

# Palijativna skrb pacijenta oboljelog od demencije

---

Štefan, Josip

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:268891>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

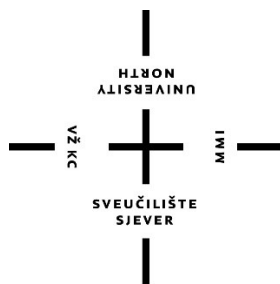
Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-05**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište  
Sjever**

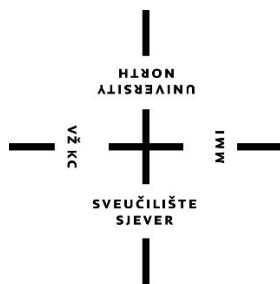
**Završni rad br. 1115/SS/2019**

**Palijativna skrb pacijenta oboljelog od demencije**

**Josip Štefan, 1811/336**

Varaždin, rujan, 2019. godine





# Sveučilište Sjever

**Odjel za Sestrinstvo**

**Završni rad br. 1115/SS/2019**

## **Palijativna skrb pacijenta oboljelog od demencije**

**Student**

Josip Štefan, 1811/336

**Mentor**

Melita Sajko, mag.soc.geront.

Varaždin, rujan, 2019. godine

# Prijava završnog rada

## Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Josip Štefan

MATIČNI BROJ 1811/336

DATUM 26.08.2019.

KOLEGIJ Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije

NASLOV RADA Palijativna skrb pacijenta oboljelog od demencije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Palliative care of a patient with dementia

MENTOR Melita Sajko, mag.soc.geront.

ZVANJE predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, predsjednik
2. Melita Sajko, mag.soc.geront., mentor
3. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, član
4. Valentina Novak, mag.med.techn., član
- 5.

## Zadatak završnog rada

BROJ 1115/SS/2019

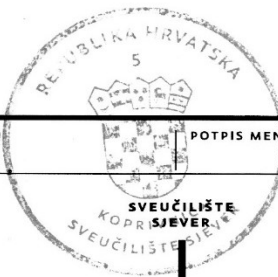
OPIS

Demencija je sindrom uzrokovan oštećenjem mozga čija posljedica je oštećenje kortikalnih funkcija što se očituje poremećajem pamćenja, mišljenja, orijentacije, shvaćanja, računanja te sposobnosti učenja i rasuđivanja. Osobe oboljele od demencije, naročito u terminalnoj fazi ovisne su o skrbi i njezi druge osobe. Uznapredovala demencija onemogućava adekvatnu brigu sa sebe, odijevanje, hranjenje, provođenje zdravstvene njege te komunikacije s okolinom. Palijativna medicina i skrb ne bavi se bolešću od koje bolesnik boluje već posljedicama te bolesti, znakovima i simptomima koji smanjuju kvalitetu života oboljele osobe i njegove obitelji. Središte interesa članova palijativnog tima je povećanje kvalitete preostalog života, olakšavanje simptoma te žalovanja. U radu je potrebno: Opisati što je demencija, Opisati što je palijativna skrb, Opisati ulogu obitelji u palijativnoj skrbi pacijenta oboljelog od demencije, Opisati intervencije medicinske sestre kod palijativnog pacijenta, Opisati važnost prehrane palijativnog pacijenta oboljelog od demencije.

ZADATAK URUČEN

27.08.2019.

POTPIS MENTORA



## **Predgovor**

Zahvaljujem se mentorici, poštovanoj Meliti Sajko, mag.soc.geront. na svakom savjetu, ideji i pomoći prilikom izrade ovog rada. Također zahvaljujem se svojim kolegama iz službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof na prenesenom znanju i iskustvu koje je potrebno u radu s pacijentima na palijativnom liječenju. U konačnici, najviše se zahvaljujem svojoj obitelji, na strpljenju i razumijevanju te svakom obliku pomoći tokom ove tri godine studiranja.

## Sažetak

Demencija je sindrom uzrokovan oštećenjem mozga čija posljedica je oštećenje kortikalnih funkcija što se očituje poremećajem pamćenja, mišljenja, orijentacije, shvaćanja, računanja te sposobnosti učenja i rasuđivanja. Demencija je zajednički naziv za grupu simptoma te se ne radi o jednoj, specifičnoj bolesti. Narušena funkcija mozga utječe na normalni društveni i intelektualni život oboljele osobe. Postoji više vrsta demencije a grubo mogu se podijeliti prema anatomskom oštećenju u mozgu. Oštećenje koje se javlja je progresivno i ireverzibilno, prema tome demencija je smrtonosna odnosno neizlječiva bolesti. Vrlo je važno na vrijeme uočiti simptome te pravovremena dijagnostika bolesti kako bi se mogla dogoditi terminalna faza bolesti te se kod bolesnika održao što veći stupanj samostalnosti.

Osobe oboljele od demencije, naročito u terminalnoj fazi ovisne su o skrbi i njezi druge osobe. Uznapredovala demencija onemogućava adekvatnu brigu sa sebe, odijevanje, hranjenje, provođenje zdravstvene njege te komunikacije s okolinom. Najvažniju ulogu u liječenju i zbrinjavanju bolesnika sa napredovalom demencijom ima palijativna medicina i palijativna skrb čiji cilj nije ubrzavanje smrti ni produživanje života bolesnika već povećanje kvalitete života osoba u terminalnoj fazi. Palijativna medicina i skrb ne bavi se bolešću od koje bolesnik boluje već posljedicama te bolesti, znakovima i simptomima koji smanjuju kvalitetu života oboljele osobe i njegove obitelji. Središte interesa članova palijativnog tima je povećanje kvalitete preostalog života, olakšavanje simptoma te žalovanja. U tom procesu vrlo je važan medicinski tim u čijem središtu se nalazi medicinska sestra koja najviše vremena provodi s pacijentom. Ona pomaže pacijentu u obavljanju fizioloških potreba, svakodnevnih aktivnosti koje doprinose boljoj kvaliteti života ili mirnoj smrti. Medicinska sestra ima nezamjenjivu ulogu i u pružanju psihosocijalne pomoći i utjehe pacijentu ili i obitelji te je odgovorna je za planiranje, provođenje i evaluaciju zdravstvene njege osoba oboljelih od demencije.

***Ključne riječi:*** demencija, palijativna skrb, palijativna medicina, medicinska sestra

## Summary

Dementia is a syndrome caused by the destruction of the brain, with loss of cortical functions as a result. It is manifested as a memory loss, cognitive disorder, orientation, understanding, counting disorder as well as the inability of judgment and studying. Dementia is a common name for a group of symptoms and it is not a single, specific disease. Disrupted brain function affects both the social and intellectual life of an ill person. There are more types of dementia that can be divided roughly by anatomical position of brain damage. Damage which occurs is progressive and irreversible, and thus dementia is a deadly, untreatable disease. It is very important to spot the symptoms and diagnose the disease early on so that a terminal phase of the disease could be delayed, and the patients could be as independent as possible. Persons with dementia, especially in the terminal phase, are dependent on other person's care. The advanced phase of dementia prevents adequate self-care, dressing, feeding, conduction of healthcare and communication with the surroundings. The most important role in the treatment of the patient with advanced dementia lies with palliative medicine and palliative care, and their purpose is not in extending a lifetime of the patient in the terminal phase, but rather the increased quality of life. Palliative medicine and care are not interested in the disorder of the patient, but rather in consequences of this particular disease, signs, and symptoms which decrease the quality of life for both patients and their families. The main interest of the palliative team is increasing the quality of rest of the patient's life, relief of the symptoms and ease of the mourning. In this process, the medical team plays a key role, and the nurse which spends most of the time with the patient is a center of that particular team. She helps the patient with performing of his physiological needs, daily activities which add up to his quality of life or a peaceful death. The nurse has an irreplaceable role in giving psychological support and comfort to the patient and his family. She is responsible for planning, carrying out and the evaluation of healthcare for the patients with dementia, as well as respecting the patient as a person, preserving his dignity and acting by the principles of a holistic approach.

**Keywords:** *Dementia, palliative care, palliative medicine , nurse*



## **Popis korištenih kratica**

**KKS** – kompletna krvna slika

**SE** – sedimentacija eritrocita

**ACE inhibitori** – inhibitori angiotenzin konvertirajućeg enzima

**AB** – Alzheimerova bolest

**HIV** – Human Immunodeficiency Virus – Virus humane imunodeficijencije

**HZZO** – Hrvatski Zavod za zdravstveno osiguranje

**NGS** – nazogastrična sonda

**TUK** – trajni urinarni kateter

**CNS** – Centralni nervni sistem

**HKMS** – Hrvatska komora medicinskih sestara

**MIND** – Mediterranean Dash Intervention for Neurodegenerative Delay

**DASH** – The Dietary Approaches to Stop Hypertension

# Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Demencija .....	2
2.1. Epidemiologija demencije.....	2
2.2. Klinička slika demencije .....	3
2.3. Dijagnoza demencije.....	4
2.4. Klinički oblici demencije .....	5
2.4.1. Demencija Alzheimerovog tipa .....	5
2.4.2. Vaskularna demencija.....	6
2.4.3. Demencija s Lewyjevim tjelešcem.....	6
2.4.4. Frontotemporalna demencija .....	7
2.5. Liječenje demencije.....	7
2.6. Prevencija demencije.....	8
3. Palijativna medicina i palijativna skrb.....	9
3.1. Povijest palijativne medicine i palijativne skrbi .....	9
3.2. Vrijednosti i ciljevi palijativne skrbi.....	11
3.3. Oblici organizacije palijativne medicine.....	12
3.4. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi.....	13
3.5. Smrt i umiranje.....	15
3.5.1. Stadiji umiranja.....	16
3.5.2. Znakovi umiranja.....	17
4. Palijativna njega/skrb za bolesnika oboljelog od demencije .....	19
4.1. Poteškoće bolesnika oboljelog od demencije u terminalnoj fazi bolesti te njihovo zbrinjavanje .....	19
4.2. Komunikacija sa bolesnikom oboljelog od demencije.....	21

4.3. Zbrinjavanje bolesnika u posljednjim trenucima života .....	22
4.4. Sestrinska skrb nakon smrti pacijenta .....	23
5. Proces zdravstvene njege u palijativnoj skrbi za bolesnika oboljelog od demencije .....	24
5.1. Kronična bol.....	24
5.2. Dehidracija .....	25
5.3. Socijalna izolacija .....	27
6. Prehrana bolesnika oboljelog od demencije .....	29
7. Pomoć i edukacija obitelji osobe oboljele od demencije .....	30
8. Zaključak.....	31
9. Literatura.....	33
Popis slika i tablica .....	34

# 1. Uvod

Ljudski život je jedan i neponovljiv i svako ljudsko biće ima pravo na dostojanstveni početak i završetak života. Temeljni postulat palijativne medicine je završetak života čovjeka u suosjećanju i dostojanstvu. Kada su preventivne i kurativne metode liječenja iscrpljene bolest se naziva neizlječivom te tada nastupa palijativno liječenje i palijativna skrb za bolesnika. Jedna od tih bolesti je i demencija, bolest progresivnog i ireverzibilnog tijeka koja zahtjeva 24 satnu brigu i skrb nad bolesnikom. Palijativna medicina zahtjeva interdisciplinarni i multidisciplinarni pristup palijativnom bolesniku i njegovoj obitelji kako bi se olakšalo suočavanje sa bolesti te njenim konačnim ishodom. Stručni timovi liječnika specijalista te medicinske sestre prate pacijenta od postavljanja dijagnoze do razdoblja žalovanja. Pravo na palijativnu skrb jedno je od osnovnih ljudskih prava. Prvi naziv za palijativnu medicinu je hospicij. Začetnik hospicijskog pokreta u Europi je Dame Cicely Mary Saunders rođena u Engleskoj 1918. godine. Kao medicinska sestra razvila je potrebu za pružanjem posebne njege kod bolesnika u terminalnoj fazi bolesti a pionirka na području palijative u Hrvatskoj je prof. Ankica Jušić, spec. neurolog, zaslužna za mnoge humanitarne akcije za podršku i integriranje palijativne skrbi u zdravstveni sustav [1]. Povećanjem broja starijeg stanovništva, povećava se i broj demencija, koje su specifične za stariju životnu dob. Razlozi pojave demencije su različiti, od genetske predispozicije sve do izloženosti poznatim i nepoznatim okolišnim čimbenicima. Kod oboljelih dolazi do nesamostalnosti u funkcioniranju te time dolazi do opterećenja oboljele osobe, njene obitelji te društvene zajednice u cjelini. Demencija je vodeći problem zajednice suvremenog doba a oboljeli su prioritet skrbi u palijativnim centrima te odjelima palijativne medicine. Postupno pogoršanje bolesti tokom godina utječe na obitelj oboljelog ali i na zdravstvene djelatnike koji sudjeluju u njezi i skrbi za oboljelog od demencije [2]. Medicinska sestra u multidisciplinarnom timu važna je karika u planiranju, provođenju i pružanju kvalitetne zdravstvene njege uz kontinuiranu procjenu, evaluaciju i edukaciju bolesnika te njegove obitelji. Uz to potrebna je i dobra komunikacija i edukacija bolesnika i njegove obitelji te kvalitetna komunikacija i suradnja sa ostalim članovima tima. Prioritet u njezi i liječenju je suzbijanje boli i drugih simptoma kao mučnine i povraćanja te socijalnih, psiholoških i drugih problema uz očuvanje dostojanstva i ukazivanje povjerenja [3].

## **2. Demencija**

Pojam demencije označava stečeno, progresivno oštećenje kognitivnih sposobnosti uslijed čega dolazi do promjena u ponašajnom i mentalnom statusu bolesnika. Kod oboljelih osoba javljaju se poteškoće prilikom pamćenja, učenja, orijentacije atraktivnog mišljenja i poimanja vidno prostornih odnosa što utječe na profesionalno i socijalno funkcioniranje a s vremenom dovodi do ovisnosti o skrbi druge osobe [4].

Demencija je zajednički naziv za grupu simptoma koji se kod oboljele osobe javljaju prilikom oštećenja mozga koje može biti posljedica tumora, ozljede, ishemije ili nekih drugih patoloških stanja. Oslabljena kognitivna sposobnost dovodi do nemogućnosti provođenja svakodnevnih aktivnosti a u terminalnog fazi i do nemogućnosti samostalnog obavljanja osnovnih životnih potreba. Sveukupno ima više od 50 bolesti što im demencija čini veći ili manji dio kliničke slike. Kod različitih oblika demencije, prestaju funkcionirati različite vrste živčanih stanica, gube veze sa drugim stanicama i odumiru. Ovisno o patologiji demencija može nastati kao posljedica neurodegenerativnih, vaskularnih, infektivnih, traumatskih, metaboličko toksičnih te neoplastičnih bolesnih stanja. Od demencije može oboljeti bilo tko no rizik se povećava sa godinama starosti. To ne znači da je demencija normalan dio starenja već je posljedica bolesti mozga [5].

Rani znaci demencije ne moraju se odmah očitovati niti upućivati na demenciju. Bolest započinje suptilno i blago a najčešće se javljaju simptomi progresivnog i učestalog gubitka pamćenja, zaboravljivost i smetenost, promjena vlastite osobnosti, apatija i povlačenje u sebe te gubitak sposobnosti provođenja svakodnevnih aktivnosti [5].

### **2.1. Epidemiologija demencije**

Svjetsko izvješće o Alzheimerovoj bolesti 2015. godine navodi da 46,8 milijuna ljudi diljem svijeta ima neki od oblika demencije. Prevalencija oboljelih od demencije kod ljudi starijih od 60 godina u srednjoj Europi je 4,65%, u zapadnoj Europi 6,8% a u istočnoj Europi 5,73%. u Hrvatskoj ima oko 47 958 osoba starijih od 60 godina sa demencijom. Pretpostavlja se

da će broj oboljelih od demencije u budućnosti rasti a u prilog tome govori epidemiološki podaci o učestalosti demencije koji se svake godine povećavaju. Oko šest od 100 ljudi u dobi iznad 65 godina razvije demenciju, a u dobi od 85 godina demencija se javlja kod 20 od 100 ljudi. Pojavnost kod mlađih osoba je rijetka tj. na 1000 osoba oboli 1 osoba. Prema epidemiološkim podacima jedna trećina oboljelih bolesnika ne može se brinuti za sebe i ovisna je o pomoći i njezi druge osobe. Istraživanje o kroničnim nezaraznim bolestima Zavoda za Zaštitu zdravlja u Zagrebu 1968. godine dovelo je do podatka da je učestalost psiho organskih promjena u populaciji iznad 65 godina 14%. U suvremeno doba niskog nataliteta i napretka medicine životna dob se produžuje, očekuje se značajni porast broja oboljelih od demencije koja je ozbiljan medicinski i društveni problem [6].

## **2.2. Klinička slika demencije**

Specifičan i najčešći simptom demencije je gubitak pamćenja te zaboravljivost. Dementna osoba lako zaboravlja te se teško prisjeća i novijih događaja što je specifično za početak bolesti. S napredovanjem demencije gubi se sjećanje na posljednje mjeseci i godine. Sjećanja na davne događaje su očuvana. Kod bolesnika javlja se inkontinencija (nemogućnost kontrole izlučivanja stolice i mokraće), smetenost, agitiranost, nemogućnost brige za sebe koja uključuje obavljanje osobne higijene, hranjenja i oblačenja. Napredovanjem bolesti oboljeli postaju vezani za krevet. Kod osobe ne postoji mogućnost učenja novih stvari te kognitivnog napredovanja. Javlja se gubitak vremenske i prostorne orijentacije, gubitak kontrole nad nagonima što može uzrokovati agresiju. U podmakloj fazi demencije može se javiti perservacija (trajno ponavljanje istog čina, riječi, rečenica, glazbenih motiva) i apraksija (potpuna ili djelomična nemogućnost izvođenja pravilnih i smislenih radnji). Osoba može biti opasna za sebe i druge te je zbog toga potreban stalan nadzor. U početku bolesti simptomi se mogu javiti u sklopu drugog oboljenja. Uslijed demencije može se javiti i halucinacija, agitiranost, nemir, lutanje i sumanute misli. Bol kod osoba sa demencijom ima fizičku, psihološku i emotivnu komponentu te se razlikuje od osobe do osobe. Ukoliko dementna osoba ne može verbalizirati postojanje boli, potrebno je prepoznati simptome prisutnosti boli kao što su facijalna ekspresija,

agresivnost, vrpoljenje, stav tijela, napetost mišića a i pomoću odstupanja u vitalnim parametrima kao ubrzan puls i povišeni krvni tlak [7].

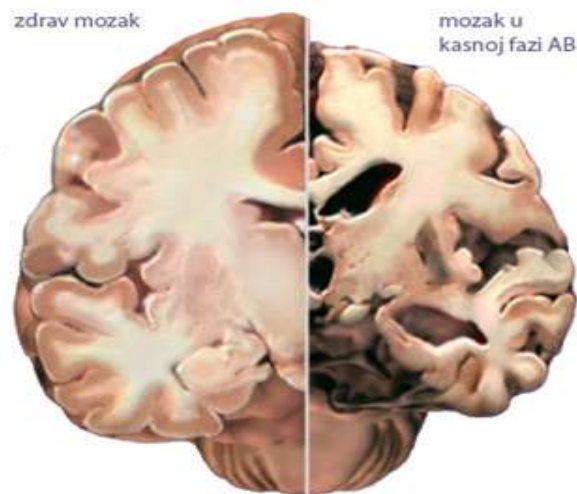
### **2.3. Dijagnoza demencije**

Kako bi se utvrdio postoji li kod bolesnika neki oblik demencije, liječnik psihijatar ili neurolog, mora utvrditi da li kod bolesnika sa sumnjom na demenciju postoje dvije ili više oštećenje moždane funkcije kao pamćenje, vještine jezičnog izražavanja i govorne funkcije, percepcija te kognitivne vještine poput prosuđivanja i zaključivanja. Utvrđivanje ovih poremećaja utvrđuje se u odsutnosti delirija koji označava akutnu dezorijentaciju u vremenu i prostoru. Postavljanje dijagnoze uključuje detaljni intervju sa bolesnikom, uzimanje heteroanamnestičkih podataka od bolesniku najbližih osoba, pomoću obiteljske anamneze te fizikalnog neurološkog i psihijatrijskog pregleda. Laboratorijska dijagnostika uključuje krvne testove (KKS, SE, biokemijske pretrage, parametri jetrenih enzima, bubrežne funkcije, serološke pretrage), specifične pretrage (imunološka analiza seruma, Ca<sup>++</sup> u plazmi i urinu, biopsija mozga) te analizu likvora prema odredbi liječnika. Vrš se analiza hormona štitnjače, folne kiseline i vitamina B12. Pomoć u postavljanju točne dijagnoze je test za procjenu demencije naziva Mini Mental State Examination ili MMSE. Pomoću ovog testa kroz desetak minuta mogu se dobiti podaci o bolesnikovoj orijentaciji u vremenu i prostoru, pamćenju, sposobnosti računalnih radnji, pisanja, čitanja i ostalo. Također, koriste se i razni neuropsihološki testovi koji su važni u dijagnostici oblika demencije jer o tome ovisi liječenje i daljnji tijek bolesti te procjena učinka primijenjene terapije. Dijagnostika uključuje i snimku elektorencefalograma te računalne tomografije i magnetne rezonancije koji su danas neizostavan dio dijagnostičke obrade svakog pacijenta sa oštećenjem mozga sa posljedičnom demencijom [8].

## 2.4. Klinički oblici demencije

### 2.4.1. Demencija Alzeheimerovog tipa

Alzeheimerova bolest je kronična, progresivna, degenerativna bolest centralnog živčanog sustava te je demencija ireverzibilnog tijeka. Napredovanjem bolesti, narušeno je obiteljsko, socijalno i profesionalno djelovanje a ovaj oblik demencije najčešći je u kliničkoj praksi. Češće se javlja kod osoba ženskog spola. Počinje gubitkom pamćenja. Alzeheimerovu bolest karakteriziraju dvije abnormalnosti u mozgu a to su amiloidne pločice te neurofibrilarna zapetljanja koja sprječavaju komunikaciju između živčanih stanica što uzrokuje njihovo odumiranje. Osim gubitkom pamćenja, bolest je karakterizirana afazijom, apraksijom, agnozijom, te poremećajem izvršnog funkcioniranja. Vrijeme proživljavanja je 8 godina, a varira od 1 do 20 godina. Unatoč brojnim novim spoznajama još uvijek nije poznat uzrok nastanka ove bolesti, niti načini prevencije a postojeće liječenje je simptomatsko kako bi se ublažili simptomi bolesti i odgodila terminalna faza [9]. Slika 2.4.1.1. prikazuje razliku u izgledu mozga kod zdrave osobe te kod osobe u kasnoj fazi AB.



Slika 2.4.1.1. Prikaz izgleda mozga u napredovaloj fazi Alzeimerove bolesti

(Izvor: <https://alzheimer.hr/ucionica/to-je-to-alzheimerova-bolest/>)



#### 2.4.2. Vaskularna demencija

Vaskularna ili krvožilna demencija je kognitivno oštećenje koje nastaje zbog oštećenja krvnih žila u mozgu a može biti uzrokovano jednim moždanim udarom (cerebrovaskularni inzult) ili mnoštvo njih tokom dužeg vremena gdje postepeno dolazi do oštećenja moždane cirkulacije [5]. Vaskularnu demenciju može uzrokovati i dugotrajna arterijska hipertenzija zbog koje u mozgu nastaju mikroangiopatije.

Simptomi vaskularne demencije mogu se pojaviti iznenada, nakon moždanog udara ili se javljati postepeno sa progresijom bolesti te ovise o mjestu i veličini moždanog oštećenja. Stres može ubrzati i pospješiti razvoj bolesti. Javlja se poremećaj pamćenja, afazija, apraksija te poremećaj izvršnog funkcioniranja. Vaskularna demencija može nalikovati Alzheimerovoj bolesti, stoga se teško razlikuju a česta je i kombinacija ovih dva oblika demencije. Terminala faza bolesti karakterizirana je redukcijom psihičkih i govornih funkcija [5].

#### 2.4.3. Demencija s Lewyjevim tjelešcem

Lewyjeva tjelešca su abnormalne nakupine bjelančevine alfa sinukleina koje se stvaraju u živčanim stanicama. Nastaju u specifičnom dijelu mozga te uzrokuju poteškoće u kretanju, razmišljanju i ponašanju. Demencija Lewyjevih tjelešca je treća demencija po učestalosti i obično se javlja kod osoba starijih od 60 godina. Od specifičnih znakova i simptoma ovog oblika demencije javljaju se vidne i slušne halucinacije, iluzije te posebna osjetljivost na antipsihotike pa ih je potrebno izbjegavati. Bolest je progresivna a prognoza je loša a može se preklapati i sa Parkinsonovom bolešću. Parkinsonova bolest najčešće se dijagnosticira kada se pojave simptomi promjene u kretanju. S napredovanjem Parkinsonove bolesti kod većine oboljelih javi se i demencija. Ako se najprije pojave kognitivni simptomi bolest se definira kao demencija s Lewyjevim tjelešcima [5].

#### 2.4.4. Frontotemporalna demencija

Frontotemporalna demencija je progresivno oštećenje frontalnih i/ili temporalnih režnjeva mozga. Bolest se može pojaviti u 50. do 60. godini života. Razlikujemo dva glavna oblika ove bolesti a to su frontalni koji uzrokuje promjene u ponašanju i osobnosti te temporalni koji karakteriziraju problemi u izražavanju. Ova dva oblika često se i preklapaju. Frontalni režnjevi mozga odgovorni su za ponašanje u društvu te sposobnost zaključivanja zbog toga osobe sa ovom bolešću imaju problema sa ponašanjem u društvu i njihovo ponašanje je najčešće društveno neprihvatljivo. To uključuje nepristojnost, neodgovornost, nasilje, agresivnost i impulzivno ponašanje. Temporalna demencija uzrokuje postupni gubitak razumijevanja značenja riječi, probleme u pronalaženju riječi, pamćenju imena osoba te probleme u razumijevanju jezika. Frontotemporalna demencija često se naziva i Pickovom bolešću [5].

Navedene vrste demencije imaju najčešću incidenciju. Od ostalih oblika demencije možemo spomenuti demenciju zbog Huntingtonove bolesti, demencija zbog traume glave, demencija zbog HIV bolesti, demencija zbog Creutzfeldt-Jakobove bolesti, demencija zbog Wilsonove bolesti i druge. Svaka od ovih vrsta demencija nastaje kao posljedica patološkog procesa na mozgu uslijed neke od navedenih bolesti.

### 2.5. Liječenje demencije

Inhibitori kolinesteraze su prvi lijekovi koji su se počeli ciljano koristiti kod bolesnika sa Alzheimerovom demencijom. Prvi lijek iz ove grupe lijekova naziva se takrin, a danas se više ne koristi zbog hepatotoksičnog djelovanja. Lijek koji se danas upotrebljava poznat je pod imenom donepezil, a koriste se i rivastigmin i galantamin.

Kako bi se krenulo s upotrebom ovih antidemantivnih lijekova potrebno je rano postavljanje dijagnoze. Po potrebi u liječenju koriste se i drugi psihofarmaci kao antidepresivi, anksiolitici, hipnotici i drugi. Lijekovima se nastoji usporiti tok bolesti te odgoditi nastanak uznapredovane demencije. Prvi lijek kod kojeg su klinička ispitivanja pokazala povoljni učinak na tijek bolesti i simptome uznapredovale AB je memantin. Memantin kontrolira AB ali je ne

liječi. Djelovanje memantina vidi se kroz poboljšanje kognitivnih i psihomotornih sposobnosti te se smanjuje ovisnost o tuđoj pomoći. Problem vezan uz ove lijekove je da se niti jedan antidemantivni lijek ne nalazi na osnovnoj listi HZZO-a, već na dopunskoj listi HZZO-a što zahtjeva participaciju na lijekove koju bolesnici sami moraju podmiriti. U liječenju vaskularne demencije važno je liječiti osnovnu bolest koja je uzrokovala demenciju a to je bolest krvnih žila mozga. Potrebna je kontrola vrijednosti krvnog tlaka, razine masnoća i šećera u krvi, pridržavanje pravila pravilne prehrane, prestanak pušenja, smanjena upotreba alkohola te liječenje kardiovaskularnih bolesti. Ovim načinom života može se smanjiti mogućnost nastanka demencije. Važno je napomenuti da niti jedan poznati i korišteni lijek ne može vratiti izgubljene živčane stanice u mozgu te u potpunosti izliječiti demenciju [7]. Iako nedostaju čvrsti dokazi, brojna istraživanja dovela su do otkrića da se u toku AB javlja određeni oblik upalnog procesa u mozgu pa su se u liječenju počeli koristiti nesteroidni antireumatici u pokušaju usporavanja bolesti. Kod žena, pokušalo se liječiti hormonskom nadomjesnom terapijom s ciljem prevencije ili usporenja bolesti no nije dokazano da ova vrsta liječenja ima pozitivan učinak te se hormonsko liječenje više ne koristi u liječenju demencije. Iz navedenog može se zaključiti da nema uspješnog lijeka koji bi spriječio napredak bolesti ili postigao njeno potpuno izlječenje. Primijenjenom i pravovremeno terapijom može se djelomično usporiti tok bolesti te njena progresija [7].

## **2.6. Prevencija demencije**

Demenciju mogu uzrokovati i pospješiti njen razvoj različite organske bolesti. Zbog toga potrebna je redovita i sustavna liječnička kontrola kako bi se na vrijeme dijagnosticirao nastanak bolesti te već dijagnosticirana bolest držala pod kontrolom, sve u cilju sprječavanja razvoja simptoma demencije. U sprječavanju nastanka demencije vrlo je važna aktivacija mozga putem kreativnih sadržaja kao čitanje literature, rješavanje križaljki, igranje društvenih igara i slično. Prevencija, edukacija i rana dijagnostika temelj su usporenja progresije bolesti. Kako ne postoji lijek tako ne postoje ni specifične mjere prevencije demencije. Zdravim načinom života, pridržavanjem preporuka liječnika i izbjegavanjem rizičnih čimbenika može se umanjiti rizik od nastanka demencije. Preporučuje se izbjegavanje alkohola i pušenja, pravilna i uravnotežena

prehrana sa pravilno balansiranim obrocima, održavanje povoljne tjelesne mase, redovita tjelovježba, održavanje krvnog tlaka na optimalnoj razini te smanjenje stresa samo su neki od povoljnih čimbenika za smanjenje mogućnosti razvoja demencije [10].

### **3. Palijativna medicina i palijativna skrb**

Palijativna medicina je grana medicine koja proučava i liječi bolesnike sa aktivnom, progresivnom i napredovalom bolešću čija prognoza je ograničena a čini nastavak kontinuiteta preventivne i kurativne medicine. Palijativna medicina, prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, je skrb za bolesnika s ciljem poboljšavanja kvalitete života bolesnika i njegove obitelji, prevencijom, identifikacijom i ublažavanjem patnje, boli i drugih tjelesnih, psihosocijalnih i društvenih poteškoća [11].

Palijativna medicina primjenjuje se kada su mjere preventivnih i kurativnih postupaka iscrpljene a palijativna skrb je zdravstvena njega pacijenta oboljelog od teške i neizlječive bolesti u završnoj ili terminalnoj fazi. Palijativnom skrbi se poboljšava kvaliteta života umirućeg bolesnika a započinje kada klasične metode liječenja više nemaju učinka.

Temelj palijativne skrbi je holistički pristup oboljelom i njegovoj obitelji a omogućuje je tim liječnika, medicinskih sestara, psihologa, fizijatra te drugih stručnjaka sve u cilju pružanja podrške. Podrška je kod ovih bolesnika od izuzetne važnosti, neki od bolesnika u palijativnom liječenju su usamljeni, bez obitelji, socijalno izolirani dok drugi imaju podršku obitelji i prijatelja ali svakom je na jedinstveni način potrebna pomoć, ublažavanje boli i patnje te očuvanje dostojanstva od strane medicinskog tima [11].

#### **3.1. Povijest palijativne medicine i palijativne skrbi**

U ljudskoj povijesti od kad postoji liječenje, nalazimo i elemente palijativnog pristupa te skrb za osobe koje pate u umiru čini dio povijesti. Hospicijski pokret temelj je razvoja palijativne skrbi. U početku hospiciji su bili namijenjeni za odmor putnika u 4. stoljeću a u 19. stoljeću u Irskoj i Londonu osnovani su hospiciji za umiranje.

U Velikom Britaniji osnovan je prvi moderni hospicij 1967. godine a osnovala ga je Dame Cicley Saunders. Taj hospicij bila je prva medicinska akademska zdravstvena ustanova koja se uz klinički rad bavila edukacijom i istraživačkim radom. Slika 3.1.1 prikazuje Dame Cicley Daunders – začetnicu hospicijskog pokreta u Engleskoj 1918.godine.



*Slika 3.1.1. Dame Cicley Daunders – začetnik hospicijskog pokreta u Engleskoj 1918.godine*

*(Izvor: <https://www.sundaypost.com/fp/a-good-life-lived-to-make-death-better-pioneering-hospice-founder-remembered/>)*

Godine 1974. urološki kirurg Balfour Mount osniva prvu svjetsku palijativnu službu u bolnici u Montrealu u sklopu medicinskog fakulteta te se u cilju kontrole boli sve više naglašava vrijednost palijativne službe. Prvi programi palijativne skrbi u bolnicama Sjedinjenih Američkih Država započeli su kasnih 1980-ih godina te je od tada došlo do povećanja broja programa palijativne skrbi po bolnicama. Prvi europski centar za palijativnu skrb bolesnika osnovan je u Norveškoj 2009. godine. Pojam palijativne skrbi u Zakon o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske uveden je 2003.godine, a navedeno je da je palijativna skrb jedna od mjera zdravstvene zaštite. Prvim simpozijem o hospiciju i palijativnoj skrbi 1994. godine, na čelu s Anikom Jurišić započeo je organizirani hospicijski pokret u Hrvatskoj [11]. U zadnje dvije godine ministarstvo zdravlja pokrenulo je program palijativne skrbi. 2012. godine otvoren je Odjel za palijativnu skrb u Općoj bolnici Varaždin – Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof. Odjel za palijativnu medicinu nalazi se i u Općoj bolnici „Hrvatski ponos“ u Kninu,

psihijatrijska bolnica „Sveti Rafael“ u Novoj Gradiški, CEPAMED – Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine na Šalati osnovan 2010. godine. U Rijeci 2013. godine osnovan je hospicij „Marija Krucifiksa Kozulić“. Predsjednica Hrvatskog društva za palijativnu medicinu Vlasta Vučec istaknula je: „ Cilj je najtežim i neizlječivim bolesnicima u posljednjim danima života umanjiti bol i patnju, te im sačuvati dostojanstvo i privatnost “ [12].

### **3.2. Vrijednosti i ciljevi palijativne skrbi**

Glavni ciljevi palijativne njege bolesnika su usredotočeni na osobu te predstavljaju osjetljive pristupe u pružanju palijativne njege u terminalnoj fazi bolesti. Ciljevi palijativne skrbi su smanjenje patnje i uklanjanje boli, psihološka i duševna skrb, podrška oboljeloj osobi i obitelji.

*Vrijednosti palijativne skrbi su:*

- Smanjenje bolova, olakšavanje disanja, uklanjanje mučnine.
- Zagovor života uz prikaz smrti kao normalnog i prirodnog procesa.
- Ne ubrzava i ne odgađa smrt.
- Integracija psiholoških i duhovnih aspekata bolesnikove skrbi.
- Podrška pacijentu na što aktivniji život.
- Pomoć oboljelom u obavljanju osnovnih potreba čovjeka.
- Podrška obitelji oboljelog.
- Timskim radom ispunjava potrebe pacijenata i obitelji.
- Poboljšavanje kvalitete života [11].

Palijativna skrb mora omogućiti 24satni nadzor osoba, dostupnost svih osoba koje su uključene u zbrinjavanje bolesnika, medicinsku i sestrinsku skrb, posjete bolesnicima ili zbrinjavanje kod kuće, socijalnu psihološku i dugovnu potporu, dostupnost lijekova i medicinske opreme, fizikalnu i okupacijsku terapiju te savjetovanje nakon gubitka osobe.

### **3.3. Oblici organizacije palijativne medicine**

#### *Hospicij*

Hospiciji su neovisne zdravstveno-socijalne ustanove za palijativnu skrb bolesnika u završnom stadiju života u svrhu pružanja zdravstvene njege te psihološke, duhovne i društvene podrške. Prijem bolesnika u hospicij vrši se iz bolničkih odjela ili iz kućne njege. Hospicij je pojam koji označava specijalizirane službe palijativne medicine [11].

#### *Specijalizirane jedinice i centri palijativne medicine*

Neovisni bolnički kreveti koji se nalaze u akutnim bolnicama, kliničkim bolničkim centrima i domovima za starije i nemoćne. Mogu biti specifični za rak, AIDS, demencije ili miješani te akutni i kronični. Specijalizirane jedinice za akutno liječenje u bolnicama karakterizira ležanje kraće od 10 dana, smrtnost 50% te kompleksne intervencije. Tu se češće nalaze mlađi pacijenti. Kronične jedinice su zdravstveni centri za produženo liječenje te ih karakterizira ležanje pacijenata duže od 25 dana, mortalitet 80% te starija populacija. Troškovi kroničnih su 25-50% manji u odnosu na akutne jedinice [1].

#### *Hospicijska kućna skrb*

Timovi za kućnu palijativnu skrb pružaju specijaliziranu palijativnu skrb pacijentima kojima je potrebna kod kuće uključujući i podršku njihovim obiteljima i njegovateljima u pacijentovoj kući. Bolnički hospicijski timovi mogu pripremiti kućnu njegu prije nego bolesnik napusti bolnicu te savjetuje ukućane unaprijed. Tim za liječenje u kući sastoji se od liječnika, medicinskih sestara, socijalnih radnika, administrativnog osoblja te prema potrebi se uključuje i psiholog ili psihijatar. Uz ovakav pristup u okruženju vlastite kuće pacijent može ostvariti cijeli spektar usluga potrebnih u svrhu zadovoljavanja njegovih potreba.

#### *Dnevne bolnice*

U dnevnim bolnicama palijativne skrbi provodi se kombinacija medicinskih aktivnosti sa okupacijskom ili radnom terapijom. To uključuje sudjelovanje u suportivnim grupama, rehabilitacijom te rekreacijom. U dnevnim bolnicama mogu se provoditi i invanzivne

intervencije ili tehničke procedure kao intravenozna terapija, postavljanje katetera ili NGS te postavljanje drenaže, što sve ovisi o stanju pacijenta i koja je faza neizlječive bolesti.

Osobe oboljele od demencije imaju kognitivno i mnestičko oštećenje psihičkih funkcija te ne mogu u umjerenom i napredovalom stadiju bolesti samostalno donositi odluke, uzimajući u obzir pritom svoja prava i interese, što u pravilo nije specifično za osobe oboljele od karcinoma. Zbog toga je vrlo važno zaštititi prava i interese oboljelih od demencije kroz instituciju skrbništva, privremenog skrbništva kada osoba nije u stanju samostalno štiti vlastita prava i interese. Imenovani skrbnici moraju biti adekvatno informirani o bolesti, liječenju i prognozi bolesti osobe oboljele od demencije. Palijativni pristup prikladan je za osobe oboljele od demencije tijekom cijelog razvoja bolesti, a svrha skrbi mijenja se ovisno o progresiji bolesti, njezinom pogoršanju ili komorbiditetu. Istraživanja u SAD-u pokazala su da je sustav hospicijske skrbi za oboljele od demencije koristan, posebice za članove obitelji. Problem u smještaju oboljelih od demencije u zdravstvene ustanove je kamo smjestiti oboljele od demencije koji ne zadovoljavaju kriterije za smještaj u hospicij, odnosno na bolnički palijativni odjel a njihovo zbrinjavanje nije moguće u krugu obitelji. U tim okolnostima, osoba oboljela od demencije smještava se u Domete za starije osobe. Prema tome, osoblje Domete za starije i nemoćne mora imati znanje, iskustvo i kompetencije za rad s umirućim bolesnicima pa su potrebne kontinuirane edukacije o palijativnoj skrbi. Razlike koje su prisutne u zbrinjavanju bolesnika sa terminalnog fazom maligne bolesti te demencije su u komunikaciji, osobnim željama i potrebama te interesima bolesnika i mogućnosti samostalnog donošenja odluka što je kod dementnih bolesnika ovisno o stadiju bolesti otežano do nemoguće [11].

### **3.4. Uloga medicinske sestre u palijativnoj skrbi**

Osoba koja najviše vremena provodi sa bolesnikom i njegovom obitelji u terminalnoj fazi bolesti je medicinska sestra. Već i prema definiciji Virginije Henderson 1966.godine : „medicinska sestra je osoba koja pruža pomoć bolesniku u obavljanju aktivnosti koje doprinose poboljšanju kvalitete života ili mirnoj smrti.“ [3]. Ona komunicira sa bolesnikom, promatra ga, procjenjuje njegovo zdravstveno stanje ali i potrebe. Značajna je uloga medicinske sestre u



provođenju osobne higijene, sprječavanju komplikacija dugotrajnog ležanja, primjeni peroralne i parenteralne terapiji, brine o prehrani i hranjenju, prati opće stanje bolesnika te obavještava ostale članove tima o promjenama sve u cilju pružanja što kvalitetnije skrbi. Odnos između bolesnika i medicinske sestre mora biti utemeljen na povjerenju, koje uz dobru komunikaciju stvara temelj za kvalitetnu palijativnu skrb. Kod bolesnika sa demencijom komunikacija i uspostava povjerenja može biti otežana, no u svakoj takvoj situaciji medicinska sestra zastupa bolesnika te mu se odnosi sa poštovanjem uz očuvanje dostojanstva.

Rad u palijativnoj njezi zahtjeva dobro educiranu medicinsku sestru koja se može prilagoditi na rad u stresnim i kritični situacijama koje zahtijevaju kliničko znanje, kliničku prosudbu, dobre komunikacijske vještine, koordinaciju i vještine rukovođenja. Medicinska sestra u palijativnoj skrbi može sudjelovati u donošenju odluka vezanih uz zahtjeve pacijenata ili obitelji. Komunicira sa različitim skupinama ljudi koji su uključeni u zbrinjavanje bolesnika. Provođenje zdravstvene njege palijativnih bolesnika temelji se na individualiziranom pristupu i timskom radu [13].

Medicinske sestre zajedno sa ostalim članovima tima koji sudjeluje u palijativnom liječenju procjenjuju opće stanje bolesnika, stanje svijesti, vitalne parametre, potrebe bolesnika u svrhu provođenja kvalitetne skrbi. Medicinska sestra prikuplja podatke o trenutnom stanju bolesnika, njegovim vjerovanjima, očekivanjima, razumijevanju, suočavanju i prihvaćanju situacije te dobivene podatke primjenjuje u svome radu sa bolesnikom na palijativnom liječenju. Vrlo važno je utvrditi simptome, objektivne i subjektivne znakove i tegobe kod bolesnika, slušati što bolesnik govori te mu vjerovati. Za procjenu stanja bolesnika upotrebljava se skala za procjenu stupnja aktivnosti bolesnika naziva „Karnofsky“, te je bitan čimbenik u planiranu zdravstvene njege [11]. U Tablici 1. prikazana je ta skala za procjenu stupnja aktivnosti bolesnika.

Who/ Karnofsky		
0	100	Bez simptoma, normalna aktivnost
1	80-90	Prisutni simptomi, uz napor održana normalna aktivnost
2	60-70	Prisutni simptomi, potrebna minimalna pomoć, u krevetu manje od 12 sati na dan
3	40-50	Prisutni simptomi, potrebna znatna pomoć, u krevetu duže od 12 sati na dan
4	20-30	100% vezanost uz krevet, izrazita onesposobljenost

*Tablica 1. Skala za procjenu stupnja aktivnosti bolesnika – „performance status“*

*(Izvor: V. Đorđević, M. Braš, L. Brajković, Osnove palijativne medicine, ARS medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti, Medicinska naklada, Zagreb 2013.)*

Model zdravstvene njege koji se najčešće primjenjuje u njezi terminalnih bolesnika je adaptacijski model Caliste Roy. Ovaj model orijentiran je na sposobnost osobe da se prilagodi ili prihvati promjene u svom životu te uključuje promatranje svakog pojedinca koji se prilagođava na poseban način. Roy adaptacijski model se sastoji od 4 skupina potreba bolesnika a to su:

- Fiziološke potrebe: disanje, eliminacija, mobilizacija, sigurnost, hrana i tekućina, sobna higijena i spavanje.
- Svijest (samoprihvatanje): fizička koja podrazumijeva tjelesni izgled te osobna koja se odnosi na strah od ishoda bolesti (gušenje, krvarenje, nedostatak hrabrosti).
- Uloge: roditeljska, društvena, članstvo u udruzi, aktivni član društva.
- Podrška: potreba za podrškom od strane obitelji, prijatelja, profesionalne sredine primarne zdravstvene zaštite te Crkve [13].

### **3.5. Smrt i umiranje**

Smrt dolazi kao posljednji događaj života kojeg smo svjesni te predstavlja jedinu sigurnu činjenicu ljudskog života. Umiranje je dio života koje završava smrću osobe [13].

Glavno obilježje i potreba umirućeg je dostojanstveno umiranje. Umirućoj osobi potrebno je pružiti podršku u njezinoj tjelesnoj i psihološkoj neugodi. Najvažniji faktor u procesu umiranja su liječnici i medicinske sestre koje umirućim mogu itekako pružiti dostojanstveno umiranje putem brige, ljubaznosti i podrške [16].

### 3.5.1. Stadiji umiranja

Psihološki stadiji umiranja ne moraju biti kod svih osoba niti moraju ići navedenim redoslijedom, no kod većine ljudi javljaju se u trenutku predsmrtnog stanja.

#### *Poricanje*

Poricanje ima samozaštitnu funkciju, kako bi se pobjeglo od blizine smrti te osoba poriče ozbiljnost vlastite bolesti za koju se zna da nije izlječiva [16]. Negiranje nakon neočekivane vijesti dopušta pacijentu da se pribere i s vremenom uključuje druge, realnije vrste obrane. Poricanje je privremena obrana i vrlo brzo zamijenjena djelomičnim prihvaćanjem [17].

#### *Ljutnja*

Ljutnja se javlja kada se prvi stadij poricanja više ne može održavati. Osoba je svjesna da vrijeme koje ima na raspolaganju je prekratko što kod nje izazva negativne i burne osjećaje. Uz ljutnju javlja se bijes, zavist i agresija. S ovim stadijem teško se nose i bolesnik i njegova obitelj. Bolesnika je potrebno poštivati i razumjeti, samo na taj način može se smanjiti ljutnja i agresija [17].

#### *Cjenkanje*

Nakon što osoba osvijesti neizbježnost smrti te da negiranje i ljutnja nisu imali učinka okreće se cjenkanju što označava pogodbu koju umiruća osoba pokušava s članovima obitelji, prijateljima ili zdravstvenim osobljem i Bogom. Možemo reći da je to vrsta sporazuma kako bi se izbjegao neželjeni događaj. Cjenkanje uključuje ponuđenu nagradu za „dobro ponašanje“ , samonametnuti rok te implicitno obećanje da pacijent neće više ništa tražiti ako mu se omogući ovo jedno pogađanje. Većina pogodbi je načinjena s Bogom [17].

## *Depresija*

Depresija se javlja kod umirućeg bolesnika koji više ne može negirati svoju bolest, kada je prisiljen na dugotrajnu hospitalizaciju te kada se javljaju izraziti znakovi i simptomi koji mu uz tjelesnu bol nanose i duševnu. Depresija je sredstvo pripreme za predstojeći gubitak te je kontradiktornu bolesnika tješiti već ga slušati, dopustiti mu da izrazi svoju bol te će konačno prihvaćanje biti lakše [17].

## *Prihvaćanje*

Ukoliko je bolesnik prošao prije navedene stadije umiranja uz kvalitetnu pomoć i podršku dolazi do stadija u kojemu nema depresije ni ljutnje te osoba prihvaća svoju „sudbinu“. Osoba je u stanju izraziti svoje osjećaje, tugu i jad te zavist prema osobama koje su zdrave. Ovaj stadij postiže se tek u posljednjim tjednima i danima. Krug interesa bolesnika se smanjuje a umirući bolesnik je našao mir i prihvaćanje.

Pogled na smrt ovisi i o pogledu pojedinca na život. Svaka osoba sa spoznajom završetka života nosi se drukčije. Neke osobe prihvaćaju je kao kaznu, neke ju doživljavaju kao nepremostivu prepreku, odgovornost a nekima predstavlja čin hrabrosti. Loše prilagođeni pojedinci, emotivno labilne osobe, osobe sa mnogim razočaranjima u životu teže se nose i lošije suočavaju sa blizinom smrti zbog bolesti. Snažan osjećaj duhovnosti smanjuje strah od smrti [16].

### 3.5.2. Znakovi umiranja

Umiranje se u većini slučajeva ne poklapa sa predviđanjima zdravstvenog tima u palijativnom liječenju, umiruće osobe i njezine obitelji. Ovisno o samoj bolesti te metaboličkom stanju bolesnika, javljaju se određeni znakovi i simptomi. Znakovi umiranja dijele se na znakove preaktivne faze umiranja te znakove aktivne faze umiranja [18].

#### *Znakovi preaktivne faze umiranja:*

- Povlačenje iz aktivnog sudjelovanja u društvenim aktivnostima

- Pojačan tjelesni nemir, zbunjenost, uzbuđenost
- Letargija; produljeni period spavanja
- Smanjenje unosa hrane i tekućine
- Razdoblja apneje – zastoj disanja u snu ili budnosti
- Osoba kaže da vidi osobe koje su već umrle
- Osoba kaže da umire
- Osoba zahtjeva posjete obitelji
- Otežano cijeljenje rane te nemogućnost oporavka infekcije
- Edemi ekstremiteta ili cijelog tijela [18].

*Znakovi aktivne faze umiranja:*

- Poremećaj stanja svijesti od semi kome do kome, halucinacije, uznemirenost, psihomotorna agitiranost.
- Dulji zastoj u disanju (apneja), promjene ritma disanja ubrzano i otežano disanje (tahidispneja) sve do agonalnog disanja, disanje široko otvorenim ustima.
- Poremećaj cirkulacije, zastoj krvi te nakupljanje tekućine u plućima.
- Nesposobnost gutanja.
- Nemogućnost govora.
- Pojava inkontinencije ( nemogućnost zadržavanja stolice i mokraće).
- Tamna boja urina, smanjeno stvaranje i izlučivanje urina ( oligurija do potpune anurije).
- Dramatičan pad krvnog tlaka u odnosu na dosadašnje uobičajene vrijednosti, puls je usporen.
- Hladne i vlažne okrajine, cijanotične, lividno plave ili ljubičaste boje.
- Kruti, nepromjenjivi položaj tijela.
- Pad donje čeljusti – osoba više ne može držati čeljust ravno te joj se može iskriviti na stranu na koju je nagnuta glava [18].

Pad krvnog tlaka i duži zastoji u disanju nisu pouzdani pokazatelji neposredne blizine smrti. Usprkos navedenim znacima osobe se mogu oporaviti i živjeti još nekoliko dana ili tjedana. Smrt nastupa pri prestanku rada srca i disanja. Dah koji se čini da je bio zadnji najčešće bude popraćen još udisajem ili dva [18].

## **4. Palijativna njega/skrb za bolesnika oboljelog od demencije**

Pružanje njege u terminalnoj fazi bolesti je pomoć oboljelom od uznapredovale, progresivne i neizlječive bolesti kako bi što kvalitetnije proveli život do smrti. Prema osobama oboljelim od demencije odnosi se sa poštovanjem i dostojanstvom. Bolesnici i njihove obitelji trebaju znati koja pomoć im je dostupna te osjećati podršku do nastupa smrti. Osobama oboljelim od demencije potrebno je pružiti tzv. „dobru smrt“, opisanu kao smrt bez boli i drugih simptoma, u poznatom okruženju uz prisustvo obitelji i bližnjih osoba [13].

Demencija s razvojem bolesti dovodi do kognitivnih oštećenja pa je već u početku bolesti, kada su kognitivne funkcije bolesnika očuvane ili djelomično očuvane potrebno s bolesnikom uspostaviti otvorenu i iskrenu komunikaciju. Ukoliko bolesnik ili obitelj nisu spremni prihvatiti vlastito stanje i činjenicu o neizlječivoj bolesti, potrebno je njihovu odluku poštovati. Prilikom suočavanja sa dijagnozom u obzir je potrebno uzeti i kulturne i pojedinačne osjetljivosti [2].

Bolesnici oboljeli od demencije susreću se sa mnogobrojnim zdravstvenim poteškoćama, znacima i simptomima koji izazivaju bol i patnju. Uz to, javljaju se stanja koja mogu kod oboljelih izazvati smrt a to su pnemonija, različite infekcije, ileus, CVI i drugo [13].

### **4.1. Poteškoće bolesnika oboljelog od demencije u terminalnoj fazi bolesti te njihovo zbrinjavanje**

Poteškoće koje se javljaju kod bolesnika u terminalnom stadiju demencije su bol, anoreksija, kaheksija, dehidracija, anksioznost, opstipacija, kašalj, delirij, dispnea, infekcije usne šupljine, mučnina, povraćanje, oštećenje kože, opstrukcija crijeva i drugo [13].

Gubitak apetita (anoreksija), poteškoće kod hranjenja i kaheksija očekivane su i najčešće komplikacije kod demencije. Demencija uzrokuje poteškoće u žvakanju i gubi se interes za hranom. Otežano gutanje može uzrokovati aspiraciju hrane zbog koje nastaje pneumonija. Uvođenje NGS ima kontra efekt, jer kod bolesnika izaziva nelagodu, rizik od oštećenja sluznice i aspiracije. Hranu je potrebno pripremiti prema želji bolesnika, na odgovarajućoj temperaturi,

ukusno servirana te primijeniti male ali česte obroke. Prema odredbi liječnika u slučaju mučnine i povraćanja mogu se primijeniti antiemetici.

Dehidracija nastaje zbog pretjeranog gubitka tekućine te smanjene količine unošene tekućine. U terminalnoj fazi demencije može doći do pojave dehidracije koja povezana sa hipernatrijemijom, hiperkalijemijom i uremijom koja su po život opasna stanja. Bolesnika treba hidrirati peroralnim putem, ukoliko ne želi piti ne treba ga siliti. Kod mnogih palijativnih pacijenata hidracija peroralnim putem nije moguća pa se prema odredbi liječnika može provoditi i parenteralnim putem infuzijskim otopinama. Važno je provoditi njegu usne šupljine uz vlaženje parafinskim uljem i kockicama leda, kako bi se spriječilo oštećenje sluznice, stvaranje naslaga i infekcija [14].

Opstipacija kod bolesnika u terminalnom stadiju bolesti nastaje zbog dugotrajnog mirovanja u krevetu (neaktivnost), nepravilna prehrana i dehidracija, gubitak privatnosti, depresije i primjene nekih lijekova koji sadrže spojeve koji smanjuju peristaltiku. Preporuča se povećanje tjelesne aktivnosti, ukoliko to nije moguće primjenjuje se dijeta sa puno biljnih vlakana, veći unos tekućine i primjena laksativnih sredstava.

Kašalj kroničnog tipa može se javiti kod osoba u terminalnoj fazi demencije. Uzrokuje bol, umor, anksioznost te ometa spavanje. Uzroci mogu biti suhi zrak, dehidracija, respiratorna infekcija primjena lijekova (ACE inhibitori). Kako bi se spriječio suhi nadražajni kašalj primjenjuju se antitusici, bolesnika je potrebno hidrirati te brinuti o mikroklimatskim uvjetima u prostoriji. Ukoliko se radi o vlažnom, produktivnom kašlju koji se često javlja kod upale pluća potrebno je bolesnika poticati na iskašljavanje, hidrirati ga te ukoliko je potrebno provesti orofaringealnu ili bronhotrahealnu aspiraciju. Uz kronični kašalj može se javiti dispneja. Otežano disanje može uzrokovati respiratorna infekcija, neadekvatan položaj, bol, anemija, metabolički poremećaji i anksioznost. Kako bi bolesniku pomogli preporuča se Fowlerov ili ortopnoičan položaj u krevetu, vježbe disanja i iskašljavanja, svježi zrak a prema potrebi i terapija kisikom [13].

Delirij je vrlo često stanje terminalnih bolesnika. Karakterizira ga dezorijentacija u vremenu i prostoru, poremećaj mišljenja, rasuđivanja, pamćenja te vidne i slušne halucinacije što je sve posljedica propadanja moždanog tkiva. Kod bolesnika može se javiti i nemir i agresija te ga je potrebno zaštititi od ozljede, tretirati ga sa poštovanjem te objasniti svaki postupak

razumljivom i jednostavnom terminologijom. Potrebno je pratiti i nadzirati pacijenta, pratiti stanje svijesti te prema odredbi liječnika primijeniti sedative i hipnotike [13].

Anksioznost je stanje straha, uznemirenosti i tuge zbog bolesti, brige za obitelj te gubitka samostalnosti i najbitnije blizine neizbježne smrti. Anksioznost se može očitovati simptomima kao razdražljivost, nesаница, palpitacije, tremor, znojenje, gubitak apetita i mučnina. Prema odredbi liječnika mogu se primijeniti anksiolitici, lijekovi za smanjenje anksioznosti [13].

Ublažavanje navedenih simptoma jedan je od osnovnih ciljeva palijative skrbi u terminalnoj fazi demencije. Ukoliko nije moguće kompletno rješavanje simptoma, potrebno je bolesnika riješiti osjećaja bespomoćnosti i u najvećoj mogućoj mjeri pokušati otkloniti bol i patnju. Simptom koji je opće prisutan kod bolesnika oboljelog od neizlječive bolesti je bol. Bol je sve što osoba kaže da je i postoji kad god ona kaže da postoji. Za uklanjanje boli primjenjuju se analgetici i narkotici prema odredbi liječnika. Doza lijeka treba biti dozirana na način da se postigne maksimalna dobrobit za pacijenta uz minimalne nuspojave [13].

Kod osoba oboljelih od demencije dolazi do oštećenja kognitivnih funkcija što rezultira vrlo kratkotrajnim pamćenjem što znači da se informacije gube kroz par minuta. Stoga je potrebno dementnim bolesnicima više puta ponoviti isto, biti strpljiv i pažljiv u komunikaciji. Uz zaboravljivost vrlo često se javlja razdražljivost i agresija.

Palijativno liječenje ne produžuje život niti ubrzava smrt no ublažuje popratne pojave bolesti. Primjena antibiotika u toku infekcije može ublažiti bol i poboljšati kvalitetu života [2].

## **4.2. Komunikacija sa bolesnikom oboljelog od demencije**

Komunikacija u palijativnoj medicini vrlo je težak i zahtjevan proces te zahtjeva puno znanja, kompetencija, vještina i strpljenja kod medicinskog osoblja ali i obitelji. Uvijek je potrebno biti iskren u vezi s dijagnozom i tijekom bolesti kako bi se omogućilo umirućoj osobi da završi svoj život izražavajući emocije i želje te sudjelujući u odlukama o liječenju. Prilikom razgovora s umirućom osobom važno je aktivno slušanje, pažnju usmjeriti na ono što osoba priča makar bilo nesuvislo i nepovezano pričanje. Cilj komunikacije je uvjeriti umiruću osobu da nije sama i da neće biti sama do samog kraja [16].



Napredovanjem demencije dolazi do izražajnih i osjetnih jezičnih sposobnosti pa je komunikacija sa dementnim bolesnikom izrazito otežana. U kvaliteti života osim kvalitetne zdravstvene njege važnu ulogu ima i sposobnost slušanja osoblja ili skrbnika, tumačenje i učinkovita komunikacija. Potrebno je pokušati usmjeriti posebnu pažnju na neverbalnu komunikaciju što je ključno za razumijevanje pojedinca koji više ne može izraziti vlastite osjećaje preko pouzdanih riječi. Kvalitetan odnos i kvalitetna skrb povezani su učinkovitom komunikacijom.

Kod bolesnika oboljelih od demencije nerijetko se javlja verbalna i fizička agresija, psihoza uzrokovana iracionalnim stavovima i vjerovanjima, fiksne ideje odvojene od realnosti te halucinacije. U takvim situacijama važno je upotrijebiti komunikaciju punu empatije i bezuvjetno pozitivnog poštovanja kroz pažljive vještine slušanja. Pomoću tih vještina može se spriječiti agresivno i neprijateljsko ponašanje. Na emocionalnoj razini odgovarati pacijentu na takvo ponašanje te prihvatiti njegovu stvarnost [11].

### **4.3. Zbrinjavanje bolesnika u posljednjim trenucima života**

Bolesniku je potrebno omogućiti udobnost (fizičku, emotivnu i duhovnu). U posljednjim satima života pacijentu pružiti mir i tišinu, sačuvati dostojanstvo te se odnositi sa poštovanjem. Zbrinjavanjem i podrškom koja se pruža umirućem pacijentu i njegovim bližnjima učiniti sve da sjećanje obitelji na posljednje trenutke bude što pozitivnije. Umirućem bolesniku prekidaju se sve intervencije kao unos hrane i tekućine putem nazogastrične sonde. Zadatak medicinskog osoblja je biti uz bolesnika i obitelj ukoliko oni to žele, razgovarati s njima o prognozi, o tome da bolesnik umire, otvorenom i toplom komunikacijom.

#### 4.4. Sestrinska skrb nakon smrti pacijenta

Postupak s umrlim dio je sestrinske skrbi nakon smrti pacijenta. Njega umrlog počinje nakon što je liječnik utvrdio smrt. Umrlog se preporučuje smjestiti u zasebnu prostoriju a ukoliko to nije moguće, krevet zaštititi paravanom. Prije transporta u mrtvačnicu, umrla osoba ostaje na odjelu 2 sata. Važno je zabilježiti točno vrijeme smrti, provjeriti identitet i dokumentaciju a po isteku 2 sata provjeravaju se sigurni znaci smrti te se umrli transportira u mrtvačnicu. Na nožni palac stavlja se identifikacijska karta. Obitelj se obavještava prema protokolu zdravstvene ustanove u kojoj je osoba umrla. Članovima obitelji treba iskazati sućut, pružiti podršku i pomoć u okviru svojih kompetencija te im predati preostale stvari od umrlog.

*Intervencije medicinske sestre u postupku s umrlom osobom:*

- U postupku spremanja umrle osobe koristiti sredstva osobne zaštite (maska, ogrtač, rukavice).
- Sa kreveta ukloniti sve jastuke i posteljno rublje, osim plahte na kojoj umrla osoba leži.
- Svući umrlog te skinuti nakit i ručni sat.
- Ukloniti drenove, NGS, TUK, sisteme za infuziju, intravenoznu kanilu te pravilno odložiti.
- Ukoliko je potrebno oprati tijelo te staviti pelenu.
- Zatvoriti očne kapke vlažnim smotuljcima vate ili fiksirati flasterom.
- Ukoliko se ne zahtjeva obdukcija, zubna proteza stavlja se u usta umrle osobe.
- Zatvoriti usta, bradu fiksirati vezanjem zavoja oko glave.
- Počešljati kosu, ispružiti ruke uz tijelo, izravnati noge.
- Prekriti tijelo čistom bijelom plahtom te nakon 2 sata provjeriti sigurne znakove smrti.
- Dokumentirati postupak.
- Nakon smrti čuvati i poštivati dostojanstvo čovjeka.

## **5. Proces zdravstvene njege u palijativnoj skrbi za bolesnika oboljelog od demencije**

Medicinska sestra u procesu zdravstvene njege bolesnika na palijativnom liječenju je odgovorna za planiranje, provođenje njege te evaluaciju provedenih intervencija. U nastavku obradit će se najčešće sestrinske dijagnoze koje se javljaju kod bolesnika sa demencijom smještenih u jedinicama palijativne skrbi te intervencije koje se provode kako bi se oboljelima olakšali popratni simptomi bolesti i poboljšala kvaliteta života.

### **5.1. Kronična bol**

Kronična bol je neugodan nagli ili usporeni osjetilni doživljaj koji prolazi iz stvarnih ili mogućih oštećenja tkiva bez očekivanog ili predvidljivog završetka u trajanju dužem od 6 mjeseci.

*Podaci potrebni za postavljanje dijagnoze su:*

- Jačina boli dobivena pomoću skale za procjenu boli.
- Podaci o lokalizaciji, trajanju, širenju i kvaliteti boli.
- Podaci o vitalnim funkcijama.
- Podaci o ozljedama te načinima ublažavanja boli.

Kritični čimbenici su čimbenici koji mogu uzrokovati prisutnost kronične boli su bolesti organskog sustava, neaktivnost i dugotrajno mirovanje u krevetu te postojanje mehaničke, kemijske i toplinske ozljede.

*Vodeća obilježja koja govore u prilog prisutnosti kronične boli su:*

- Pacijentova izjava o postojanju boli.
- Promjene u tjelesnoj težini.
- Razdražljivost, nemir i depresija.
- Atrofija mišića, promjene u obrascu spavanja i umor.

- Anoreksija, ljutnja, smanjena mogućnost obavljanja prijašnjih aktivnosti.

*Mogući ciljevi zdravstvene njege pacijenta sa kroničnom boli:*

- Pacijent neće osjećati bol.
- Pacijent će na skali boli iskazati nižu razinu boli od početne.
- Pacijent zna načine ublažavanja boli.

*Intervencije medicinske sestre kod pacijenta sa kroničnom boli su:*

- Praćenje i bilježenje vitalnih parametara.
- Ublažavanje boli analgeticima (farmakološki postupci) te relaksacijom, promjenom položaja u krevetu, razgovorom i planiranjem dnevnih aktivnosti ukoliko je to moguće (nefarmakološki postupci otklanjanja boli)
- Otklanjanje čimbenika koji pojačavaju bol.
- Obavijestiti liječnika o prisutnosti boli.
- Evidentirati učinjene postupke.

*Mogući ishodi provedenih intervencija:*

- Pacijent ne osjeća bol.
- Pacijent na skali boli iskazuje nižu razinu boli od početne.
- Pacijent osjeća bol [20].

## **5.2. Dehidracija**

„Dehidracija se stanje u kojem je prisutan deficit intersticijskog, intracelularnog ili intravaskularnog volumena tekućina.“ [21].

Kako bi definirali prisutnost dehidracije potrebno je prikupiti podatke o:

- Unosu i izlučivanju tekućina – količini unošene i izlučene tekućine.

- Vitalnim parametrima ( krvni tlak, puls, disanje, tjelesna temperatura)
- Turgoru kože, stanju sluznica te popunjenosti vratnih vena.
- Mentalnom stanju bolesnika upotrebi laksativa i diuretika.
- Postojećim bolestima, povraćanju proljevu i pojačanom znojenju.
- Prehrambenim navikama i unosu tekućine te možebitnom odbijanju hrane i tekućine.

Čimbenici koji mogu uzrokovati pojavu dehidracije kod dementnih bolesnika u palijativnoj skrbi su oslabljen osjećaj za žeđ zbog oštećenja CNS-a, starija životna dob, gubitak tekućine zbog proljeva, povraćanja, anoreksija te skupljanje tekućine u treći prostor (edemi). Također, dehidraciju mogu uzrokovati i emocionalni faktori kao apatija, depresija zbog dijagnoze neizlječive bolesti kao posljedica odbijanja hrane i tekućine te poremećaj stanja svijesti (sommelencija, koma) koja je česta kod bolesnika na palijativnom liječenju.

Dehidracija uzrokuje pad krvnog tlaka, smanjenu punjenost vena, ubrzan i oslabljen puls, porast tjelesne temperature, suhu i blijedu koža, umor, slabost te oslabljen turgor kože. Na temelju navedenih obilježja može se prepoznati da je pacijent dehidriran.

Najvažniji cilj zdravstvene njege pacijenta sa dehidracijom je da pacijent neće pokazivati znakove i simptome dehidracije te da će imati normalan turgor kože, vlažan jezik i sluznice kroz 24 sata.

*Intervencije medicinske sestre u zbrinjavanju dementnog pacijenta sa dehidracijom:*

- Osigurati pacijentu dostupnost tekućine tokom 24 sata – svježu vodu ili napitak pacijentu staviti nadohvat ruke.
- Ukoliko pacijent ne može samostalno piti, pomoći mu.
- Na vrijeme uočiti znakove i simptome dehidracije.
- Pratiti promet unošene i izlučene tekućine, specifičnu težinu, boju i miris urina.
- Praćenje i bilježenje vitalnih funkcija.
- Uočavanje znakova promjene mentalnog statusa te stanja svijesti.
- Nadoknada tekućine enteralno putem NGS te parenteralno putem infuzijskih otopina.
- Pojačana njega usne šupljine.
- Evidentirati sve učinjeno [21].

### 5.3. Socijalna izolacija

„Socijalna izolacija je stanje u kojem pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanosti drugima ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt.“ [20].

Kako bi procijenili pacijentov osjećaj usamljenosti te na pravilan način intervenirati potrebno je prikupiti podatke o medicinskoj dijagnozi, obiteljskom statusu, svakodnevnim aktivnostima, mentalnom statusu te preostalim kognitivnim sposobnostima pacijenta [20].

*Čimbenici koji uzrokuju osjećaj socijalne izolacije kod pacijenta s demencijom su:*

- Psihički poremećaj
- Neizlječiva bolest
- Fizički hendikep
- Dugotrajna izloženost stresu
- Dugotrajna hospitalizacija
- Odsustvo obitelji prijatelja ili druge podrške

Pacijent, kada dio kognitivnih funkcija sačuvan izražava osjećaj usamljenosti, nesiguran je u socijalnim situacijama, opisuje nedostatak kvalitetnih međuljudskih odnosa, izražava osjećaj tuge i dosade te potrebu za druženje. Javlja se neprihvatljivo društveno ponašanje, izražavanje osjećaja odbačenosti te povlačenje u sebe.

*Intervencije medicinske sestre u palijativnoj njezi bolesnika sa socijalnom izolacijom su:*

- Provoditi dodatno vrijeme sa pacijentom.
- Poticati pacijenta na izražavanje emocija te uspostaviti suradnički odnos.
- Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa te razmjenu iskustva sa drugim pacijentima ukoliko je to moguće.
- Ohrabrivati pacijenta te pohvaliti svaki napredak.
- Osigurati pacijentu da provodi vrijeme sa obitelji bližnjima.
- Uključiti pacijenta, ukoliko je to moguće u radnu okupacijsku terapiju.

*Mogući ishodi provedenih intervencija su:*

- Pacijent je razvio suradljiv odnos.
- Pacijent se povlači u sebe.
- Pacijent aktivno provodi vrijeme sa ostalim pacijentima i obitelji.

*Ostale sestrinske dijagnoze koje su prisutne kod bolesnika sa demencijom u palijativnoj skrbi su:*

- Smanjen unos hrane i tekućine
- Inkontinencija stolice i mokraće
- Oštećenje sluznice usne šupljine
- Smanjena mogućnost brige za sebe – eliminacija, osobna higijena, hranjenje, odijevanje i oblačenje
- Visok rizik za dekubitus
- Opstipacija
- Smanjeno podnošenje napora
- Smanjena pokretljivost
- Smanjena prohodnost dišnih puteva
- Visok rizik za infekciju
- Anksioznost
- Strah
- Neupućenost
- Promjena tjelesnog izgleda
- Beznade
- Žalovanje

## 6. Prehrana bolesnika oboljelog od demencije

Stilom života može se utjecati na odgodu demencije kao i na usporenje napredovanja bolesti. Životne navike poput nepušenja, izbjegavanje alkohola, redovita tjelovježba te održavanje poželjne tjelesne mase mogu u određenoj mjeri smanjiti mogućnost nastanka demencije. Uz povoljne životne navike važnu ulogu ima i prehrana.

MIND prehrana je spoj mediteranske prehrane i DASH dijete te dokazano ima povoljan učinak na smanjenje povišenog krvnog tlaka te prevenciju srčanog i moždanog udara čija posljedica može biti demencija. MIND dijeta sastoji se od 15 grupa namirnica koje se preporučuje konzumirati. To su lisnato povrće, korjenasto i drugo povrće, orašasti plodovi, bobičasto voće, mahunarke, cjelovite žitarice, riba perad, maslinovo ulje i vino, crveno meso, maslac, slatkiši, pržena i brza hrana. Namirnice iz nezdrave grupe preporučuje se unositi jednom u tri tjedna.

Povišena razina B vitamina smanjuju razinu homocisteina koji je povezan sa moždanim oštećenjima i nastankom demencije. Stoga se preporuča uzimanje prehrane bogate B vitaminom te dodataka prehrani vitamina B. Vitamin B može poboljšati kratkoročno pamćenje te mentalne sposobnosti. Istraživanja pokazuju kako vitamin D sprječava razvoj demencije. Nalazi se u hrani koja sadrži masti a to su losos, tuna, sir, jaja te nastaje i prilikom umjerenog izlaganja kože suncu.

Prilikom uvođenja prehrane za prevenciju demencije preporuča se konzumirati hranu bogatu silicijem. Silicij apsorbira aluminij koji se svakodnevno može unositi hranom te dokazano djeluje na kognitivne sposobnosti. Hrana bogata silicijem je mineralna voda, kelj, zelena salata, crveni luk te smeđe alge.

Ekstra djevičansko maslinovo ulje sadrži tvar koja se naziva oleoantal. On pomaže u proizvodnji ključnih proteina i enzima koji mogu razbiti plakove povezane sa AB. Brokula sadrži vitamin K koji pomaže u jačanju kognitivnih sposobnosti te kolin koji pomaže u poboljšanju pamćenja. Orasi obiluju protuupalnim nutrijentima i pozitivno djeluju na srce i krvožilni sustav te omogućuju bolji protok kisika u mozak. Prema istraživanjima osobe koje jedu 3 obroka plave ribe tjedno, imaju 50% manje šanse oboljeti od demencije [22].



## 7. Pomoć i edukacija obitelji osobe oboljele od demencije

Obitelj je neprocjenjiva podrška koja je u stalnoj interakciji sa umirućim bolesnikom. Važnost otvorene komunikacije između zdravstvenih djelatnika, skrbnika i obitelji oboljelog ima važnost u pružanju i održavanju udobnosti bolesnika u palijativnom liječenju. Uloga palijativne skrbi je pružanje psihosocijalne pomoći i utjehe bolesniku sa neizlječivom bolesti te pružanje podrške članovima obitelji uz dostupnu, kontinuiranu skrb bez napuštanja. Obitelj oboljelog mora znati da ima pravo na psihološku pomoć, moralnu potporu te osjetiti da nisu sami. Razumijevanju bolesnika, njegovih potreba, načina ophođenja i zbrinjavanja te suočavanju sa gubitkom voljene osobe bitno doprinosi educiranje članova obitelji o tijeku bolesti, pružanje psiho edukacije o prisutnim simptomima koji prate demenciju te potrebi za uključivanjem u palijativnu skrb oboljelog. Proces žalovanja obitelji oboljelog počinje puno prije same smrti bolesnika jer često, članovi obitelji oboljelog navode kako oboljelog člana obitelji od demencije gube prije smrti, odnosno već kod gubitka kognitivnih funkcija. U napredovaloj fazi demencije vrlo je važno naučiti pravilno komunicirati na emotivnoj razini u kojoj se bolesnik trenutno nalazi. Naime, ukoliko je izgubljena mogućnost verbalne komunikacije i sporazumijevanja kod oboljele osobe sačuvane su emocije i emotivni nagoni. Zbog toga je bitno prepoznati koje se emocije kod bolesnika javljaju, kako se osjeća te da li je prisutna bol [15].

U terminalnoj fazi bolesti najvažnija uloga obitelji je donošenje odluka. Kako bi se to olakšalo potrebno je pravodobno i kontinuirano informirati obitelj o napredovanju i razvoju bolesti, prisutnim komplikacija i prognozi bolesti. Priprema za smrt i što očekivati na kraju života može biti važna za opće dobro obitelji. Ukoliko je potrebno, savjetovati obitelji razgovor sa stručnjacima u raznim savjetovalištim koji se bave pružanjem pomoći i svladavanjem emocionalnog stresa prisutnog kod skrbi o članu obitelji oboljelom od demencije. Grupe za podršku obiteljima su od velike važnosti te postoji mogućnost povezivanja članova obitelji koji pomažu jedni drugima dijeleći svoja iskustva i percepciju skrbi za oboljelog [15].

## 8. Zaključak

Demencija je jedan od najznačajnijih suvremenih javnozdravstvenih problema. Označava neizlječivu, progresivnu ireverzibilnu bolest odnosno sindrom te se u napredovaloj fazi tretira kao terminalna bolest u kojoj je oboljeli potpuno ovisan o kontinuiranoj zdravstvenoj skrbi koja se naziva palijativna skrb. Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od demencije proizlazi iz palijativnog pristupa s najvažnijom mjerom a to je poboljšanje kvalitete života. Adekvatnu palijativnu skrb otežavaju kognitivni, funkcionalni i komunikacijski deficiti.

Zdravstveni djelatnici u palijativnoj skrbi trebali bi znati prepoznati kliničke znakove i simptome demencije. Multidisciplinarni i multiprofesionalni koncept liječenja demencije vrlo važnu ulogu daje medicinskoj sestri. Medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provodi sa bolesnikom oboljelim od demencije hospitaliziranim na odjelima palijativne skrbi. Ona planira zdravstvenu njegu, provodi zadane intervencije te evaluira postignuto a uz to provodi zdravstveni odgoj pacijenta, edukaciju obitelji i pružanje psihosocijalne podrške. Tokom obrazovanja, medicinske sestre trebale bi biti educirane o vještinama skrbi za osobe oboljele od demencije te prepoznavanje neverbalne komunikacije koju pojedinci koriste u izražavanju vlastitih želja i emocija. Medicinske sestre u palijativnoj skrbi su zagovornice oboljelog od demencije te njegove obitelji.

*„Želio bih pojačati i nikada se izgubiti svoju budnosti, koliko god je to moguće, kako bih u trenutku smrti mogao proživjeti potpunu veličanstvenost ostvarivanja duše.“*

*Bela Hamvas*

# Sveučilište Sjever



## IZJAVA O AUTORSTVU I SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, JOŠIP ŠTEFAN (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PALIJATIVNA SKRB PACIJENTA OSUJELOK OD DEMENCIJE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Jošip Štefan  
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, JOŠIP ŠTEFAN (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom PALIJATIVNA SKRB PACIJENTA OSUJELOK OD DEMENCIJE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:  
(upisati ime i prezime)

Jošip Štefan  
(vlastoručni potpis)

## 9. Literatura

- [1] M.Čalić „Što je palijativna medicina i koje su perspektive palijativne skrbi u Hrvatskoj?“ 2015. dostupno na: <https://www.zdravobudi.hr/clanak/637/sto-je-palijativna-m.edicina-i-koje-su-perspektive-palijativne-skrbi-u-hrvatskoj> ( dostupno: 12.08.2019)
- [2] S. Tomek-Roksandić, N.Kušan Jukić i suradnici: Alzheimerova bolest i druge demencije, rano otkrivanje i zaštita zdravlja; Medicinska naklada, Zagreb 20017.
- [3] V. Đorđević, M.Braš, L. Brajković, Palijativna skrb – brinemo zajedno, Medicinska naklada, Zagreb 2014.
- [4] MSD priručnik dijagnostike terapije; dostupno na : <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija> (dostupno: 10.08.2019)
- [5][https://www.dementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia\\_croatian.pdf](https://www.dementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia_croatian.pdf) (dostupno: 14.08.2019)
- [6] <https://hrcak.srce.hr/175283> (dostupno:14.08.2019)
- [7] <https://www.centarzdavlja.hr/zdrav-zivot/treca-dob/sto-je-demencija/> (dostupno 13.08.2019)
- [8] M.Vilibić „Kako otkriti i liječiti demenciju“ 2013. dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/tekst/clanak/23559/Kako-otkriti-i-lijeciti-demenciju.html> (dostupno:15.08.2019)
- [9] H. I. Kaplan, B. J. Sadock, Priručnik kliničke psihijatrije, Jastrebarsko, Naklada Slap 1998.
- [10] <https://www.nhs.uk/conditions/dementia/dementia-prevention/> (dostupno:15.08.2019.)
- [11] V. Đorđević, M.Braš, L. Brajković, Osnove palijativne medicine, ARS medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti, Medicinska naklada, Zagreb 2013.
- [12] M. Brkljačić, Aktualno stanje palijativne skrbi u Hrvatskoj, Stručni znanstveni rad 2013. dostupno na : <https://hrcak.srce.hr/112245> ( dostupno:17.08.2019)
- [13] Š. Ozimec, Zdravstvena njega umirućih bolesnika, Visoka zdravstvena škola Zagreb

- [14]: <http://www.cochrane.org/hr/CD009647/klinicki-simptomi-znakovi-i-testovi-za-prepoznavanje-starijih-osoba-kojima-prijeti-dehidracija-ili-su-vec-dehidrirani> (dostupno: 25.08.2019.)
- [15] M. Kušan Jukić, N. Mimica, Palijativna skrb o oboljelima od Alzheimerove bolesti i drugih demencija, Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ Zagreb , dostupno na: [https://bib.irb.hr/datoteka/822982.Pages\\_from\\_Medix\\_119-120\\_Kuan\\_Juki\\_Mimica.pdf](https://bib.irb.hr/datoteka/822982.Pages_from_Medix_119-120_Kuan_Juki_Mimica.pdf) (dostupno: 14.08.2019.)
- [16] [https://www.krenizdravo.rtl.hr/psihologija\\_p/kako-izgleda-umiranje-smrt-predsmrtno-stanje-tugovanje](https://www.krenizdravo.rtl.hr/psihologija_p/kako-izgleda-umiranje-smrt-predsmrtno-stanje-tugovanje) (dostupno: 17.08.2019)
- [17] E. Kubler-Ross, O smrti i umiranju, MISL, Zagreb, 2008.
- [18] [palijativna-skrb.hr](http://palijativna-skrb.hr) > [Znakovi\\_i\\_simptomi\\_priblizavanja\\_smrti\\_3-booklet](#) (dostupno: 20.08.2019)
- [19] B.Hmelik, M. Cepanec, Intenzivna zdravstvena njega, Vall d.o.o. 042, Varaždin 2017.
- [20] [https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske\\_dijagnoze\\_2.pdf](https://www.kbsd.hr/sites/default/files/SestrinstvoEdukacija/Sestrinske_dijagnoze_2.pdf) (dostupno: 19.08.2019.)
- [21] [http://www.hkms.hr/data/1316431501\\_827\\_mala\\_sestrinske\\_dijagnoze\\_kopletno.pdf](http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf) (dostupno:20.08.2019.)
- [22] <https://vitamini.hr/hrana-i-zivot/mind-dijeta-13309/> (dostupno:22.08.2019.)

## Popis slika i tablica

Slika 2.4.1.1. <https://alzheimer.hr/ucionica/to-je-to-alzheimerova-bolest/>

Slika 3.1.1. <https://www.sundaypost.com/fp/a-good-life-lived-to-make-death-better-pioneering-hospice-founder-remembered/>

Tablica 1. V. Đorđević, M.Braš, L. Brajković, Osnove palijativne medicine, ARS medica prema kulturi zdravlja i čovječnosti, Medicinska naklada, Zagreb 2013.