Jak wspierać chorego w przebiegu choroby ALZHEIMERA?

Dr Anna Antczak-Komoterska

Instytut Nauk o Zdrowiu
Państwowa Uczelnia Zawodowa we Włocławku

*Projekt **„Wybieram zdrowie”** dofinansowany ze środków Fundacji „ANWIL DLA WŁOCŁAWKA”*
w ramach Programu grantowego „Bądź zdrów”

OTĘPIENIE (DEMENCJA) *wg stanowiska IGERO, WHO, DSM-IV*

Jest zespołem spowodowanym chorobą mózgu o charakterze przewlekłym lub postępującym; charakteryzuje się występowaniem zaburzeń co najmniej dwóch funkcji poznawczych (w tym zawsze pamięci); upośledza samodzielne funkcjonowanie w życiu codziennym. Kryterium rozpoznania otępienia jest także utrzymywanie powyższych objawów lub ich postępowanie przez co najmniej 6 miesięcy.

Świadomość nie jest zaburzona

Funkcje poznawcze - (pamięć, myślenie, orientacja, rozumienie, liczenie, zdolność uczenia się, funkcje językowe, zdolność do porównywania, oceniania, dokonywania wyborów

ZESPOŁY OTĘPIENNE

Skutki:

- stopniowe wyłączanie się człowieka z aktywności społecznej;
- postępuje zależność od pomocy i opieki innych osób;
- w późniejszych okresach pacjent często wymaga instytucjonalizacji.

ZESPOŁY OTĘPIENNE

PRZYCZYNY:

- pierwotne choroby OUN, które nieodwracalnie uszkadzają mózg (ok. 50% przypadków) np chor. Alzheimera;
- przyczyny neurologiczno-naczyniowe (ok. 13% przypadków) np. chor. Parkinsona, uogólnione lub ogniskowe zaburzenia krążenia mózgowego, ogniskowe uszkodzenia mózgu;
- mieszane, naczyniowo-alzheimerowskie przyczyny (ok. 25% przypadków)
- otępienie odwracalne (ok. 20% przypadków) – dotyczy osób, które przebyły stan depresyjny lub splątaniowy na skutek np. chor. internistycznych, neurologicznych, depresji, czynników psycho-społ. i w wyniku leczenia p/depresyjnego wyzdrowiały

ZESPOŁY OTĘPIENNE

- Czynniki ryzyka: starszy wiek, płeć żeńska, niski poziom wykształcenia, cukrzyca i posiadanie spokrewnionego członka rodziny, u którego zdiagnozowano chorobę Alzheimera.
- Liczbę osób cierpiących na chorobę Alzheimera na świecie ocenia się na 15–21 mln. Szacuje się, że w naszym kraju otępienie typu Alzheimera dotyka około 250 tys. osób, a drugie tyle stanowią chorzy z różnymi innymi postaciami otępienia razem wzięci.
- średni czas utrzymywania się objawów kończących się zgonem wynosi 10 lat
- Przyczyna: zanik neuronów spowodowany obecnością toksycznych białek: ß-amyloidu i patologicznie fosforylowanego białka – tau

Chor. Alzheimera

- Objawy choroby w tym stadium wynikają z zaburzeń zapamiętywania nowych informacji oraz zaburzeń uwagi. Zaburzenia pamięci dotyczą głównie tzw. pamięci operacyjnej, tj. pamięci dotyczącej aktualnie wykonywanych czynności. Zaburzenia koncentracji uwagi (chora nie pamięta, gdzie odłożyła klucze lub okulary i wciąż zadaje te same pytania). Zab. językowe, ,,brak gotowości słowa”. Na tym etapie obserwuje się niekiedy zaburzenia nastroju i zaburzenia osobowości. U niektórzy chorych rozwija się pełnoobjawowy zespół depresyjny, u innych występują jedynie niektóre objawy depresji. Depresja niekiedy poprzedza wystąpienie choroby Alzheimera. Zaburzenia osobowości objawiają się wycofaniem z życia towarzyskiego, ograniczeniem kontaktów międzyludzkich lub zachowaniami nietaktownymi, nieadekwatną wesołkowatością lub drażliwością. Na tym etapie osoba cierpiąca na chorobę Alzheimera jest jeszcze samodzielna w większości codziennych aktywności życiowych i wymaga tylko okresowej pomocy (rodziny lub opiekuna).

III fazy choroby- I faza

- Narastające problemy z pamięcią, występują także zaburzenia innych funkcji poznawczych, np. orientacji lub mowy. Mogą się także pojawić zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne. Chorzy gubią się początkowo w miejscach dla nich obcych, a w miarę postępu choroby także w miejscach, które są im dobrze znane. Mają trudność z trafieniem do własnego domu, mylą piętra lub klatki schodowe i wchodzą do mieszkania sąsiadów. Postępujące zaburzenia pamięci i orientacji prowadzą do trudności z rozpoznawaniem twarzy członków rodziny. Mowa staje się zubożała w słowa, chorzy mylą wyrazy lub mają trudność ze znalezieniem właściwego słowa w zdaniu. Zaburzenia zachowania występujące często w tym stadium choroby to zachowania agresywne, drażliwość, apatia, zaburzenia rytmu snu i czuwania (np. bezsenność w nocy, drzemki w dzień). Nierzadko obserwuje się objawy psychotyczne, takie jak omamy (halucynacje) polegające na tym, że chorzy są przekonani, iż widzą lub słyszą osoby, których nie ma w ich otoczeniu. Innym objawem są urojenia, najczęściej o treści prześladowczej lub niewierności małżeńskiej. Chory wymaga stałej opieki drugiej osoby.

III fazy choroby- II faza

- Choroba ostatecznie uniemożliwia wykonywanie wszystkich czynności codziennych, takich jak ubieranie się, przygotowywanie posiłków, posługiwanie się sztućcami przy jedzeniu, komunikowanie się z innymi osobami itd. Zaburzenia orientacji powodują, że chory nie odróżnia otaczających go osób, nie rozróżnia pór dnia i nocy. Na tym etapie choroby pojawiają się także zaburzenia ruchowe, takie jak pochylenie sylwetki do przodu i trudności z chodzeniem powodujące niekiedy upadki. Zaburzenia chodu doprowadzają ostatecznie do tego, że chory nie wstaje z łóżka i spędza w nim całą dobę. Pojawiają się problemy z utrzymaniem moczu i stolca oraz zaburzenia połykania skutkujące wyniszczeniem organizmu (z powodu niewystarczającej ilości przyjmowanych pokarmów).

III fazy choroby- III faza

- I oraz II faza-inhibitory acetylocholinoesterazy, III faza-antagonista receptora NMDM
- leki stos. w zab. psychotycznych
- leki stosowane w okresach depresji (wybiórcze inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny)
- Leki stosowane w zaburzeniach rytmu dobowego (uspokajające, nasenne)

Leczenie-objawowe

- Systematyczna ocena sprawności funkcjonalnej.
- udział w leczeniu farmakologicznym (zaburzeń poznawczych, zachowania, objawów psychotycznych, depresyjnych);
- udział w terapii niefarmakologicznej np. treningi orientacji, zachowania;
- zapewnienie niezmienności, stabilności środowiska, poczucia bezpieczeństwa; unikanie zmian, pośpiechu;
- udział w planowaniu zajęć chorego;
- kontrola przyjmowania posiłków, załatwiania potrzeb fizjologicznych;
- zaspakajanie potrzeb bio-psycho-społecznych pacjenta;

ZESPOŁY OTĘPIENNE – zadania opiekuna

- odczytywanie sygnałów komunikacji niewerbalnej;
- wspieranie rodziny/opiekunów/odciążanie w sprawowaniu opieki po to, aby chory jak najdłużej pozostawał w środowisku domowym;
- wsparcie emocjonalne rodziny, kontakt z grupami samopomocowymi; stworzenie możliwości korzystania ze wsparcia w domach dziennego nocnego pobytu chorych;
- włączenie rodziny do terapii zajęciowej i rehabilitacji chorego;
- aktywizowanie chorego;
- obserwacja w kierunku objawów otępienia

ZESPOŁY OTĘPIENNE – zadania opiekuna

- unikanie nadopiekuńczości;
- wdrożenie zasad opieki maieutycznej – metoda opieki nad osobami dementywnymi, zakłada globalną formę opieki nad osobą potrzebującą; to opieka relacji – ma wpływ na przemiany zarówno u osoby sprawującej opiekę , jak i u osoby pielęgnowanej

ZESPOŁY OTĘPIENNE – zadania opiekuna