

Integrirana skrb za osobe oboljele od Alzheimerove demencije

Kukoleča, Dragana

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:284940>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1791/SS/2024

Integrirana skrb za osobe oboljele od Alzheimerove demencije

Dragana Kukoleča, 5296/601

Varaždin, srpanj 2024. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1791/SS/2024

Integrirana skrb za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti

Student

Dragana Kukoleča, 5296/601

Mentor

dr. sc. Melita Sajko

Varaždin, srpanj 2024. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	Prije-diplomski stručni studij sestrinstva		
PRISTUPNIK	Dragana Kukoleča	NATIČNI BROJ	0231045948
DATUM	11.6.2024.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega starijih osoba
NASLOV RADA	Integrirana skrb za osobe oboljele od Alzheimerove demencije		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Integrated care for people suffering from Alzheimer's dementia		

MENTOR	dr.sc. Melita Sajko	EVANJE	viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Valentina Vincek, mag.med.techn., predsjednica		
	2. dr.sc. Melita Sajko, mentorica		
	3. Željka Kanižaj Rogina, mag.med.techn., članica		
	4. Vaientina Novak, mag.med.techn., zamjenska članica		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1791/SS/2024
OPIS	<p>Starost je posljednje razvojno razdoblje života pojedinca koje se može definirati prema kronološkoj dobi, socijalnim ulogama ili funkcionalnom statusu. Kod većine ljudi u starosti dolazi do opadanja glavnih kognitivnih funkcija, to jest učenja i pamćenja. Do gubitka pamćenja može doći zbog raznih bolesti, infekcija te trauma, a može biti reverzibilno (amnezija) i ireverzibilno (demencija). Demencija jest klinički sindrom koji je karakteriziran progresivnim padom kognitivnih funkcija koji ometaju sposobnost samostalnog funkcioniranja. Klinička slika varira od osobe do osobe, a kognitivni pad se može manifestirati kao gubitak pamćenja, agnozija, apraksija, jezični i komunikacijski poremećaji, oslabljeno rasuđivanje, kao i planiranje. U zemljama u kojima je skrb za osobe starije životne dobi visoko razvijena, skrb za osobe oboljele od demencije spada u dugotrajnu skrb te je u istima potrebno razvijati nove metode skrbi. U nove, odnosno inovativne oblike skrbi pripada model integrirane skrbi, a temelji se na konceptima socijalnog rada. Korisnik doma i stručnjaci stvaraju partnerski odnos te zajedno traže rješenja za događaje, odnosno situacije koje se javljaju u korisnikovom životu, a također se mijenja i uloga članova obitelji i šire zajednice koja je uključena u skrb za osobe oboljele od demencije.</p> <p>U završnom radu je potrebno: opisati Alzheimerovu demenciju, kao i ostale vrste demencije, opisati model integrirane skrbi te je navesti usporedbu modela između europskih zemalja.</p>

ZADATAK URUČEN

14.06.2024.



Predgovor

Prije svega bih se htjela zahvaliti svojoj mentorici, dr. sc. Meliti Sajko na mentorstvu i pruženim savjetima prilikom pisanja završnog rada.

Posebno se želim zahvaliti svojoj djeci, suprugu, mami i bratu te ostalim članovima obitelji i prijateljima za svu podršku i pomoć koju su mi pružili.

Također, želim se zahvaliti i svojim kolegama na međusobnom motiviranju tijekom studija.

Sažetak

Starenje je sastavni dio ljudskoga života, a kao takvo je oduvijek izazivalo interes i razna proučavanja. Starenje i starost nisu istoiznačnice. Starenje je proces tijekom kojega se događaju promjene u funkciji dobi. Razlikuju se tri osnovne podjele starenja, a to su biološko, psihološko i socijalno starenje. Starost je posljednje razvojno razdoblje života pojedinca koje se može definirati prema kronološkoj dobi, socijalnim ulogama ili funkcionalnom statusu. Učenje i pamćenje su ključne kognitivne funkcije. Do gubitka pamćenja može doći zbog raznih bolesti, infekcija i upala te trauma, a može biti reverzibilno (amnezija) i ireverzibilno (demencija). Alzheimerova demencija jest najčešća vrsta demencije koja se primarno javlja u osoba starije životne dobi, a bolest je karakterizirana postepenim gubitkom pamćenja, poremećajima u govoru, razmišljanju i ponašanju. Simptomi i znakovi se javljaju postupno, a s vremenom postaju sve teži te uvelike utječu na samostalnost oboljele osobe. Etiologija bolesti nije u potpunosti razjašnjena. Kao i kod drugih bolesti, rano postavljanje ispravne dijagnoze i liječenje, uvelike utječu na daljnji tijek bolesti. Ne postoji lijek za demenciju, no može se učiniti puno kako bi pomoglo oboljelim osobama i njihovim njegovateljima. Preporučuju se određeni koraci kako bi se održala optimalna kvaliteta života na način da osoba bude fizički aktivna te da sudjeluje u aktivnostima i društvenim interakcijama koje stimuliraju mozak i održavaju svakodnevnu funkciju.

U završnom radu su opisane vrste demencija, a posebno najzastupljenija, odnosno Alzheimerova demencija. Opisan je model integrirane skrbi te je također opisana zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije s naglaskom na sestrinske dijagnoze i intervencije.

Ključne riječi: osobe starije životne dobi, demencija, integrirana skrb

Summary

Aging is an integral part of human life, and as such it has always aroused interest and various studies. It is important to note that aging and old age are not synonymous. Aging is a process during which changes occur as a function of age. There are three basic divisions of aging: biological, psychological and social aging. Old age is the last developmental period of an individual's life, which can be defined according to chronological age, social roles or functional status. Learning and memory are key cognitive functions. Memory loss can occur due to various diseases, infections and inflammation, as well as trauma, and it can be reversible (amnesia) or irreversible (dementia). Alzheimer's dementia is the most common type of dementia that primarily occurs in elderly people, and the disease is characterized by gradual loss of memory, disturbances in speech, thinking and behavior. Symptoms and signs appear gradually, and over time they become more severe and greatly affect the independence of the affected person. The etiology of the disease has not been fully elucidated. As with other diseases, early correct diagnosis and treatment greatly influence the further course of the disease. There is no cure for dementia, but much can be done to help people with the disease and their caregivers. Certain steps are recommended to maintain an optimal quality of life by being physically active and participating in activities and social interactions that stimulate the brain and maintain daily function.

In the final paper, the types of dementia are described, especially the most common, namely Alzheimer's dementia. The model of integrated care is described and also the health care of people suffering from dementia is also described, with an emphasis on nursing diagnoses and interventions.

Key words: elderly people, dementia, integrated care

Popis korištenih kratica

AD Alzheimerova demencija

MRI Magnetska rezonancija

CT Kompjutorizirana tomografija

PET Pozitronsko emisijska tomografija

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Demencija	3
2.1 Stadiji demencije	3
2.2 Alzheimerova demencija (AD)	4
2.2.1 Etiologija AD	6
2.2.2 Dijagnoza AD.....	7
2.2.3 Liječenje i prognoza AD	8
2.2.4 Komplikacije AD	9
2.3 Vaskularna demencija	10
2.4 Demencija Lewyjevih tjelešaca (LBD)	10
2.5 Frontotemporalna demencija (FTD)	10
3. Model integrirane skrbi	12
4. Odluka o skrbi u vlastitom domu ili u domu za starije osobe	14
4.1 Prednosti boravka u vlastitom domu.....	14
4.2 Prednosti doma za starije osobe.....	15
5. Međuprofesionalna suradnja u skrbi za osobu oboljelu od AD	17
5.1 Suradnja i koordinacija zdravstvenih usluga za osobe oboljele od AD.....	17
5.2 Suradnja između zdravstvenih djelatnika i neformalnih njegovatelja- očekivanja i poteškoće	18
5.3 Suradnja između zdravstvenih djelatnika- očekivanja i poteškoće	19
6. Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije - sestrinske dijagnoze	20
6.1 Anksioznost	20
6.2 Smanjena mogućnost brige o sebi- oblačenje/dotjerivanje.....	21
6.4 Smanjena mogućnost brige o sebi- osobna higijena	22
6.5 Visok rizik za pad	23
6.6 Visok rizik za infekciju	24
6.7 Poremećaj misaonog procesa.....	24
7. Zaključak	26
8. Literatura	27
9. Popis slika	29

1. Uvod

Starenje je sastavni dio ljudskoga života, a kao takvo je oduvijek izazivalo interes i razna proučavanja. Najstarija tumačenja starenja potječu iz pradavnih vremena, a uklopljena su u razna religijska tumačenja koja su ljudima pomagala da lakše shvate i prihvate sam proces starenja. U 17. stoljeću dolazi do prvih pokušaja da se znanstvenim metodama objasni proces starenja, a Francis Bacon je bio jedan od prvih istraživača koji je tvrdio da se pomoću sustavnog opažanja mogu otkriti uzroci starenja. Razlozi zanimanja za proučavanje starenja se mogu podijeliti u tri skupine, a to su osobni, društveni i znanstveni razlozi.

- osobni- ljude sve više zanima vlastiti razvoj, to jest promjene koje se događaju tijekom različitih životnih doba
- društveni- životni vijek se produžava te samim time raste broj osoba starije životne dobi pa se društvo mora usmjeriti na proučavanje potreba te planiranje skrbi za osobe starije životne dobi
- znanstveni- znatiželja je uvijek bila pobuđena učinkom koji prolazak vremena ostavlja na živim bićima

Važno je napomenuti da starenje i starost nisu sinonimi. Starenje je proces tijekom kojega se događaju promjene u funkciji dobi. Razlikuju se tri osnovne podjele starenja, a to su biološko, psihološko i socijalno starenje. Biološko starenje se odnosi na promjene, to jest opadanje svih funkcija organizma. Psihološko starenje se odnosi na prilgodbu ličnosti na proces starenja, dok se socijalno starenje odnosi na promjene u odnosu pojedinca i društva u kojem živi. Starost je posljednje razvojno razdoblje života pojedinca koje se može definirati prema kronološkoj dobi (nakon 65. godine života), socijalnim ulogama (umirovljenje) ili funkcionalnom statusu (opadanje određenih sposobnosti) [1].

Učenje i pamćenje su ključne kognitivne funkcije. Učenje se odnosi na stjecanje novih informacija i vještina, dok je pamćenje sposobnost skladištenja i prisjećanja prethodno pohranjenih informacija. Pamćenje je jedna od najsloženijih funkcija mozga, a sastoji se od više komponenti; percepcija, registracija, pretvorba kratkoročnog pamćenja u dugoročno, pohranjivanje, dohvaćanje i zaboravljanje. Do gubitka pamćenja može doći zbog raznih bolesti, infekcija i upala te trauma, a može biti reverzibilno (amnezija) i ireverzibilno (demencija) [2].

Alzheimerova demencija jest najčešća vrsta demencije koja se primarno javlja u osoba starije životne dobi, a bolest je karakterizirana postepenim gubitkom pamćenja, poremećajima u govoru, razmišljanju i ponašanju. Simptomi i znakovi se javljaju postupno, a s vremenom postaju sve teži te uvelike utječu na samostalnost oboljele osobe. Etiologija bolesti nije u potpunosti razjašnjena, a glavni rizični čimbenici uključuju dob, pozitivnu obiteljsku anamnezu i stil života. Kao i kod drugih bolesti, rano postavljanje ispravne dijagnoze i liječenje, uvelike utječu na daljnji tijek bolesti [3].

U završnom radu su opisane vrste demencija, a posebno najzastupljenija, odnosno Alzheimerova demencija. Nadalje, opisan je model integrirane skrbi. Također je opisana zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije, s naglaskom na sestrinske dijagnoze i intervencije.

2. Demencija

Demencija jest klinički sindrom koji je karakteriziran progresivnim padom kognitivnih funkcija koji ometaju sposobnost samostalnog funkcioniranja. Osobe oboljele od demencije doživljavaju promjene u spoznaji, funkcioniranju i ponašanju. Kognitivne domene koje demencija zahvaća su učenje i pamćenje, jezik, izvršna funkcija, složena pažnja te perceptivno-motorička i socijalna kognicija. Rizični čimbenici za razvoj demencije uključuju genetsku predispoziciju, traume glave, dijabetes, hipertenziju, fibrilaciju atriya, pretilost, apneju, depresiju. Simptomi se postupno razvijaju i progresivni su. Klinička slika varira od osobe do osobe, a kognitivni pad se može manifestirati kao gubitak pamćenja, agnozija, apraksija, jezični i komunikacijski poremećaji, oslabljeno rasuđivanje, kao i planiranje. Najčešći bihevioralni i psihološki simptomi demencije su apatija, agitacija, agresija, psihoza i halucinacije te navedeni mogu predstavljati sigurnosni rizik za oboljele osobe i njihove skrbnike. Također, neki bihevioralni i psihološki simptomi poput lutanja i neprikladnih ponašanja (npr. jedenje neprikladnih, nejestivih predmeta) ne reagiraju dobro na farmakoterapiju [4].

2.1 Stadiji demencije

Stadiji demencije su: jako blagi stadij, blagi stadij, srednji stadij, ozbiljni srednji stadij, ozbiljan stadij i jako ozbiljan stadij.

- Jako blagi stadij- u ovome stadiju demencije simptomi su jedva primjetni te se javljaju kao zaboravljivost koja je povezana sa starenjem, na primjer gubljenje ključeva, ali osoba ih uspješno pronalazi nakon nekog vremena.
- Blagi stadij- u blagom stadiju demencije, oboljela osoba može samostalno obavljati aktivnosti svakodnevnog života, kao što su ustajanje, odlazak u kupaonicu, oblačenje i slično. Od simptoma se mogu javiti lagana zaboravljivost i gubitak pamćenja, ponavljanje istih radnji, gubljenje stvari i nesposobnost njihova pronalaženja, zbunjenost tijekom vožnje, problemi kod uzimanja lijekova
- Srednji stadij- javljaju se problemi s obavljanjem svakodnevnih aktivnosti kao što su kuhanje, pranje rublja ili korištenje telefona. Ostali simptomi koji se javljaju u ovom stadiju su inkontinencija, povećan gubitak pamćenja i zaboravljivosti, nesposobnost

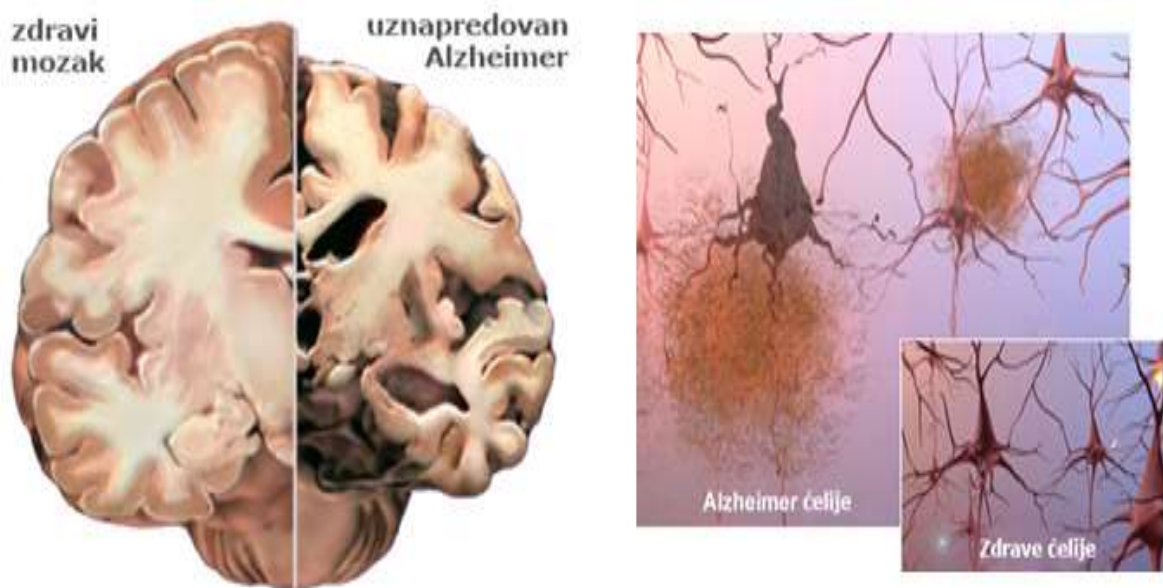
izgovaranja pravilnih riječi i fraza, poteškoće u rješavanju testova kognitivnih sposobnosti te povećanje socijalne izolacije.

- **Ozbiljniji srednji stadij-** U ovom stadiju osoba treba pomoć drugih osoba tijekom obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Simptomi demencije u ovom stadiju mogu biti: značajniji gubitak pamćenja koji uključuje zaboravljanje vlastite adrese i broja telefona, zbunjenost tijekom pokušaja snalaženja, problemi u rješavanju manje zahtjevnih testova kognitivne sposobnosti te je potrebna pomoć u odabiru odjeće prikladne za klimatske uvjete ili prigodu.
- **Ozbiljan stadij-** u ovom stadiju je osobi iz dana u dan potrebna pomoć i ona veliki dio svakodnevnih aktivnosti nije u stanju obavljati sama. Simptomi demencije u ovom stadiju mogu biti: potrebna pomoć tijekom oblačenja, također tijekom korištenja kupaonice i zahoda, nesposobnost izgovaranja imena bliskih osoba, ali uspješno prepoznavanje njihovih lica, problemi sa spavanjem, promjene osobnosti ili ponašanja.
- **Jako ozbiljan stadij-** Ovo je zadnji stadij bolesti, a simptomi mogu uključivati gubitak jezičnih vještina, smanjen osjećaj doživljavanja okoline, potrebna pomoć tijekom hranjenja, inkontinencija, gubitak mišićne mase na skupinama mišića koji su zaduženi za smijanje, gutanje, pa čak i hodanje ili sjedenje [5].

2.2 Alzheimerova demencija (AD)

Najčešća neurodegenerativna bolest odgovorna za demenciju je Alzheimerova bolest koja obuhvaća 60-80% svih slučajeva. Vjeruje se da potječe od nakupljanja beta-amiloidnih plakova i neurofibrilarnih čvorova, najprije u području entorinalnog korteksa i hipokampusa što uzrokuje ozljedu neurona i potom njihovu smrt. Abnormalnosti neurotransmitera uključuju smanjenu aktivnost kolin acetiltransferaze i smanjen broj kolinergičkih neurona. Kako se širi na druge dijelove mozga, neuroni u zahvaćenim regijama progresivno umiru te pogoršavaju simptome AD. Početak AD se obično ne može detektirati, a najčešći prvi znak bolesti je gubitak kratkoročnog pamćenja. AD s kasnim početkom se obično dijagnosticira u osoba starijih od 60 godina te veliku ulogu u nastanku bolesti ima genetska predispozicija. AD s ranim početkom (u osoba dobi od 30 do 60 godina) se povezuje s autosomno dominantnim mutacijama u 3 gena: PSEN1, PSEN2 i APP. Simptomi AD se dijele na kognitivne i nekognitivne. Kognitivni simptomi su obično prisutni cijelo vrijeme tijekom bolesti, dok su

nekognitivni simptomi manje predvidljivi u tijeku poremećaja. Kognitivni simptomi uključuju gubitak pamćenja (nemogućnost prisjećanja gdje je ostavljen predmet, loše prisjećanje), agnoziju, apraksiju, afaziju, dezorijentiranost, poremećaje vidno-prostornih sposobnosti te oštećenje izvršne funkcije. Nekognitivni simptomi uključuju depresiju, halucinacije, deluzije, fizičku i verbalnu agresiju, motoričku hiperaktivnost, lutanje, nekooperativnost. AD obično karakteriziraju rani problemi u pamćenju i vidno-prostornim sposobnostima, kao što je na primjer gubljenje u poznatom okruženju. Kako bolest napreduje, mogu se razviti poteškoće u ponašanju i promjene osobnosti. Kod umjerene do teške demencije se mogu javiti halucinacije, dok u završnoj fazi bolesti oboljele osobe mogu imati nedostatak sposobnosti da podignu glavu, prate predmete očima ili da sjednu [4].



Slika 2.2 1 Razlika između mozga zdrave osobe i promjena koje se događaju kod AD

Izvor: <https://lpi.oregonstate.edu/mic/health-disease/alzheimer-disease>

2.2.1 Etiologija AD

AD je karakterizirana postupnom i progresivnom neurodegeneracijom koja je uzrokovana smrću neurona. Neurodegenerativni proces obično počinje u hipokampusu, u entorinalnom korteksu. AD je multifaktorijsko stanje koje je povezano s brojnim rizičnim čimbenicima. Glavni rizični čimbenik jest dob, posebice podmakla dob. Značajan rizični čimbenik za nastanak AD su kardiovaskularne bolesti (npr. CVI), a ubrajaju se u promjenjive rizične čimbenike, to jest svojim ponašanjem i navikama možemo utjecati na iste. Nadalje, također važni promjenjivi rizični čimbenici su pretilost i dijabetes. Pretilost može narušiti toleranciju glukoze te tako povećati rizik za razvoj dijabetesa tipa II. Također, povećava rizik poticanjem oslobađanja proupalnih citokina. Ostali rizični čimbenici za razvoj AD uključuju traume glave, cerebrovaskularne bolesti, depresiju, pušenje cigareta, pozitivnu obiteljsku anamnezu, povećane razine homocisteina. Ukoliko osoba u obitelji ima člana oboljelog od AD, a da su u prvom koljenu, rizik od razvoja bolesti se povećava za 10-30%. Prevalencija AD se otprilike udvostručuje za svakih 5 godina povećanja dobi počevši od 65. godine. Također, navedeno je nekoliko čimbenika koji mogu potencijalno smanjiti rizik za nastanak AD, a uključuju visoko obrazovanje, uporabu estrogena u žena, adekvatnu, odnosno zdravu i uravnoteženu prehranu te aktivnosti poput čitanja, sviranja instrumenata te redovita tjeleovježba [6].

Navode se tri glavne hipoteze nastanka AD:

- hipoteza amiloidne kaskade
- tau hipoteza
- kolinergična hipoteza

Hipoteza amiloidne kaskade objašnjava kako je početni korak AD taloženje beta-amiloida što dovodi do naknadnog taloženja tau proteina, gubitka neurona te kognitivnog pada. Ova hipoteza je objavljena 1992. godine, a još uvijek nije otkriven lijek koji bi djelovao protiv stvaranja amiloida.

Brojna istraživanja govore u prilog da oblici tau proteina mogu biti okidač neurodegeneracije kod AD. Do kognitivnog oštećenja kod AD dolazi kada se tau proteini šire iz entorinalnog korteksa u neokorteks.

U kolinergičnoj hipotezi se govori da u AD dolazi do gubitka kolinergičnih neurona u septalnim jezgrama koje su usmjerene na cijeli korteks. Smatra se da gubitak kolinergičnih

neurona doprinosi poremećaju pažnje i pamćenja. Osobama oboljelim od AD se daju inhibitori kolinesteraze koji povećavaju broj sinaptičkih receptora acetilkolina [7].

2.2.2 Dijagnoza AD

Dijagnoza AD se može postaviti na više načina. Prvi korak je posjet liječniku koji zatim provodi pregled i procjenjuje znakove i simptome bolesti na temelju anamneze. Neurolog može provesti neurološke testove, a vrlo je važno pravodobno postaviti točnu dijagnozu kako bi se što prije počelo sa adekvatnim liječenjem. Provode se određeni testovi za procjenu oštećenja pamćenja, procjenu funkcionalnih sposobnosti i utvrđivanje promjena u ponašanju. Najčešće se koristi Mini Mental State Examination (MMSE) za određivanje kognitivnog oštećenja i stadija bolesti, nadalje test crtanja sata te Bentonov test. MMSE se sastoji od ukupno 11 pitanja koja se koriste za procjenu kognitivnih oštećenja. MMSE se koristi za procjenu 6 područja mentalnih sposobnosti; orijentacija u mjestu i vremenu, koncentracija, prisjećanje, jezične sposobnosti, vizualne i prostorne odnose i sposobnost razumijevanja i praćenja uputa. Zadaci koje obuhvaća MMSE uključuju, na primjer, pamćenje par predmeta te ponavljanje istih nakon nekog perioda, pisanje kratke, gramatički ispravne, rečenice, ispravno označavanje dana, datuma, mjeseca, godišnjeg doba i godine. Maksimalan rezultat MMSE je 30. Broj bodova od 25 ili više se smatra normalnim, dok broj bodova ispod 24 obično ukazuje na moguće kognitivno oštećenje. Važno je napomenuti da ponekad razina obrazovanja može utjecati na rezultat (visokoobrazovana osoba u ranoj fazi bolesti može imati visok broj bodova) [8,9].

Dijagnoza AD postavlja se i snimanjem mozga, a najčešće se koriste magnetska rezonancija (MRI), kompjutorizirana tomografija (CT) i pozitronsko emisijska tomografija (PET). MRI prikazuje strukturu mozga, kortikalne i hipokampalne atrofije. PET omogućava ispitivanje promjena u molekularnom sastavu i funkcioniranju mozga. Nadalje, osim radioloških metoda, koriste se također biološki markeri poput beta amiloida i tau proteina, a dobivaju se analizom cerebrospinalnog likvora [10].

Maksimalni bodovi	Pacijentovi bodovi	
1. Orijentacija		
5		Koja je godina? Godišnje doba? Datum? Dan? Mjesec?
5		Gdje smo sada? Država? Grad? Općina? Bolnica? Odjel?
2. Prepoznavanje		
3		Ispitivač imenuje tri predmeta polako i jasno te traži od pacijenta da ponovi sva tri. Boduju se točni odgovori. Ponavljati nazive dok ih pacijent ne ponovi točno zbog kasnijeg utvrđivanja pamćenja. Ocjenjuje se samo prvi pokušaj.
3. Pozornost i računanje		
5		Zamoliti pacijenta da oduzima 7 od 100, pa ponovo 7 i tako 5 puta do rezultata 65. Alternativa: pročitati zamišljenu riječ od 5 slova unatrag.
4. Pamćenje		
3		Ponoviti ranije imenovana tri predmeta koja su korištena u testu prepoznavanja. Ocjena: jedan bod za svaki točan odgovor.
5. Govor		
2		Jedan bod za imenovanje svakog od navedena dva objekta (npr. čekić i stol).
1		Jedan bod za točno ponavljanje npr. "ne tako ili ako".
3		Tri boda ako su točno izvedena tri stupnja zapovijedi, npr. "uzmite komad papira u desnu ruku, presavinite ga na pola i stavite na stol".
1		Jedan bod ako je točno izvedena napisana zapovijed, npr. "Zatvorite oči".
1		Zatražiti od pacijenta da napiše rečenicu o bilo čemu (rečenica mora imati značenje, glagol i subjekt).
1		Zamoliti pacijenta da nacrtá lik ispod na praznom papiru. Mora biti vidljivo svih 10 kutova i dva se moraju preklapati:

Slika 2.2.2 1 Mini Mental Test

Izvor: M. Sajko. Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije. Sveučilište Sjever.

Koprivnica. 2019.

2.2.3 Liječenje i prognoza AD

Ne postoji lijek za demenciju, no može se učiniti puno kako bi pomoglo oboljelim osobama i njihovim njegovateljima. Osobama oboljelim od demencije se preporučuju određeni koraci kako bi se održala optimalna kvaliteta života na način da osoba bude fizički aktivna u okvirima svojih sposobnosti te da sudjeluje u aktivnostima i društvenim interakcijama koje stimuliraju mozak i održavaju svakodnevnu funkciju. Osim navedenog, također se preporučuju određeni lijekovi koji mogu pomoći u kontroli simptoma demencije:

- inhibitori kolinesteraze, poput donepezila
- antagonisti NMDA receptora, poput memantina
- lijekovi za kontrolu kolesterola i krvnog tlaka mogu spriječiti dodatna oštećenja mozga

- selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina mogu pomoći kod simptoma depresije
- haloperidol i risperidon- nikada se ne smiju koristiti kao prvi izbor, a koriste se ako je oboljela osoba u opasnosti da ozlijedi sebe ili druge osobe [11].

Kod blage do umjerene AD se propisuju inhibitori kolinesteraze, poput rivastigmina, donepezila i galantamina, a navedeni mogu pomoći u kontroli ili smanjenju određenih kognitivnih simptoma. Kod srednje ili kasne faze bolesti, može se propisati pimavanserin [8].

AD je progresivna bolest. Osobe oboljele od AD su osjetljivije na infekcije, posebice na upalu pluća koja je među najčešćima uzrocima smrti, a razlog pojačane osjetljivosti na infekcije su pad tjelesne težine i imunološke funkcije zajedno sa smanjenom pokretljivošću i otežanim gutanjem. Obično, osobe u dobi od 65 godina i više kojima je dijagnosticirana AD, mogu imati očekivan životni vijek 4-8 godina. Ovo, naravno, nije pravilo budući da neki pojedinci oboljeli od AD mogu živjeti i 15-20 godina nakon pojave prvih simptoma bolesti [6].

2.2.4 Komplikacije AD

Prema Nacionalnom centru za zdravstvenu statistiku iz 2023. godine, AD je 6. vodeći uzrok smrti s otprilike 120 000 smrtnih slučajeva godišnje. Već je navedeno da se AD obično javlja u osoba starijih od 60-65 godina te su time osobe starije životne dobi izložene većem riziku od komplikacija koje uvelike mogu utjecati na njihovo zdravlje. Komplikacije koje se mogu javiti kod AD su podijeljene na mentalne/bihevioralne i fizičke. Mentalne, odnosno bihevioralne uključuju depresiju, uznemirenost i delirij te lutanje. Depresija je prevladavajući komorbiditet kod pacijenata s AD, s uključuje promjene ponašanja, socijalno povlačenje, poteškoće s koncentracijom te poremećaje spavanja. Uznemirenost i delirij se obično javljaju u uznapredovalim stadijima AD te predstavljaju veliki problem za oboljele osobe i njihove negovatelje. Uporaba antipsihotika za liječenje uznemirenosti i delirija je povezana sa povećanom smrtnošću te drugim štetnim učincima. Fizičke komplikacije uključuju vrućicu i infekcije, dehidraciju, pothranjenost i probleme s mokraćnim mjehurom i crijevima. Od infekcija se obično javljaju respiratorne i urinarne infekcije, a poteškoće s gutanjem mogu dovesti do aspiracijske pneumonije što može uvelike zakomplicirati zdravstveno stanje oboljele osobe [6].

2.3 Vaskularna demencija

Drugi najčešći oblik demencije koji se javlja u otprilike 20% slučajeva je vaskularna demencija. Rezultat je neuronalnog nedostatka kisika koji je uzrokovan stanjima koja blokiraju ili smanjuju dotok krvi u mozak. Najčešći uzrok vaskularne demencije je cerebrovaskularni infarkt čiji simptomi mogu uvelike varirati ovisno o moždanoj regiji koja je zahvaćena kao i težini oštećenja krvnih žila. Najizraženiji simptomi uključuju dezorijentaciju, zbunjenost, poteškoće s govorom i razumijevanjem govora, gubitak vida. Vaskularna demencija možda neće utjecati na pamćenje, ali nakon cerebrovaskularnog infarkta može doći do iznenadnih promjena izvršne funkcije (zaključivanje, razmišljanje). Istovremeno postojanje Alzheimerove i vaskularne demencije naziva se mješovita demencija [4].

2.4 Demencija Lewyjevih tjelešaca (LBD)

Oblik demencije koji je uzrokovan abnormalnim naslagama alfa-sinuklein proteina unutar neurona, a čini 5-15% svih demencija jest demencija Lewyjevih tjelešaca. Najizraženiji simptomi demencije Lewyjevih tjelešaca su fluktuirajuće kognitivno oštećenje s varijacijama u pažnji i budnosti, složene vidne halucinacije i spontani parkinsonizam. Za razliku od AD, kod osoba oboljelih od demencije Lewyjevih tjelešaca može se javiti letargija, somnolencija, dogotrajna razdoblja gledanja u prazno, razdoblje poboljšanog pamćenja, epizode neorganiziranog govora te smanjene pažnje. U ranim fazama LBD javljaju se ukočenost, bradikinezija i poremećaji spavanja. Kod AD se gubitak pamćenja obično javlja u ranoj fazi bolesti, dok se kod LBD češće javlja u uznapredovaloj fazi. Više od 80% oboljelih osoba od LBD razvije parkinsonizam. Za diferencijalnu dijagnozu važan je vremenski tijek bolesti i klinička slika [4].

2.5 Frontotemporalna demencija (FTD)

Frontotemporalna demencija je opći izraz koji se koristi za opisivanje poremećaja koji zahvaćaju frontalne i temporalne režnjeve mozga, kao što je Pickova bolest. Obično se javlja u mlađoj životnoj dobi, od 40-75 godina, a ključna obilježja navedene bolesti su promjene

osobnosti te poremećaji ponašanja. Za razliku od AD, kod FTD vidni-prostorna funkcija obično nije zahvaćena [4].

3. Model integrirane skrbi

U svijetu broj osoba s demencijom raste, a demencija predstavlja sve veći izazov i u socijalnom radu. U zemljama s visokim stupnjem razvijenosti skrbi za starije osobe, skrb za osobe s demencijom spada u dugotrajnu skrb, stoga je u institucijama koje pružaju dugotrajnu skrb nužno razvijati nove metode skrbi. Među inovativnim oblicima skrbi je i model integrirane skrbi, koji se temelji na konceptima socijalnog rada. Korisnik tog doma i stručnjak stvaraju partnerski odnos u okviru kojega traže rješenja za stvarne situacije koje se jave u korisnikovu životu. Osim što se mijenja odnos između korisnika s demencijom i zaposlenika, inovativni model integrirane skrbi mijenja i ulogu rodbine i šire zajednice koja je uključena u skrb za osobe s demencijom. Stavljanje osobe s demencijom u središnji položaj te jednaka zastupljenost svih ostalih predstavnika socijalne mreže tog korisnika omogućavaju stvaranje preduvjeta za osnaživanje položaja štićenika s demencijom [12].

U sve više razvijenih zemalja pokrenuta su mnoga pitanja vezana za osiguranje kvalitete života osoba starije životne dobi, bez obzira na to žive li u vlastitom domu, specijaliziranoj ustanovi ili udomiteljskim obiteljima. Kvaliteta skrbi, troškovi socijalne i zdravstvene zaštite za starije osobe, poboljšanje kvalitete i osiguranje gerijatrijske zdravstvene zaštite postali su prioriteti u zemljama Europske unije. Dok su u razvijenim zemljama EU-a zadnjih godina naponi usmjereni na podršku starijim osobama kako bi što duže ostali u vlastitom domu uz razvijanje socijalnih i zdravstvenih usluga, u tranzicijskim zemljama češće rješenje je institucionalni smještaj. Kvaliteta dugotrajne skrbi za starije osobe varira od zemlje do zemlje, kao i unutar same države, a usluge često ne zadovoljavaju potrebe pojedinaca. Postoje brojni prigovori i primjeri koji ukazuju na nedostatnu kvalitetu usluga u svim trima modelima: neadekvatni smještaj, nemogućnost održavanja socijalnih kontakata, nepoštivanje privatnosti te nepoštivanje individualnih potreba u domovima za starije osobe. Hrvatska nastoji povećati svijest o potrebi razvijanja oba pristupa, posebno gerontoloških centara, te u određenim slučajevima smještaja starijih osoba u udomiteljske obitelji kao zamjenu za vlastiti dom. Koncept "kvalitete skrbi" još je uvijek teško mjerljiv, posebno u kontekstu skrbi u domovima za starije osobe. Tri su područja skrbi na temelju kojih se može procijeniti kvaliteta u institucionalnom smještaju su: struktura, proces i ishod. Struktura se odnosi na smještajne kapacitete uključujući fizičko okruženje i opremu. Proces se bavi provođenjem skrbi, dok ishod označava krajnji rezultat skrbi. Ta tri područja su međusobno povezana u pružanju skrbi.

Analiza i evaluacija svih triju područja kvalitete nužni su za donošenje mjera za poboljšanje kvalitete. Većina stručnjaka slaže se da je lakše mjeriti i procjenjivati procese nego ishode skrbi te da kod starijih osoba dobro provođenje procesa skrbi ne jamči uvijek najbolji ishod, ali dobra stručna praksa povećava mogućnost postizanja željenog ishoda. Kvaliteta skrbi podrazumijeva mnogo širi spektar aktivnosti u odnosu na tradicionalnu zdravstvenu zaštitu, kao što je bolnička zdravstvena zaštita, jer korisnici u tim ustanovama također i žive. U institucionalnoj skrbi kvaliteta života usko je povezana s kvalitetom socijalne skrbi. Prema istraživanju koje su proveli O'Reilly i suradnici, korisnicima je često manje važna sama njega, a više osjećaj doma. Zbog toga Wiener i suradnici preporučuju da se kvaliteta institucionalne skrbi procjenjuje prema pokazateljima koji ocjenjuju opće zdravstveno stanje, funkcionalni status, mentalno zdravlje, udobnost smještaja, emocionalni status, privatnost i autonomiju. Isti također predlažu da se kvaliteta kliničke zaštite procjenjuje kroz pokazatelje poput učestalosti dekubitusa, inkontinencije, pravilne hidratacije, učestalosti infekcija, integriteta kože i polifarmacije, odnosno prevencije pojavnosti „4N” [13].

4. Odluka o skrbi u vlastitom domu ili u domu za starije osobe

Odluka o smještanju osobe s demencijom u dom ili ostavljanju kod kuće jedna je od najtežih odluka u skrbi za oboljele. Ne može se sa sigurnošću reći koja je opcija ispravna. Navedeno je da je bolest progresivna, nepredvidiva i ne zna se kako će se razvijati kod pojedinca. Osim što treba uzeti u obzir potrebe osobe koja boluje od demencije, važno je također razmisliti i o tome što je najbolje za skrbnika i druge uključene osobe, poput ostalih članova obitelji. Briga za voljenu osobu s demencijom uvijek će biti teška i postajat će sve izazovnija s vremenom. Fizička i psihička iscrpljenost utječe na sve osobe koje su uključene u skrb. Obitelji se često suočavaju s poteškoćama, djeca mogu biti zapostavljena jer je teško sve balansirati. Također, iscrpljenost njegovatelja, frustracija i stres mogu značajno utjecati na kvalitetu života osobe s demencijom, stoga je možda bolje smjestiti osobu u dom gdje su sigurni, posebice ako njegovatelji primijete da njihove negativne emocije utječu na oboljelog člana obitelji. Često obitelj, skrbnici i neformalni njegovatelji smatraju da je smještaj oboljele osobe u dom za starije najgore što mogu učiniti svojim bližnjima. Osjećaju se kao da su ih iznevjerili i preplavljeni su osjećajem krivnje. Važno je razumjeti i prihvatiti da je smještaj u dom u tom trenutku najbolja i najsigurnija opcija za osobe oboljele od demencije. U uznapredovaloj fazi demencije, nemoguće je brinuti se za osobu 24 sata dnevno bez štetnih posljedica po vlastito zdravlje, kao i zdravlje te osobe. Također, potrebno je shvatiti da neformalni njegovatelji, posebice oni koji nisu medicinske struke, ne mogu pružiti skrb koju mogu osigurati zdravstveni djelatnici u ustanovi. Naravno, postoje osobe koje su imale loša iskustva u domovima za starije osobe, stoga je važno pažljivo odabrati dom, ali ne i odbaciti sve mogućnosti [14].

4.1 Prednosti boravka u vlastitom domu

Kako demencija napreduje, oboljela osoba zahtijeva sve više pomoći drugih osoba u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života. Postoje brojne prednosti u ostanku osobe s demencijom u vlastitom domu što je duže moguće. Međutim, treba imati na umu da u većini slučajeva u nekom trenutku to jednostavno više neće biti moguće i njegovatelji ne bi trebali osjećati krivnju zbog istog. Neke od prednosti ostanka u vlastitom domu uključuju:

- oboljela osoba je u svojoj poznatoj okolini u kojoj se dobro snalazi, što često pomaže u održavanju adekvatnih kognitivnih funkcija duže vrijeme
- znakovi progresije bolesti mogu biti manje očigledni i izraženi jer osoba zna funkcionirati u poznatom okruženju.
- oboljela osoba je okružena svojom obitelji, susjedima, prijateljima
- neke osobe ne podnose dobro promjene i mogu biti jako uznemirene zbog preseljenja (obično tijekom prvih nekoliko tjedana dok se ne priviknu na novu okolinu) što može negativno utjecati na njihovo stanje i simptome bolesti
- domovi za starije osobe, posebice oni koji imaju odjele za Alzheimerovu demenciju, često su skupi i teško dostupni [14].

4.2 Prednosti doma za starije osobe

Osobe oboljele od demencije u kasnoj fazi bolesti postaju gotovo u potpunosti ovisne o pomoći drugih osoba i na kraju gube kontrolu nad kretanjem i ostalim važnim funkcijama. Potrebna im je 24-satna njega i nadzor. Ne mogu komunicirati, ne mogu reći ako ih nešto boli, te su osjetljiviji na infekcije (posebno infekcije urinarnog trakta) i upalu pluća, koja često može dovesti do smrti. U ranim fazama bolesti, oboljelim osobama može biti potrebna minimalna njega i skrb, što omogućava da se o njima brine kod kuće. Čak i oni s umjerenom Alzheimerovom bolešću mogu dobiti dovoljnu podršku od obitelji ili kroz usluge pomoći u kući, dokle god bolest ne ugrožava njihovu sigurnost. Mogu izvoditi svakodnevne aktivnosti uz određenu pomoć. Međutim, bolest će neizbježno napredovati te će oboljeloj osobi biti potrebna cjelodnevna institucionalna skrb. Većini ljudi nikada neće biti savršeno vrijeme za smjestiti člana obitelji u dom, ali ako je osobi potreban 24-satni nadzor i medicinska skrb kako bi ostala sigurna i imala dobru kvalitetu života, jedina opcija može biti preseljenje u dom za starije osobe. U većini slučajeva, osoba oboljela od demencije više nije u stanju sama odlučiti želi li otići u dom ili ne. Zato je važno na vrijeme razgovarati (čak i prije mogućeg razvoja bolesti) o željama koje oboljela osoba ima za budućnost. Potrebno je naglasiti da postoje bolji i lošiji domovi za starije osobe, zato je ključno dobro istražiti i provjeriti domove. Općenite prednosti domova za starije osobe uključuju:

- prisutnost stručnog medicinskog osoblja 24 sata dnevno- osoblje je obučeno za pružanje specifične njege potrebne osobama oboljelih od demencije

- osiguran nadzor i sigurnost- zatvoreni odjeli, medicinski kreveti sa senzorima, ergonomski namještaj
- socijalizacija i aktivnosti: život s drugim osobama i sudjelovanje u raznim radnim, okupacijskim i društvenim aktivnostima može pozitivno djelovati na osobe oboljele od demencije
- posjete umjesto stalne brige i nadzora- posjećivanje bliske, voljene osobe u domu omogućuje da članovi obitelji uživaju u zajedničkom vremenu bez dodatnog pritiska i brige
- upravljanje lijekovima- pažljivo reguliranje i davanje lijekova, kontinuirana provjera terapije od strane zdravstvenih djelatnika te uočavanje ako terapija ne odgovara
- liječničke kontrole- liječnici su dostupni u domu što uvelike olakšava obavljanje pregleda [14].

5. Međuprofesionalna suradnja u skrbi za osobu oboljelu od AD

Malo je istraživanja usmjerenih na međuprofesionalnu suradnju u skrbi za osobe oboljele od demencije. Općenito, koncepti kolaborativne skrbi se razlikuju, na primjer neki koncepti se odnose na suradnju unutar određenih timova ili između različitih vrsta stručnjaka, dok drugi koriste širu perspektivu koja se usredotočuje na suradnju između organizacija i među okruženjima. Većina istraživanja se bavi međuprofesionalnom suradnjom između medicinskih sestara i liječnika, također, u istraživanjima se navodi da uspješna suradnja između zdravstvenih djelatnika ovisi o brojnim aspektima. Čimbenici interakcije između zdravstvenih djelatnika su tema koja se najčešće istražuje, dok su utjecaj organizacije i zdravstvenog sustava rijetko u fokusu istraživanja [15].

5.1 Suradnja i koordinacija zdravstvenih usluga za osobe oboljele od AD

Suradnja i koordinacija među različitim zdravstvenim uslugama naglašavaju se kao ključne za pružanje odgovarajuće skrbi osobama starije životne dobi koje boluju od demencije. Svjetska zdravstvena organizacija opisuje koordinaciju skrbi kao proaktivan pristup koji uključuje suradnju stručnjaka i pružatelja usluga kako bi se zadovoljile potrebe korisnika, osiguravajući integriranu skrb usmjerenu na oboljelu osobu u različitim okruženjima. Okvir Svjetske zdravstvene organizacije za integraciju skrbi za starije osobe zahtijeva razmatranje i djelovanje na više razina, a to su makrorazina (npr. dostupnost usluga, financiranje, smjernice), mezorazina (npr. koordinacija usluga koje pružaju multidisciplinarni timovi) i mikrorazina (npr. osobno usmjereni ciljevi). Također, suradnja i koordinacija mogu uključivati stručnjake s različitim disciplinarnim iskustvima koji rade na istoj ili različitim razinama unutar iste ili različitih zdravstvenih usluga. Røsvik i sur. ispitali su kako se može poboljšati pristup i korištenje formalnih usluga u zajednici. Otkrili su pet različitih vrsta intervencija: vođenje slučaja, financijska potpora, poboljšanje upućivanja, povećanje svijesti i informiranje te usmjerenost na bolničko liječenje. U proces koordinacije zdravstvenih i socijalnih usluga za osobe oboljele od demencije uključeni su različiti stručnjaci (npr. socijalni radnici, medicinske sestre) ili multidisciplinarni timovi. Multidisciplinarni timovi koji surađuju mogu osigurati učinkovitiju primarnu, sekundarnu i tercijarnu skrb za osobe oboljele od demencije. Ključna je adekvatna podrška prilikom koordinacije usluga i razmjene informacija između različitih zdravstvenih usluga i pružatelja skrbi, a proučavana je

komunikacija putem zakazanih sastanaka, konferencija o slučajevima i web-stranica. O suradnji i koordinaciji između različitih djelatnika u sustavu socijalne skrbi te njihovim posljedicama za pojedince i njihove bližnje, još uvijek se zna malo. Istraživanja koordinacije zdravstvenih i socijalnih usluga za starije osobe s demencijom najčešće su se fokusirala na upravljanje slučajem ili upravljanje skrbi. Upravljanje slučajem opisuje se kao složena intervencija za prepoznavanje i zadovoljenje potreba osoba oboljelih od demencije te za koordinaciju medicinskih i socijalnih usluga. Proces i provedba upravljanja slučajem razlikuju se između zemalja zbog različitih načina organizacije usluga, sustava upravljanja, politika financiranja te kulturoloških razlika. Iako mnoge zemlje zakonski zahtijevaju suradnju i koordinaciju između različitih usluga i stručnjaka, očekivani rezultati su pravedna, točna i učinkovita skrb za starije osobe, no navedeno često izostaje [15].

5.2 Suradnja između zdravstvenih djelatnika i neformalnih negovatelja- očekivanja i poteškoće

Zdravstveni djelatnici kao i neformalni negovatelji navode da je prvi kontakt i pristup značajan izazov za učinkovitu suradnju. Zdravstveni djelatnici ističu da im je teško uspostaviti kontakt s neformalnim negovateljima te razvijaju strategije kako bi olakšali tu komunikaciju, poput prepoznatljivosti kako bi obitelji mogle lako identificirati pružatelje skrbi ili usluga. Također, naglašavaju važnost povezivanja s drugim zdravstvenim djelatnicima i službama kako bi brzo mogli usmjeriti obitelji na odgovarajuće institucije. Neformalni negovatelji često prvi put kontaktiraju zdravstvene djelatnike tijekom „krize“ što otežava dobru suradnju. Očekivanja neformalnih negovatelja u pogledu dostupne podrške su visoka tijekom „krize“, dok su mogućnosti zdravstvenih djelatnika ograničene. Zdravstveni djelatnici ne mogu brzo uspostaviti stabilnu mrežu usluga što može dovesti do neočekivanog prijema u ustanove za dugotrajnu skrb. Neformalni negovatelji također vide pristup i prvi kontakt kao veliki izazov, često zbog vlastitih unutarnjih prepreka ili nesigurnosti oko važnih odluka, poput postavljanja dijagnoze, korištenja stručne podrške zajednice ili prelaska u ustanovu za dugotrajnu skrb. Zbog toga može proći dosta vremena prije nego što potraže stručnu podršku. Zdravstveni djelatnici ističu važnost određenih vještina i stavova za dobru suradnju s neformalnim negovateljima, kao što su otvorenost, pristupačnost i proaktivnost. Neformalni negovatelji očekuju od zdravstvenih djelatnika da budu strpljivi i pristupačni, uključujući iskrenost o

ograničenjima profesionalne podrške umjesto davanja neispunjivih obećanja. Neformalni negovatelji također naglašavaju važnost da zdravstveni djelatnici cijene njihovo znanje i iskustvo u skrbi za osobu oboljelu od demencije jer navedeno značajno doprinosi kvaliteti skrbi usmjerenoj na potrebe pacijenta. Kada se savjeti neformalnih negovatelja ne uzmu u obzir, to se smatra glavnom preprekom u dobroj suradnji. Također, izgradnja povjerljivog odnosa je ključna. Zdravstveni djelatnici ističu potrebu za odnosom povjerenja kao bitnim preduvjetom dobre suradnje, iako taj aspekt nije toliko izražen u skupinama neformalnih negovatelja. Neformalni negovatelji također smatraju stručnost u demenciji važnim preduvjetom dobre suradnje, dok to zdravstveni djelatnici rijetko spominju. Podrška mora biti prilagođena potrebama neformalnih negovatelja, a nefleksibilne strukture i usluge se doživljavaju negativno i otežavaju dobru suradnju, poput službi za kućnu njegu koje nude pomoć samo u određenom vremenskom razdoblju svaki dan [16].

5.3 Suradnja između zdravstvenih djelatnika- očekivanja i poteškoće

Jedan od izazova kod suradnje između zdravstvenih djelatnika je nedostatak dostavljenih informacija. Nesmetan prijenos informacija ključan je za suradnju između zdravstvenih djelatnika. Bez dovoljno informacija, nema temelja za suradnju, što je posebno veliki problem pri prijelazima između bolničke i društvene skrbi. Kako bi se omogućila kontinuirana skrb vrlo su važni adekvatan prijenos i korištenje informacija. Posebno se ističe važnost djelatnike. Motivacija i definirani ciljevi su nužni za učinkovitu suradnju među zdravstvenim djelatnicima. Osim toga, osobni odnos je važan faktor u međuprofesionalnoj suradnji, a doprinosi međusobnom razumijevanju i poboljšava komunikacijske strukture. Vremenska ograničenja i nedostatak financijske naknade često se navode kao glavne prepreke, kako među zdravstvenim djelatnicima, tako i između zdravstvenih djelatnika i neformalnih negovatelja [16].

6. Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije - sestrinske dijagnoze

Medicinske sestre se gotovo svakodnevno susreću s pacijentima koji boluju od demencije. Intervencije koje će medicinska sestra provoditi ovise o stupnju, odnosno stadiju demencije. Intervencije najčešće obuhvaćaju pomoć pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, kao što su na primjer hranjenje, osiguravanje hidratacije, eliminacija otpadnih tvari te psihološka podrška. Kako bi kvaliteta zdravstvene skrbi bila adekvatna, potrebno je voditi se načelima holističkog pristupa. Prethodno su navedene moguće komplikacije koje se mogu razviti kako bolest napreduje, a u tom periodu vrlo važnu ulogu ima obitelj oboljele osobe, budući da se mogu naći u situaciji da moraju donijeti neke odluke umjesto pacijenata (hranjenje na sondu, reanimacija, liječenje infekcija). Važan dio zdravstvene skrbi koju pružaju medicinske sestre je komunikacija i stvaranje osjećaja povjerenja s članovima obitelji oboljele osobe, kao i edukacija. [17, 18].

6.1 Anksioznost

Prema definiciji Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS) anksioznost se definira kao „nejasan osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom, najčešće uzrokovan prijetećom opasnosti, gubitkom kontrole i sigurnosti s kojom se pojedinac ne može suočiti“.

Intervencije medicinskih sestara kod anksioznosti:

- stvoriti profesionalan empatijski odnos - pacijentu pokazati razumijevanje njegovih osjećaja
- stvoriti osjećaj sigurnosti
- biti uz pacijenta kada je to potrebno
- opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima (smanjena komunikativnost, razdražljivost do agresije...)
- pacijenta upoznati s okolinom, aktivnostima, osobljem
- redovito informirati pacijenta o tretmanu i planiranim postupcima.
- koristiti razumljiv jezik pri poučavanju i informiranju pacijenta
- osigurati mirnu i tihu okolinu: smanjenje buke, primjena umirujuće glazbe i sl.

- potaknuti pacijenta da potraži pomoć od sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost
- potaknuti pacijenta da prepozna situacije (činitelje) koji potiču anksioznost
- predložiti psihijatrijsku procjenu i tretman ukoliko su simptomi anksioznosti i dalje prisutni
- stvoriti sigurnu okolinu za pacijenta (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede...) [19].

6.2 Smanjena mogućnost brige o sebi- oblačenje/dotjerivanje

Definicija- stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu.

Intervencije medicinske sestre:

- Definirati situacije kada pacijent treba pomoć
- Poticati pacijenta da koristi propisana protetska pomagala: naočale, leće, slušni aparat...
- Pomoći pacijentu u namještanju / korištenju pomagala
- Osigurati dovoljno vremena za oblačenje i presvlačenje
- Svu potrebnu odjeću, pribor, pomagala staviti na dohvat ruke pacijenta
- Odabrati najprikladnije pomagalo i poticati na korištenje: odjevni predmeti na čičak...
- Pomoći pacijentu koristiti pomagalo
- Odabrati prikladnu odjeću: izabrati široku i udobnu odjeću, ne preširoku da pacijent ne padne, elastičnu, jednostavnog kopčanja.
- Pomoći pacijentu odjenuti potrebnu odjeću [19].

6.3 Smanjena mogućnost brige o sebi- eliminacija

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

Intervencije medicinske sestre:

- 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 u neposrednoj blizini pacijenta tijekom eliminacije
- Pripremiti krevet i pomagala za eliminaciju u krevetu: pelene, ulošci, guske, nepropusne podloge, noćna posuda, sani kolica...
- Osigurati dovoljno vremena, ne požurivati pacijenta.
- Osigurati privatnost.
- Poticati pacijenta da sudjeluje u izvođenju aktivnosti sukladno svojim sposobnostima.
- Ukloniti prostorne barijere - sigurna okolina [19].

6.4 Smanjena mogućnost brige o sebi- osobna higijena

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

Intervencije medicinske sestre:

- Osigurati potreban pribor i pomagala za obavljanje osobne higijene i poticati ga da ih koristi.
- Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme, ako je to moguće, te tijekom izvođenja aktivnosti poticati pacijenta na povećanje samostalnosti.

- Osigurati privatnost.
- Primijeniti propisani analgetik ili druge metode ublažavanja boli 30 minuta prije obavljanja osobne higijene.
- Potreban pribor i pomagala staviti na dohvat ruke
- Okolinu učiniti sigurnom za obavljanje aktivnosti: sprječavanje pada.
- Koristiti pH neutralni sapun, naročito u predjelu genitalne i aksilarne regije
- Ne koristiti grube trljačice i ručnike.
- Utrljati losion u kožu po završenom kupanju [19].

6.5 Visok rizik za pad

Definicija- stanje u kojem je povećan rizik za pad uslijed međudjelovanja osobitosti pacijenta i okoline

Intervencije medicinske sestre:

- Uputiti pacijenta u postojanje rizika za pad
- Staviti zvono na dohvat ruke
- Postaviti pacijentu sve potrebne stvari na dohvat ruke
- Ukloniti prepreke iz pacijentove okoline
- Postaviti krevet na razinu dogovorenu s pacijentom
- Preporučiti obitelji donošenje prikladne odjeće i obuće
- Koristiti zaštitne ogradice na krevetu
- Podučiti pacijenta i obitelj o čimbenicima rizika, padu i mjerama prevencije
- Podučiti pacijenta o korištenju pomagala i rukohvata
- Dokumentirati i prijaviti spriječeni incident
- evidentirati sve postupke
- Planirati fizioterapeuta u skrb za bolesnika [20].

6.6 Visok rizik za infekciju

Prema Hrvatskoj Komori Medicinskih sestara, sestrinska dijagnoza „Visok rizik za infekciju“ definira se kao stanje u kojem je pacijent izložen riziku nastanka infekcije uzrokovane patogenim mikroorganizmima koji potječu iz endogenog i/ili egzogenog izvora.

Intervencije medicinske sestre:

- Mjeriti vitalne znakove (tjelesnu temperaturu afebrilnim pacijentima mjeriti dva puta dnevno, te izvijestiti o svakom porastu iznad 37°C).
- Pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima.
- Pratiti izgled izlučevina.
- Održavati higijenu ruku prema standardu.
- Obučiti zaštitne rukavice prema standardu.
- Primijeniti mjere izolacije pacijenata prema standardu.
- Poučiti posjetitelje higijenskom pranju ruku prije kontakta s pacijentom.
- Održavati higijenu prostora prema standardnoj operativnoj
- Održavati higijenu perianalne regije nakon eliminacije prema standardu.
- Provoditi higijenu usne šupljine prema standardu.
- Aspiracija dišnog puta prema standardu.
- Primijeniti antibiotsku profilaksu prema pisanoj odredbi liječnika [20].

6.7 Poremećaj misaonog procesa

Sestrinska dijagnoza „Poremećaj misaonog procesa“ se definira kao nemogućnost točne i precizne obrade misli.

Intervencije medicinske sestre:

- Osigurati dovoljno vremena za razgovor.
- Govoriti polako i razgovjetno te osigurati dovoljno vremena za odgovor.
- Bilježiti i izvještavati o pacijentovim misaonim procesima.
- Orijentirati pacijenta u vremenu i prostoru.
- Osigurati pacijentove osobne predmete (staviti ih u blizinu, uvijek na isto mjesto...).

- Omogućiti nesmetan odmor.
- Ohrabriti pacijenta da izrazi osjećaje.
- Napraviti plan dnevnih aktivnosti.
- Primijeniti propisanu terapiju.
- Pratiti i bilježiti pozitivne i negativne reakcije na terapiju.
- Osigurati nadzor pacijenta.
- Koristiti sigurnosne mjere (zvono nadohvat ruke, krevet na sniženu razinu).
- Uključiti članove obitelji u brigu o pacijentu [20].

7. Zaključak

Alzheimerova demencija je karakterizirana progresivnim, ireverzibilnim gubitkom kognitivnih funkcija koje imaju veliku ulogu u održavanju aktivnog života neovisno o drugim osobama te kao takva predstavlja veliki javnozdravstveni problem. Točan uzrok bolesti nije poznat, a smatra se da ključnu ulogu u nastanku bolesti imaju genetska predispozicija i stil života. AD započinje postepenim gubitkom pamćenja, a kako bolest napreduje dolazi do poteškoća u razmišljanju i obavljanju aktivnosti svakodnevnog života. AD je neizlječiva bolest, a poznati tretmani mogu ublažiti simptome bolesti i usporiti napredovanje iste, no ne mogu ih u potpunosti izliječiti i zaustaviti. Važnu ulogu u cijelom procesu ima rano postavljanje dijagnoze. Kako je AD vrlo raširena bolest, potrebno je kontinuirano podizati svijest i educirati opću populaciju o demenciji. Upravo obitelj ili druge osobe koje žive s osobom oboljelom od AD imaju ključnu ulogu u prepoznavanju simptoma AD i ranom reagiranju kako bi liječnik što prije postavio ispravnu dijagnozu. Kako bolest napreduje, osoba postaje sve ovisnija o pomoći drugih osoba, obično neformalnih njegovatelja koji se do određene mjere mogu brinuti o oboljeloj osobi. Odluka o smještanju osobe s demencijom u dom ili ostavljanju kod kuće jedna je od najtežih odluka u skrbi za oboljele te se ne može se sa sigurnošću reći koja je opcija ispravna. Obje opcije imaju svoje prednosti i nedostatke koji su navedeni prethodno u radu, a na oboljeloj osobi i članovima obitelji je da se odluče za jednu od opcija koju smatraju najboljom, odnosno za onu koja će održavati kvalitetu života oboljele osobe na adekvatnoj razini. Kako bi se poboljšao ishod AD ključan je sveobuhvatan pristup koji uključuje prevenciju, rano postavljanje dijagnoze, adekvatno liječenje i podršku oboljeloj osobi i članovima obitelji.

8. Literatura

- [1] <https://www.nakladaslap.com/public/docs/knjige/Iskustvo%20starenja%20-%201%20poglavlje.pdf>
- [2] E. Pozvek: Pamćenje, Varaždinski učitelj- digitalni stručni časopis za odgoj i obrazovanje, br. 14, 2024, str. 3-7 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/453029>
- [3] N. Bansal, M. Parle: Dementia, Journal of Pharmaceutical Technology, Research and Management, br. 2, 2014, str. 29-45 Dostupno na: <https://jptrm/article/view/70/>
- [4] S. Doung, T. Patel, F. Chang: Dementia, Canadian Pharmacists Journal/Revue des pharmaciens du Canada, br. 2, ožujak 2017, str. 118-129 Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5384525/>
- [5] <https://www.centarzdavlja.hr/zdrav-zivot/treca-dob/sedam-stadija-demencije/> dostupno 1.6.2024.
- [6] A. Kumar, J. Sidhu, F. Lui, J. W. Tsao: Alzheimer Disease, StatPearls, br. 2, veljača 2024, str. 4-15 Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499922/>
- [7] J. M. Long, D. M. Holtzman: Alzheimer Disease: An update on Pathobiology and Treatment Strategies, Cell, br. 2, listopad 2019, str. 312-339. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31564456/>
- [8] P. Presečki, N. Mimica: Alzheimerova bolest – epidemiologija, dijagnosticiranje I standardno farmakološko liječenje, Medix Specijalizirani medicinski dvomjesečnik, br. 101, studeni 2012, str. 8-14 Dostupno na: <https://www.medix.hr/alzheimerova-bolest-epidemiologija-dijagnosticiranje-i-standardno-farmakolosko-lijecenje>
- [9] <https://www.healthdirect.gov.au/mini-mental-state-examination-mmse> dostupno 1.6.2024.
- [10] F. Borovečki: Rana dijagnoza Alzheimerove bolesti, Medicus, br. 1, 2019, str. 23-26 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/216808>
- [11] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> dostupno 1.6.2024.
- [12] J. Mali, A. Kejžar: Model integrirane skrbi za osobe s demencijom – primjer inovacije u dugotrajnoj skrbi sa smještajem u Sloveniji, Ljetopis socijalnog rada, br. 3, 2019, str. 447-469 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/342011>

- [13] A. Stavljenić-Rukavina, S. Tomek Roksandić: Kvaliteta integrirane skrbi za osobe starije dobi, Zbornik sveučilišta Libertas, br. 1-2, rujan 2017, str. 347-349 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/file/282112>
- [14] <https://demencija.net/a/smjestaj-osobe-s-demencijom-u-dom-za-starije-staracki-dom-zagreb-hrvatska-dementne-osobe> dostupno 10.6.2024.
- [15] J. Österholm, A. Nedlund, A. L. Ranada: Collaboration and coordination of health and care services for older people with dementia by multidisciplinary health and care providers: a scoping review protocol, BMJ Journals, br. 3, 2022, str. 315-322 Dostupno na: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/12/e066578.info>
- [16] A. Stephan, R. Mohler, A. Giuteras, R. Meyer: Successful collaboration in dementia care from the perspectives of healthcare professionals and informal carers in Germany: results from a focus group study, BMC health services research, br. 208, 2015, str. 112-119 Dostupno na: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0875-3>
- [17] D. Šimleša: Demencije i suvremeni sestrinski pristup demencijama, Završni rad, 2014 Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:305745>
- [18] L. C Hanson, S. Zimmerman, M. K. Song i sur.: Effect of the Goals of Care Intervention for Advanced Dementia: A Randomized Clinical Trial, JAMA Internal Medicine, br.1, siječanj 2017, str. 24-31 Dostupno na: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2587643>
- [19] S. Šepec, B. Kurtović, T. Munko i sur.: Sestrinske dijagnoze, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011 Dostupno na: https://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf
- [20] M. Kadović, D. Abou Aldan, D. Babić i sur.: Sestrinske dijagnoze II, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013 Dostupno na: <https://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/05/Sestrinske-dijagnoze-2.pdf>

9. Popis slika

Slika 2.2.2 1 Mini Mental Test.....	8
-------------------------------------	---



IZJAVA O AUTORSTVU

Završni/diplomski/specijalistički 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, DRAGANA KUKOLJICA (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog/specijalističkog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Integrirani skrb za osobe oboljele od ABZ (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

(vlastoručni potpis)

Sukladno članku 58., 59. i 61. Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti završne/diplomske/specijalističke radove sveučilišta su dužna objaviti u roku od 30 dana od dana obrane na nacionalnom repozitoriju odnosno repozitoriju visokog učilišta.

Sukladno članku 111. Zakona o autorskom pravu i srodnim pravima student se ne može protiviti da se njegov završni rad stvoren na bilo kojem studiju na visokom učilištu učini dostupnim javnosti na odgovarajućoj javnoj mrežnoj bazi sveučilišne knjižnice, knjižnice sastavnice sveučilišta, knjižnice veleučilišta ili visoke škole i/ili na javnoj mrežnoj bazi završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice, sukladno zakonu kojim se uređuje umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.