewodnictwem nerwowym przez pozbawione mielinowej osłony włókna nerwowe, które zużywają więcej energii, by wykonywać swoje normalne zadania. Proste prace domowe, takie jak zmywanie naczyń lub ścielenie łóżka mogą wymagać większego wydatku energii u osoby z SM niż u osoby zdrowej. Stanie przez długi czas, długotrwała praca nad jakimś zadaniem

czy skupienie się na jednej czynności mogą stać się bardzo trudne z powodu zmęczenia. Wiemy teraz, że zmęczenie w SM może mieć wiele przyczyn, wobec czego ważne jest, by ostrożnie ocenić swój styl życia, objawy SM i przeżywane emocje przy ustalaniu, dlaczego jest się zmęczonym. Istnieje wiele strategii wzmacniania wytrzymałości i redukcji zmęczenia dzięki nowym lekom, zmianom stylu życia i usługom rehabilitacyjnym. [10]

Zmęczenie spowodowane SM działa inaczej i może prowadzić do pogorszonego funkcjonowania. Zmęczenie w SM może, lecz nie musi korelować z przebiegiem choroby – osoba dotknięta SM w nieznacznym stopniu może cierpieć na ciężkie zmęczenie, a jednostka poruszająca się na wózku może mieć niewiarygodną wytrzymałość; możemy też doświadczać zmęczenia jedynie podczas rzutów choroby.

Objawy zmęczenia, które występują tylko w SM:

- Zmęczenie spowodowane przez pozbawienie snu bądź jego zakłócenia (mogą one nastąpić bezpośrednio wskutek SM, bądź z powodu źle kontrolowanych objawów ze strony jelit czy pęcherza)
- Zmęczenie spowodowane przez czynniki dietetyczne (przejedzenie, spożywanie gorących posiłków lub nieodpowiednią dietę)
- Zmęczenie wynikające z roztrenowania (utrata tonusu mięśniowego z powodu ich nieruchomości)
- Zmęczenie z powodu niepełnosprawności (z powodu prób funkcjonowania bez odpowiedniego wsparcia i urządzeń)
- Zmęczenie związane z depresją
- Zmęczenie nerwowo-mięśniowe (z powodu nadmiernej aktywności i napięcia mięśni)
- Skutki uboczne leczenia (wpływającego na objawy bądź na samą chorobę)
- Zmęczenie spowodowane bezpośrednio przez chorobę. [10]

Zmęczenie w SM może być kontrolowane przez odpowiedni nocny odpoczynek i przez drzemki w odpowiednich porach dnia. Jeśli chory doświadcza bezsenności zalecamy rozmowę z lekarzem o środkach nasennych. Dodatkowo istnieją ćwiczenia ułatwiające relaks i zasypianie. Jeśli niedobór snu spowodowany jest przez konieczność częstego oddawania moczu (częstomocz nocny), należy omówić z lekarzem kontrolę pęcherza.

To, co jemy, dostarcza organizmowi zapasów energii. Dla minimalizowania zmęczenia i poprawy funkcjonowania ważne jest stosowanie zrównoważonej diety. Dobre żywienie przysłuży się również integralności twojej skóry, nastrojowi i eliminacji wzorców choroby.



Brak aktywności i ćwiczeń, roztrenowanie może prowadzić do utraty tonusu mięśniowego i wydolności aerobowej. Wydolność aerobowa to zdolność do wykonywania czynności bez zmęczenia i bez konieczności przerwania zadania. Objawy związane z moczem, problemy jelitowe, zła koordynacja ruchowa, słabość, spastyczność i ograniczone możliwości przemieszczania się mogą zmusić cię do stosowania mniej efektywnych, zużywających więcej energii sposobów wykonywania rutynowych czynności. Kompensowanie objawów może z kolei skutkować zwiększonym zmęczeniem. Poziom funkcjonowanie może zostać poprawiony dzięki użyciu odpowiednich urządzeń, takich jak wózki inwalidzkie i zmotoryzowane wózki trójkołowe, które oszczędzają twoją energię.

Ta strategia nazywana jest efektywnym wydatkowaniem energii. Poczucie zmęczenia może być pogorszone przez leżącą u jego podstaw depresję. Może negatywnie wpływać na sen, apetyt, motywację i chęć do działania. Jeśli chory ma poczucie, że zmęczenie jest pochodną depresji, powinien prosić lekarza o omówienie, jakie leki może brać celem polepszenia nastroju. Psychoterapia, nauka kontroli nad stresem, trening relaksacyjny i grupy wsparcia mogą pomóc w radzeniu sobie z komplikacjami spowodowanymi przez chorobę i jej objawy.

W zmęczeniu nerwowo – mięśniowym szczególnie użyteczna przy poprawianiu jakości chodu, redukcji spastyczności, i samodzielnej poprawie jakości życia jest fizykoterapia. Pozytywne doświadczenia, umiarkowane ćwiczenia fizyczne, relaksacja i obniżanie temperatury ciała mogą zredukować twoje zmęczenie, a zwiększyć wytrzymałość. Ochłodzenie można osiągnąć dzięki chłodnej kąpeli, pływaniu w chłodnej wodzie, picciu mrożonych napojów, wreszcie przez używanie urządzeń chłodzących. Kolejną ważną strategią jest używanie chodzika na kołkach, zaopatrzonego w koszyk i w siedzisko, wsięgników w kuchni, lekkiego wózka inwalidzkiego lub skutera, by w odpowiednich momentach oszczędzać energię. [10].

Wskazana jest również zmiana planu dnia po to, by zachować energię na późniejsze godziny. Mogą w tym pomóc następujące wskazówki:

- Czynności wymagające wysiłku fizycznego wykonuj w porze dnia, kiedy czujesz się mniej zmęczony.
- Pozwól sobie na czas odpoczynku i trzymaj wówczas stopy w górze.
- Stawiaj sobie realistyczne zadania.
- Zachowuj energię na sprawy, które są dla ciebie najbardziej znaczące.

Ważne jest to, by zapewnić sobie odpowiednio dużo snu i wypoczynku. Ból dla wielu pacjentów może być najbardziej wycieńczającym aspektem choroby, wpływającym na ich możliwość funkcjonowania, a wobec tego na ich jakość życia. Choroba

pogarsza zdolność układu nerwowego do blokowania odczucia bólu. Czynniki fizyczne i emocjonalne też mogą spowodować ból lub go powiększyć. Jeśli jednostka ma wiele fizycznych lub emocjonalnych problemów, ból będzie trudniejszy do tolerowania, niż gdy jednostka jest ogólnie rzecz biorąc szczęśliwa. Z kolei chroniczny ból może prowadzić do depresji.

Pomocne jest pływanie, fizykoterapia, masaż, stretching (rozciąganie) i ćwiczenia równowagi oraz chodu mogą zmniejszyć poczucie niewygody, zaleczyć urazy i poprawić funkcjonowanie.

Spastyczność kończyn dolnych może również wiązać się z bólem. W takich przypadkach korzystne może być zastosowanie wszczepianej chirurgicznie wewnątrzkręgosłupowej pompy baklofenowej, która dostarcza niewielkie dawki Baklofenu bezpośrednio do płynu rdzeniowego. Morfina może być podawana w ten sam sposób. Stosowane mogą być również blokady nerwów (lokalne zastrzyki środka przeciwbólowego w podlegający zapaleniu nerw).

W przypadkach ostrego bólu mogą być przeprowadzane zabiegi chirurgiczne, polegające na przecięciu niektórych nerwów czuciowych kręgosłupa. Takie zabiegi mają charakter nieodwracalny.

Utrata ruchliwości (sztywność) może ograniczyć ilość czynności, które można wykonywać samodzielnie. Sztywność korpusu i kończyn może wpłynąć na twoją pozycję siedzącą lub stojącą, szczególnie gdy jedna strona ciała jest sztywniejsza od drugiej. Może to doprowadzić do skrzywienia i trudności z utrzymaniem równowagi. Może także przeszkadzać w utrzymywaniu higieny intymnej. Ograniczony zakres ruchów twoich rąk, nóg i korpusu zwiększa zwykle nacisk na poszczególne punkty ciała i uniemożliwia równomierne rozłożenie ciężaru. Taki stan rzeczy znacznie zwiększa ryzyko uszkodzenia skóry albo powstania na skutek nacisku owrzodzeń nazywanych odleżynami. Zaburzenia związane z przemieszczaniem się uryny i stolca będące skutkiem stwardnienia rozsianego, mogą być źródłem dyskomfortu, jak również wstydu i zmartwienia. Prawidłowe leczenie dysfunkcji pęcherza jest prawdopodobnie najważniejszym czynnikiem zwiększającym spodziewaną długość życia pacjentów z SM, a także zmniejszającym ilość hospitalizacji związanych z tą chorobą.

Rodzaje dysfunkcji pęcherza moczowego w SM:

- dysfunkcja magazynowania występuje, gdy pęcherz sygnalizuje potrzebę oddania moczu, mimo że zgromadził jedynie niewielką jego ilość. Mięsień pęcherza kurczy się nadmiernie.
- dysfunkcja opróżniania występuje, gdy pęcherz nie sygnalizuje potrzeby oddania moczu we właściwym momencie i pozwala na zgromadzenie się

nadmiernej ilości moczu. Powoduje to rozciągnięcie przypominającego balon detrusora i utrudnia mu efektywne funkcjonowanie.

- dysfunkcja złożona występuje, gdy pęcherz sygnalizuje potrzebę oddania moczu, mimo że zgromadził jedynie niewielką jego ilość, a w tym samym czasie zwieracz się zaciska, co skutkuje niepełnym opróżnieniem pęcherza. Ponieważ pęcherz nadal wypycha mocz w kierunku częściowo zaciśniętego zwieracza, mocz może popłynąć przez moczowód z powrotem do nerek, powodując ich uszkodzenie. [10]

Część chorych doświadcza zatwardzeń, niewielka liczba cierpi na problemy z nietrzymaniem kału, a u niektórych zdarza się zarówno obstrukcja, jak i luźny stolec.

Przyczyny problemów ze stolcem:

- bezpośredni atak SM na tę część układu nerwowego, która kontroluje funkcjonowanie jelit, co skutkuje ich powolnym ruchem i nie dość szybkim przemieszczaniem się odpadów przez układ trawienny. Organizm może absorbować zbyt dużo wody ze stolca, co czyni go twardym i trudnym do wypuszczenia z organizmu.
- może nastąpić osłabienie mięśni podbrzusza, co czyni „parcie” mniej efektywnym.
- ograniczenie aktywności fizycznej może osłabiać perystaltykę, czyli proces, który powoduje ruch stolca przez dolną część układu trawiennego.
- również problemy z układem moczowym mogą tu mieć znaczenie, ponieważ wysiłki mające na celu kontrolowanie dysfunkcji pęcherza przez ograniczenie przyjmowania płynów oraz korzystanie z leków mogą przyczynić się do zatwardzenia. [10]

Zalecenia:

- picie co najmniej 1,5 do 2 litrów płynu dziennie
- spożywanie błonnika, by pobudzić przemieszczanie się stolca w kierunku odbytu. Błonnik może pochodzić z płatków zbożowych, owoców, warzyw, a także z innych źródeł.
- pomocna jest regularna aktywność fizyczna oraz ćwiczenia.
- opróżniać jelita o tej samej porze każdego dnia. Odruch wypróżniania się jest najsilniejszy 20 do 30 minut po posiłku lub po spożyciu ciepłego płynu.

Zalecenia przy permanentnym zatwardzeniu:

- codziennie zażywać środki zmiękczające stolec.

- codziennie spożywać suplementy diety zawierające błonnik.
- zażywać co noc łagodny środek przeczyszczający, taki jak wodorotlenek magnezu.
- stosować czopki glicerynowe na pół godziny przed planowanym wypróżnieniem (upewnij się, by umieszczać je przy ścianie odbytu, a nie w stolcu).
- jeśli czopki glicerynowe są nieskuteczne, spróbować stosowania lewatywy.
- stosowanie czopków z bisacodylem, jeśli czopki glicerynowe przestają działać.

Zalecenia w przypadku poważnego zatwardzenia u osób z ograniczeniami fizycznymi

- skorzystać ze wszystkich opisanych powyżej procedur.
- zbadać przyczyny nie związane z SM.
- stymulować wypróżnienie przez wkładanie do odbytu palca w rękawiczce.
- usuwać stolec ręcznie, używając lateksowych rękawiczek oraz środka nawilżającego.

Zatwardzenie może się różnić natężeniem. W leczeniu potrzebna jest cierpliwość, ponieważ jelita dobrze reagują na powtarzalne działania.

Przynajmniej raz dziennie, a częściej jeśli chory jest mniej mobilny, powinien sprawdzać stan skóry. Punkty, znajdujące się nad wystającymi kośćmi, powinny być sprawdzane, czy nie czerwieńnią i czy ich kolor się nie zmienia. Nie należy masować tych miejsc. Zaczerwienienie lub pogłębienie koloru wskazuje na większy przepływ krwi i ryzyko uszkodzenia małych naczyń krwionośnych i tkanki poniżej jest bardzo wysokie. Jeśli jakiś obszar pozostaje czerwony przez ponad godzinę, informujemy o tym lekarza lub innego przedstawiciela służby zdrowia. Skórę należy myć bezpośrednio po jej zanieczyszczeniu. Uryna i stolec mogą podrażnić skórę i spowodować jej uszkodzenie. Używam ciepłej wody i łagodnych środków czyszczących. Niektóre mydła zawierają aromaty, które mogą działać wysuszająco lub drażniąco, szczególnie u osób z wrażliwą skórą. Myjemy skórę miękką myjką i osuszaj przez tamponowanie, a nie przez tarcie. Utrzymujemy skórę dobrze nawilżoną. Zapobieganie powstawania odleżynom zaczyna się w momencie, gdy identyfikujemy odnoszące się do ciebie czynniki ryzyka.

Sposoby zapobiegania odleżynom:

1. Poruszaj się albo poprawiaj swoją zdolność poruszania się. Gdy się poruszasz i przenosisz ciężar ciała, wówczas zwalniasz nacisk na zagrożone miejsca.
2. Jeżeli łatwo ci chodzić i poruszać się, po prostu rób to. Ryzyko powstawania odleżynom nie istnieje prawdopodobnie tak długo, dopóki wykonujesz czynności wymagające ruchu.

3. Jeżeli używasz wózka inwalidzkiego albo masz tendencję do długiego siedzenia:
  - Przenoś ciężar ciała z jednego poślądka na drugi co 15 minut, o ile jesteś w stanie to zrobić.
  - Zmieniaj pozycję ciała przynajmniej co godzinę.
  - Jeżeli masz wystarczająco silne ręce, próbuj wykonywać pompki na wózku inwalidzkim. Chwyć poręcze fotela i odepchnij się rękami, by unieść ciało ponad siedzenie. Możesz też używać tej techniki do przenoszenia ciężaru ciała z jednego poślądka na drugi. Nową pozycję utrzymuj przynajmniej przez minutę.
4. Jeżeli przez dłuższy czas przebywasz w łóżku:
  - Zmieniaj pozycję ciała przynajmniej raz na dwie godziny. Możesz potrzebować kogoś do pomocy albo możesz używać specjalnego wyposażenia, takiego jak zawieszony nad łóżkiem trapez.
  - Pod nogami umieszczaj poduszki od środka łydki aż do kostki, aby utrzymywać swoje pięty z daleka od powierzchni łóżka.

Odpowiednia pielęgnacja skóry:

1. Oglądanie skóry przynajmniej raz dziennie, używając lusterka do przebadania trudno dostępnych obszarów. Zwracaj szczególną uwagę na obszary częstego występowania odleżyn i na miejsca, gdzie zmiana koloru utrzymuje się po tym, jak zmieniłeś pozycję i zlikwidowałeś nacisk.
2. Podczas kąpieli używanie ciepłej wody i łagodnego mydła.
3. Zapobieganie wysuszeniu skóry przez użycie kremu lub oliwki. Unikanie bardzo zimnego lub suchego powietrza.

Dbanie o uciskane miejsca. Urządzenia pomocnicze i ćwiczenia mogą zapobiec pojawieniu się odleżyn.

1. Jeżeli większość czasu spędzasz na krześle lub na wózku inwalidzkim:
  - Używaj poduszek piankowych, żelowych lub dmuchanych, aby zmniejszyć nacisk. Poproś lekarza, by skierował cię do specjalisty, który może ocenić twoje potrzeby, dotyczące modelu wózka inwalidzkiego i specjalnych poduszek, mających zredukować nacisk.
  - Nie używaj poduszek z otworem, ponieważ zmniejszają one przepływ krwi, powodują puchnięcie tkanek i zwiększają ryzyko odleżyn.
2. Jeżeli przez dłuższy czas przebywasz w łóżku i nie możesz się swobodnie poruszać:

- Używaj specjalnego materaca piankowego, dmuchanego, żelowego lub wodnego, który pomoże w zapobieganiu odleżynom. Cena i skuteczność takich materacy są zróżnicowane, więc warto porozmawiać z lekarzem, by ustalić, jaki byłby dla Ciebie najlepszy.
3. Zapytaj lekarza lub pielęgniarkę o możliwość rehabilitacji i o ćwiczenia zwiększające zakres ruchów, by poprawić Twoją mobilność, a tym samym zmniejszyć nacisk na tkanki.

Należy chronić skórę przed uszkodzeniem. Unikaj ruchów, które wzmacniają nacisk na wrażliwą tkankę:

1. Nigdy nie masuj skóry pokrywającej kościste miejsca Twojego ciała. Masowanie skóry może uszkodzić tkankę znajdującą się poniżej.
2. Gdy siedzisz lub leżysz, ograniczaj tarcie przy wstawaniu, podnosząc ciało zamiast je przesuwając.
3. Ograniczaj ryzyko uszkodzeń spowodowanych przez tarcie, stosując cienką warstwę skrobi zbożowej w zagrożonych miejscach.
4. Nie podnosz zagłówek łóżka pod kątem większym niż 30 stopni. Podnoszenie łóżka wyżej może spowodować osunięcie się ciała i uszkodzenie skóry w czasie ześlizgiwania się po powierzchni łóżka.

Wdrożenie programu uwzględniającego problemy z nietrzymaniem moczu lub kału. Mokra lub zanieczyszczona skóra jest bardziej narażona na uszkodzenia:

1. Zapytaj lekarza i pielęgniarkę, czy potrzebujesz wdrożenia programu higienicznego uwzględniającego problemy z nietrzymaniem moczu lub kału.
2. Oczyszczaj skórę natychmiast po każdym zabrudzeniu. Używaj miękkich materiałów, by ograniczyć obrażenia skóry.
3. Jeśli zawilgocenie wymyka się spod kontroli, stosuj pieluchy, które absorbują mocz i mają szybko wysychającą powierzchnię, utrzymującą wilgoć z dala od skóry.
4. Stosuj krem lub balsam, by chronić skórę przed moczem i kałem. Lekarz lub pielęgniarka mogą zaproponować odpowiednie produkty.
5. Istnieje wiele urządzeń dla dorosłych, służących zapobieganiu podrażnieniom skóry i nieprzyjemnych zapachów, związanych z problemami z trzymaniem moczu lub kału. Około połowy pacjentów z SM cierpi na dysfunkcje poznawcze, to u niewielu z nich są one znaczne. Większość osób doświadcza zaledwie łagodnych lub umiarkowanych zmian. Funkcje poznawcze są to wysokiego poziomu funkcje mózgu, w tym rozumienie i używanie mowy, percepcja

wizualna i wyobraźnia przestrzenna, umiejętność liczenia, uwaga (przetwarzanie informacji), pamięć, i funkcje wykonawcze, takie jak planowanie, rozwiązywanie problemów i obserwacja własnego stanu.[10]

Istnieje jednak wiele sposobów postępowania, które mogą pomóc w przypadku problemów poznawczych, związanych z SM.

- Przyznaj, że cierpisz na deficyty poznawcze.
- Gdy zidentyfikujesz problem, możesz zacząć się przystosowywać. Przedyskutuj sytuację z lekarzem.
- Znajdź przyjaciela lub krewnego, który pomoże ci zastosować program samopomocy.
- Przystosuj się. Znajdowanie rozwiązań zastępczych jest podstawowym sposobem samopomocy w problemach poznawczych.
- Bądź konsekwentny. Stosuj przyjęte przez siebie metody – takie, jak kalendarz rodzinny lub książka spotkań aby radzić sobie ze zmianami poznawczymi.
- Zwalczaj zmęczenie.

Funkcjonowanie człowieka w sferze seksualnej zmienia się z czasem – jednak stwardnienie rozsiane może zmienić ludzkie doświadczenia w tym obszarze na wiele sposobów. Mężczyzn najczęściej dotyczą problemy z uzyskaniem i utrzymaniem erekcji (impotencja), podczas gdy kobiety najczęściej informują o częściowej lub całkowitej utracie libido (pożądania seksualnego). Następujące objawy mogą wpłynąć na aktywność seksualną:

- Zmęczenie
- Osłabienie mięśni
- Spastyczność
- Drżenie rąk
- Dysfunkcje pęcherza lub jelit
- Zaburzenia poznawcze
- Depresja
- Zmiany w odczuwaniu zmysłowym (np. odrętwienie, mrowienie, odczucie pieczenia)

Te (i inne) objawy SM mogą spowodować:

- Zmianę ról rodzinnych
- Niższe poczucie własnej wartości

- Cierpienie i inne przykre uczucia
- Trudności w sprośowaniu oczekiwanom względem własnej ekspresji seksualnej, co dotyka zwłaszcza osoby, które muszą żyć z niepełnosprawnością.

Również niektóre leki na SM mogą przeszkadzać w prawidłowym funkcjonowaniu seksualnym. Problemy takie mogą być wywołane na przykład przez niektóre antydepresanty. Uszkodzenia mózgu spowodowane przez chorobę mogą przeszkadzać w odbiorze bodźców seksualnych, tak że nie powodują one pobudzenia. Uszkodzenia rdzenia kręgowego mogą utrudniać przekazywanie impulsów nerwowych do genitaliów i uniemożliwiać dopływ krwi do nich, co skutkuje zmniejszeniem lub wręcz nieobecnością erekcji, nabrzmienia warg sromowych bądź nawilżenia pochwy.

U mężczyzn orgazm odbywa się w dwóch fazach, emisji nasienia i wytrysku (ejakulacji).

Aby wzmocnić reakcję seksualną, mocniej stymuluj inne podatne obszary, takie jak piersi, pośladki, uszy i wargi. Staraj się stworzyć mapę reakcji swojego ciała, samemu bądź z partnerem szukając lokalizacji, których pobudzenie powoduje przyjemne, osłabione lub zmienione odczucia. Takie ćwiczenie może wzmocnić intymną więź, jak również dostarczyć ci informacji na temat zmian w odczuciach przyjemności zmysłowych i seksualnych. Podobnie jak przy leczeniu wszystkich innych objawów SM odnoszących się do sfery seksualnej, eksperymentowanie i komunikacja stanowią klucz do zwiększenia skali dostępnych odczuć. [10] Często lekceważonym czynnikiem związanym z SM jest zdrowie członków rodziny, często i intensywnie opiekują się chorymi. Lekceważą je sami chorzy, którzy w porównaniu ze sobą postrzegają wszystkich innych jako zdrowych, oraz lekarze, skupiający się na bardziej oczywistych potrzebach chorych z SM. Co jednak najważniejsze, swoje potrzeby zdrowotne lekceważą także sami opiekunowie, uznając problemy zdrowotne bliskich chorych na SM za znacznie ważniejsze. [25] Wiele badań wykazało, że opiekunowie lekceważą swoje zdrowie. Sprawa przedstawia się nieco inaczej u mężczyzn i u kobiet, ponieważ kobiety łatwiej wchodzą w rolę opiekuna i w związku z nową odpowiedzialnością mniej uwagi zwracają na siebie, podczas gdy mężczyźni przyjmują tę samą rolę w bardziej zorganizowany sposób i często uwzględniają przy tym stan własnego zdrowia jako istotny element nowego planu postępowania. Kobiety zatem częściej niż mężczyźni lekceważą swoje zdrowie, swoje życie osobiste i ćwiczenia fizyczne ze względu na sprawowanie opieki.

Opieka stanowi naturalny element związku, i kiedy obydwie osoby są zdrowe, wówczas opieka jest obustronna i zrównoważona. Gdy jedna z osób choruje, równowaga zostaje zaburzona, a ciężar opieki spoczywa przede wszystkim na barkach



„zdrowego” partnera. Z czasem liczba zadań wypełnianych przez takiego opiekuna staje się coraz większa. Zarówno opiekun, jak i lekarze muszą wówczas zrozumieć, że w interesie i opiekuna, i pacjenta leży to, by uznać, że zdrowie opiekuna jest sprawą istotną.

Wszystkie wcześniejsze zalecenia dotyczące zagadnień ogólnozdrowotnych odnoszą się również do opiekuna. [25]

## **PODSUMOWANIE**

Sposób postępowania z chorymi na stwardnienie rozsiane powinien być kompleksowy; obejmować przede wszystkim utrzymanie dobrego stanu ogólnego chorego, właściwe leczenie ostrego rzutu choroby, zapobieganie powikłaniom ( lub leczenie zaistniałych np. zakażenia, zakrzepy, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa, stawów i mięśni ), pomoc w rozwiązywaniu problemów psychologicznych, szeroko pojętą rehabilitację. Należy również pomóc chorym utrzymać zdolność pracy i kontaktów społecznych. Odpowiednie postępowanie i opieka aby przynieść pożądaną efekt powinny być dostosowane do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta.

Odpowiednio zaplanowane postępowanie lecznicze w dużym stopniu wpływa na przedłużenie i jakość życia chorych na SM.

### **SŁOWA KLUCZOWE**

Stwardnienie rozsiane, objawy stwardnienia rozsianego, leczenie chorych na stwardnienie rozsiane, życie codzienne chorych z SM, diagnoza pielęgniarska, problemy pielęgnacyjne u chorych na stwardnienie rozsiane, pielęgnowanie chorych ze stwardnieniem rozsianym, rola pielęgniarki, proces pielęgnowania.

## **SUMMARY**

The treatment of patients with multiple sclerosis should be comprehensive; include, first of all, maintaining a good general condition of the patient, proper treatment of acute disease outbreaks, prevention of complications (or treatment of existing infections, blood clots, degenerative changes of the spine, joints and muscles), assistance in solving psychological problems, broadly understood rehabilitation. Patients should also be helped to maintain their ability to work and socialize. Appropriate procedures and care to achieve the desired effect should be tailored to the individual needs of each patient.

Properly planned treatment significantly affects the prolongation and quality of life of patients with MS.

### **KEYWORDS**

Multiple sclerosis, symptoms of multiple sclerosis, treatment of patients with multiple sclerosis, everyday life of patients with MS, nursing diagnosis, nursing problems in a patient with multiple sclerosis, nursing role, nursing process.

## BIBLIOGRAFIA

1. Barski K., Piechowski A., Próby leczenia stwardnienia rozlanego, PZWL, Warszawa 1987
2. Benz C., SM i Ty. Jak żyć ze stwardnieniem rozlanym, Warszawa 2004
3. Cendrowski W., Choroby demielinizacyjne, PZWL, Warszawa 1986
4. Cendrowski W., Kwolek A., Wieliczko E., Rehabilitacja chorych na stwardnienie rozlane, Mag. Med. 1997, 8(9)
5. Czernicki J., Broła W., Plucińska M., Rehabilitacja w stwardnieniu rozlanym, Neurol. Neurochir. Pol. 2005, 39(4) supl. 3
6. Fagius J., SM, RGPTSR, Warszawa 2003
7. Grochmała S., Zielińska-Charszewska S., Rehabilitacja w chorobach układu nerwowego, PZWL, Warszawa 1986
8. HainzMauritz K., Nowe elementy w rehabilitacji chorych na stwardnienie rozlane, Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii 2005, 21(3)
9. Hausman-Petrusewicz I., Leczenie chorób układu nerwowego, wyd. II uzupełnione, PZWL, Warszawa 1990
10. Holland J., Halper J., Stwardnienie rozlane: Jak dbać o siebie, by czuć się dobrze, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozlanego, Warszawa 2009
11. Jankowski K., Człowiek i choroba, PWN, Warszawa 1975
12. Kozubski W., Liberski P., Neurologia, PZWL, Warszawa 2006
13. Krawczyk M., Jak bardzo jest pomocna rehabilitacja w stwardnieniu rozlanym, Stwardnienie rozlane: materiały z konferencji naukowo-szkoleniowej, Kraków 2006
14. Krawczyk M., Plażuk I., Wybrane problemy w fizjoterapii chorych w przebiegu stwardnienia rozlanego, Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii 2005, 21(3)
15. Kwolek A., Wieliczko E., Szydełko M., Zajkiewicz K., Zasady rehabilitacji w stwardnieniu rozlanym, Post. Rehabil. 2004, 18(3)
16. Legwant Z., Rehabilitacja w uzdrowisku na stwardnienie rozlane, Post. Rehabil., 1997, 11(3)
17. Lenartowicz H., Kózka M., „Metodologia badań w pielęgniarstwie”, PZWL, Warszawa 2010

18. Magiera L., *Klasyczny masaż leczniczy*, wyd. II poprawione i uzupełnione, Bio-Styl, Kraków 2000
19. Michajlik A., Ramotowski W., *Anatomia i fizjologia człowieka*, PZWL, Warszawa 1998
20. Mika T., *Fizykoterapia*, PZWL, wyd. III, Warszawa 1999
21. Milanowska K., Dega W., *Rehabilitacja medyczna*, PZWL, wyd. III uzupełnione, Warszawa 1999
22. Opara J., *Kompleksowa rehabilitacja chorych ze stwardnieniem rozsianym*, *Neur. Neurochir. Pol.* 1998, 32(3)
23. Poznańska S., Płaszewska-Żywko L., *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001
24. Prusiński A., *Neurologia praktyczna*, PZWL, wyd. III uaktualnione, Warszawa 2005
25. Radford T., *Poradnik dla opiekunów osób ze stwardnieniem rozsianym*, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Warszawa 2009
26. Selmaj K., *Stwardnienie rozsiane*, TWM, Poznań 2006
27. Woszczak M., *Postępowanie rehabilitacyjne w stwardnieniu rozsianym*, *Pol. Prz. Neurol.* 2005, 1(3)
28. Woszczak M., *Postępowanie rehabilitacyjne w stwardnieniu rozsianym*, *Neurol. Neurochir. Pol.* 2005, 39(4)
29. Zakszewska-Pniewska B., *SM*, wyd. MORTOL, Warszawa-Lublin 2002
30. Zielińska-Charszewska S., *Rehabilitacja neurologiczna chorych w domu*, PZWL, Warszawa 1986

## WYKAZ SKRÓTÓW

EDSS skala – Expanded Disability Status Scale, rozszerzona skala niepełnosprawności

HLA – human leukocyte antigen, ludzkie antygeny leukocytarne

IgG – immunoglobuliny typu G

MRI – magnetic resonance imaging, rezonans magnetyczny

NDT Bobath – Neuro Developmental Treatment, leczenie neuro-rozwojowe

PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych

PMR – płyn mózgowo-rdzeniowy

PNF – proprioceptive neuromuscular facilitation, proprioceptywne nerwowo-mięśniowe torowanie ruchu

PW – potencjały wywołane

PZWN – pozagałkowe zapalenie nerwu wzrokowego

## **SPIS TABEL**

Tabela 1. Skala EDSS (Expanded Disability Status Scale). . . . .	113
Tabela 2. Kryteria rozpoznania SM wg McDonalda (po nowelizacji w 2005r). . . . .	119

## **SPIS RYCIN**

Rycina 1. Przebieg procesu demielinizacji. . . . .	105
Rycina 2. Mapa świata pokazuje, że SM jest nierównomiernie rozłożone na kontynentach.[6]. . . . .	110
Rycina 3. Piramida planowania metody fizjoterapii w SM. . . . .	126
Rycina 4. Skutki obniżonej aktywności fizycznej w SM. . . . .	127
Rycina 5. Rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym. . . . .	130

**ANEKS**

## ZALĄCZNIK NR 1

Załącznik nr 4 do zarządzenia nr 83/2011/DSOZ

Imię i nazwisko świadczeniobiorcy .....

Adres zamieszkania .....

Pesel: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## SKALA GLASGOW - ocenie podlega:

* OTWIERANIE OCZU				Ilość punktów
4 punkty	spontanicznie			
3 punkty	na polecenie			
2 punkty	na bodźce bólowe			
1 punkt	nie otwiera			
* KONTAKT SŁOWNY				
5 punktów	odpowiedź logiczna, pacjent zorientowany co do miejsca i własnej osoby			
4 punkty	odpowiedź splątana, pacjent zdeorientowany			
3 punkty	odpowiedź nieadekwatna, nie na temat lub krzyk			
2 punkty	niezrozumiałe dźwięki, pojękiwania			
1 punkt	bez reakcji			
* REAKCJA RUCHOWA				
6 punktów	spełnianie ruchowych poleceń słownych, migowych			
5 punktów	ruchy celowe, pacjent lokalizuje bodźce bólowe			
4 punkty	reakcja obronna na ból, wycofanie, próba usunięcia bodźca bólowego			
3 punkty	patologiczna reakcja zgięciowa, odkorowanie ( <i>przywiedzenie ramion, zgięcie w stawach łokciowych i ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych</i> )			
2 punkty	patologiczna reakcja wyprostna, odmóżdzenie ( <i>odwiedzenie i obrót ramion do wewnątrz, wyprost w stawach łokciowych, nawrócenie przedramion i zgięcie stawów ręki, przeprost w stawach kończyn dolnych, odwrócenie stopy</i> )			
1 punkt	bez reakcji			
<b>ŁĄCZNIE -</b>  <b>GCS:...../15</b>	*...../4	*...../5	*...../6	<b>zaburzenia przytomności:</b>
				GCS 13-15 - łagodne
				GCS 9-12 - umiarkowane
				GCS 6-8 - brak przytomności
				GCS 5 - odkorowanie
				GCS 4 - odmóżdzenie
GCS 3 - śmierć mózgowa				

Uwzględnia się najlepszą uzyskaną odpowiedź w każdej kategorii. Łącznie można uzyskać od 3 do 15 punktów, ale należy zaznaczyć z jakich składowych powstał wynik (np. GCS 12: 3/4 + 4/5 + 5/6).

Skala Glasgow może być stosowana u dzieci, które już dobrze mówią; tj. od 4 roku życia.

Data .....

.....  
podpis, pieczęćka pielęgniarki.....  
podpis, pieczęćka lekarza



**ZAŁĄCZNIK NR 2****.SKALA OCENY RÓWNOWAGI I CHODU**

.( Tinetti M. i wsp. 1986 )

**.RÓWNOWAGA** ( Badany siedzi na twardym krześle bez poręczy )**.1. Równowaga podczas siedzenia :**

- . 0 = pochyla się lub ześlizguje z krzesła
- . 1 = zachowuje równowagę, zabezpieczony

**.2. Wstawanie z miejsca :**

- . 0 = niezdolny do samodzielnego wstania
- . 1 = wstaje, ale sam pomaga sobie rękoma
- . 2 = wstaje bez pomocy rąk

**.3. Próby wstawania z miejsca :**

- . 0 = niezdolny do wstania bez pomocy
- . 1 = wstaje, ale potrzebuje kilku prób
- . 2 = wstaje przy pierwszej próbie

**.4. Równowaga bezpośrednio po wstaniu z miejsca ( pierwsze 5 s. ):**

- . 0 = stoi niepewnie ( zatacza się, przesuwa stopy, wyraźnie kołysze tułowiem )
- . 1 = stoi pewnie, ale podpira się, używając chodzika, laski lub chwytając inne przedmioty
- . 2 = stoi pewnie bez żadnego podparcia

**.5. Równowaga podczas stania :**

- . 0 = stoi niepewnie
- . 1 = stoi pewnie, ale na szerokiej podstawie (obie pięty w odległości > 10 cm od siebie ) lub podpierając się laską, chodzikiem itp.
- . 2 = stoi ze stopami złączonymi, bez podparcia

**.6. Próba trącania :** (badany stoi ze stopami jak najbliżej siebie, badający lekko popycha

- . go, trzykrotnie trącając dłońią w klatkę piersiową na wysokości mostka)
- . 0 = zaczyna się przewracać
- . 1 = zatacza się, chwytając się przedmiotów, ale samodzielnie utrzymuje pozycję
- . 2 = stoi pewnie

**.7. Próba trącania przy zamkniętych oczach badanego :**

- . 0 = stoi niepewnie
- . 1 = stoi pewnie

**.8. Obracanie się o 360 ° :**

- . 0 = ruch przerywany
- . 1 = ruch ciągły
- . 2 = niepewne ( zataczanie się chwytanie przedmiotów )

**.9. Siadanie :**

- . 0 = niepewne ( źle ocenia odległość, opada na krzesło )
- . 1 = pomaga sobie rękoma lub ruch nie jest płynny
- . 2 = pewny, płynny ruch

**RÓWNOWAGA - Wynik końcowy...../ 16**

**.CHÓD** ( Badany stoi obok badającego; idzie wzdłuż korytarza lub przez pokój –

- najpierw zwykłym krokiem, a z powrotem krokiem szybkim, ale w sposób
- bezpieczny, korzystając z laski lub chodzika, jeśli posługuje się nimi zwykle )

**.10. Zapoczątkowanie chodu :** ( bezpośrednio po wydaniu polecenia )

- 0 = jakiegokolwiek niezdecydowanie ( wahanie ) lub kilkakrotne próby
- ruszenia z miejsca
- 1 = start bez wahania

**.11. Długość i wysokość kroku :**

- **A. Zasięg ruchu prawej stopy przy wykroku :**
- 0 = nie przekracza miejsca stania lewej stopy
- 1 = przekracza położenie lewej stopy
- 0 = prawa stopa nie odrywa się całkowicie od podłogi
- 1 = prawa stopa całkowicie unosi się nad podłogą
- **B. Zasięg ruchu lewej stopy przy wykroku :**
- 0 = nie przekracza miejsca stania prawej stopy
- 1 = przekracza położenie prawej stopy
- 0 = lewa stopa nie odrywa się całkowicie od podłoża
- 1 = lewa stopa unosi się całkowicie nad podłogą

**.12. Symetria kroku :**

- 0 = długość kroku prawej i lewej stopy nie jest jednakowa
- 1 = długość kroku obu stóp wydaje się równa

**.13. Ciągłość chodu :**

- 0 = zatrzymywanie się między poszczególnymi krokami lub inny brak
- ciągłości chodu
- 1 = chód wydaje się ciągły

**.14. Ścieżka chodu :**(oceniać na odcinku ok.3 metrów, odnotować odchylenie rzędu 30cm)

- 0 = wyraźne odchylenie od toru
- 1 = niewielkie lub średniego stopnia odchylenie lub pacjent korzysta
- z przyrządów pomocniczych ( laska itp.)
- 2 = prosta ścieżka bez korzystania z pomocy

**.15. Tułów :**

- 0 = wyraźne kołysanie lub pacjent korzysta z przyrządów pomocniczych
- 1 = nie ma kołysania, ale pacjent podczas chodu zgina kolana, plecy lub
- rozkłada ramiona
- 2 = pacjent nie kołysze tułowiem, nie zgina kolan, pleców, nie angażuje
- kończyn górnych ani nie korzysta z przyrządów pomocniczych

**.16. Pozycja podczas chodzenia :**

- 0 = pięty rozstawione
- 1 = pięty prawie stykają się podczas chodzenia

**CHÓD - Wynik końcowy...../ 12**

**ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW...../ 28**

•Wynik poniżej 26 pkt. wskazuje na problem, poniżej 19 pkt ryzyko upadku wzrasta 5 x.

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

Skalę wypełnia się zwykle mając na uwadze samopoczucie osoby badanej w 2 ostatnich tygodniach.

- Myśląc o całym swoim życiu, czy jest Pan(i) z niego zadowolony(a)?  
tak\* nie\*
- Czy zmniejszyła się liczba Pana(i) aktywności i zainteresowań?  
tak\* nie
- Czy ma Pan(i) uczucie, że życie jest puste?  
tak\* nie
- Czy często czuje się Pan(i) znudzony(a)?  
tak\* nie
- Czy myśli Pan(i) z nadzieją o przyszłości?  
tak nie\*
- Czy miewa Pan(i) natrętne myśli, których nie może się Pan(i) pozbyć?  
tak\* nie
- Czy jest Pan(i) w dobrym nastroju przez większość czasu?  
tak nie\*
- Czy obawia się Pan(i), że może się zdarzyć Panu(i) coś złego?  
tak\* nie
- Czy przez większość czasu czuje się Pan(i) szczęśliwy(a)?  
tak nie\*
- Czy często czuje się Pan(i) bezradny(a)?  
tak\* nie
- Czy często jest Pan(i) niespokojny(a)?  
tak\* nie
- Czy zamiast wyjść wieczorem z domu, woli Pan(i) w nim pozostać?  
tak\* nie
- Czy często martwi się Pan(i) o przyszłość?  
tak\* nie
- Czy czuje Pan(i), że ma więcej kłopotów z pamięcią niż inni ludzie?  
tak\* nie
- Czy myśli Pan(i), że wspaniale jest żyć?  
tak nie\*
- Czy często czuje się Pan(i) przygnębiony(a) i smutny(a)?  
tak\* nie
- Czy obecnie czuje się Pan(i) gorszy(a) od innych ludzi?  
tak\* nie

- Czy martwi się Pan(i) tym, co zdarzyło się w przeszłości?  
tak\* nie
- Czy uważa Pan(i), że życie jest ciekawe?  
tak nie\*
- Czy trudno jest Panu(i) realizować nowe pomysły?  
tak\* nie
- Czy czuje się Pan(i) pełny(a) energii?  
tak nie\*
- Czy uważa Pan(i), że sytuacja jest beznadziejna?  
tak\* nie
- Czy myśli Pan(i), że ludzie są lepsi niż Pan(i)?  
tak\* nie
- Czy drobne rzeczy często wyprowadzają Pana(ią) z równowagi?  
tak\* nie
- Czy często chce się Panu(i) płakać?  
tak\* nie
- Czy ma Pan(i) kłopoty z koncentracją uwagi?  
tak\* nie
- Czy rano budzi się Pan(i) w dobrym nastroju?  
tak nie\*
- Czy ostatnio unika Pan(i) spotkań towarzyskich?  
tak\* nie
- Czy łatwo podejmuje Pan(i) decyzje?  
tak nie\*
- Czy zdolność Pan(i) myślenia jest taka sama jak dawniej?  
tak nie\*

Obliczanie wyniku:

Odpowiedzi zaznaczone gwiazdką = 1 punkt, pozostałe odpowiedzi = 0 punktów.

Interpretacja wyników:

**0–9** punktów = brak depresji

**10–19** punktów = depresja łagodna

**20** i więcej punktów = głęboka depresja

## ZAŁĄCZNIK NR 4

## Ocena stanu odżywienia

## Mini Nutritional Assessment - MNA®

Nestlé  
Nutrition Institute

Nazwisko:	Imię:				
Płeć:	Wiek:	Masa ciała, kg:	Wzrost, cm:	Data:	

Proszę uzupełnić formularz, wpisując w kratki odpowiednią cyfrę oznaczającą odpowiedź. Dodaj cyfry w celu uzyskania oceny końcowej. Jeśli uzyskana ocena wynosi 11 punktów lub poniżej, kontynuuj ocenę pacjenta w celu uzyskania wyniku wskaźnika niedożywienia (Malnutrition Indicator Score).

Badanie przesiewowe	
<b>A Czy ograniczenie spożycia posiłków w ostatnich 3 miesiącach wiązało się z utratą apetytu, zaburzeniami trawienia, połykania czy żucia?</b>	
0 = ciężkie ograniczenie spożycia posiłków 1 = umiarkowane ograniczenie spożycia posiłków 2 = brak ograniczenia spożycia posiłków	<input type="checkbox"/>
<b>B Utrata masy ciała w ciągu ostatnich 3 miesięcy</b>	
0 = utrata masy ciała powyżej 3 kg 1 = nieznaną 2 = utrata masy ciała między 1 a 3 kg 3 = brak utraty masy ciała	<input type="checkbox"/>
<b>C Możliwość poruszania</b>	
0 = unieruchomienie w łóżku lub fotelu 1 = może wstać z łóżka lub fotela, ale bez opuszczania mieszkania 2 = pełna sprawność	<input type="checkbox"/>
<b>D Czy pacjent/ka w ciągu ostatnich 3 miesięcy cierpiał/a z powodu stresu psychologicznego lub ciężkiej choroby?</b>	
0 = tak      2 = nie	<input type="checkbox"/>
<b>E Zaburzenia neuropsychologiczne</b>	
0 = ciężkie otępienie lub depresja 1 = łagodne otępienie 2 = bez zaburzeń psychologicznych	<input type="checkbox"/>
<b>F Wskaźnik masy ciała (BMI) (masa ciała w kg) / (wzrost w m)<sup>2</sup></b>	
0 = BMI < 19 1 = 19 ≤ BMI < 21 2 = 21 ≤ BMI < 23 3 = BMI ≥ 23	<input type="checkbox"/>
<b>Wynik oceny z badania przesiewowego (maksymalnie 14 punktów)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 -14 punktów:      Prawidłowy stan odżywienia 8 -11 punktów:      Zagrożenie niedożywieniem 0 -7 punktów:      Niedożywienie	
W celu przeprowadzenia dokładniejszej oceny proszę odpowiedzieć na pytania G-R.	
Ocena pacjenta/ki	
<b>G Czy pacjent/ka mieszka samodzielnie we własnym domu (nie w domu opieki czy szpitalu)?</b>	
1 = tak      0 = nie	<input type="checkbox"/>
<b>H Czy pacjent/ka przyjmuje więcej niż 3 leki przepisane na receptę dziennie?</b>	
0 = tak      1 = nie	<input type="checkbox"/>
<b>I Odleżyny lub owrzodzenia skórne</b>	
0 = tak      1 = nie	<input type="checkbox"/>

**Piśmiennictwo**  
 1. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**: 456-465.  
 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; **56A**: M366-377.  
 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; **10**: 466-487.  
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners  
 © Société des Produits Nestlé SA, 1994, Revision 2009.

Więcej informacji można odnaleźć na stronie: [www.mna-elderly.com](http://www.mna-elderly.com)

<b>J Ile pełnych posiłków dziennie spożywa pacjent/ka?</b>	
0 = 1 posiłek 1 = 2 posiłki 2 = 3 posiłki	<input type="checkbox"/>
<b>K Wybrane pokarmy określające spożycie białka</b>	
• Co najmniej jedna porcja produktów mlecznych (mleko, ser, jogurt) dziennie	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
• Dwie lub więcej porcji roślin strączkowych lub jajek tygodniowo	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
• Porcja mięsa, ryb lub drobiu codziennie	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
0,0 = jeśli 0 lub 1 x tak 0,5 = jeśli 2 x tak 1,0 = jeśli 3 x tak	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>L Czy pacjent/ka spożywa dwie lub więcej porcji owoców lub warzyw dziennie?</b>	
0 = nie      1 = tak	<input type="checkbox"/>
<b>M Ile filiżanek/szklanek napojów (woda, sok, kawa, herbata, mleko...) pacjent/ka wypija dziennie?</b>	
0,0 = mniej niż 3 0,5 = od 3 do 5 1,0 = powyżej 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>N Sposób żywienia</b>	
0 = wymaga pomocy w czasie jedzenia 1 = je posiłki samodzielnie ale z pewnymi trudnościami 2 = je posiłki samodzielnie bez żadnego problemu	<input type="checkbox"/>
<b>O Samodzielna ocena stanu odżywienia</b>	
0 = pacjent/ka twierdzi, że jest niedożywiony/a 1 = pacjent/ka nie jest pewny/a własnego stanu odżywienia 2 = pacjent/ka nie dostrzega żadnego problemu w związku z własnym stanem odżywienia	<input type="checkbox"/>
<b>P Jak pacjent/ka ocenia własny stan zdrowia w porównaniu z rówieśnikami?</b>	
0,0 = nie tak dobry 0,5 = nie potrafi ocenić 1,0 = tak samo dobry 2,0 = lepszy	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Q Obwód ramienia w połowie długości (MAC) w cm</b>	
0,0 = MAC < 21 0,5 = 21 ≤ MAC ≤ 22 1,0 = BMI > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>R Obwód łydki (CC) w cm</b>	
0 = CC < 31 1 = CC ≥ 31	<input type="checkbox"/>
<b>Wynik oceny pacjenta/ki (maksymalnie 16 punktów)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Wyniki oceny z badania przesiewowego</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Wynik końcowy oceny pacjenta/ki (maksymalnie 30 punktów)</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>Wynik oceny wskaźnika niedożywienia</b>	
24 do 30 punktów <input type="checkbox"/>	Prawidłowy stan odżywienia
17 do 23,5 punktu <input type="checkbox"/>	Zagrożenie niedożywieniem
Poniżej 17 punktów <input type="checkbox"/>	Niedożywienie

**SKALA OCENY ZŁOŻONYCH CZYNNOŚCI ŻYCIA CODZIENNEGO  
( SKALA LAWTONA ) – IADL**

1. Czy potrafisz korzystać z telefonu ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = zupełnie nie jesteś w stanie korzystać

2. Czy jesteś w stanie dotrzeć do miejsc poza odległością spaceru ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = zupełnie nie jesteś w stanie podróżować, dopóki nie poczyni się specjalnych przygotowań

3. Czy wychodzisz na zakupy po artykuły spożywcze ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = zupełnie nie jesteś w stanie robić jakichkolwiek zakupów

4. Czy możesz samodzielnie przygotować sobie posiłki ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = nie jesteś w stanie

5. Czy możesz samodzielnie wykonywać prace domowe (np. sprzątanie) ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = zupełnie nie jesteś w stanie

6. Czy możesz samodzielnie majsterkować / wyprać swoje rzeczy ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = nie jesteś w stanie

7. Czy samodzielnie przygotowujesz i przyjmujesz leki ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = nie jesteś w stanie

8. Czy samodzielnie gospodarujesz pieniędzmi ?

- 3 = bez pomocy
- 2 = z niewielką pomocą
- 1 = nie jesteś w stanie