

OPIEKA NAD PACJENTEM ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

Caring for the patient with multiple sclerosis

Monika Michalak, Paulina Hydzyk, Dagmara Waliszewska

Zakład Chorób Układu Nerwowego, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: monika.michalak@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą oraz postępującą chorobą ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzującą się występowaniem rozsianych ognisk demielinizacji obejmujących mózg oraz rdzeń kręgowy. W pracy wykorzystano studium indywidualnego przypadku, z wykorzystaniem procesu pielęgnowania, w którym zawarto najistotniejsze problemy pielęgnacyjne.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, opieka pielęgniarska, plan opieki.

SUMMARY

Multiple Sclerosis is a chronic and progressive disease of the central nervous system, that is characterized by presence of disseminated demyelination in brain and spinal cord. The study presents an individual case of study with the use of the nursing process, which consists the most significant care problems

Key words: multiple sclerosis, nursing care, care plan.

WSTĘP

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex* – SM) jest przewlekłą oraz postępującą chorobą ośrodkowego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w wyniku której dochodzi do pojawienia się rozsianych ognisk demielinizacji obejmujących mózg oraz rdzeń kręgowy. Najczęstszą zachorowalność na SM obserwuje się u osób w wieku między 20. a 40. rokiem życia, a jej etiologia nie została poznana do dnia dzisiejszego [1].

Za determinanty powstania, a następnie rozwoju stwardnienia rozsianego, uważa się czynniki genetyczne (warunkują typ i nasilenie objawów), środowiskowe (zakażenia, zanieczyszczenia) oraz sposób, w jaki powstaje złożona reakcja autoimmunologiczna organizmu [2, 3]. Wyniki badań epidemiologicznych wykazały, iż największą liczbę chorych odnotowuje się w strefie o klimacie chłodnym/umiarkowanym [3].

W stwardnieniu rozsianym wyróżniamy cztery typy przebiegu klinicznego. Postać rzutowo-remisyjna występuje u zdecydowanej większości chorych. Charakteryzuje się występowaniem rzutów z różną częstotliwością i natężeniem, a następnie powraca do stanu remisji. Postać ta może rozwinąć się w typ wtórnie postępujący, w którym zauważa się wyraźną progresję choroby po okresie rzutowo-remisyjnym. Przebieg postępująco-rzutowy ma tendencje progresywne, a więc zarówno podczas rzutów, jak i w okresach między nimi, chory wyraźnie i silnie odczuwa wszelkie dolegliwości [2]. Symptomatologia stwardnienia rozsianego jest zróżnicowana ze względu na zmiany patologiczne. Najczęstszymi objawami są: niedowłady spastyczne kończyn, zaburzenia koordynacji, czucia czy też pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego [4]. Potwierdzenie wystąpienia SM przeprowadza się za pomocą rezonansu magnetycznego (uwidacznia ogniska demielinizacji oraz obniżenie poziomu N-acetylo-asparaginy, badania płynu mózgowo-rdzeniowego oraz potencjałów wywołanych [5]. Wszystkie postaci stwardnienia rozsianego wymagają leczenia objawowego oraz immunomodulującego [6].

STUDIUM PRZYPADKU

Pacjentka A.H., lat 50. Rozpoznanie: stwardnienie rozsiane, postać rzutowo-remisyjna. Proces pielęgnowania został zrealizowany w Klinice Neurologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu w dniach od 6 do 14 stycznia 2017 r.

Chora zgłosiła się do poradni neurologicznej z powodu wystę-

powania przewlekłych zawrotów głowy, ciągłego uczucia zmęczenia oraz trudności w zachowaniu równowagi. Wykonano badania oraz diagnostykę obrazową. Wyniki wykazały ogniska uszkodzenia mieliny, obniżenie poziomu N-acetylo-asparaginy, podwyższone stężenie immunoglobulin IgG oraz obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Z wywiadu wynika, iż chora w przeszłości wykonywała pracę fizyczną, była narażona na częste sytuacje stresogenne. Około 30. roku życia zaczęły pojawiać się pierwsze symptomy SM. Od momentu zachorowania u pacjentki wystąpiły 4 rzuty choroby. Obecnie pacjentka przebywa w okresie remisji; zmiana diety, wizyty fizjoterapeuty, wykonywanie masażu przez opiekunów, omijanie wyższych temperatur oraz podejmowanie – przystosowanego do możliwości chorej – wysiłku fizycznego przynoszą poprawę w jej funkcjonowaniu.

PROCES PIELEGNOWANIA

1. Diagnostyka pielęgniarska

Ograniczenia w sprawowaniu samoopieki wynikające z nasilenia objawów neurologicznych, ograniczonej sprawności i obniżonej tolerancji na wysiłek fizyczny.

Cel działań pielęgniarskich:

- pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych i higienicznych;
- zapobieganie całkowitemu unieruchomieniu;
- zapewnienie komfortu pacjentce.

Plan działań [2, 8, 9, 11]:

- dokonanie oceny poziomu samodzielności, możliwości i ograniczeń pacjentki w wykonywaniu niezbędnych czynności;
- zaplanowanie kolejności wykonywania czynności przy asyście pielęgniarki;
- zapewnienie niezbędnej pomocy dostosowanej do stanu zdrowia chorej przy wykonywaniu podstawowych czynności (toaleta ciała, ubieranie, przygotowywanie posiłków, jedzenie, poruszanie się);
- współpraca z rodziną pacjentki, przeprowadzenie niezbędnej edukacji na temat opieki, pielęgnacji, przekazanie wskazówek ułatwiających sprawowanie opieki nad chorą.

Uzasadnienie podjętych działań [9, 11]

Ograniczenia w samoopiece niosą za sobą wiele poważnych konsekwencji wśród chorych na stwardnienie rozsiane. W związku z osłabieniem, ograniczoną sprawnością i szybkim męczeniem się pacjentki podjęto działania pielęgniarskie mające na celu właściwie wykonać czynności pielęgnacyjnych oraz higienicznych. W wyniku tego nie tylko zwiększono bezpieczeństwo, ale również uległo poprawie samopoczucie pacjentki.

2. Diagnoza pielęgnarska
Trudności w poruszaniu się spowodowane osłabieniem mięśni kończyn dolnych oraz zaburzeniami równowagi.
Cel działań pielęgnarskich:
<ul style="list-style-type: none"> - zwiększenie samodzielności w poruszaniu się; - zniwelowanie zaburzeń wpływających na motorykę; - zapewnienie bezpieczeństwa.
Plan działań [2, 8, 11]:
<ul style="list-style-type: none"> - ustalenie zaburzeń będących przyczyną trudności w poruszaniu się pacjentki; - obserwacja sprawności ruchowej pacjentki, która umożliwi zaplanowanie rodzaju i zakresu pomocy niezbędnej do poruszania się; - zachęcanie do wykorzystywania ćwiczeń zleconych przez fizjoterapeutę; - nadzór oraz zapewnienie ciągłej asekuracji w trakcie poruszania się; - instruktaż posługiwania się sprzętem ortopedycznym.
Uzasadnienie podjętych działań [2, 11]
Trudności w poruszaniu się stanowiły znaczne ograniczenia dla pacjentki. Poruszanie się chorej z pomocą przebiega bez zarzutu. Dopasowanie potrzeb do sytuacji chorej (maty antypoślizgowe, stabilizujące obuwie, zamontowanie drabinek, poręczy i uchwytów w domu ułatwiły wykonywanie codziennych czynności oraz zwiększyły bezpieczeństwo). Zapewnienie sprzętu ortopedycznego ułatwiło przemieszczanie się.
3. Diagnoza pielęgnarska
Ograniczenia w funkcjonowaniu wywołane spastycznością mięśni.
Cel działań pielęgnarskich:
<ul style="list-style-type: none"> - zniwelowanie pojawiających się spastyczności.
Plan działań [2, 8, 9]:
<ul style="list-style-type: none"> - stosowanie pozycji minimalizujących spastyczność (układanie pacjentki na boku lub brzuchu, unikanie pozostawiania pacjentki w pozycji na plecach); - wykorzystywanie środków pomocniczych (wałki, poduszki); - wykonywanie masażu, chłodnych okładów; - uczęszczanie na basen, terapie zajęciowe; - eliminacja czynników nasilających zjawisko spastyczności (unikanie wysokiej temperatury, infekcji); - unikanie gwałtowności w poruszaniu się; - podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim.
Uzasadnienie podjętych działań [2, 9]
Ze względu na pojawienie się wzmożonego napięcia mięśniowego kończyn dolnych dochodziło do utrudnień w wykonywaniu ruchów. Dlatego też, aby zwiększyć niezależność pacjentki, należało skupić się na działaniach prowadzących do poprawy funkcji fizycznych za pomocą ćwiczeń oraz zaleceń pielęgnacyjnych.
4. Diagnoza pielęgnarska
Obniżony nastrój oraz poczucia osamotnienia i izolacji spowodowane chorobą.
Cel działań pielęgnarskich:
<ul style="list-style-type: none"> - zminimalizowanie obciążenia psychicznego, poczucia osamotnienia i izolacji.
Plan działań [10, 12]:
<ul style="list-style-type: none"> - zwrócenie uwagi na stan psychiczny pacjentki; - zapewnienie wsparcia; - przeprowadzenie komfortowej dla pacjentki rozmowy; - umożliwienie swobodnego wyrażania uczuć, obaw; - podawanie leków przeciwdepresyjnych zgodnie ze zleceniem lekarskim; - w przypadku długotrwałego utrzymywania się obniżonego nastroju, zaproponowanie spotkania z psychologiem, grupami wsparcia; - motywowanie do podejmowania czynności przynoszących satysfakcję i odprężenie.
Uzasadnienie podjętych działań [10, 12]
Nasilenie dolegliwości psychologicznych doprowadziło do znacznego obniżenia poziomu jakości życia pacjentki. Podjęcie wyznaczonych działań pielęgnarskich miały na celu mobilizację pacjentki do podjęcia czynności, dzięki którym możliwa będzie poprawa jej stanu psychospołecznego.

DYSKUSJA

SM to choroba, która najczęściej dotyka osoby w okresie największej aktywności zawodowej, w związku z czym stanowi poważny problem natury społecznej. Początek choroby zazwyczaj ma miejsce między 20. a 40. rokiem życia i jest częstą przyczyną długotrwałej niezdolności do pracy. Ponadto problem dwukrotnie częściej dotyka kobiet niż mężczyzn. SM dotyczy przede wszystkim ludzi rasy białej. Ryzyko wystąpienia choroby zależy między innymi od zamieszkiwanej szerokości geograficznej. Zdecydowanie największe jest w krajach o klimacie umiarkowanym i chłodnym. W Polsce współczynnik ryzyka zachorowania ocenia się jako dość wysoki [7]. U pacjentki, której dotyczy prezentowany w pracy proces pielęgnowania, stwardnienie rozsiane zdiagnozowano w wieku 39 lat. Kobieta pochodzi z Polski i jest przedstawicielką rasy białej, a więc jej przypadek pokrywa się z prezentowanymi informacjami na temat zachorowalności. Według Jaracz i Kozubskiego, istnieje wiele problemów pielęgnacyjnych pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, które związane są między innymi z zaburzeniami koordynacji, zawrotami głowy, występowaniem spastyczności mięśni, znużeniem i zmęczeniem. Należy jednak zwrócić uwagę na indywidualny przebieg każdego z przypadków oraz różnorodność objawów SM [2]. Pierwszoplanowym problemem okazał się znaczny deficyt samodzielności chorej. Wynikało to z ograniczeń spowodowanych nasileniami objawów neurologicznych, w konsekwencji doszło do postępującego zaniku zdolności do wykonywania codziennych czynności. Według Skalskiej-Izdebskiej i wsp. progresja choroby powoduje utratę zdolności do samoobsługi. W wyniku tego jednym z najważniejszych działań pielęgnarskich było zminimalizowanie ograniczeń i poszerzenie zdolności do samoobsługi. Stworzenie odpowiednich warunków, udzielenie wsparcia, zapewnienie pomocy i zgodne z aktualnymi wytycznymi edukowanie, umożliwiły podwyższenie jakości życia i wydolności samoobsługowej pacjentki [11].

Jak piszą Pasek i wsp., do wieloogniskowych objawów stwardnienia rozsianego należą zaburzenia w motoryce. Na początku choroby pacjent odczuwa osłabienie mięśni. Później pojawia się spastyczność (wzmoczone napięcie mięśniowe), która utrudnia lub uniemożliwia wykonywanie poszczególnych ruchów [9]. W tym przypadku postęp niewydolności ruchowej stanowił jeden z pierwszych objawów choroby. Trudności w poruszaniu się ograniczyły samodzielność chorej. Zgodnie ze źródłem w tym przypadku dochodziło do okresowych zaburzeń równowagi.

Stwardnienie rozsiane, oprócz sprawności fizycznej, wpływa znacząco na sferę psychiczną chorych. Według Florkowskiego i wsp. u około 75% pacjentów rozpoznano różne zaburzenia psychiczne, współistniejące z objawami somatycznymi. Epizody depresyjne pojawiają się u chorych na SM dwukrotnie częściej niż w populacji ogólnej, a ryzyko suicydalne jest od 2 do 7 razy wyższe. Ukierunkowanie pacjentów na zaakceptowanie choroby i pokazanie praktycznych sposobów radzenia sobie z jej objawami przynosi natychmiastową poprawę w ogólnym funkcjonowaniu [12].

W omawianym przypadku po przebyciu pierwszego rzutu choroby doszło do potrzeby wdrożenia leczenia przeciwdepresyjnego. Strach przed ryzykiem wystąpienia kolejnego rzutu i zaostrożenia objawów potęgował uczucie niepewności i osłabiał stan funkcjonalny chorej. Zapewnienie wsparcia psychicznego i zachęcenie do skorzystania z pomocy specjalisty poprawiły stan emocjonalny pacjentki.

Rola pielęgniarki polega na indywidualnym i holistycznym podejściu do pacjenta ze stwardnieniem rozsianym. Wykonane interwencje wpłynęły znacząco na poprawę stanu zdrowia, a w konsekwencji podniosły jakość życia chorego. Pielęgniarka pomaga w zniwelowaniu trudności oraz dyskomfortów wynikających z objawów choroby.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek. Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Prusiński A. *Neurologia praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007: 309.
2. Jaracz K, Kozubski W. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 249–264.
3. Rosiak L, Zagożdżon P. Czynniki środowiskowe w epidemiologii stwardnienia rozsianego. *Probl Hig Epidemiol* 2012; 93(4): 627–631.
4. Selmaj K. Stwardnienie rozsiane – kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby. *Pol Prz Neurol* 2005; 1(3): 99–105.
5. Kazibutowska Z. Diagnostyka, rokowanie i leczenie w stwardnieniu rozsianym w kontekście zagadnień rehabilitacji. *Pol Prz Neurol* 2008; 4(Supl. A): 46–47.
6. Bartosik-Psujek H. Aktualne zasady terapii stwardnienia rozsianego. *Aktual Neurol* 2009; 9(2): 126–131.
7. Guzik A, Kwolek A. Częstość występowania i rozmieszczenia stwardnienia rozsianego w Polsce i na świecie. *Prz Med Uniw Rzesz Inst Leków* 2015; 1: 55–62.
8. Kózka M, Płaszewska-Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
9. Pasek J, Opara J, Pasek T, i wsp. Rehabilitacja w stwardnieniu rozsianym – wyzwania współczesnej medycyny. *Aktual Neurol* 2009; 9(4): 273–275.
10. Palasik W. Zespół zmęczenia, depresja i zaburzenia funkcji poznawczych – podstawowe czynniki zmieniające jakość życia chorych ze stwardnieniem rozsianym. *Aktual Neurol* 2009; 9(4): 268–270.
11. Skalska-Izdebska R, Bojczuk T, Hołys E. Jakość życia chorych na stwardnienie rozsiane. *Young Sport Science of Ukraine* 2011; 3: 277–282.
12. Florkowski A, Chmielewski H, Gałęcki P. Zaburzenia psychiczne w stwardnieniu rozsianym. *Aktual Neurol* 2009; 9(4): 264–266.

Adres do korespondencji:

Monika Michalak
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 665 214 904
E-mail: monika.michalak@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.04.2018 r.

Po recenzji: 28.04.2018 r.

Zaakceptowano do druku: 30.04.2018 r.