



“Pacjent z demencją w opiece długoterminowej” - Case study

1. Kluczowe informacje: *opis przypadku, szczegółowe dane.*

Dane ogólne pacjenta

Wiek: 82 lata

Płeć: kobieta

Rozpoznanie główne: Demencja typu Alzheimerowskiego (stadium umiarkowane–zaawansowane)

Choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, choroba zwyrodnieniowa stawów, inkontynencja moczu

Status funkcjonalny: ograniczona samodzielność w czynnościach dnia codziennego (ADL), wymaga stałej pomocy

Status poznawczy: zaburzenia pamięci krótkotrwałej, dezorientacja w czasie i miejscu, okresowe zaburzenia zachowania (pobudzenie, lęk)

Sytuacja socjalna

Pacjentka przebywa w zakładzie opieki długoterminowej od 18 miesięcy. Wcześniej mieszkała z córką, która z powodu obciążenia opieką i własnych problemów zdrowotnych nie była w stanie zapewnić dalszej opieki domowej. Kontakt z rodziną utrzymywany jest nieregularnie.

Aktualne trudności kliniczne i opiekuńcze

- Postępujące pogorszenie funkcji poznawczych
- Nasilające się epizody pobudzenia i agresji werbalnej
- Odmowa współpracy przy czynnościach pielęgnacyjnych
- Ryzyko upadków
- Zaburzenia rytmu snu i czuwania

2. Analiza informacji – najważniejsze czynniki: *opis etapów analizy informacji i czynników wpływających na analizę*



Etapy analizy informacji

1. Zebranie danych medycznych (dokumentacja, historia choroby, farmakoterapia).
2. Ocena funkcjonalna (skale ADL, IADL).
3. Ocena stanu poznawczego i zachowania (np. MMSE, obserwacja personelu).
4. Analiza środowiska opieki długoterminowej (organizacja opieki, obciążenie personelu).
5. Analiza sytuacji rodzinnej i psychospołecznej.

Czynniki wpływające na analizę

- Postępujący, nieodwracalny charakter demencji
- Wielochorobowość i polifarmakoterapia
- Ograniczone zasoby czasowe personelu
- Emocjonalne reakcje pacjentki na zmiany i brak poczucia bezpieczeństwa
- Niewystarczające wsparcie rodziny

3. Definiowanie problemów zawartych w przypadku:

wyszczególnienie wariantów problemów odnoszących się do analizowanego przypadku wraz z krótkim opisem.

- Zaburzenia **zachowania** – pobudzenie, agresja werbalna, opór wobec opieki.
- Utrata **samodzielności** – postępująca zależność od personelu w ADL.
- Ryzyko **powikłań somatycznych** – upadki, odleżyny, zaburzenia metaboliczne.
- Obniżona **jakość życia pacjentki** – poczucie dezorientacji, lęk, brak komfortu psychicznego.
- Obciążenie **personelu opiekuńczego** – stres zawodowy, ryzyko wypalenia.

4. Formułowanie konkretnych rozwiązań: *opis rozwiązań problemu, narzędzi, metod. Konkretnie propozycje rozwiązań wraz z uzasadnieniem.*

Rozwiązanie 1: Optymalizacja farmakoterapii

- Regularna ocena leków, redukcja polifarmakoterapii.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- Dostosowanie leczenia objawów behawioralnych.

Uzasadnienie: zmniejszenie działań niepożądanych i ryzyka pogorszenia funkcji poznawczych.

Rozwiązanie 2: Niefarmakologiczne metody pracy z pacjentem

- Terapia reminiscencyjna, muzykoterapia, elementy terapii zajęciowej.
- Stała struktura dnia i przewidywalność czynności.

Uzasadnienie: redukcja lęku i pobudzenia, poprawa dobrostanu psychicznego.

Rozwiązanie 3: Dostosowanie środowiska opieki

- Ograniczenie bodźców stresogennych.
- Oznaczenia ułatwiające orientację.

Uzasadnienie: zwiększenie poczucia bezpieczeństwa i zmniejszenie dezorientacji.

Rozwiązanie 4: Wsparcie i szkolenie personelu

- Szkolenia z komunikacji z pacjentem z demencją.
- Superwizja i wsparcie psychologiczne.

Uzasadnienie: poprawa jakości opieki i redukcja obciążenia personelu.

5. Ustalenie konsekwencji rozwiązań: opis możliwych konsekwencji pozytywnych i negatywnych poszczególnych rozwiązań.

Konsekwencje pozytywne

- Zmniejszenie nasilenia zaburzeń zachowania.
- Poprawa jakości życia pacjentki.
- Lepsza współpraca pacjent–personel.
- Zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych (upadki, urazy).

Konsekwencje negatywne / ryzyka

- Ograniczona skuteczność farmakoterapii w zaawansowanej demencji.
- Wymóg dodatkowych nakładów czasu i zasobów na szkolenia.
- Możliwa początkowa dezorganizacja pracy zespołu przy wdrażaniu zmian.

6. Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania:



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



szczegółowa analiza rozwiązań wraz z uzasadnieniem wyboru konkretnego rozwiązania.

Najkorzystniejszym podejściem jest **zintegrowane rozwiązanie wielowymiarowe**, łączące optymalizację farmakoterapii z intensywnym wykorzystaniem metod niefarmakologicznych oraz wsparciem personelu.

Uzasadnienie wyboru

- Demencja jest chorobą przewlekłą i postępującą – pojedyncze interwencje są niewystarczające.
- Metody niefarmakologiczne mają korzystny profil bezpieczeństwa i realny wpływ na jakość życia.
- Dobrze przygotowany personel stanowi kluczowy element skutecznej opieki długoterminowej.

Wniosek końcowy

Kompleksowe, interdyscyplinarne podejście zapewnia najlepszą równowagę pomiędzy bezpieczeństwem pacjentki, efektywnością opieki oraz dobrostanem personelu, co czyni je najbardziej efektywnym rozwiązaniem w analizowanym przypadku.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



“Osteoporoza” - Case study

1. Kluczowe informacje: *opis przypadku, szczegółowe dane.*

Dane pacjenta:

Płeć: kobieta

Wiek: 67 lat

Wywiad: menopauza od 15 lat, nadciśnienie tętnicze, brak terapii hormonalnej po menopauzie, sporadyczne spożycie nabiału, niska aktywność fizyczna.

Czynniki ryzyka: płeć żeńska, wiek >60 lat, niedobór estrogenów, niedostateczna podaż wapnia i witaminy D, brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu w przeszłości.

Powód zgłoszenia:

Upadek z niskiej wysokości (z krzesła) → silny ból w odcinku lędźwiowym i utrudnione chodzenie.

Badanie przedmiotowe:

Bolesność w okolicy kręgosłupa lędźwiowego

Skrócenie wzrostu o 3 cm w porównaniu do danych sprzed kilku lat

Kifoza piersiowa („garb wdowi”)

Badania diagnostyczne:

RTG kręgosłupa lędźwiowego: złamanie kompresyjne trzonu kręgu L1

Densytometria DXA: T-score = -2,9 (osteoporoza)

Stężenie 25(OH)D: 16 ng/ml (niedobór)

Wapń i fosfor: w normie

Parathormon (PTH): w normie

Rozpoznanie:

➔ *Osteoporoza pomenopauzalna z niskoenergetycznym złamaniem trzonu L1.*

2. Analiza informacji – najważniejsze czynniki: *opis etapów analizy informacji i czynników wpływających na analizę*

Etapy analizy:



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Identyfikacja czynnika wyzwalającego – złamanie po upadku z niewielkiej wysokości sugeruje kruchość kości.

Ocena gęstości mineralnej kości (BMD) – T-score $\leq -2,5$ potwierdza osteoporozę wg WHO.

Analiza czynników ryzyka – wiek, menopauza, niedobór estrogenów, mała aktywność fizyczna, niedobór witaminy D.

Ocena powikłań – złamanie kręgosłupa z bólem przewlekłym i ograniczeniem ruchomości.

Czynniki wpływające na analizę:

Zmiany hormonalne po menopauzie (spadek estrogenów)

Brak profilaktyki (witamina D, wapń, ćwiczenia)

Niska masa ciała, wiek, styl życia

Wyniki densytometrii i RTG

3. Definiowanie problemów zawartych w przypadku:

wyszczególnienie wariantów problemów odnoszących się do analizowanego przypadku wraz z krótkim opisem.

Problem 1: Zmniejszona gęstość mineralna kości (osteoporoza)

– Skutkuje zwiększoną łamliwością i ryzykiem złamań przy minimalnych urazach.

Problem 2: Niskoenergetyczne złamanie kręgu L1

– Prowadzi do bólu, deformacji kręgosłupa i ograniczenia ruchomości.

Problem 3: Niedobór witaminy D i niska podaż wapnia

– Pogłębia utratę masy kostnej.

Problem 4: Brak wcześniejszej diagnostyki i profilaktyki

– Brak terapii hormonalnej i badań kontrolnych po menopauzie.

Problem 5: Ryzyko kolejnych złamań i utraty samodzielności

– Każde złamanie zwiększa prawdopodobieństwo następnych.



4. Formułowanie konkretnych rozwiązań: *opis rozwiązań problemu, narzędzi, metod. Konkretnie propozycje rozwiązań wraz z uzasadnieniem.*

Rozwiązanie A: Leczenie farmakologiczne osteoporozy

Leki przeciwresorpcyjne: bisfosfoniany (np. alendronian, kwas zoledronowy) – hamują resorpcję kości.

Alternatywy: denosumab (inhibitor RANKL), raloksyfen (SERM), terapia anaboliczna (teriparatyd).

Suplementacja: witamina D (2000 j.m./dobę) + wapń (1000–1200 mg/dobę).

Leczenie bólu – NLPZ, ewentualnie krótkotrwałe opioidy.

Rozwiązanie B: Leczenie złamania i rehabilitacja

Unieruchomienie (orteza ortopedyczna) i leczenie przeciwbólowe.

Fizjoterapia: ćwiczenia wzmacniające mięśnie grzbietu, poprawiające równowagę.

Nauka prawidłowego sposobu podnoszenia się i chodzenia.

Rozwiązanie C: Modyfikacja stylu życia i profilaktyka

Aktywność fizyczna (marsze, nordic walking, ćwiczenia z obciążeniem).

Zbilansowana dieta bogata w białko, wapń i witaminę D.

Unikanie palenia tytoniu i nadmiernego spożycia alkoholu.

Regularne kontrole densytometryczne co 1–2 lata.

Zastosowane narzędzia i metody:

Skala FRAX (ocena 10-letniego ryzyka złamania).

Badanie DXA – monitorowanie BMD.

Edukacja pacjenta przez lekarza, dietetyka i fizjoterapeutę.

5. Ustalenie konsekwencji rozwiązań: *opis możliwych konsekwencji pozytywnych i negatywnych poszczególnych rozwiązań.*

A. Leczenie farmakologiczne:



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Pozytywne: Zwiększenie gęstości kości, zmniejszenie ryzyka złamań, poprawa jakości życia

Negatywne: Działania niepożądane (np. podrażnienie żołądka przy bisfosfonianach), konieczność długotrwałego leczenia.

Pozytywne: Poprawa utlenowania, zmniejszenie ryzyka barotraumy

Negatywne: Ryzyko VILI (uraz wentylacyjny), zapalenie płuc związane z respiratorem (VAP)

B. Leczenie złamania i rehabilitacja

Pozytywne: Uśmierzanie bólu, poprawa ruchomości, zapobieganie deformacjom.

Negatywne: Ryzyko przewlekłego bólu i ograniczenia ruchomości przy braku systematycznej rehabilitacji

C. Profilaktyka i modyfikacja stylu życia:

Pozytywne: Zmniejszenie ryzyka dalszej utraty masy kostnej, poprawa ogólnej kondycji.

Negatywne: Wymaga systematyczności i zaangażowania pacjentki

6. Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania:

szczegółowa analiza rozwiązań wraz z uzasadnieniem wyboru konkretnego rozwiązania.

Analiza:

- Leczenie farmakologiczne (A) jest podstawą terapii, ale bez zmian stylu życia (C) efekt będzie ograniczony.
- Rehabilitacja (B) jest niezbędna dla powrotu sprawności i zapobiegania kolejnym urazom.
- Optymalne efekty osiąga się przy połączeniu wszystkich trzech elementów: leczenia farmakologicznego, fizjoterapii i profilaktyki.

Wybrane rozwiązanie:

➔ Zintegrowany program leczenia osteoporozy (A + B + C):

- Leczenie farmakologiczne (bisfosfoniany + witamina D + wapń).



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- Fizjoterapia i edukacja ruchowa.
- Zmiana stylu życia i regularne kontrole.

Uzasadnienie:

Kompleksowe podejście odpowiada aktualnym standardom postępowania (ESCEO, IOF) i pozwala nie tylko zatrzymać utratę masy kostnej, ale również znacznie zmniejszyć ryzyko kolejnych złamań i poprawić jakość życia pacjentki.

✓ Podsumowanie:

Osteoporoza to przewlekła choroba o podstępny przebiegu, prowadząca do złamań i utraty sprawności. Kluczowe znaczenie ma wczesna diagnostyka, wdrożenie skutecznego leczenia farmakologicznego oraz edukacja pacjentów w zakresie profilaktyki. Najlepsze efekty przynosi kompleksowe, interdyscyplinarne podejście z udziałem lekarza, fizjoterapeuty i dietetyka.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



„Pacjent ze stwardnieniem rozsianym w opiece długoterminowej” -

Case study

1. Kluczowe informacje: *opis przypadku, szczegółowe dane.*

Dane ogólne pacjenta:

Pacjent: mężczyzna, 52 lata.

Rozpoznanie główne: stwardnienie rozsiane (SM), postać wtórnie postępująca.

Czas trwania choroby: 18 lat.

Stan funkcjonalny: znaczne ograniczenie samodzielności, poruszanie się na wózku inwalidzkim, okresowo wymaga pomocy przy zmianie pozycji ciała.

Stan poznawczy: zachowany, epizody obniżonego nastroju.

Choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, nawracające zakażenia układu moczowego, spastyczność kończyn dolnych.

Sytuacja socjalna:

Pacjent mieszka z żoną, która jest głównym opiekunem nieformalnym. Rodzina doświadcza przeciążenia opiekuńczego. Pacjent objęty opieką długoterminową domową (pielęgniarską).

Problemy zdrowotne i opiekuńcze:

- postępujące ograniczenia ruchowe,
- ryzyko powikłań unieruchomienia (odleżyny, przykurcze),
- zaburzenia kontroli pęcherza moczowego,
- obciążenie psychiczne pacjenta i opiekuna.

2. Analiza informacji – najważniejsze czynniki: *opis etapów analizy informacji i czynników wpływających na analizę*

Analiza informacji została przeprowadzona etapowo:

Ocena stanu zdrowia pacjenta – analiza dokumentacji medycznej, skali niesprawności (EDSS), częstotliwości rzutów choroby oraz aktualnych objawów neurologicznych.

Ocena funkcjonalna – zdolność do samoopieki (ADL), potrzeba pomocy osób trzecich, ryzyko upadków i powikłań unieruchomienia.

Ocena psychiczna – obserwacja nastroju, motywacji do współpracy, ryzyka depresji.



Ocena środowiskowa i socjalna – warunki mieszkaniowe, dostęp do sprzętu pomocniczego, możliwości opiekuna rodzinnego.

Czynniki wpływające na analizę:

- przewlekły, postępujący charakter choroby,
- brak możliwości pełnego powrotu do sprawności,
- zależność pacjenta od systemu opieki długoterminowej,
- ograniczone zasoby czasowe i fizyczne opiekuna nieformalnego.

3. Definiowanie problemów zawartych w przypadku:

wyszczególnienie wariantów problemów odnoszących się do analizowanego przypadku wraz z krótkim opisem.

- **Ograniczona samodzielność pacjenta** – trudności w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego.
- **Ryzyko powikłań długotrwałego unieruchomienia** – możliwość wystąpienia odleżyn, infekcji i przykurczów.
- **Zaburzenia w sferze psychicznej** – obniżony nastrój, ryzyko depresji reaktywnej.
- **Przeciążenie opiekuna rodzinnego** – ryzyko wypalenia opiekuńczego i pogorszenia jakości opieki.
- **Niewystarczająca koordynacja opieki** – konieczność współpracy wielu specjalistów (lekarz, pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog).

4. Formułowanie konkretnych rozwiązań: *opis rozwiązań problemu, narzędzi, metod. Konkretnie propozycje rozwiązań wraz z uzasadnieniem.*

Kompleksowy plan opieki długoterminowej

- regularna opieka pielęgniarska,
- monitorowanie stanu skóry i funkcji wydalniczych.

Uzasadnienie: zapobieganie powikłaniom i szybka reakcja na zmiany stanu zdrowia.

Systematyczna rehabilitacja ruchowa

- ćwiczenia bierne i czynne w odciążeniu,



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



- profilaktyka przykurczów.

Uzasadnienie: utrzymanie maksymalnej możliwej sprawności i komfortu pacjenta.

Wsparcie psychologiczne

- konsultacje psychologa,
- edukacja w zakresie radzenia sobie z chorobą.

Uzasadnienie: poprawa jakości życia i motywacji do współpracy terapeutycznej.

Wsparcie opiekuna nieformalnego

- edukacja opiekuńcza,
- możliwość okresowej opieki wytchnieniowej.

Uzasadnienie: zmniejszenie przeciążenia i poprawa bezpieczeństwa opieki.

5. Ustalenie konsekwencji rozwiązań: opis możliwych konsekwencji pozytywnych i negatywnych poszczególnych rozwiązań.

Konsekwencje pozytywne:

- poprawa komfortu życia pacjenta,
- zmniejszenie liczby powikłań,
- lepsza stabilizacja stanu psychicznego,
- zwiększenie wydolności opiekuńczej rodziny.

Konsekwencje negatywne:

- wzrost kosztów opieki długoterminowej,
- konieczność stałej koordynacji zespołu terapeutycznego,
- ryzyko ograniczonej dostępności specjalistów.

6. Ocena i wybór najkorzystniejszego rozwiązania:

szczegółowa analiza rozwiązań wraz z uzasadnieniem wyboru konkretnego rozwiązania.

Po analizie dostępnych rozwiązań za najkorzystniejsze uznano wdrożenie kompleksowego, interdyscyplinarnego modelu opieki długoterminowej, obejmującego



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



opiekę pielęgniarską, rehabilitację, wsparcie psychologiczne oraz pomoc dla opiekuna rodzinnego.

Uzasadnienie wyboru:

Model ten w największym stopniu odpowiada na wielowymiarowe potrzeby pacjenta z SM, minimalizuje ryzyko powikłań, poprawia jakość życia oraz umożliwia długotrwałe utrzymanie opieki w środowisku domowym. Pomimo wyższych kosztów organizacyjnych, korzyści zdrowotne i społeczne przewyższają potencjalne ograniczenia.

Przygotowałem kompletne case study w formie uporządkowanego dokumentu, w pełni zgodne z podanymi kryteriami i standardami akademickimi/medycznymi.

Jeżeli chcesz, mogę:

- dostosować poziom szczegółowości do pracy licencjackiej/magisterskiej,
- zmienić profil pacjenta (wiek, płeć, postać SM),
- dodać odniesienia do klasyfikacji pielęgniarskich (ICNP, NANDA, NIC, NOC),
- przekształcić dokument w wersję stricte pielęgniarską lub menedżerską (organizacja opieki długoterminowej).