КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ И ЗДРАВНИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ПАРКИНСОНОВА БОЛЕСТ

Л. Станчева[1], И. Стамболова[2]

Катедра „Здравни грижи", ФОЗ, Медицински университет – София

QUALITY OF LIFE AND HEALTH CARE IN PATIENTS WITH THE PARKINSON'S DISEASE

L. Stancheva, I. Stambolova

Department Medical Care, Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Резюме. *Болестта на Паркинсон е второто най-често срещано невродегенеративно заболяване след болестта на Алцхаймер, като засяга около 1% от населението над 60 и близо 5% от хората над 65 години. Заболяването се характеризира с моторни, когнитивни и поведенчески нарушения. С напредването на болестта депресията е сред основните фактори, които нарушават качеството на живот на пациентите. Това заболяване изисква своевременно откриване и лечение, както и специални сестрински грижи, поради риск от инвалидизация и бърза прогресия. Сестринските грижи за болните от паркинсонова болест обхващат широк спектър от умения и опит, насочени към промените в съзнанието, двигателната активност и степента на зависимост на пациента от грижи.*

Ключови думи: *паркинсонова болест, качество на живот, здравни грижи*

Abstract. *Parkinson's disease is the second most common neurodegenerative disease after the Alzheimer's disease, with the Parkinson's disease affecting about 1% of the population over the age of 60 and about 5% of people over 65 years of age. The disease is characterized by the motor, cognitive and behavioral disorders. Depression is among the major factors that impair the quality of life of patients with the Parkinson's disease. Nursing care for patients with the Parkinson's disease encompasses a wide range of skills and experiences aimed at changes in consciousness, motor activity and degrees of the patient's dependence.*

Key words: *Parkinson's disease, quality of life, health care*

Въведение

Паркинсоновата болест, описана за първи път от J. Parkinson през 1817 г., е едно от най-често срещаните невродегенеративни заболявания. Паркинсоновата болест (ПБ) обхваща около 80% от случаите с Паркинсонов синдром, който се характеризира с три кардинални симптома:

- статичен тремор;
- бради- и/или хипокинезия;
- мускулна ригидност.

Към тях впоследствие се добавя постурална нестабилност. Средната възраст, при която се появяват първите симптоми, е 55 години и за двата пола. При бялата раса има по-голям риск за развитие на болестта. Това е заболяване предимно на възрастните, поради което се среща по-често в развитите страни, където продължителността на живота е по-голяма.

Цел е да се проучат потребностите от специализирани здравни грижи при пациенти с паркинсонова болест.

Материал и методи

Проучени са достъпни литературни източници, материали и публикации във връзка с изучавания проблем. Използвани са документален метод и метод на наблюдение.

Резултати и обсъждане

В медицинската литература паркинсоновата болест се описва като тежко хронично

заболяване на централната нервна система с голямо медико-социално значение поради неблагоприятния му ефект върху трудоспособността на болните и тяхното постепенно инвалидизиране. При паркинсонова болест поради все още неизяснени причини нервните клетки в subsantia nigra намаляват по брой. Това води до понижаване на наличното количество dopamin, необходим за пренасяне на сигналите в мозъка. Смъртта на допаминенергичните неврони нарушава мозъчната регулация на движението и вътрешната система за сигнализация и комуникация. Посланията от мозъка до някои части на тялото се преустановяват или забавят и се появяват симптомите на заболяването. Нарушава се координацията с поява на тремор, сковани мускули и стави, затруднено придвижване. Ходът на заболяването е бавен, с прогресиращ характер и продромални симптоми, като чувство на слабост в крайниците, променено движение, а накрая – със слабост, инконтиненция, неартикулирана реч, саливация и обездвижване.

Етиологията на болестта е неизвестна. Паркинсоновата болест предизвиква значителна двигателна инвалидизация. Заболяването се развива бавно, първоначално с неспецифични симптоми, като например болки в раменете, врата, лека скованост и непохватност в засегнатите крайници. Постепенно се проявяват основните симптоми на болестта. Зависимостта на пациента от грижите на близките му и на медицинската сестра нараства с прогресивното развитие на симптомите. Според стадия на развитието на болестта се проявяват различни симптоми при пациентите, които медицинската сестра трябва да познава и оценява, за да подготви и приложи адекватен план за сестрински грижи.

Класификация на паркинсоновата болест според прогресията

Първи стадий:

1. Едностранни признаци и симптоми;
2. Леки симптоми;
3. Неприятни, но неинвалидизиращи симптоми;
4. Тремор в единия крайник;
5. Промени в поза, движение и лицев израз.

Втори стадий:

1. Двустранни симптоми;
2. Минимално инвалидизиране;
3. Увреждане на стоеж и ходене.

Трети стадий:

1. Значително забавяне на телесните движения;
2. Ранно увреждане на равновесието при ходене и стоеж;
3. Умерено тежка генерализирана дисфункция.

Четвърти стадий:

1. Тежки симптоми;
2. Все още е възможно ходенето до ограничена степен;
3. Ригидност и брадикинезия;
4. Невъзможност да живее сам/сама;
5. Треморът може да бъде по-слаб, отколкото в ранните стадии.

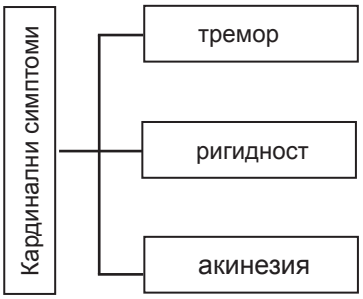
Пети стадий:

1. Стадий на кахексия;
2. Пълно инвалидизиране;
3. Не може да стои и ходи;
4. Необходими са постоянни грижи.

Най-сериозни са проблемите на болните след третия и в късния стадий на болестта, през които животът на пациента се променя и той осъзнава, че има нужда от чужда помощ, за да се справи с най-обикновени, ежедневни занимания. Симптомите на болестта стават все по-комплексни, а тяхното контролиране – по-трудно. Редовният прием на медикаментите е една от най-съществените задачи на придружителите и медицинските сестри, полагащи грижи за пациенти с болестта на Паркинсон.

Моторните симптоми се проявяват чрез ограничени двигателни способности на пациентите, поради неспособността за извършване на фини и редуващи се движения, което води до невъзможност за изпълнение на рутинни ежедневни дейности, като къпане, хранене, самостоятелно обличане. Това налага сестринска грижа при извършването на сутрешен и вечерен тоалет, при къпане, за обучение и използване на помощни средства при хранене, обличане и обуване. Силният тремор създава предпоставки за изпускане и счупване на съдове и наранява-не на пациента, както и възниква опасността от наранявания и травми поради нарушения





Диагнозата паркинсонова болест се поставя от лекар на базата на клинични и параклинични изследвания. Тя е много вероятна при бавно и прогресивно развитие на поне два от кардиналните симптоми.

в равновесието и походката. Медицинската сестра подпомага пациента, като осигурява неговата безопасност, както и базовите грижи в неговото ежеднение.

Хигиенните грижи за пациента в началото биват подпомагащи, а впоследствие се извършват от медицинската сестра или близките. Могат да се използват приспособления за сух тоалет и баня, хигиенни влажни кърпи, вода за уста и при необходимост дезинфектанти за противодекубитален тоалет. Медицинската сестра осъществява про-

филактични мероприятия за недопускане на декубитус при залежаване и профилактика на дихателните нарушения.

В късната фаза на болестта *пациентите страдат от двигателен блок, или „замръзване“* – загуба на способност да се движат известно време, което се дължи на изчерпване ефекта на приеманите лекарства. Загубата на баланс е типична за този етап, затова на болните се препоръчва да използват бастун или други подходящи за тях помощни средства и по възможност да излизат с придружител. Грижите за двигателната активност на пациента се определят от медицинската сестра чрез прилагане на индивидуален подход, според състоянието на болния и прогресията на заболяването. Пълното обездвижване на пациента изисква сестрински грижи за тежко болен пациент на легло, включващи и профилактични мероприятия, и антидекубитален тоалет. Пациентът не може сам да променя положението си в леглото, не може да се изправя и да стои прав, което налага ползването на технически средства за обслужването му като функционално легло и елеватор. Те се използват от пациента и близките след обучение, проведено от медицинска сестра или рехабилитатор. Грижа на медицинската сестра е да даде съвети и да контролира обзавеждането на стаята на болния и помощните средства, включително дръжки, парапети и платформи, така че да се гарантират сигурността и безопасността при обслужване и придвижване на болния.

Много пациенти изпитват *болка,* която се увеличава с напредването на заболяването. Тя може да е в мускулите и костите, като се усеща в ръцете или краката. Неволевите мускулни контракции, известни като дистония, предизвикат спазми, които са особено болезнени. Медицинската сестра прилага противоболковата терапия, назначена от лекар. При необходимост извършва лек, отпускащ масаж с масажни масла и гелове, които имат болкоуспокояващ и релаксиращ ефект. По назначена от физиотерапевт програма за двигателна активност тя провежда лека гимнастика, която облекчава и забавя влошаването на състоянието и намалява болковия синдром.

Проявата на *чувство на умора* с напредването на болестта отключва т.нар. порочен кръг – колкото по-изтощен се чувства пациентът, толкова по-малко се движи, а колкото по-малко се движи, толкова повече отслабват мускулите му. Част от умората може да се дължи на проблемите със съня, много типични за късния стадий на болестта. Нарушеният сън през нощта се отразява на бодърстването на пациента. Грижите за съня и почивката на болния, оказвани от медицинската сестра, включват наблюдение на качеството и продължителността на съня, дневни „поспивания”, регулиране на ритуалите за сън и почивка, при необходимост – използване на природни средства за предизвикване на сън или на назначена от лекаря подпомагаща съня терапия. Грижите, свързани с извършването на тоалет преди сън, обличането на свободна нощница или пижама, осигуряването на проветрена и затъмнена стая с подходяща за отпускане температура, могат да се осъществят от медицинската сестра или от обучени от нея близки на болния. Пълноценният сън укрепва нервната система и допринася за по-бодрото състояние през деня.

Болните установяват, че при тях се появяват различни *комуникационни проблеми,* най-често свързани с говора, с писането, с мимиките на лицето и езика на тялото. Затрудненията в комуникацията изнервят пациента и той става раздразнителен към околните. С напредването на болестта комуникацията преминава предимно в невербална. Медицинската сестра и близките на пациента трябва да разчитат неговите потребности и желания по погледа, по някои мимики и жестове, по единични звуци или кратки думи. Въпреки затрудненията си пациентът разбира и усеща милите думи и вежливото отношение на хората, които го обгрижват, и те трябва да продължат словесната връзка с него.

С прогресията на болестта *преглъщането* става все по-трудно, което в комбинация с увеличеното слюноотделяне води до дискомфорт и пречи на поглъщането на храна и лекарства. Съществува риск пациентът да аспирира храна или течности и това да предизвика аспирационна пневмония или по-тежко усложнение. Ето защо се налага изключително внимателно и търпеливо отношение по време на храненето му, минимизиране на риска от

евентуално задавяне и повръщане. Изборът на подходяща консистенция на храната, подходящо количество, свързано със състоянието и вкусовите предпочитания на болния, трябва да бъде съобразен в грижите за храненето. Прилагането на подходящи съдове и прибори, които стимулират към самостоятелност при хранене, ако състоянието позволява, ползването на чашки и „сламки" за отпиване на глътки без опасност от заливане и задавяне са важен избор на медицинската сестра. Приетата храна и течности трябва да се регистрират, за да може да се проследи тяхното количество и съответствието с енергийните нужди на пациента. Пълноценното и витаминозно хранене е от съществено значение. При тежко състояние може да се наложи хранене със сонда, което се извършва само от медицинско лице. Наблюдението на отделянето – диуреза и дефекация, е важно задължение на медицинската сестра. По тях може да се съди доколко са достатъчни приетата храна и течности, както и за патологични отклонения и усложнения. При затруднения и патологични отклонения трябва да се уведоми лекарят и да се предприемат необходимите мерки.

Заболяването, което е с прогресиращ характер и сериозна прогноза, влияе съществено върху психиката и самочувствието на пациента. В редица страни при подобни заболявания се прилага психологична рехабилитация и подкрепа. *Депресивни състояния*, като чувство за безнадеждност и липса на мотивация, са част от живота на хора с късен паркинсон. Ролята на медицинската сестра и на близките е насочена най-вече към подържане на духа на пациента, желанието му за самостоятелност и забавяне прогресията на болестта. Поддържането на социалните контакти с роднини, кратки и приятни срещи с приятели, създават усещането, че пациентът не е забравен и отхвърлен, и поддържат положителния му емоционален тонус. Върху психичното състояние на болния се отразяват цветовете в помещението, в което пребивава, неговата естествена осветеност и подреденост. Медицинската сестра подпомага пациента в избора на дрехи и в ежедневния тоалет и прическа, които също създават приятно чувство и осигуряват емоционален комфорт.

Рискът от развитие на *деменция* може да се изрази в проблеми с вниманието, паметта или в езикови проблеми, в промяна в апетита и повишена възбудимост. Независимо от стадия на прогресия на заболяването и вида на лечението, който е избран от лекуващия екип, за пациента е много важно медикаментозната терапия да не се прекъсва, медикаментът да бъде приеман навреме и всеки път, когато е предписано. Ако болният приема няколко лекарства едновременно, воденето на дневник, в който да се записва кое лекарство кога е прието, може да бъде много полезно поради факта, че много от лекарствата за лечение на паркинсонова болест имат потенциални взаимодействия с други медикаменти. Медицинската сестра може да препоръча на пациентите използването на специални кутии за лекарства, където с нейно или на близките участие да бъдат предварително заредени медикаментите за определен период. Това ще гарантира, че пациентът няма да пропусне прием или да приеме повече от веднъж лекарствата си поради забравяне.

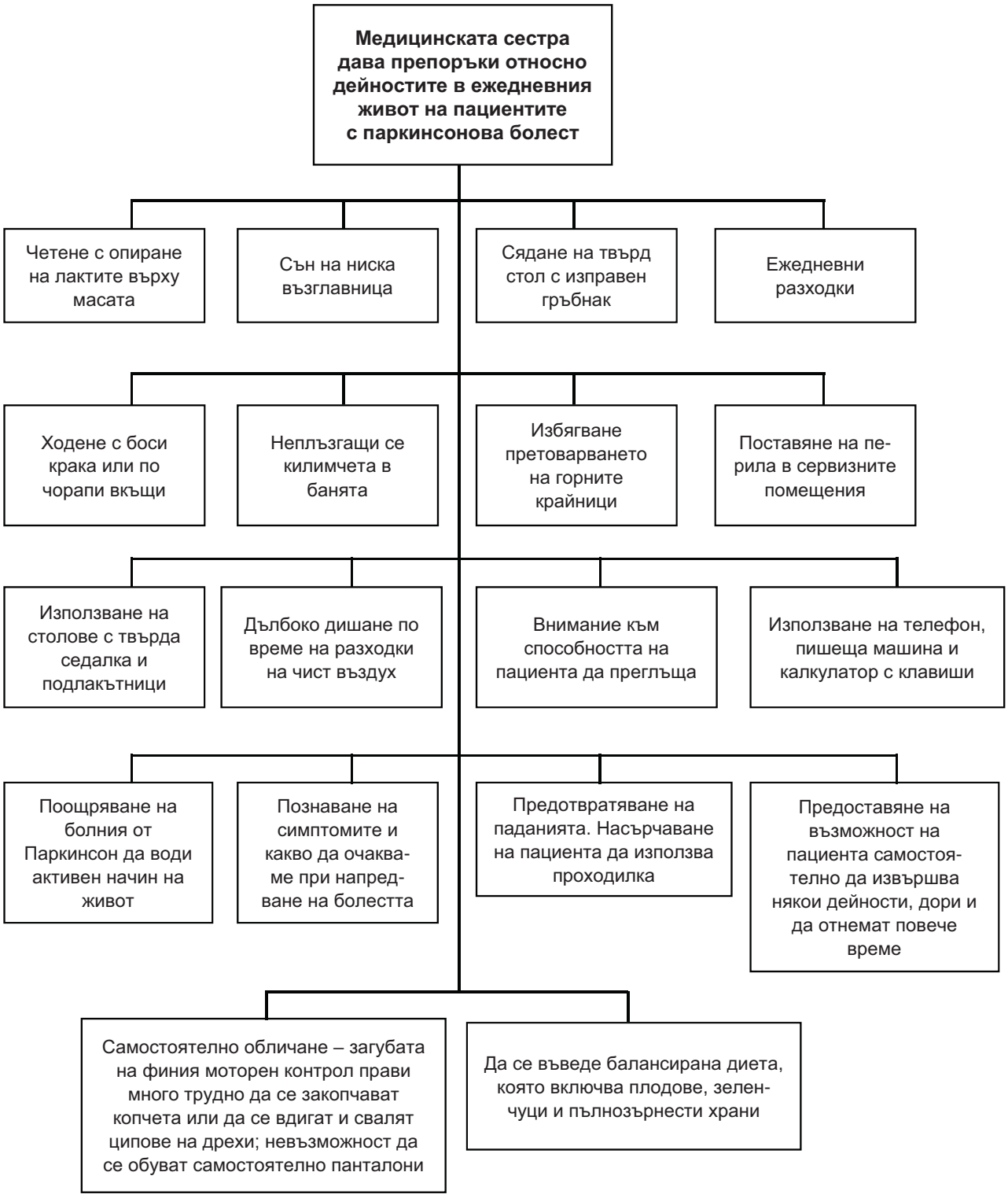
При тежко състояние на пациента качествени грижи за него може да оказва само медицинска сестра или здравен асистент. Наблюдението и грижите трябва да са непрекъснати и близките могат да се обърнат към хоспис. Само така могат да се гарантират наблюдението на общото състояние и извършването на базовите грижи за пациента, както и да се реагира адекватно на придружаващи заболявания и влошаване на състоянието му.

Изводи

1. Ролята на медицинската сестра в грижите за пациенти с паркинсовова болест е много важна и значима. Грижите включват широк кръг от дейности и изискват компетентност и умения за работа с такива болни през различните етапи от болестта.

2. Въпреки че болестта на Паркинсон все още е нелечима, благодарение на постиженията на съвременната медицина и на качествените сестрински грижи състоянието на болните може значително да бъде подобрено при правилно и навременно лечение.

3. Сестринските грижи за пациенти с болестта на Паркинсон изискват дългосрочност и непрекъснатост, компетентност и медико-социален подход.



Библиография

1. Стойнева Зл, Даскалов М, Боснев В. Болест на Паркинсон. София, Атланто-Евро-Средиземноморска Академия на мед. науки, 2005.
2. Миланов И, Трайков Л. Учебник по неврология за студенти по медицина. София, Мед. и физк., 2016.
3. Миланов И, Янчева Ст. Неврология. София, Мед. и физк., 2007.
4. Чалманов В. Съвременни проблеми на паркинсонизма. София, Академично изд. проф. Марин Дринов, 2003.
5. Попова Кр. Сестрински грижи за пациенти с неврологични заболявания. София, Горекс Прес, 2011.
6. Стамболова И. Сестрински грижи при соматични заболявания. София, МУ – ЦМБ, 2012.
7. Семерджиева Н, Миланов И. Лечение на напреднала паркинсонова болест. JCM, 2010.
8. www.parkinson.bg
9. Abbvie – Обучителен семинар на тема: Обгрижване на пациенти с късна ПБ. Боровец, 2017.

Адрес за кореспонденция:

Лиляна Станчева
e-mail: lilly.stancheva@gmail.com