

Posebnosti skrbi za oboljele od Alzheimerove demencije i njihovu obitelj

Bošnjak Poljanac, Tanja

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:117680>

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

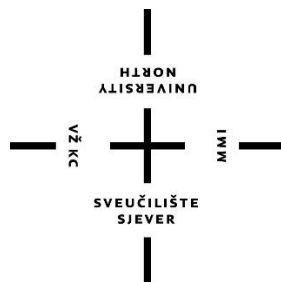
Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-21**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





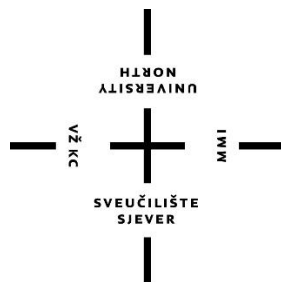
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad broj 1024/SS/ 2018

**Posebnosti skrbi za oboljele od Alzheimerove demencije i
njihovu obitelj**

Tanja Bošnjak Poljanac, 0847/336

Varaždin, rujan, 2018. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za sestrinstvo

**Posebnosti skrbi za oboljele od Alzheimerove demencije i
njihovu obitelj**

Student

Tanja Bošnjak Poljanac, 0847/336

Mentor

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2018. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Tanja Bošnjak Poljanac	MATIČNI BROJ	0847/336
DATUM	20.08.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Posebnosti skrbi za oboljele od Alzheimerove demencije i njihovu obitelj		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Special care for people with Alzheimer's dementia and their families		
MENTOR	Melita Sajko, dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, predsjednik 2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor 3. Jurica Veronek, mag.med.techn., član 4. dr.sc. Marijana Neuberg, zamjenski član 5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ 1024/SS/2018

OPIS

Alzheimerova bolest je najučestaliji oblik demencije, od svih oboljelih od demencije 50-60% oboljelih ima Alzheimerovu demenciju. Najnovije znanstvene procjene govore da bi 2020. godine u svijetu moglo biti 43 milijuna oboljelih, do 2040. godine čak 81 milijun oboljelih, a do 2050. godine preko 115 milijuna oboljelih od demencije. Prema podacima sa zadnjeg popisa stanovništva u Hrvatskoj boluje 80.864 osoba. Alzheimerova demencija je degenerativna, progresivna, neizlječiva bolest koja završava smrtnim ishodom. Uglavnom se javlja nakon 65. godine života, no može se javiti i u ranijoj životnoj dobi. Vrlo je važno postaviti dijagnozu u samom početku bolesti jer na taj način se produžuje kvaliteta života oboljeloga. Prije same uspostave dijagnoze potrebno je isključiti neke druge tjelesne bolesti koje se očituju istim ili sličnim simptomima. Skrb za oboljele od Alzheimerove demencije uključuje multidisciplinarni pristup, a medicinska sestra ima ključnu ulogu u skrbi. Uz poboljšanje kvalitete života oboljeloga, medicinska sestra ima zadatak pružanja podrške i edukacije obitelji oboljeloga. Cilj ovog rada je prikazati načine na koje se Alzheimerova bolest manifestira, te ulogu medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika, kako bi se olakšao život i smanjila patnja oboljelima, te njihovoj obitelji.

U radu je potrebno:

- opisati manifestacije Alzheimerove bolesti
- opisati utjecaj Alzheimerove bolesti na život bolesnika i njegove obitelji
- opisati ulogu medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika
- opisati načine kako se može poboljšati kvaliteta života oboljelih i njihovih obitelji
- navesti sestrinske dijagnoze i intervencije vezane uz Alzheimerovu bolest

ZADATAK URUČEN

30.08.2018



Predgovor

Za temu završnog rada odlučila sam se obraditi posebnosti palijativne skrbi za oboljele od Alzheimerove demencije i njihovu obitelj. Poticaj na obradu ove teme je moje petogodišnje radno iskustvo na Odjelu za demencije i palijativnu skrb u Psihijatrijskoj bolnici „Sveti Ivan“ u Zagrebu. Ovo mi je bila još jedna dodatna prilika da se još više educiram o demencijama i pomogne mi da još bolje shvatim oboljele, ali i njihovu obitelj. Ovim putem željela bih se zahvaliti svim predavačima Sveučilišta Sjever koji su velikodušno, sa puno žara i razumijevanja prenosili svoje znanje na mene, ali i na druge studente. Zahvaljujem se mentorici Meliti Sajko dipl.med.techn. koja mi je priuštila tu čast i pristala biti mentorica pri izradi ovoga rada. Zahvaljujem joj na utrošenom vremenu i trudu, na svim savjetima i potpori. Na samom kraju željela bih se zahvaliti svojoj obitelji, suprugu i kćerima koji su me ove tri godine podržavali i davali mi poticaj ka ostvarenju moga cilja.

Sažetak

Alzheimerova bolest je najučestaliji oblik demencije. Od ukupnog broja oboljelih od demencija, 50-60% oboljelih ima Alzheimerovu demenciju. Najnovije znanstvene procjene govore da bi 2020. godine u svijetu moglo biti 43 milijuna oboljelih, do 2040. godine čak 81 milijun oboljelih, a do 2050. godine preko 115 milijuna oboljelih od demencije. Prema podacima sa zadnjeg popisa stanovništva u Hrvatskoj boluje 80.864 osoba.

Alzheimerova demencija je degenerativna, progresivna, neizlječiva bolest koja završava smrtnim ishodom. Uglavnom se javlja nakon 65. godine života, no može se javiti i u ranijoj životnoj dobi. Jedan od prvih simptoma koji se pojavljuje jest gubitak pamćenja. Bolesnici se žale na glavobolje, vrtoglavice, popuštanje radnih sposobnosti i depresivno raspoloženje te snalaženje u prostoru postaje otežano. Vrlo je važno postaviti dijagnozu u samom početku bolesti jer na taj način se produžuje kvaliteta života oboljeloga. Prije same uspostave dijagnoze potrebno je isključiti neke druge tjelesne bolesti koje se očituju istim ili sličnim simptomima.

Skrb za oboljele od Alzheimerove demencije uključuje multidisciplinarni pristup, a medicinska sestra ima ključnu ulogu u skrbi. Uz poboljšanje kvalitete života oboljeloga, medicinska sestra ima zadatak pružiti podršku i edukaciju obitelji oboljeloga. Kod planiranja sestričkih intervencija potrebno je da medicinska sestra vodi računa o činjenici da degenerativne bolesti mozga kao i životna dob bolesnika ne dopuštaju planiranje intervencija koje bi bile usmjerene oporavku i izlječenju od bolesti.

Degenerativne bolesti mozga u ljudi starije dobi imaju ireverzibilan tijek. Svjetski dan Alzheimerove bolesti održava se 21. rujna kada se organiziraju različita događanja u svrhu podizanja svijesti javnosti o ovoj teškoj bolesti. Taj dan koristi se za informiranje o aktivnostima udruge u zajednici, a uključuju grupe za samopomoć, savjetovališta, organizaciju dnevnih boravaka za pacijente i sl.

Cilj ovog rada je prikazati načine na koje se Alzheimerova bolest manifestira i ulogu medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika, kako bi se olakšao život i smanjila patnja oboljelima i njihovoj obitelji.

Ključne riječi: Alzheimer, skrb, demencija, empatija

Popis korištenih kratica

AB Alzheimerova bolest

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

F00 Međunarodna klasifikacija Alzheimerove bolesti

DAT Demencija Alzheimerovog tipa

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Što je Alzheimerova bolest	3
3. Epidemiologija Alzheimerove bolesti.....	4
4. Uzroci Alzheimerove bolesti	5
5. Stadiji i simptomi.....	6
5.1 Blagi / rani stadij.....	6
5.2 Umjereni stadij	6
5.3 Ozbiljni stadij	6
5.4 Alzheimerova bolest u sedam stadija	7
6. Dijagnoza Alzheimerove bolesti	8
7. Skrb za bolesnika sa Alzheimerovom bolešću i njegovu obitelj	10
8. Zdravstvena njega	11
8.1 Procjena stanja i potreba bolesnika	12
9. Sestrinski problemi	14
9.1 Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje	14
9.2 Smanjena mogućnost brige za sebe – eliminacija	15
9.3 Visok rizik za dekubitus	17
9.4 Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena.....	19
9.5 Visok rizik za opstipaciju	20
9.6 Visok rizik za ozljede	22
9.7 Komunikacija sa oboljelim od Alzheimerove bolesti.....	24
9.8 Prehrana oboljelih od Alzheimerove bolesti	24
9.9 Kategorizacija oboljelih.....	26
10. Specifičnosti palijativne skrbi u zbrinjavanju osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti .	28
10.1 Povećava li demencija učestalost smrtnosti.....	32
11. Stigmatizacija oboljelih od Alzheimerove bolesti	33
12. Prikaz slučaja	34
13. Zaključak.....	35
14. LITERATURA	37

1. Uvod

Alzheimerova bolest je progresivna degenerativna bolest mozga. To je jedna od najčešćih definicija bolesti. Raščlanimo je, progresivan (lat. progressivus) koji se kreće naprijed, koji napreduje; degenerativan (lat. degeneratio) onaj koji se mijenja, kvari, propada. Alzheimerova bolest je uznapredovalo propadanje mozga. Ona je najčešća demencija, koja se javlja u 60% oboljelih od demencija, a pretežno zahvaća starije osobe. [1]

Alzheimerova bolest (F00) dobila je naziv po njemačkom doktoru Alois Alzheimer (1864. - 1915.), koji je prvi opisao bolest sa simptomima kratkotrajnog gubitka pamćenja, paranojom i promjenom govora kod pacijentice Auguste Deter. [2] Godine 1901. dok je radio u psihijatrijskoj bolnici u Frankfurtu primio je pacijenticu Auguste Deter, koja je sljedećih pet godina bila središte njegovog zanimanja. Pacijentica u dobi od 51 godine patila je od neuobičajenih simptoma koji su uključivali gubitak kratkotrajnog pamćenja. Nakon njene smrti 1906. godine, na uzorcima njenoga mozga posebnim je tehnikama bojanja u neuronima opazio nakupine amiloida u plakovima te neurofibrinske snopiće. [3] Promatranjem se bilježi atrofija mozga kao rezultat gubitka stanica u područjima moždane kore i hipokampusa. [2] Vrlo je vjerojatno da je Alzheimerova bolest opažena još u davnoj prošlosti jer su njezine simptome opisivali grčki i rimski pisci. [4]

Nakon desetljeća istraživanja, Alzheimerova bolest je i dalje neizlječiva i time se smatra glavnim ljudskim zdravstvenim izazovom. Uzrok Alzheimerove bolesti još uvijek nije u potpunosti razjašnjen i razumljiv, no danas znamo da postoje dva oblika ove bolesti. [5] Sporadičan oblik koji pogađa neke pojedince koji nemaju prethodnike u obitelji koji su bolovali od Alzheimerove bolesti, te se pojavljuje nakon 65. godine. Obiteljski oblik, način na koji se bolest prenosi sa generacije na generaciju, predstavlja malen postotak slučajeva. Ovaj se oblik javlja prije 65. godine. [1]

Smatra se da u dobi od 65 godina 7 % ljudi boluje od nekog oblika demencije, od čega više od polovice oboljelih ima Alzheimerovu demenciju. U dobi od 95 godina čak 90 % osoba ima neki oblik demencije. [2] Najnoviji epidemiološki podaci govore da trenutno u svijetu od Alzheimerove bolesti boluje oko 47 milijuna ljudi te da bi do 2050. godine ta brojka mogla narasti na više od 115 milijuna. U Republici Hrvatskoj svake godine od Alzheimerove bolesti

oboli 3000 osoba, a procjenjuje se da je ukupan broj osoba koje boluju od demencije i žive u Hrvatskoj oko 86.000 osoba. [6]

Alzheimerova demencija počinje podmuklo i razvija se polako, ali stalno napreduje tijekom godina. [7] Rani znakovi bolesti su razdražljivost, gubitak koncentracije, zaboravljanje imena (disnomija). Kasnije dolazi do poremećaja orijentacije. Bolesnik se gubi, postaje konfuzan, ne prepoznaje bliske osobe. Javlja se apraksija, afazija i agnozija. Nastupa intelektualno propadanje (deterioracija). Bolest u prosjeku traje osam do deset godina nakon pojave simptoma, te završava smrću. [8]

Rana dijagnoza Alzheimerove bolesti ključna je za pravodobni početak liječenja. Poteškoće u postavljanju rane dijagnoze nastaju jer simptomi bolesti mogu oponašati kognitivne funkcije povezane s normalnim starenjem, kao što je primjerice usporenost mentalne obrade podataka. [9] O Alzheimerovoj bolesti mnogo se govori, međutim postavljanje dijagnoze u početnom stadiju je teško. Ne postoji nikakav laboratorijski test pomoću kojeg se 100% može postaviti točna dijagnoza.

Osim propadanja kognitivnih funkcija Alzheimerova bolest uzrokuje i propadanje cijelog organizma. Oboljeli najčešće umiru od infarkta, srčanih bolesti, raznih tumora.

2. Što je Alzheimerova bolest

Alzheimerova bolest je progresivna degenerativna bolest mozga. To je jedna od najčešćih definicija bolesti. Raščlanimo je, progresivan (lat. *progressivus*) koji se kreće naprijed, koji napreduje; degenerativan (lat. *degeneratio*) onaj koji se mijenja, kvari, propada. Alzheimerova bolest je uznapredovalo propadanje mozga. Kao oblik demencije, najčešća je u starijih, u oko 60 % osoba. [1] Alzheimerova bolest (AB) je najraširenija od svih vrsta demencija. Okarakterizirana je kao degenerativna bolest kod koje dolazi do gubitka pamćenja i ostalih kognitivnih poremećaja, a zasad je neizlječiva i s konačnim smrtnim ishodom. Većinom se pojavljuje kod osoba starijih od 65 godina, no postoji i mali postotak onih koji obolijevaju i mnogo prije 65. godine. [10] Bolest je prvi puta opisao Alois Alzheimer 1907. godine, i to kao neurodegenerativni poremećaj s karakterističnim kliničkim i patološkim osobinama. [11] Auguste Deter, pacijentica u dobi od 51 godine patila je od neuobičajenih simptoma koji su uključivali gubitak kratkotrajnog pamćenja. Nakon njene smrti 1906. godine, na uzorcima njenoga mozga posebnim je tehnikama bojanja u neuronima Alzheimer je opazio nakupine amiloida u plakovima te neurofibrinske snopiće. [12] Alzheimerova bolest sastoji se od 3 stadija: rani, umjereni i ozbiljni stadij. Demencija u Alzheimerovoj bolesti može se razlikovati s obzirom na početak bolesti, pa tako imamo demenciju s ranim i kasnim početkom. Demencija bolesti s ranim početkom počinje prije 65. godine života i glavna karakteristika je brza deterioracija s izraženim višestrukim poremećajima viših kortikalnih funkcija. Dakle, afazija, agrafija (nemogućnost pisanja), aleksija (nemogućnost čitanja) i apraksija pojavljuju se rano, to jest na početku same bolesti. Kod demencije u Alzheimerovoj bolesti s kasnim početkom klinički početak pojavljuje se nakon 65. godine života, sa sporom progresijom i oštećenim pamćenjem kao glavnom značajkom. [13] Alzheimerova bolest je šesti urok smrti u Sjedinjenim Američkim državama. Oko 200 000 Amerikanaca mlađih od 65 godina boluje od Alzheimerove bolesti s ranim početkom. [14] Navedeni oblici bolesti ne razlikuju se samo po dobi javljanja, već i po ozbiljnosti stanja, pri čemu Alzheimerova bolest s ranim početkom ima puno lošiju prognozu, praćenu brzom progresijom, od one s kasnim početkom.

3. Epidemiologija Alzheimerove bolesti

Od ukupnog broja oboljelih od demencije, 50-60% imaju najčešći tip Alzheimerovu demenciju. Demencija Alzheimerovog tipa najčešća je u šezdesetim pa nadalje, rijetko u četrdesetim i pedesetim godinama života. Porast broja oboljelih raste sa starenjem pa se procjenjuje da se broj oboljelih povećava za 0,5% po godini između 65. i 69.godine, 1% na godinu od 70. do 74, 2% za godine od 75. do 79., 3% od 80. do 84.godine i 8% za godine 85. i više . [8]

Prema podacima za 2012. g. Međunarodnog udruženja za Alzheimerovu bolest (ADI-Alzheimer*s Disease International) i Europskog udruženja za AB (Alzheimer Europe), koji su uzeli u obzir podatke sa popisa stanovništva u našoj zemlji 2011., procjena je da je tada u RH od demencije bolovalo 80.864 osoba (1.89% našeg stanovništva). O njima se brinulo 202.164 osoba, uglavnom članova njihove obitelji (u prosjeku 2,5 osobe po bolesniku). Procjena ukupnog broja osoba na koje je djelovala demencija iznosi 282.948, odnosno 6,63% našeg stanovništva. [9]

Macaden L. proveo je istraživanje u Škotskoj u vezi epidemije demencije. Postoji globalna demografska tranzicija koja je sekundarna za starenje stanovništva. Procjenjuje se da će do 2030. godine živjeti s demencijom 74,7 milijuna ljudi, što će do 2050. godine eskalirati do 135,46 milijuna. Oko 62% ljudi s demencijom trenutačno živi u zemljama s niskim i srednjim dohotkom koji imaju vrlo slabu mogućnost za borbu protiv ove epidemije. Demencija je sada propisno prepoznata kao nacionalni prioritet u Velikoj Britaniji i globalni prioritet na G8 summitu 2013. godine. Upravljanje i briga pojedinca s demencijom zahtijeva multidisciplinarni pristup. U skladu s time razvijen je predregistracijski integrirani demencijski kurikulum za izgradnju kapaciteta i sposobnosti s demencijskom stručnošću u budućoj skrbi u Škotskoj u skladu s Nacionalnom strategijom demencije. [15]

4. Uzroci Alzheimerove bolesti

Uzrok nastanka Alzheimerove bolesti još je nepoznat. Najviše je proučavana genetska predispozicija nastanka bolesti. Proučavali su se kromosomi (21, 1, 14 i 19) koji utječu na nastanak bolesti. Nađeno je da više od 40% oboljelih od AD-a ima u obitelji AD. Pojavnost AD u monozigota je oko 43%, a oko 8% u dizigota. Drži se da se bolest nasljeđuje autosomno dominantno tijekom nekoliko pokoljenja. [7]

Drugi čimbenici koji dovode do bolesti pokazuju da 50% AD-a nema obiteljsku povezanost. Najviše se proučavao poremećaj neurotransmitera u AD-u gdje se pozornost obraća na smanjenje acetilkolintransferaze koji pokazuje deficite na određenim dijelovima mozga kao što je hipokampus. Hipokampus sudjeluje u iskazivanju emocija te u kontroli autonomnih funkcija i pamćenja. Kod oboljelih su još smanjeni: serotonin, dopamin, histamin, a metabolizam noradrenalina je promijenjen i to u frontalnom korteksu i hipokampusu. Promjene su također pronađene u hipotalamusu, hipofizi, nadbubrežnoj žlijezdi koje imaju povećanu aktivnost. Kortikoliberin (CRF) je smanjen i povezan je s nastankom raznih kognitivnih oštećenja. [7]

Rizični čimbenici koji dovode do Alzheimerove bolesti su: ženski spol, srodstvo s osobama koje boluju od tog tipa demencije, trauma glave u prošlosti, starija životna dob, utjecaj nižeg obrazovanja, utjecaj emocionalnog stresa. Bolest je progresivna i obično za 8 do 10 godina završi smrću oboljelog.

5. Stadiji i simptomi

Ukoliko promatramo Alzheimerovu bolest kroz faze ili stadije, danas poznajemo dva pristupa. Prvi je podjela u tri faze ili u tri stadija (blagi, umjereni, ozbiljni), a drugi pristup je podjela u sedam stadija, koja slijedi koncept „skale općeg pogoršanja“. [15]

5.1 Blagi / rani stadij

Oboljeli može davati dojam zdrave osobe. Prvi karakterističan znak je poteškoća u nalaženju prave riječi tijekom razgovora. Prisutni su znakovi depresije, poteškoće s kratkotrajnim pamćenjem, smanjena osobna higijena, ostavljanje predmeta na neobičnim mjestima. Početni simptomi se često znaju pripisivati procesu starenja, umoru ili stresu. [16]

5.2 Umjereni stadij

Simptomi su naglašeniji i okolina počinje primjećivati. Drugi stadij je najduži i može trajati godinama. [17] Javlja se gubitak sposobnosti rasuđivanja, poteškoće s prepoznavanjem bliskih osoba, još jače zapuštanje osobne higijene, gubitak samostalnosti u nekim svakodnevnim aktivnostima, oboljeli ne mogu čitati ni pisati, javlja se nemir, tjeskoba ili apatija.

5.3 Ozbiljni stadij

Osoba više nije samostalna, treba nekoga da se brine za nju, jer nije sposobna živjeti sama. Kod oboljelih se manifestira: nesposobnost rasuđivanja, neprepoznavanje rodbine, veliki problem u komunikaciji, zatvaranje u sebe, problem s hranjenjem i gutanjem, inkontinencija (fekalna i urinarna), potpuna ovisnost o drugim osobama, nepokretnost. [17]

5.4 Alzheimerova bolest u sedam stadija

Američki stručnjaci načinili su 1982. godine takozvanu “skalę općeg pogoršanja”, kao alat za procjenu primarne degenerativne demencije. Ova skala je vrlo korisna kod procjene trenutnog stanja pacijenta te kod određivanja terapije. Prema ovoj skali u prvom stadiju ne postoje klinički znakovi bolesti. U drugom stadiju javlja se blaga zaboravljivost, a oboljela osoba je svjesna svojih poteškoća. Očuite poteškoće koje je moguće utvrditi kroz temeljni intervju sa oboljelim javljaju se u trećem stadiju. Umjerenom intelektualno propadanje javlja se u četvrtoj stadiju bolesti. Kod oboljelog se javlja sve veća tjeskoba, oboljeli počinje zaboravljati nedavne događaje. U petom stadiju javlja se umjerenom teško intelektualno propadanje. Osoba zaboravlja važne činjenice iz svog života. Uz prostornu dezorijentaciju javlja se i vremenska dezorijentacija. U šestom stadiju prisutno je teško intelektualno propadanje. Oboljeli zaboravlja imena najbližih srodnika. Javljaju se promjene raspoloženja poput uznemirenosti, tjeskobe, apatije. Na tjelesnom planu javljaju se poteškoće s koordinacijom pokreta, sklonost padovima, inkontinencija. Vrlo teško intelektualno propadanje prisutno je u sedmom stadiju. Osoba gubi sposobnost govora, samostalnog hranjenja, odlaska na toalet. [18]

6. Dijagnoza Alzheimerove bolesti

O Alzheimerovoj bolesti mnogo se govori, međutim postavljanje dijagnoze u početnom stadiju je teško. Ne postoji nikakav laboratorijski test s pomoću kojeg se 100% može postaviti točna dijagnoza. Naime, ne postoji nikakav biološki marker specifičan za bolest, stoga smo upućeni na detaljno prikupljanje anamnestičkih i heteroanamnestičkih podataka o razvoju simptoma bolesti. [19]

Postavljanje dijagnoze bolesti počinje razgovorom s bolesnikom i njegovom pratnjom. Nakon kliničkog pregleda rade se neurokognitivni testovi. Postoji čitav niz takvih testova. Jedan od najčešćih je nabrojanje životinja. Od bolesnika se traži da u roku od 1 minute nabroji sve životinje kojih se može sjetiti. Ukoliko ispitanik ne može izbrojati više od 14 životinja postoji mogućnost kognitivnog deficita. Drugi test koji se koristi je test crtanja sata. Pacijentu je posebno dati papir i olovku, te mu objasniti da nacrtat sat sa brojčanikom i označi 11:15 na satu. Bodovanje crtanja sata: ukoliko je pacijent nacrtao krug dodijeljuje se jedan bod, dva boda se dodijeljuju ukoliko su svi brojevi dobro napisani i raspoređeni, a jedan bod ukoliko su svi brojevi dobro napisani, ali nisu dobro raspoređeni. Ukoliko su obje kazaljke dobro nacrtane i različite dužine dodijeljuje se dva boda, ukoliko obje kazaljke pokazuju na zadane brojeve, ali su pogrešne dužine dodijeljuje se jedan bod. Jedan bod se također dodijeljuje ukoliko je nacrtana samo jedna kazaljka i pokazuje na dobar broj. Ako ukupan broj bodova testa iznosi pet nalaz je uredan, od nula do četiri boda nalaz govori u prilog poremećaja pamćenja. [20] Osnovne pretrage koje se provode su: KKS, SE, biokemijski parametri jetrenih i bubrežnih funkcija, serološke pretrage (lues, HIV), T3, T4, TSH, RTG pluća, CT i/ili MRI mozga. Ordiniranje dopunskih pretraga ovisni o kliničkoj slici i dobi bolesnika, a neke od njih su: analiza cerebrospinalnog likvora, EEG, imunološke analize seruma, Cu⁺⁺ u plazmi i urinu. [19] Za prikaz funkcije mozga u Alzheimerovoj bolesti većinom se koristi pozitronska emislijska tomografija koja pokazuje hipometabolizam obostrano u temporoparijetalnom području. Ispitivanje proteina iz cerebrospinalnog likvora može pridonijeti uspostavi dijagnoze Alzheimerove bolesti. Laboratorijski testovi potrebni su da bi se isključili ostali uzroci kognitivnog oštećenja. [23] Laboratorijskim testovima isključuje se dijabetes, anemija, visok kolesterol, infekcije, bolesti štitnjače. Definitivnu dijagnozu Alzheimerove bolesti moguće je dokazati tek nakon smrti bolesnika, nalazom obdukcije ili eventualno biopsijom mozga. [24] Od radioloških i nuklearno- medicinskih pretraga

primjenjuju se: CT kojim se omogućuje snimanje mozga da bi se ustanovilo postoje li cerebrovaskularni inzulti, krvarenja, tumori, atrofija, MR kojom se detaljnije određuje lokalizacija atrofije i manja oštećenja mozga i bijele tvari. [23] Klinička dijagnoza temelji se na kliničkim simptomima koji uključuju neurološko, neuropsihološko i psihijatrijsko ispitivanje.

McCaffrey i suradnici (2013) proveli su istraživanje o interprofesionalnom obrazovanju u dijagnostici i liječenju Alzheimerove bolesti u zajednici. Kako stanovništvo stari, sve se više pažnje posvećuje i Alzheimerovoj bolesti (AB) te se povećava broj starijih odraslih osoba s dijagnozom i liječenjem AB i srodnih demencija. Dijagnoza demencije, liječenje te pacijentovo i obiteljsko obrazovanje složeni su procesi koji se najbolje provode kroz suradnju među zdravstvenim profesijama. Obrazovni program opisan u ovom članku usmjeren je na stvaranje interprofesionalnog timskog pristupa dijagnozi i liječenju demencije koja uključuje medicinske i obiteljske medicinske sestre. Rezultati ovoga interprofesionalnog programa pokazali su da su stručnjaci s medicinskom sestrom stekli viši stupanj znanja o AB-i, a studenti medicine dobili su pozitivnije stavove prema pacijentima i njihovim njegovateljima. Profesionalno zdravstveno osoblje zadovoljava izazov brige za sve veći broj bolesnika s gubitkom pamćenja i njihovim obiteljima. [24]

7. Skrb za bolesnika sa Alzheimerovom bolešću i njegovu obitelj

Članovi obitelji oboljele osobe vrlo često oklijevaju tražiti pomoć. Nadležnim institucijama se obraćaju tek kada su njihove rezerve energije iscrpljene. Neki od članova obitelji mogu izgubiti posao, društvene odnose i prijatelje radi brige za oboljelog. To sve može narušiti obiteljski sklad. Osim oboljelom, pomoć je potrebno pružiti i obitelji, educirati ih, dati savjete te uputiti na pravne institucije. Kada okolina sazna za bolest, distancira se od oboljelog, stoga obitelj mora biti spremna u potpunosti promijeniti svoj način života i aktivnosti. Način života potrebno je prilagoditi potrebama oboljelog. Potrebno je prilagoditi uvjete stanovanja, izbjegavati putovanja bez pratnje, prihvatiti oboljelog. Obitelji je potrebno pružiti podršku, s obzirom da su oni 24 sata sa oboljelim. Obitelji treba preporučiti zajedničke odlaske u kupovinu namirnica. Poticati ih na zajedničke šetnje i posjećivanje bliskih prijatelja. Obitelj je potrebno educirati o važnosti zdrave, redovite prehrane. Predložiti im da posjećuju mjesta koja je oboljeli volio dok je bio zdrav. Poželjno je za oboljelog da što duže bude u obiteljskom okruženju. Skrb za nemoćnog člana obitelji jedan je od najstresnijih događaja u životu obitelji, te je velik izazov za obitelj.

Kimzey M. i Alfred D. (2016) proveli su istraživanje u Sjevernom Teksasu, a bavili su se utjecajem odgojno - obrazovnih iskustava na znanje i stavove studenata medicinskih sestara prema osobama s Alzheimerovom bolešću. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi učinak različitih obrazovnih iskustava znanja i stavove učenika u medicinskom odgoju prema osobama s Alzheimerovom bolešću i istražiti znanja i stavove studenata skrbnika koji se brinu za osobe s Alzheimerovom bolešću. U istraživanju je sudjelovalo 94 studenata sestinstva koji su upisali program Zajednice zdravstvenog osiguranja za preddiplomski program skrbi. Studenti su završili pre i posttest istraživanja koja su uključivala znanja o Alzheimerovoj bolesti, skalu demencije i demografski upitnik. Studenti skrbnici su pokazali veće znanje i poboljšane stavove prema osobama s Alzheimerovom bolešću u usporedbi s studentima koji su završili online modul ili nisu bili u doticaju sa oboljelima. Zaključak istraživanja jest da je iskustveno učenje povećalo znanje i poboljšalo stavove o Alzheimerovoj bolesti u usporedbi s on-line modulom koji je bez doticaja s osobama koje boluju od AB. [25]

8. Zdravstvena njega

Zdravstvena njega je pojam šireg značenja od njege bolesnika. Dok je njega bolesnika skup vještina usmjerenih na zadovoljavanje fizioloških potreba bolesnika, zdravstvena njega može se definirati kao primjena znanosti i umijeća (science and art) koja se bavi praksom, istraživanjem i teorijom. Njenu specifičnu teoretsku osnovu čine teorije zdravstvene njege. [26]

Zdravstvena njega pacijenata koji boluju od Alzheimerove bolesti zahtijeva puno strpljenja. Medicinska sestra je 24 sata uz bolesnika stoga je poželjno da bude mirna, da izbjegava konflikte sa pacijentom i obitelji. Za kvalitetno obavljanje svoga posla medicinska sestra mora imati razvijene komunikacijske vještine te se mora znati prilagoditi pacijentu. Poželjno je da medicinska sestra izgradi odnos povjerenja sa samim pacijentom, ali i obitelji. Zbog porasta broja starih ljudi raste i broj starijih osoba koje pate od degenerativnih bolesti mozga, a to predstavlja znatan problem kako za ukupni sustav zdravstva, tako i za zdravstvenu njegu, odnosno medicinsku sestru kao nositelja zdravstvene njege. [27] Razgovorom sa pacijentom i obitelji, te promatranjem medicinska sestra prikuplja podatke i utvrđuje problem iz područja zdravstvene njege. Ciljevi sestrijskih intervencija moraju biti individualizirani, a intervencije moraju biti u skladu s pacijentovim znanjima i mogućnostima.

Stevanović i suradnici (2012) proveli su istraživanje o pružanju resursa i ekonomiji za osiguranje skrbi bolesnika koji boluju od Alzheimerove bolesti u palijativnoj medicini. Sadašnji rezultati zdravstvene ekonomije pokazuju da postoji znatna količina nepotrebnih hospitalizacija. Cilj je bio pokazati moguće načine organiziranja i pružanja resursa u palijativnoj skrbi pacijenata s Alzheimerovom bolešću u Hrvatskoj, koristeći zdravstvenu ekonomiju i pomoćni centar. Istraživanje je pokazalo brojne potencijalne izvore financiranja i pružanje sredstava za palijativnu skrb za pacijente s Alzheimerovom bolešću. Takva su na primjer osiguravajuća društva, humanitarne akcije, volonteri, donacije i dr. Nažalost, većina tih izvora su nedovoljno ili potpuno neiskorišteni ili nepriznati. Zaključak istraživanja jest da brojni troškovi organizacijske i izravne zdravstvene zaštite u Alzheimerovoj palijativnoj skrbi dolaze u fazi završne bolesti, dodatno opterećujući život pacijenata i njihovih obitelji. Sve ovo ukazuje da bi palijativna skrb trebala biti zasnovana na neprofitnom modelu. Takav model treba podržati rad nacionalnog centra za palijativnu skrb i mrežu županijskih centara koji su potrebni za prikupljanje, organiziranje i pružanje sredstava za palijativnu skrb. Potrebno je

potpuno preoblikovati organizacijski pristup. Takav redizajn trebao bi se financirati iz različitih resursa, dok će jedno nacionalno središte s županijskim mrežama za palijativnu skrb učinkovito organizirati i preusmjeriti kapacitete, potencijalno pomoći akutnim bolnicama, palijativnim hospicijima i njegovateljima u obitelji i zajednici, što omogućuje veću kvalitetu skrbi terminalnim bolesnicima. [28]

8.1 Procjena stanja i potreba bolesnika

Kod pacijenta koji je obolio od Alzheimerove bolesti prvenstveno procjenjujemo osnovne ljudske potrebe. Radi same bolesti s kojom se pacijent suočava u procjenu ćemo uključiti: higijenu, odijevanje/dotjerivanje, eliminaciju otpadnih tvari, disanje, unos hrane i tekućine, kretanje, odmor i spavanje, komunikaciju, aktivnosti u skladu s pacijentovim mogućnostima. Kod procjene osobne higijene treba utvrditi da li pacijent može sam svakodnevno obavljati osobnu higijenu, a ukoliko ne može treba utvrditi u kojem stupnju mu treba pomoć druge osobe. Dementni bolesnici, tj. oboljeli od Alzheimerove bolesti često zanemaruju obavljanje osobne higijene, te ih treba poticati i omogućiti da sami naprave što više mogu, jer kako bolest napreduje tako se sve više zanemaruje briga o sebi. Kada procjenjujemo odijevanje i dotjerivanje trebamo obratiti pozornost da li se pacijent može sam odjenuti ili skinuti, te da li pritom odabire prikladnu odjeću. Nakon toga utvrdimo u kojem stupnju treba pomoć druge osobe. Takvi bolesnici se često odijevaju ne prikladno vremenskim prilikama, a ponekad se zaborave i odjenuti. Kada procjenjujemo eliminaciju otpadnih tvari trebamo obratiti pozornost da li postoji inkontinencija, opstipacija ili konstipacija i prema tome biramo određene intervencije koje ćemo provesti. Kada procjenjujemo kretanje misli se na sposobnost kretanja i pokretljivost. Treba odrediti mjeru u kojoj je bolesnik pokretan, jer je Alzheimerova bolest toliko progresivna da se ubrzo smanji pokretljivost bolesnika i on je ovisan o tuđoj pomoći. Procjenu unosa hrane i tekućine radimo na sposobnosti za izvođenje i obavljanje aktivnosti hranjenja, te prema tome prilagođavamo intervencije bolesnikovim navikama, željama, mogućnostima. Pri procjeni načina disanja pozornost je usmjerena na frekvenciju, dubinu, ritam i trajanje pojedinih faza disanja, općeniti način na koji bolesnik diše. Za procjenu spavanja bitno nam je da li bolesnik spava tokom noći, te koliko spava i da li se kvalitetno odmori. Nesanica je velik problem kod bolesnika s Alzheimerovom bolesti te treba utvrditi potrebu za dnevnim odmorom. Komunikaciju procjenjujemo sposobnošću izražavanja,

razumijevanja. Kako bolest napreduje tako se i smanjuju govorne vještine. Procjena aktivnosti uključuje obavljanje nekih jednostavnih radnji kao npr. šetnja. Završetkom procjene medicinska sestra će definirati sestrinske probleme, ciljeve i intervencije da se riješe nastali problemi i poteškoće.

Mullins J. i Jackson J. (2016) proveli su istraživanje na temu prepreke u komunikaciji zdravstvenih djelatnika i skrbnika osoba s Alzheimerovom bolešću s naglaskom na inkontinenciju. Cilj te studije bio je ispitati prepreke u komunikaciji zdravstvenih djelatnika i skrbnika bolesnika s Alzheimerovom bolešću (AB) usmjerenih na problem inkontinencije. Uzorak je uključivao 48 obiteljskih odraslih skrbnika pojedinaca koji su imali AB. Inkontinenciju je imalo 58% njihovih bolesnika. Podaci su prikupljeni intervjuima i pisanim anketama. Skrbnici osoba s AB opisali su prepreke povezane s ulogama u poboljšanju znanja o inkontinenciji i njenom upravljanju. Zaključili su da medicinska sestra ima važnu ulogu u podizanju znanja o inkontinenciji i njezinom upravljanju za skrbnike pojedinca s AB. Rezultati obavještavaju o razvoju intervencija koje su prilagođene skrbnicima, kao što je preporučeno nacionalnim inicijativama o zdravstvenoj pismenosti s ciljem poboljšanja ishoda poput inkontinencije primatelja skrbi. [29]

9. Sestrinski problemi

Progresijom bolesti povećavaju se i potrebe za zdravstvenom njegom. Progresija se očitava smanjenjem kvalitete života oboljelog. Ciljevi, intervencije i evaluacija će za svakog pacijenta biti različiti. Alzheimerova bolest ima brojne simptome, tako i sestrinske probleme.

9.1 Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje

Definicija - Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog uzimanja hrane i tekućine.

Prikupljanje podataka

- Procijeniti stupanj samostalnosti.
- Procijeniti sposobnost žvakanja i gutanja hrane.
- Procijeniti sposobnost uporabe pomagala pri uzimanju hrane.
- Prikupiti podatke vezane uz nutritivni status i usporediti ih sa sadašnjim stanjem.
- Izjava pacijenta: „Ne mogu samostalno uzeti hranu“, „Jako sam umoran, ne mogu jesti“, „Možete li mi pomoći pri hranjenju“.
- Prikupiti podatke o postojanju boli.
- Prikupiti podatke o stanju usne šupljine: nedostatak zubi, prisutnost zubne proteze, ozljede usne šupljine, ulceracije, deformiteti...
- Prikupiti podatke o vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu.
- Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti.

Ciljevi

- Pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom hranjenja.
- Pacijent će bez nelagode i ustručavanja tražiti pomoć tijekom hranjenja.
- Pacijent će zadovoljiti potrebu za jelom, te će, usprkos ograničenjima, biti sit.
- Pacijent će znati i htjeti koristiti potrebna pomagala za hranjenje.
- Pacijent će pokazati želju i interes za jelom.

- Pacijent će razumjeti uzroke problema i načine pomoći koji mu se pružaju tijekom hranjenja.
- Pacijent će samostalno uzimati hranu.

Intervencije

- Procijeniti kognitivni deficit.
- Osigurati privatnost, mirnu okolinu, bez distraktora koji mogu pacijentu odvlačiti pažnju od obroka.
- Nadzirati pacijenta za vrijeme obroka kako ne bi došlo do aspiracije ili gušenja hranom.
- Ne ometati pacijenta prilikom jela, voditi primjeren razgovor.
- Postaviti pacijenta u odgovarajući položaj: sjedeći za stolom, sjedeći u krevetu...
- Osigurati obroke u isto vrijeme.
- Poticati pacijenta na urednost.
- Poticati da uzima ili mu davati male zalogaje.
- Osigurati dovoljno vremena.
- Prepoznati umor i uznemirenost kod pacijenta.
- Poticati pacijenta da tijekom jela koristi kratke pauze i omogućiti ih. [30]

9.2 Smanjena mogućnost brige za sebe – eliminacija

Definicija - Stanje kada postoji smanjena ili potpuna nemogućnost samostalnog obavljanja eliminacije urina i stolice.

Prikupljanje podataka

- Procijeniti stupanj samostalnosti.
- Procijeniti mogućnost uporabe pomagala pri obavljanju eliminacije.
- Prikupiti podatke o mogućnosti odlaska na toalet i svlačenja odjeće.
- Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti.
- Prikupiti podatke o mogućnosti puštanja vode nakon obavljene eliminacije.

- Procijeniti mogućnost održavanja potrebne higijene nakon obavljene eliminacije: pranje ruku, održavanje urednosti perianalne regije...
- Prikupiti podatke o postojanju boli.
- Izjava pacijenta: „Ne mogu doći do toaleta“, „Imam bolove“...
- Prikupiti podatke o vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu.

Ciljevi

- Pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom obavljanja eliminacije.
- Pacijent će bez nelagode i ustručavanja tražiti i prihvatiti pomoć.
- Pacijent će biti zadovoljan postignutim.
- Pacijent će koristiti pomagala uz pomoć sestre.
- Pacijent će biti suh i uredan.
- Pacijent će razumjeti uzroke koji su doveli do problema i načine pomoći koji mu se pružaju.

Intervencije

- Procijeniti stupanj samostalnosti.
- Poticati pacijenta da koristi protetska pomagala: propisane naočale, leće, slušni aparat, štap, hodalice, štake, kolica...
- Napraviti plan izvođenja aktivnosti: s pacijentom utvrditi metode, vrijeme eliminacije i načine pomoći.
- Dogovoriti način na koji će pacijent pozvati pomoć kada treba obaviti eliminaciju.
- Dogovoriti način na koji će pacijent pozvati pomoć po završetku eliminacije.
- Omogućiti da pozove pomoć na dogovoreni način.
- Biti uz pacijenta tijekom eliminacije.
- Biti u neposrednoj blizini pacijenta tijekom eliminacije.
- Pripremiti krevet i pomagala za eliminaciju u krevetu: pelene, ulošci, kondom kateteri, guske, nepropusne podloge, noćna posuda
- Osigurati dovoljno vremena, ne požurivati pacijenta.
- Osigurati i upotrebljavati pomagala: povišeno sjedalo za WC školjku, produženi držači za toaletni papir...
- Osigurati privatnost.
- Poticati pacijenta da sudjeluje u izvođenju aktivnosti sukladno svojim sposobnostima.

- Pokazati poštovanje tijekom izvođenja intervencija.
- Ukloniti prostorne barijere - sigurna okolina. [30]

9.3 Visok rizik za dekubitus

Definicija - Prisutnost mnogostrukih vanjskih i unutarnjih čimbenika rizika za oštećenje tkiva.

Prikupljanje podataka

- Prikupiti podatke o ranijim oštećenjima kože.
- Procijeniti rizik za nastanak dekubitusa - Braden skala: senzorna percepcija, vlažnost, aktivnost, pokretljivost, prehrana, trenje i razvlačenje
- Učiniti fizikalni pregled s posebnim osvrtom na predilekcijska mjesta.
- Procijeniti mogućnost samozbrinjavanja.
- Prikupiti podatke o laboratorijskim pokazateljima: hemoglobin, hematokrit, serumski albumin, fosfor, magnezij.
- Prikupiti podatke o medicinskim dijagnozama.
- Prikupiti podatke o socioekonomskom statusu pacijenta.
- Procijeniti pacijentovo razumijevanje novonastale situacije.
- Procijeniti pacijentovu sposobnost usvajanja novih znanja.

Ciljevi

- Pacijentova koža će ostati intaktna; integritet kože će biti očuvan.
- Pacijent i obitelj će znati nabrojiti i primijeniti mjere prevencije nastanka dekubitusa.
- Pacijent će sukladno svojim sposobnostima sudjelovati u provođenju mjera prevencije nastanka dekubitusa.

Intervencije

- Procjenjivat postojanje čimbenika rizika za dekubitus - Braden skala dva puta tjedno.
- Procjenjivat postojanje čimbenika rizika za dekubitus - Braden skala.

- Prilikom promjene stanja pacijenta, odrediti učestalost ponovne procjene na Braden skali.
- Upisati rizike čimbenika sukladno broju bodova Braden skale.
- Djelovati na rizike čimbenika sukladno bodovima Braden skale.
- Dokumentirati ranija oštećenja kože i sadašnje stanje.
- Osigurati optimalnu hidraciju pacijenta.
- Pratiti znakove i simptome hidracije: CVT, diurezu, specifičnu težinu urina i stanje sluznice usne šupljine.
- Pojačati unos bjelančevina i ugljikohidrata - sukladno bodovima (Braden skala).
- Uvesti u prehranu saplemente: vitamin B i C i ostale nutrijente - sukladno bodovima Braden skale.
- Vagati pacijenta.
- Nadzirati pojavu edema.
- Održavati higijenu kože - prema standardu.
- Održavati higijenu kreveta i posteljnog rublja.
- Mijenjati položaj pacijenta u krevetu svakih 1 sat.
- Mijenjati položaj pacijenta u krevetu svakih 2 sata.
- Podložiti jastuke pod potkoljenice.
- Podložiti jastuke pod podlaktice.
- Podložiti jastuke pod leđa.
- Podložiti jastuke između koljena.
- Koristiti antidekubitalne madrace i jastuke koji umanjuju pritisak: punjene pjenom, zrakom, vodom ili gelom.
- Položaj u krevetu mijenjati podizanjem pacijenta, ne povlačenjem.
- Osigurati potreban broj osoblja.
- Stimulirati cirkulaciju „čupkanjem“ kože oko ugroženog područja.
- Provoditi aktivne vježbe ekstremiteta.
- Provoditi pasivne vježbe ekstremiteta.
- Poticati pacijenta na ustajanje i kretanje.
- Posjesti pacijenta u stolicu. Pomoći pri hodanju.
- Podučiti pacijenta samostalnosti promjene položaja tijela u krevetu koristeći trapez, rukohvate na stolici ili ograde.

- Primijeniti propisana sredstva protiv boli. [30]

9.4 Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena

Definicija - Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene.

Prikupljanje podataka

- Procijeniti stupanj samostalnosti.
- Procijeniti sposobnost uporabe pomagala pri provođenju osobne higijene.
- Prikupiti podatke o mogućnosti korištenja pribora za osobnu higijenu: voda, sapun, ručnik, četkica za zube.
- Prikupiti podatke o mogućnosti pranja pojedinih dijelova tijela.
- Prikupiti podatke o mogućnosti dolaska do kupaonice i pripreme odgovarajuće temperature vode.
- Prikupiti podatke o postojanju boli.
- Izjava pacijenta: „Ne mogu se oprati samostalno“, „Možete li mi pomoći oko kupanja“, „Imam bolove“, „Preumoran sam da bih se samostalno okupao“.
- Prikupiti podatke o vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu.
- Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti.

Ciljevi

- Pacijent će sudjelovati u provođenju osobne higijene sukladno stupnju samostalnosti
- Pacijent će razumjeti problem i prihvatiti će pomoć medicinske sestre.
- Pacijent će biti zadovoljan postignutom razinom samostalnosti.
- Pacijent će znati objasniti i primijeniti načine za sigurno održavanje osobne higijene.
- Pacijent će izvoditi aktivnosti održavanja osobne higijene koristeći potrebna pomagala: četku duge drške, sjedalica za kadu...
- Pacijent će bez nelagode tražiti pomoć medicinske sestre/tehničara kada mu je potrebna.

- Pacijent će biti čist, bez neugodnih mirisa, očuvanog integriteta kože, osjećati će se ugodno.

Intervencije

- Procijeniti kognitivni deficit.
- Obavljati aktivnosti uvijek u isto vrijeme.
- Davati jednostavne upute.
- Izbjegavati sve što bi bolesniku moglo odvući pažnju: drugi bolesnici u sobi, radio, televizija...
- Nadgledati izvođenje aktivnosti.
- Dogovoriti stupanj samostalnosti i razinu pomoći prilikom higijene. [30]

9.5 Visok rizik za opstipaciju

Definicija - Rizik za izostanak ili smanjenje učestalosti stolice (manje od učestalih navika pojedinca) popraćeno otežanim i / ili nepotpunim pražnjenjem crijeva.

Prikupljanje podataka:

- Prikupiti podatke o posljednjoj defekaciji i karakteristikama stolice.
- Prikupiti podatke o uobičajenim navikama vezano uz defekaciju.
- Prikupiti podatke o uporabi lijekova i laksativa: opijati, antacidi, antikolinergici.
- Prikupiti podatke o prehranbenim navikama i unosu tekućine.
- Procijeniti razinu pokretljivosti.
- Prikupiti podatke o mogućim neurološkim bolestima: multipla skleroza, Parkinsonova bolest...
- Prikupiti podatke o stanju perianalne regije.

Ciljevi

- Pacijent neće biti opstipiran tijekom hospitalizacije.
- Pacijent će imati redovitu eliminaciju meke, formirane stolice, najmanje svaka tri dana.

- Pacijent neće osjećati abdominalnu bol, nelagodu, punoću crijeva i nelagodu pri defekaciji.

Intervencije

- Procijeniti pacijenta s ciljem utvrđivanja ranih znakova opstipacije.
- Poticati pacijenta da dnevno unese 1500 - 2000 ml tekućine, ukoliko nije kontraindicirano.
- Poštivati pacijentove želje vezano uz konzumiranje tekućine – u skladu s mogućnostima i ukoliko nije kontraindicirano: hladna voda, čaj sa šećerom ili saharinom...
- Ponuditi pacijentu topli napitak uz doručak: čaj, kava, ukoliko nije kontraindicirano.
- Omogućiti dostupnost tekućine pacijentu nadohvat ruke.
- Poticati pacijenta da dnevno unosi prehrambena vlakna (npr. integralne žitarice).
- Poticati pacijenta da jede voće.
- Uvažavati pacijentove želje vezano uz izbor voća i povrća – u skladu s mogućnostima i ukoliko nije kontraindicirano.
- Poticati pacijenta na redovitu fizičku aktivnost; minimalno 15 - 20 min dnevno.
- Poticati pacijenta na ustajanje iz kreveta.
- Poticati pacijenta da provodi jednostavne vježbe u skladu sa svojim mogućnostima.
- Poticati pacijenta da šeće.
- Poticati pacijenta da vježba u krevetu - podizanje zdjelice, abdukcija i adukcija ruku...
- Poticati pacijenta na duboko disanje s uvlačenjem trbuha.
- Postupno povećavati razinu aktivnosti pacijenta sukladno toleranciji napora.
- Pokazati pacijentu toalet i način uporabe, te poticati njegovu uporabu.
- Osigurati čist i uredan toalet.
- Poticati pacijenta na defekaciju sukladno uobičajenim navikama.
- Uputiti pacijenta da ne zatumljuje podražaj na defekaciju.
- Pacijentu postaviti zvonu na dohvat ruke.
- Omogućiti pacijentu odlazak na toalet 15 - 20 min nakon obroka, posebice nakon doručka.
- Ponuditi pacijentu noćnu posudu.
- Postaviti pacijenta u visoki Fowlerov položaj s nogama savijenim u koljenima za defekaciju u krevetu.

- Osigurati privatnost.
- Nakon defekacije provjetriti sobu.
- Omogućiti pacijentu da opere ruke.
- Oprati pacijentu ruke.
- Svaku defekaciju i karakteristike stolice dokumentirati. [30]

9.6 Visok rizik za ozljede

Definicija - Visok rizik za ozljede jest prijeteća opasnost od ozljede uslijed interakcije uvjeta u okolini s prilagodbenim i obrambenim mogućnostima pojedinca.

Prikupljanje podataka

- Prikupiti podatke o vidu.
- Prikupiti podatke o sluhu.
- Prikupiti podatke o kvaliteti osjeta (hladno / toplo).
- Procijeniti stanje svijesti (orijentiranost, smetenost, nemir...).
- Prikupiti podatke o mogućnosti samozbrinjavanja.
- Prikupiti podatke o korištenju lijekova.
- Prikupiti podatke o mogućnostima signalizacije. (zvono, uporaba telefona, kontakt hitne pomoći)
- Procijeniti postojanje opasnosti u okolini pacijenta.
- Prikupiti podatke o životnim aktivnostima.
- Procijeniti rizik za ozljede pomoću Morseove skale za ozljede: prethodni padovi, druge medicinske dijagnoze, pomagala pri kretanju, stav/premještanje, mentalni status.

Ciljevi

- Pacijent će znati prepoznati faktore koji povećavaju rizik za ozljede.
- Pacijent će znati koristiti sigurnosne mjere za sprečavanje ozljeda.

Intervencije

- Upoznati pacijenta s nepoznatom okolinom.
- Objasniti pacijentu sustav za poziv u pomoć te procijeniti sposobnost pacijenta da ga koristi.
- Omogućiti siguran transport pacijenta: zaštitne ograde, zakočeni kotači.
- Osigurati uporabu noćnog svjetla.
- Poticati pacijenta da traži pomoć tijekom noći.
- Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta i zajedno s njim izraditi plan dnevne aktivnosti.
- Bolesnički krevet spustiti na optimalnu razinu.
- Omogućiti optimalno osvjetljenje u bolesničkoj sobi.
- Označiti rub stuba svijetlom bojom.
- Omogućiti uporabu termometra prilikom kupanja.
- Upozoriti pacijenta na korištenje slušnog aparata.
- Pomoći pacijentu prilikom ustajanja.
- Pomoći pacijentu namjestiti pomagalo.
- Namjestiti pacijentu pomagalo.
- Objasniti pacijentu da izbjegava podizanje stvari s poda.
- Naučiti pacijenta uporabi ortopedskih pomagala: štap, štake...
- Preporučiti prikladnu obuću i adekvatna pomagala s gumenim podlogama.
- Ukloniti iz prostora u kojem pacijent boravi sve nepotrebne stvari.
- Rasporediti namještaj tako da ne smeta pacijentu.
- Savjetovati ukućane kako povećati nadzor nad pacijentom.
- Pad dokumentirati u sestrinsku dokumentaciju.
- Držati vrata otvorena osim za vrijeme trajanja izolacije
- Učiniti okolinu sigurnom.
- Nadzirati pacijenta kontinuirano ili po pisanom nalogu liječnika. [30]

9.7 Komunikacija sa oboljelim od Alzheimerove bolesti

Svi smo svjesni da je komunikacija vrlo važan dio našeg života. Komunikacija s osobama oboljelim od demencije s vremenom postaje otežana, a u trećem stadiju bolesti komunikacija se može gotovo potpuno izgubiti. Uspješna komunikacija je ključna za održavanje kvalitete života oboljelog od Alzheimerove bolesti. Također je poznato da velik broj nesporazuma među sugovornicima proizlazi iz nepravilne komunikacije. Problemi u komunikaciji frustriraju oboljelog, ali i same njegovatelje. Dobra komunikacija sa oboljelim od Alzheimerove bolesti doprinosi boljim obiteljskim odnosima, olakšava rješavanje obiteljskih sukoba, pomaže nam da shvatimo potrebe oboljele osobe, smanjuje napetost oboljelog, ali i njegovatelja. Mnogi su problemi sa kojima se suočavaju osobe oboljele od demencije, a neki od njih su: problem s pronalaženjem prave riječi u razgovoru, javljaju se problemi s pažnjom tijekom dugih razgovora, neuspješna komunikacija kod oboljelog nerijetko izazva frustraciju. Tokom razgovora sa oboljelim potrebno je paziti na dodir, visinu, te tonalitet glasa.

U komunikaciji sa oboljelim potrebno je privući pozornost osobe koja pati od demencije. Sa oboljelim je potrebno razgovarati kao sa odraslom osobom, a ne kao sa djetetom. Pri samom razgovoru potrebno je uspostaviti kontakt očima, oboljelog je potrebno zvati njegovim imenom, te je vrlo bitno tokom komunikacije biti u vidnom polju oboljelog. Također se preporuča govoriti što bi osoba trebala raditi, a ne ono što ne treba, npr. „Ostanite u sobi“, nikako ne koristiti: „Nemojte napuštati sobu“. Takva komunikacija kod oboljelog olakšava razumijevanje. Također je vrlo bitno biti strpljiv i mirno slušati, te koristiti osmjeh. [31]

9.8 Prehrana oboljelih od Alzheimerove bolesti

Kao i u većini bolesti tako i kod Alzheimerove demencije prehrana ima značajnu ulogu u ublažavanju simptoma. Opće je prihvaćeno da unos B12 vitamina, folata, antioksidanasa, vitamina C i E, nezasićenih masnih kiselina te mediteranska prehrana smanjuju rizik od pojave bolesti. [11] Danas se kao dijetoterapija za ublažavanje simptoma Alzheimerove bolesti i njezinu prevenciju koristi Mediteranska prehrana, tzv. DASH dijeta, te MIND dijeta. [32]

Mediteranska prehrana okarakterizirana je visokim unosom žitarica, voća, ribe, povrća. Mediteranska prehrana smanjuje rizik od demencije kroz svoje učinke na kardiovaskularni sustav. [33] Baza Mediteranske prehrane su ugljikohidrati i škrob, većinom nefiltrirani. Sirevi, jogurt, voće i povrće su odmah iznad baze i koriste se svakodnevno u velikim količinama. Kao veliki izvor antioksidansa ističu se borovnice. U Mediteranskoj prehrani konzumacija crvenog mesa se rijetko preporučuje, samo nekoliko puta mjesečno. Mediteranski način prehrane ima velik udio masti koji se kreće od 28-40%, no većinom su to nezasićene masne kiseline. Ova prehrana je bogata antioksidansima. [34]

DASH dijeta je kreirana za snižavanje visokog krvnog tlaka. Ona sadrži veći udio voća, povrća i mliječnih proizvoda sa smanjenim udjelom masti.

MIND dijeta obuhvaća komponente DASH dijeta i Mediteranske prehrane. Sve tri dijeta obiluju voćem i povrćem, tj. hranom biljnog podrijetla. [32] Naglasak je na tamno zelenom lisnatom povrću i bobičastom voću.

Deficit vitamina B skupine javlja se normalno sa starošću. Najbolji izvor ovih vitamina su cjelovite žitarice, mlijeko, jaja, meso, riba, banane, mahunarke te orašasti plodovi. [33] Dokazano je da B12 vitamin u serumu poboljšava kognitivnu funkciju.

Omega-3 polinezasićene masne kiseline se unose u organizam isključivo prehranom. Potrebne su za rast neurona i utječu na formiranje sinapsi. Istraživanja su pokazala da konzumacija ribe barem jedan put tjedno može usporiti kognitivno propadanje i prevenirati pojavu Alzheimerove bolesti. Izvori omega-3 kiselina su riblja ulja npr. ulje lososa, skuše, sardine. [35]

Istraživanja na miševima su dokazala da vitamin E može prevenirati promjene u mozgu uzrokovane Alzheimerovom bolešću. Zajedničko uzimanje vitamina E i C minimalno tri godine je povezano sa smanjenom incidencijom i prevalencijom Alzheimerove bolesti. [36]

Niske razine vitamina A i beta karotena su pronađene u serumu i plazmi oboljelih od Alzheimerove bolesti, a više koncentracije beta karotena u plazmi su povezane sa boljim kognitivnim sposobnostima. Pileća i svinjska jetra, jaja, zeleno lisnato povrće, mrkva, rajčica, bundeva i breskve su najbolji izvor vitamina A i beta karotena. [36]

Polifenoli su antioksidansi, te imaju značajnu ulogu u prevenciji Alzheimerove bolesti. Namirnice bogate polifenolima su grožđe, šljive, trešnje, borovnice, maline, brusnice, jabuke, kruške. [36]

Suplementi cinka smanjuju memorijske deficite u eksperimentima na miševima. Manjak cinka u organizmu se povezuje s gubitkom kognitivnih sposobnosti kod oboljelih od Alzheimerove bolesti. Prehrambeni izvori cinka su meso, jaja, riba, cjelovite žitarice. [36]

Niska konzumacija mliječnih proizvoda je povezana sa slabijom kognitivnom funkcijom jer su mliječni proizvodi bogati vitaminom D, fosforom i magnezijem koji mogu smanjiti rizik od kognitivnih poremećaja. Umjereni unos nezasićenih masti u srednjim godinama smanjuje rizik za razvoj Alzheimerove bolesti, dok čest unos zasićenih masnih kiselina u srednjim godinama povećava rizik od razvoja Alzheimerove bolesti. [36]

Epidemiološka istraživanja su pokazala da riba može reducirati rizik od demencije i Alzheimerove bolesti. Pozitivan učinak ribe se pripisuje omega-3 masnim kiselinama. Konzumacija ribe više od jednom na tjedan, pokazuje 60% manji rizik od Alzheimerove bolesti, za razliku od onih koji ribu jedu rijetko ili nikada. [36]

Ispijanje kave i čaja se povezuje s manjim rizikom od kognitivnih poremećaja. Crni čaj poboljšava akustičnu i vizualnu koncentraciju. [36]

9.9 Kategorizacija oboljelih

Kako bi se odredile sestrinske intervencije pacijente je najprije potrebno kategorizirati ovisno o potrebi za zdravstvenom njegom. O potrebama za kategorizacijom govorila je još Florence Nightingale. Kategoriziranje pacijenata pruža brzi uvid u težinu stanja pacijenta na odjelu, a time ukazuje i na potrebe za zdravstvenom njegom koju je potrebno pružiti, odnosno broj medicinskih sestara koji je potreban za pružanje odgovarajuće zdravstvene njege. [18]

Parametri kritičnih čimbenika pri kategorizaciji su:

- Procjena samostalnosti (higijena, oblačenje, hranjenje, eliminacija).
- Fizička aktivnost (hodanje i stajanje, sjedenje, premještanje i okretanje)

- Rizik za pad
- Rizik za nastanak dekubitusa
- Komunikacija
- Edukacija
- Stanje svijesti
- Vitalni znakovi
- Specifični postupci u zdravstvenoj njezi
- Dijagnostički postupci
- Terapijski postupci. [37]

Potreba kategoriziranja pacijenata prepoznata je početkom dvadesetog stoljeća, a značajan razvoj kategorizacije dogodio se tijekom pedesetih i šezdesetih godina dvadesetog stoljeća s razvojem progresivne zdravstvene njege. Progresivna njega pacijenta znači njeno maksimalno prilagođavanje potrebama pacijenta odnosno patofiziološkim promjenama u organizmu. Pri razvrstavanju pacijenata kod progresivne zdravstvene njege najčešće se koriste tri kategorije- intenzivna njega, poluintenzivna njega i minimalna. Warstler je postojeće tri kategorije modificirala 1972. godine u pet kategorija- samonjega, minimalna njega, intermedijalna njega i intenzivna njega. . kategoriziranje pacijenata pruža brz uvid u težinu stanja pacijenata na odjelu, a time ukazuje i na potrebe za zdravstvenom njegom koju je potrebno pružiti. U Republici Hrvatskoj, ovisno o količini potrebne zdravstvene njege definirani su kritični čimbenici. Odabir kritičnih čimbenika potrebnih za kategorizaciju zasniva se na definiciji zdravstvene njege Virginie Henderson i Dorothee Orem koja se temelji na ideji samozbrinjavanja. Pacijenti se svrstavaju u četiri kategorije. Najmanji broj bodova koji pacijent može ostvariti je šesnaest u slučaju da je stanje pacijenta u svakoj kategoriji procijenjeno s jedan, a najveći broj bodova koji pacijent može ostvariti je šezdeset i četiri u slučaju da je stanje pacijenta u svakoj kategoriji ocijenjeno sa četiri. [18]

10. Specifičnosti palijativne skrbi u zbrinjavanju osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti

Palijativna skrb je sveobuhvatna aktivna skrb o osobama koje boluju od neizlječivih bolesti i članovima njihovih obitelji. Njen cilj je poboljšanje kvalitete života bolesnika i članova njegove obitelji ublažavanjem totalne boli, psihosocijalnom podrškom i kontrolom simptoma. Palijativnu skrb pružaju članovi multidisciplinarnoga palijativnog tima koji čine posebno educirani liječnici, medicinske sestre, psiholozi, socijalni radnici, ljekarnici, nutricionisti, duhovnici i dr. [38] Liječnik u timu palijativne skrbi organizira postupak liječenja i daje medicinske upute koje će najučinkovitije poboljšati bolne i neugodne simptome. [39] Medicinske sestre imaju glavnu ulogu u palijativnoj skrbi zato što su članice tima koji najviše vremena provode s bolesnicima, te su odgovorne za stalnu procjenu i planiranje izravnih potreba skrbi. One moraju biti pronicljive u procjeni verbalnih i neverbalnih poruka bolesnika vezanih uz svaki oblik tjelesne i emocionalne utjehe, također moraju misliti na postupke prevencije, te ne smiju zaboraviti uključiti obitelj u procjenu, edukaciju i podršku. [39, 40] Socijalni radnik procjenjuje i planira intervencije s obzirom na financijska pitanja, obiteljska pitanja, žalovanje i okolišne probleme. On je uključen u terapijsko savjetovanje, prepoznavanje sredstava zajednice i kao pomoć timu za razumijevanje psihosocijalnih problema bolesnika i članova obitelji. [41] Palijativna skrb započinje u trenutku uspostave dijagnoze neizlječive bolesti i pruža se svim bolesnicima bez obzira na dob i dijagnozu. Palijativna skrb o osobama oboljelim od demencije još je uvijek nedovoljno razvijena, djelomično i zbog činjenice da je u prvim desetljećima razvoja naglasak bio na skrbi o onkološkim bolesnicima, ali se unazad nekoliko godina posebna pozornost posvećuje upravo razvoju optimalnih terapijskih programa za oboljele od demencije i njihove skrbnike. U Hrvatskoj su palijativna medicina i palijativna skrb općenito još uvijek nerazvijene te je u predstojećim koracima i strateškim dokumentima razvoja palijativne skrbi potrebno uklopiti i skrb o oboljelima od demencije i njihovim skrbnicima, kao integralni i obavezan dio. [38]

Prilikom razmatranja potrebe za palijativnom skrbi oboljelih od AB treba istaknuti činjenicu da je AB smrtonosna bolest. Veliku i nezamjenjivu ulogu, palijativna medicina i njezina skrb imaju u pružanju psihosocijalne pomoći teško bolesnim osobama pristupom bolesniku i članovima njihovih obitelji na način da je skrb dostupna, kontinuirana, bez napuštanja te znači i donosi znatnu psihosocijalnu utjehu. [42]

Prvi korak u skrbi za palijativnog bolesnika bila bi edukacija obitelji oboljelih o tijeku bolesti, simptomima bolesti, te o samoj potrebi palijativne skrbi. Također im je potrebno objasniti kako se na pravilan način nositi sa ponašanjem i psihičkim simptomima koji će se pojavljivati kod oboljelog, te kako u konačnici lakše podnesti gubitak voljene osobe. [43] Osobe koje su oboljele od demencije trebaju biti tretirane s poštovanjem i dostojanstvom. Bolesnici i njihova obitelj trebaju znati koja im je pomoć dostupna te osjećati podršku sve do kraja života. Oboljele osobe bi trebale doživjeti „dobru smrt“ opisanu kao smrt bez boli i drugih simptoma u poznatom okruženju uz prisutstvo obitelji i bliskih osoba. [44] Osobe oboljele od demencije relativno brzo postaju ovisne o drugima te nesposobne za samostalan život. Potrebno im je puno podrške kako od obitelji, tako i od osoba koje su u njihovom bliskom kontaktu. Demencija je bolest koja ne pogađa samo pojedinca već utječe na cijelu obitelj. Obitelj je potrebno upozoriti da će bolest progredirati u više stupnjeve, jer su članovi obitelji koji se susretnu s problemom demencije u vlastitom domu medicinski needucirani i nisu pripremljeni za tijek bolesti. Obitelji treba naglasiti da i nakon propadanja kognitivnih funkcija i nemogućnosti verbalne komunikacije u oboljelih ostaju očuvane emocije i nagoni, stoga je potrebno naučiti komunicirati na toj emocionalnoj razini. Potrebno je prepoznati osjećaje oboljeli od Alzheimerove bolesti, naprimjer bol, to je posebice važno u završnom stadiju bolesti. Istraživanja koja su uspoređivala intenzitet analgetičkog nakon prijeloma kuka u kognitivno očuvanih starijih ljudi i ljudi oboljelih od demencije pokazala su da osobe s demencijom dobiju svega 1/3 analgetika u odnosu na kognitivno očuvane starije osobe. [45] Važno je naučiti prepoznavati simptome boli u oboljelih s pomoću neverbalnih znakova, kao što su vrpoljenje, agresivnost, facijalna ekspresija, stav tijela, napetost mišića, pošteta dijela tijela, trljanje, zvučno disanje, smanjena ili povećana psihomotorna aktivnost, ponavljajuće glasanje, pobuđenost autovegetativnih funkcija (ubrzani puls, povišen krvni tlak, znojenje, promjene boje kože). [46, 47] Kod procjene boli koriste se različite ljestvice u osoba sa kognitivnim oštećenjima. Cilj im je prepoznati bol i njezin uzrok te je ublažiti nefarmakološkim i farmakološkim metodama. Gubitak apetita, poteškoće hranjenja i održavanje tjelesne težine gotovo su univerzalne i očekivane komplikacije progresivne demencije, čak i uz prikladno pripremljenu hranu i prehrambene dodatke. Poteškoće gutanja često dovode do aspiracije, a ona pak može dovesti do aspiracijske pneumonije. Kod uznapredovale demencije nisu dokazane koristi od korištenja nazogastične sonde. To je uglavno zato jer još uvijek postoji rizik od aspiracije. Osim rizika aspiracije pojavljuje se i rizik mortaliteta i morbiditeta. U završnoj fazi demencije može doći do dehidracije čiji su simptomi često nespecifični. Kod dehidrirane osobe pojavljuje se hipernatremija i uremija.

Dehidriranim pacijentima koji su u mogućnosti gutati treba ponuditi tekućinu koju će konzumirati oralnim putem. Ako je bolesnik previše iscrpljen ne treba ga siliti na konzumaciju tekućine. Kako bi se ublažili simptomi dehidracije potrebno je usta povremeno vlažiti tekućinom te redovito provoditi higijenu usne šupljine. [48] Također se javljaju problemi u kretanju, neurološki problemi, infekcije, bolovi te je u konačnici potrebna cjelokupna terminalna zdravstvena njega. Kako demencija sve više progradira, sve više oštećuje um te je pamćenje vrlo kratkotrajno. Informacije koje oboljela osoba primi zaboravi u nekoliko minuta. Javljaju se ponašajni i psihički simptomi koji se često očituju razdražljivošću i agresijom. [43] Potrebno je napomenuti da je neposredni uzrok smrti u osoba s demencijom, u 80% slučajeva, upala pluća. Cilj palijativnog pristupa nije ni ubrzavanje smrti ni produljivanje života pa u osoba oboljelih od demencije nije isključena ni primjena antibiotika protiv infekcija, koja je nerijetko najbolji način zbrinjavanja tegoba i simptoma. [42]

U umjerenom i uznapredovanom stadiju bolesti, zbog kognitivnih i psihičkih oštećenja, osoba nije u mogućnosti adekvatno samostalno odlučivati i donositi odluke, stoga je nužno zaštititi prava i interese oboljelih od demencije kroz instituciju skrbništva, odnosno određivanje privremenoga skrbnika u situacijama kada te osobe nisu u stanju same donositi odluke i štititi vlastita prava i interese. Vrlo je važno da imenovani skrbnici budu adekvatno informirani o bolesti, liječenju i mogućnostima liječenja. [50]

Pitanje koje se postavlja već dugo vremena je: Kada je vrijeme osobu oboljelu od AB smjestiti na odjel palijativne skrbi? Kako bi pomogla liječnicima u sustavu palijativne skrbi National Hospice and Palliative Care Organization u SAD-u utvrdila je 1995. godine kriterije (engl. Functional Assessment Staging Classification – FAST) za prijam oboljelih od demencije u sustav stacionarne palijativne skrbi. Tako se navodi da oboljeli od demencije koji ulazi u sustav stacionarne skrbi:

- ne može funkcionirati bez tuđe pomoći
- ne može se sam odijevati
- ne hoda bez pomoći druge osobe
- ne može se adekvatno okupati bez pomoći
- ne kontrolira funkcije sfinktera

- ne govori ili ne uspostavlja smislenu komunikaciju. [42]

Palijativna skrb ni u kojem slučaju nije „ne liječenje“ ili ukidanje aktivnog tretmana, već je ona određivanje prioriteta i poboljšanje kvalitete života neizlječivog bolesnika. 30% – 40% palijativnih bolesnika odnosi se na neurodegenerativna oboljenja, a u tu skupinu spadaju i demencije. Palijativna skrb za osobe oboljele od demencije počinje u času postavljanja dijagnoze i često puta traje desetak i više godina. Bitne razlike u zbrinjavanju onkoloških palijativnih bolesnika i oboljelih od demencije u uznapredovalom stadiju bolesti postoje u komunikaciji (kod demencije osnovni je princip individualne valdacije), osobnim potrebama, željama i interesima bolesnika, uključujući religiozne i duhovne potrebe, te mogućnosti samostalnog donošenja odluka. Stoga palijativni pristup dementnim bolesnicima je vrlo specifičan. Uloga medicinske sestre je prvenstveno pomoć bolesniku i njegovoj obitelji u svim stadijima bolesti. Medicinska sestra/tehničar u radu sa ovom skupinom oboljelih dužna je poštivati načelo holističkog pristupa. To znači da mora poštivati biološku cjelovitost ljudskog bića, osnovne ljudske potrebe koje su središnji dio sestrinske skrbi te kulturološko obilježje osobe. U svom radu treba poštivati jedinstvenost ljudskog bića. Visoka razina tolerancije je bitan preduvjet za uočavanje razlika i uvažavanja jedinstvenih potreba. Važno je očuvati dostojanstvo i privatnost. Privatnost i dostojanstvo narušavaju se na razne načine kao npr: prisilnom hospitalizacijom, vezanjem bolesnika, razgovor o bolesniku uz oslovljavanje dijagnozom itd. U svom poslu medicinska sestra/tehničar dužna je pomoći bolesniku bez ikakve osude jer bez obzira na sve bolesnik ima pravo na najvišu moguću razinu kvalitetne sestrinske skrbi. Bitna uloga medicinske sestre je da zastupa bolesnika i čuva njegova prava i štiti njegove interese u svim fazama bolesti. [51]

Rosenwax i suradnici napravili su istraživanja (2010.), a cilj mu je bio opisati obrasce u korištenju bolničkih službi za hitne slučajeve u posljednjoj godini života ljudi koji su umrli od demencije te jesu li isti koristili palijativnu skrbi na lokalnoj razini. Ovo istraživanje spada u retrospektivno kohortne studije. Sudionici ispitivanja su bili svi ljudi koji žive u zapadnoj Australiji koji su umrli od demencije u razdoblju od 1. siječnja 2009. do 31. prosinca 2010. (koherentna demencija, N = 5261). Komparativna skupina odraslih osoba koja je umrla od drugih uvjeta pogodnih za palijativnu skrb sadržavala je 2685 sudionika. Prema rezultatima više od 70% ispitanika oboljelih od demencije i komparativne skupina pohađalo je hitne službe u zadnjoj godini života. Samo 6% ispitanika oboljelih od demencije koristilo je

palijativnu skrb u zajednici u usporedbi s 26% sudionika usporedne skupine. Oboljeli od demencije koji nisu primali palijativnu skrb u zajednici prisustvovali su hitnim službama češće nego osobe koje dobivaju palijativnu skrb u zajednici. Zaključak ovog istraživanja bi bio da je palijativna skrb temeljena na zajednici za ljude koji umiru s demencijom relativno rijetka, ali je povezana sa značajnim smanjenjem korištenja bolničkog odjela u zadnjoj godini života. [52]

10.1 Povećava li demencija učestalost smrtnosti

I manja razina kognitivnih poremećaja povećava rizik od smrtnosti kod starijih ljudi, čak i ako su drugih zdravstvenih i socijalnih čimbenici kontrolirani. Sustavni pregled je pokazao da su ljudi s demencijom značajno povećali rizik smrtnosti za više od dva i pol puta od onih bez demencije. Nedavna studija populacije u Velikoj Britaniji dala je medijan vremena preživljavanja oko 4,1 godine. Medijan preživljavanja određen je utjecajem dobi. Oni u dobi od 65-69 godina prežive u prosjeku oko 10,7 godina, a oni stariji od 90 godina žive u prosjeku oko 3,8 godina. Važno je napomenuti da samo jedna trećina osoba s demencijom dobiva formalnu dijagnozu. Pacijenti s naprednom demencijom imaju značajno povećanu smrtnost od 6 mjeseci nakon frakture kuka (55%) ili upale pluća (53%) u usporedbi s 12 i 13% kod kognitivno netaknutih bolesnika. Ovi podaci upućuju na to da akutna fizička bolest zahtijeva hitnu hospitalizaciju jer su one neposredni uzročnici smrti kod osoba s naprednom demencijom. [53]

11. Stigmatizacija oboljelih od Alzheimerove bolesti

Riječ stigma nastala je od grčke riječi, a znači naglasiti, istaknuti, obolježiti. Ona je povezana s predrasudama, tj. negativnim stavovima koji su utemeljeni na pogrešnim činjenicama. Drugim riječima, stigmom uzrokuje neznanje i strah koji vode prema stvaranju ukorijenjenih mitova i predrasuda. Česta posljedica toga je diskriminacija koja spada u tešku povredu osnovnih ljudskih prava. Zbog nje, osoba sa spoznajnim poteškoćama se socijalno izolira i osamljuje te se osjeća neshvaćenom. Stigma koja prati demenciju nije samo naš problem, nego i svjetski. Ona nije nešto novo, već za sobom vuče duboke povijesne korijene u kojem se demencija smatrala kaznom ili prokletstvom više sile. [54] Oboljele se smatra nekompetentnima, nepredvidivim i opasnim. Osim stigmatizacije okoline kod oboljelih se javlja i samostigmacija. Istraživaja pakazuju kako su negativni stavovi prema oboljelima od Alzheimerove bolesti prisutni u svim područjima medicine. Tako mnogi liječnici diljem svijeta preferiraju oboljelima davati netočne informacije u vidu predstavljanja demencije kao sastavnog procesa starenja, dok neki liječnici i medicinske sestre podcjenjuju očite simptome Alzheimerove bolesti i pripisuju ih dobi bolesnika. Zabrinjavajuća je i niska upoznatost zdravstvenih djelatnika s porastom pojavnosti Alzheimerove bolesti, a samim time i njezinom stigmom. [55]

Dementna osoba ili osoba koja boluje od demencije? Pridjev dementan je označitelj, a osoba označenik. Kažemo li dementna osoba, prvo ističemo stanje (sugerirajući da je riječ o bolesti ili mentalnom poremećaju), a zatim spominjemo osobu (sugerirajući kako je ona bespomoćna žrtva te pojave). Izbjegnemo li korištenje demencije kao pridjeva i kažemo li osoba s demencijom, osobu stavljamo na prvo mjesto, njoj ništa ne pridijevamo već samo označavamo njezino stanje. To nam otvara prostor za opis njezinih tegoba. [54]

Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest već godinama ulaže velike napore u smanjenje stigmatizacije oboljelih od Alzheimerove bolesti. [54] Zajednice Prijatelji demencije osnivaju se širom svijeta kako bi informirale ljude o toj bolesti i pružile snažniju potporu ljudima koji žive s tom bolešću, njihovim njegovateljima, skrbnicima, prijateljima i cjelokupnoj zajednici.

12. Prikaz slučaja

M.M. 1954.

Pacijentica je udata, živi u zajedničkom kućanstvu sa suprugom i sinom. Pacijentica je pokretna, psihomotorno nemirna, tjeskobna, nepovezano govori, bez uvida u svoje stanje i ponašanje. Liječena je u Dnevnoj bolnici za demencije 2016.godine, dvije godine prije toga liječena je u OB Slavonski Brod gdje joj je ustanovljena dijagnoza Demencija kod Alzheimerove bolesti sa ranim početkom (G30.0+). Zadnji kontrolni pregled je obavila u KBC Zagreb prije 5 mjeseci. Godine 2016. napravljena joj je MR mozga koja je pokazala obostranu atrofiju temporalnih polusa uz postojanje difuzne atrofije mozga. Nakon neurološke obrade zaključeno je da se kod pacijentice radi o primarnoj neurodegenerativnoj bolesti.

Na odjel dolazi u pratnji sina, supruga i dva medicinska tehničara. Sin navodi da se majci zdravstveno stanje pogoršalo unutar zadnjih mjesec i pol dana, da odbija hranu, tokom noći ne spava. Također navodi da su u proteklih mjesec i pol bili tri puta u hitnoj službi u Općoj bolnici Sveti duh, gdje su joj dežurni liječnici korigirali terapiju. Suprug navodi da je pacijentica počela halucinirati nakon što joj je u terapiju uveden Q pin, po preporuci doktorice opće prakse. Pacijentica je smještena na Odjel za demencije i palijativnu skrb. Tokom liječenja pacijentici je korigirana terapija, te pružena podrška. Nakon završetka liječenja bolesnica više nema halucinacije i vidno je smirenija.

Sukladno trenutnom stanju uobitelji i trenutnoj nemogućnosti skrbi za oboljelu, odjelna liječnica je suprugu i sinu preporučila da pacijenticu smjeste u adekvatnu ustanovu gdje bi joj bila pružena adekvatna skrb i terapija, no oni su to odbili. Nakon liječenja bolesnica odlazi na kućnu njegu u pratnji supruga i sina koji su educirani o terapiji koju bolesnica uzima, te kako se skrbiti za oboljelu od Alzheimerove bolesti. Bolesnica je naručena na kontrolni pregled za mjesec dana u bolničku ambulantu. Bolesnica se nije javila na kontrolni pregled.

13. Zaključak

Briga za starije i oboljele od Alzheimerove bolesti treba uključivati aktivno nastojanje da se promijeni negativna slika o starijim osobama i starenju koje trenutno postoji u društvu. U svijetu, tako i u Hrvatskoj velik je udio starijeg stanovništva i životni vijek je produžen. Starenje donosi sa sobom mnoge bolesti, između kojih i demencije koje narušavaju kvalitetu života oboljelog. Alzheimerova demencija je često neprepoznata demencija koja je neizlječiva i smrtonosna. Socijalne i ekonomske posljedice Alzheimerove bolesti predstavljaju javno-zdravstveni problem i izazov suvremenom svijetu. Bolest kao takva često dovodi do ovisnosti pacijenta o drugoj osobi. S obzirom da ne postoji mogućnost izlječenja, ono što treba poduzeti je rano prepoznavanje simptoma bolesti, odgoda kasnih stadija bolesti te prilagodba svakodnevnog života oboljelog ali i obitelji. Obitelj će prva prepoznati promjene na oboljelom te ju je potrebno educirati o tijeku i prognozi bolesti. Obitelj je potrebno upozoriti da će bolest progredirati u više stupnjeve. Obitelji treba naglasiti da i nakon propadanja kognitivnih funkcija u oboljelih ostaju očuvane emocije i nagoni, stoga je potrebno naučiti komunicirati na toj emocionalnoj razini.

Kada obiteljska solidarnost i podrška postanu nedovoljni oboljeloj starijoj osobi i članovima obitelji treba ponuditi odgovarajuću zaštitu, skrb i njegu. Svakodnevno medicinska sestra se susreće s ljudima starije životne dobi, pa tako i sa osobama oboljelim od demencije. Progresijom bolesti povećavaju se i potrebe za zdravstvenom njegom. Progresija se očituje smanjenjem kvalitete života oboljelog. Glavni cilj u skrbi za oboljelog od demencija je održati maksimalnu neovisnost u aktivnostima svakodnevnog života. Nerijetko obitelj iz straha obavlja obaveze oboljelog, dok u samom bolničkom okruženju zdravstveni djelatnici pod pritiskom opsega radnih obaveza pružaju pomoć gdje ona nije opravdana i nužna. U suvremenoj zdravstvenoj njezi naglašavaju se određena načela koja su temeljno polazište za sve sestrinske intervencije. Osnovna načela su: poimanje bolesnika kao cjelovitog bića - bolesnika prihvaćamo prema jednadžbi; BOLESNIK= OSOBA + BOLEST, načelo poštivanja bolesnika kao jedinstvene ljudske jedinice – odnosi se na prihvaćanje bolesnika onakvim kakav jest, sa svim njegovim vrijednostima, različitostima i osobnostima, načelo uvažavanja slobode izbora, podržavanje samopoštovanja - ovo načelo se narušava ukoliko smo primorani primijeniti postupke mobilizacije bolesnika, cilj načela pomoći pri usvajanju novih oblika ponašanja je poticanje prihvatljivog ponašanja bolesnika.

Uloga medicinske sestre je prvenstveno pomoć bolesniku u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba. Zato ona mora biti psihički jaka, strpljiva i puna razumijevanja prema pacijentu i njegovoj obitelji. Educirana medicinska sestra može doprinijeti poboljšanju kvalitete života oboljelog i njegove obitelji.

14. LITERATURA

- [1] N. Mimica, Što je Alzheimerova bolest, preuzeto: 17. srpanj 2018., <https://alzheimer.hr/ucionica/to-je-to-alzheimerova-bolest>
- [2] M. Gordon, Misterij Alzheimer, Škorpion, Zagreb, 2011.
- [3] L. Lyras, NJ Cairns, A. Janner, P. Janner, An assessment of oxidative damage to proteins, lipids and DNA in brain from patients with Alzheimers disease, 1997.
- [4] Alzheimerova bolest, Drvo Znanja broj 102, Zagreb, 2007.
- [5] A. Nazem, R. Sankovski, M. Bacher, Rodent models of neuroinflammation for Alzheimers disease, 2015.
- [6] Alzheimerova bolest, HZJZ, rujan 2017., preuzeto: 12. lipanj 2018., www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest
- [7] Lj. Moro i suradnici, Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [8] D. Begić, Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [9] N. Mimica i suradnici, Hrvatska strategija borbe protiv Alzheimerove bolesti (2015.-2020.) pdf., listopad 2014., preuzeto: 4. srpanj 2018.
- [10] J. Pavova i suradnici, Epidemiological od+f and risk factors for Alzheimers disease. A reviw Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Polacky, Czechoslovakia, 2012.
- [11] LW Chu, Alzheimers dosease early diagnosis and treatment, Hong Kong Medical Journal, 2012.
- [12] Wikipedia,Alois Alzheimer,ožujak 2013., preuzeto 24. lipanj 2018., www.wikipedia.org/wiki/Alois_hr
- [13] W. Matoz, Vrste demencija, objavljeno: svibanj 2018., preuzeto: 4. kolovoz 2018., <https://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/31194/Vrste-demencija.html>
- [14] Alzheimers association, What is Alzheimers?, preuzeto: 4. kolovoz 2018., <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers>

- [15] L. Macaden, Adementia Nurse Education Journey in Schotland, lipanj 2016., preuzeto: 23. listopad 2017., www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27341566
- [16] N. Klepac, HUAB, kognitivne funkcije i dob, preuzeto: 26. kolovoz 2018.
<https://alzheimer.hr/ucionica/kognitivne-funkcije-i-dob/>
- [17] S.Rusac, Alzheimerova bolest- izazovi socijalnog rada pdf., studeni 2016., preuzeto: 24. kolovoz 2018.,
- [18] S. Čukljek, Kategorizacija pacijenata ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom 2017., preuzeto: 15. kolovoz 2018., www.bib.irb.hr/326394
- [19] I. Lušić, Demencije, preuzeto: 26. kolovoz 2018.,
<http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/neurologija/medicina/Demencije.pdf>
- [20] HUOM, Prema Addenbrooke's cognitive examination – ACE-R, Final Revised Version A (2005), Test crtanja sata, preuzeto: 4. srpanj 2018.,
http://www.huom.org/uploads/content/585/document/1/test_crtanja_sata.pdf
- [21] V. Marković i suradnici, Pozitronska emisijska tomografija PET i PET-CT, preuzeto: 4. svibanj 2018.,
http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/nuklearna_medicina/nastavni_materijali/PET_i_PET-CT.pdf
- [22] V. Brinar i suradnici, Neurologija za medicinare, Medicinska naklada, Zagreb. 2009.
- [23] Z. Uraković i suradnici, Gerijatrija medicina starije dobi, Medicinska naklada, Zagreb, 2007.
- [24] M. Caffrey i suradnici, Interprofessional education in community-based Alzheimer's disease diagnosis and treatment, studeni 2013., preuzeto: 23. listopad 2017.,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23879481>
- [25] M. Kimzey i suradnici, The impact of educational experiences on nursing students' knowledge and attitudes toward people with Alzheimer's disease: A mixed method study, studeni 2016., preuzeto: 23. listopad 2017., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27598794>

- [26] S. Mikšić o M. Čolaki, Zdravstvena njega pacijenta na mehaničkoj ventilaciji, travanj 2015., preuzeto: 4. srpanj 2018.,
<https://obs.ba/images/stories/RADOVI%20IZ%20KUCE/Zdravstvena%20njega%20pacijenaza%20na%20mehanickoj%20ventilaciji.pdf>
- [27] B. Sedić. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.
- [28] R. Stevanović i suradnici, Alzheimers Disease- Resource Provoding and Economics for Patients in Palliative Medicine, lipanj .2012., preuzeto: 23. listopad 2017.,
<https://bib.irb.hr/prikazi-rad?rad=587589>
- [29] J. Mullins i suradnici, Barriers to Communication With a Healthcare Provider and Health Literacy About Incontinence Among Informal Caregivers of Individuals With Dementia, kolovoz 2016., preuzeto: 23. listopad 2017.,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27607750>
- [30] Sestrinske dijagnoze, HKMS, Zagreb, 2011.
- [31] N. Todorović, Komunikacija s osobom koja pati od demencije, srpanj 2015., prezeto: 30. kolovoz 2018., <http://socijalnoukljucivanje.gov.rs/rs/komunikacija-sa-osobom-koja-boluje-od-demencije>
- [32] MC Morris i suradnici, MIND Diet Associated with Reduced Incidence of Alzheimers Disease, Alzheimers & Dementia, 2015.
- [33] M. Price i suradnici, Nutrition and dementia; A review of available research, ADI, Landom, 2014.
- [34] YS Aridi i suradnici, The Association between the Mediterranean Dietary Pattern and Cognitive Health: A Systematic Review, Nutrients, 2017.
- [35] M. Walters i suradnici, Role of Nutrition to Promote Healthy Brain Aging and Reduce Risk of Alzheimer's Disease, Current Nutrition Report, 2017.
- [36] N. Hu i suradnici, Nutrition and the Risk of Alzheimer's Disease, BioMed Research International, 2013.

- [37] Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebama za zdravstvenom njegom, HKMS, Zagreb, srpanj 2006.
- [38] M. Braš i suradnici, Palijativna skrb o osobama oboljelih od Alzheimerove bolesti, Medix, listopad 2012., preuzeto: 6. kolovoz 2018., <https://hrcak.srce.hr/96127>
- [39] E. Pavlović i suradnici, Hospicij Svetog Franje Asiškog u Rijeci iz 1917. godine: preteča moderog hosšicija, Acta Fac med Flum, 1997.
- [40] Preporuke Rec (2003) 24 Povjerenstva ministarstva Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi, Zagreb, 2004.
- [41] Council of Europe, siječanj 2010., preuzeto: 8.9.2018., www.coe.int/cm.
- [42] M. Kušan Jukić, Palijativna skrb o oboljelima od Alzheimerove bolesti i drugih demencija, Medix, travanj 2016.
- [43] S. Tomek- Roksandić i suradnici, Alzheimerova bolest i druge demencije, rano otkrivanje i zaštita zdravlja, Medicinska naklada, Zagreb, 2017.
- [44] A et Regan: Improvingendoflife care for peoplewithdementia; Nursing Standard, siječanj 2014., preuzeto: 8.9.2018., <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=cbf67156-f05b-4cf1-b7e0-c377e2458c86%40sessionmgr1103>
- [45] C. Regnard i suradnici, et al. Understanding distress in people with severe communicatio difficulties: developing and assessing the Disability Distress Assessment Tool (DisDAT), J. Intellect Disabil Res, 2007.
- [46] J. Chatterjee, End-of-life care for patients with dementia, Nurs Older People, 2008.
- [47] RS Morrison, Siu AL, A comparison of pain and its treatment in advanced dementia and cognitively intact patients with hip fracturek, J. Pain Symptom Manage, travanj 2000.
- [48] M. Arcand, End-of-lifeissuesinadvanceddementiaPart2: managementofpoornutritionalintake, dehydration, andpneumonia, travanj 2015., preuzeto: 7.9.2018., <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/0pdfviewer?vid=7&sid=14911ebfe-a283-4487-82cf-1c6f086631c8>

[49] HUAB, Smanjite stigmu demencije riječima, kolovoz 2016., preuzeto: 1. kolovoz 2018., <https://www.blog.alzheimer.hr/blog/savjet-mjeseca/2016/08/smanjite-stigmu-demencije-rijecima/>

[50] D. Verret, Thevalueofpalliative care, 2013., preuzeto: 5.9.2018., <http://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid24&sid=1491ebfe-a283-4487-82cf-1c6f086631c8%40>

[51] M.Marinović, Proces zdravstvene njege palijativnog bolesnika, objavljeno: kolovoz 2017., preuzeto: 4. kolovoz 2018., <http://www.pbsvi.hr/2017/09/07/proces-zdravstvene-njege-palijativnog-bolesnika-strucno-predavanje-za-medicinske-sestre/>

[52] L. Rosenwax i suradnici, Community-based palliative care is associated with reduced emergency department use by people with dementia in their last year of life: A retrospective cohort study, 2015., preuzeto: 5. kolovoz 2018., <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25783598>

[53] J. T. van den Steen i suradnici, White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care, 2014., preuzeto: 4. kolovoz 2018.

[54] N. Mukadam i suradnici, Reducing the stigma associated with dementia: Approaches and goals, Aging Health, 2012.

[55] K. Urbanska i suradnici, The stigma of dementia, Postepy Psychiatrii i Neurologii, 2015.



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, TAUJA BOSNIAK POLJANAC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom POSEBNOŠTI SKRBI ZA OBOLELE OD ALZHEIMEROVE DEMENCIJE I IZBORU OBTEG (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Tauja Bosnjak Poljanac
(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, Tauja Bosnjak Poljanac (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom POSEBNOŠTI SKRBI ZA OBOLELE OD ALZHEIMEROVE DEMENCIJE I IZBORU OBTEG (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Tauja Bosnjak Poljanac
(vlastoručni potpis)