Sestrinska skrb za bolesnike s Parkinsonovom bolesti

Strupar, Adrijana

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:019259

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 731/SS/16

Sestrinska skrb za bolesnike s Parkinsonovom bolesti

Adrijana Strupar, 5490/601

Varaždin, veljača 2017.

Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 731/SS/16

Sestrinska skrb za bolesnike s Parkinsonovom bolesti

Student

Adrijana Strupar, 5490/601

Mentor

Jurica Veronek, mag. med. techn.,viši predavač

Varaždin, veljača 2017.

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR-42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti
PRISTUPNIK	Adrijana Strupar
MATIČNI BROJ	5490/601
DATUM	04.07.2016.
KOLEGIJ	Zdravstvena njega odraslih I
NASLOV RADA	Sestrinska skrb za bolesnike s Parkinsonovom bolesti
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing care of patients with Parkinson's disease
MENTOR	Jurica Veronek, mag.med.techn.
ZVANJE	viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, predsjednik
2. Jurica Veronek, mag.med.techn., mentor
3. Damir Poljak, dipl.med.techn., član
4. Pavao Vlahek, dr.med., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ 731/SS/2016

OPIS

Parkinsonova bolest označava jednu od neurodegenerativnih bolesti, a pogađa 1% populacije starije od 65 godina. Prema literaturi, Parkinsonova bolest je progresivna bolest mozga, nepoznatog uzroka karakterizirana četirima kardinalnim simptomima: sporošću pokreta (bradikinezija), finim ritmičkim tremorom, ukočenošću mišića (rigorom) i gubitkom posturalnih refleksa. U poslu medicinskih sestara/tehničara posjedovanje stručnih znanja i vještina od iznimne su važnosti kako bi bolesnik dobio najbolju moguću skrb. S obzirom da svaki bolesnik ima različite potrebe i probleme medicinskim sestrama je omogućena izrada individualnog plana zdravstvene njege. Edukaciju oboljelih osoba i njihove obitelji provode medicinske sestre s ciljem da razumiju bolest i njezine simptome, shvate važnost terapije i program vježbi, prepoznaju neželjene terapijske manifestacije, promjene u raspoloženju i ponašanju te da podržavaju zdrav životni stil onoliko koliko to bolest dozvoljava. Liječenje Parkinsonove bolesti je zasad ograničeno samo na kontrolu simptoma, a osnovni cilj liječenja je održati bolesnika samostalnim što je dulje moguće.

U radu je potrebno:
- definirati pojam Parkinsonove bolesti
- opisati kliničku sliku Parkinsonove bolesti
- ukazati na specifičnosti u pristupu i radu s oboljelima
- definirati ciljeve u uključivanju bolesnika u svakodnevne životne aktivnosti
- navesti intervencije i zadaće medicinske sestre
- citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN 25.08.2016. POTPIS MENTORA

REPUBLIKA HRVATSKA SVEUČILIŠTE SJEVER KNJIŽNICA SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem se mentoru Jurici Veroneku mag.med.techn. koji je pratio cijeli proces nastajanja završnog rada i svojim savjetima i entuzijazmom usmjeravao me kako da prevladam probleme koji bi se pojavili prilikom izrade završnog rada. Zahvaljujem i svojim roditeljima što su mi omogućili studiranje,što su vjerovali u mene i kroz cijeli studij bili velika podrška.

Sažetak

Parkinsonova bolest je progresivno neurološko stanje koje narušava sposobnost pokreta te je prepoznata kao poremećaj kretanja. Pripada skupini neurodegenerativnih bolesti, uzrokovana je degeneracijom neurona u supstanciji nigri. Bolest se obično polagano razvija pa može proći i nekoliko mjeseci, a i godina prije nego bolesnik primjeti da ima tegoba. Dijagnoza se postavlja klinički. Na Parkinsonovu bolest treba posumnjati u bolesnika s karakterističnim tremorom u mirovanju, smanjenom pokretljivošću ili rigiditetom. Za sada nema lijeka koji bi bolest potpuno zaustavio. Ciljevi liječenja su utjecati na simptome i na njihovo ublažavanje. Parkinsonova bolest posebno zahtjeva pravilnu i uravnoteženu prehranu kako bi se postigla zadovoljavajuća razina energije i bolji učinak lijekova. Demencija je česta komplikacija Parkinsonove bolesti. Bolest nizom simptoma direktno narušava kvalitetu života, ali i socijalnu uključenost bolesnika. Premda trenutno postoji više modela njege, najčešće medicinske sestre/tehničari rade iz monodisciplinarnog ili konzultantskog kuta gledanja. Zdravstvena njega bolesnika jedan je od važnih čimbenika u procesu skrbi za oboljelog od Parkinsonove bolesti, a mora biti dobro isplanirana i individualizirana (prilagođena bolesniku i njegovim potrebama). Zdravstvena njega bolesnika zahtijeva holistički pristup, a usmjerena je na zadovoljavanje njihovih potreba, sprječavanje komplikacija, dugotrajnije očuvanje samostalnosti te edukaciju bolesnika i njegove obitelji.

Ključne riječi: Parkinsonova bolest, simptomi, liječenje, sestrinska skrb

Summary

Parkinson disease is progressive neurological condition that disrupts ability of movement and is recognized as movement disorder. It belongs to a group of neurodegenerative diseases, it is caused by degeneration of neurons in supstantia nigra. Disease ussualy have slow development and it can take few months before patient recognize difficulties. Diagnosis is made clinically. You have to suspect on Parkinson disease when patient have characteristic tremor when resting, reduced mobility and rigidity. For now, there is no cure that can completely stop disease. The goals of treatment is to affect symptoms and easet hem. Parkinson disease demands correct and balanced nutrition to achieve satisfactory level of energy and better drugs performance. Dementia is a common complication of Parkinson disease. Disease, with it's symptoms, directly disrupts quality of life and social inclusion of patient. Although several models of care currently exist, most practitioners operate from a monodisciplinary or a consultative standpoint. Nursing care is one of the important factors in care process of PD patient, and it has to be well planned and individualized (adapted to the patient and his needs). Nursing care demands holistic approach, it is directed to satisfy their needs, to prevent complications, to preserve independence as long as possible and to educate the patient and his family.

Keywords : Parkinson's disease, symptoms, treatment, nursing care

Popis kratica

SN - supstancija nigra

UPDRS – ujedinjena ljestvica za procjenu Parkinsonove bolesti

KOMT - katekol-o-metil transferaza

CT– kompjuterizirana tomografija

MRI – magnetska rezonanca

NNR – neurorehabilitacija&neuralni oporavak

DBS – duboka stimulacija mozga

PEG – perkutana endoskopska gastrostomija

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Parkinsonova bolest 2
2.1. Etiologija i patofiziologija 3
2.2. Epidemiologija 4
2.3. Simptomi bolesti 5
2.4. Dijagnoza 6
2.5. Liječenje Parkinsonove bolesti 7
2.6. Prehrana 11
2.7. Parkinsonova demencija 12
3. Sestrinska skrb za oboljele od Parkinsonove bolesti 13
3.1. Modeli njege 14
3.2. Problemi s disanjem 15
3.3. Problemi vezani uz prehranu i tekućinu 15
3.4. Problemi vezani uz eliminaciju otpadnih tvari 16
3.5. Problemi s okruženjem, kretanjem i položajem tijela 16
3.6. Problemi osobne higijene 17
3.7. Komunikacija bolesnika oboljelog od PD 17
3.8. Prikaz slučaja 18
3.9. Uloga medicinske sestre/tehničara u poboljšanju kvalitete života kod oboljelih od Parkinsonove bolesti 22
4. Zaključak 25
5. Literatura 27

1. Uvod

Parkinsonova bolest je progresivna, onesposobljavajuća i vrlo stresna bolest. Stupanj onesposobljenja ovisi o razvoju simptoma bolesti, a može varirati i u jednom danu, osobito u kasnijim fazama bolesti. Neurološki je to poremećaj koji utječe na moždane centre odgovorne za kontrolu i regulaciju pokreta. Karakterizira ju: bradikinezija (usporenostpokreta), tremor i ukočenost mišića (rigor). Bolest se najčešće javlja među osobama u šezdesetim godinama života i drugi je najčešći neurološki poremećaj u starijoj dobi uz Alzheimerovu bolest. Približno jedna od 100 osoba starijih od 60 godina ima Parkinsonovu bolest, a procjenjuje se da obolijeva jedna od 250 osoba starijih od 40 godina. Češće obolijevaju muškarci nego žene. Glavni cilj liječenja je održati bolesnika što duže sposobnim za samozbrinjavanje. Bolest nastaje zbog poremećaja bazalnog ganglija substantia nigra. Ona sadrži posebne stanice koje proizvode dopamin, koji je mozgu neophodan za pravilnu kontrolu i koordinaciju mišića. Stanice polako propadaju što uzrokuje smanjenu proizvodnju dopamina i signali između mozga i mišića postaju nejasni. Uzrok propadanja ovih stanica još nije razjašnjen. [1]

Parkinsonova bolest je najčešća bolest ekstrapiramidnog sustava. To je bolest s poremećajem pokreta. Poremećaj pokreta nastaje zbog smanjenja lučenja kemijske supstancije dopamina u dijelu mozga koji ima važnu ulogu u kontroli voljnih pokreta (bazalni gangliji). U bazalnim ganglijima prisutan je manjak broja stanica koje proizvode dopamin. Uzrok propadanja tih stanica još nije poznat. Bolest je nazvana po liječniku iz Londona, Jamesu Parkinsonu, koji je godine 1817. prvi opisao simptome bolesti. Kako se bolest obično polagano razvija može proći i nekoliko mjeseci, a i godina prije nego bolesnik ustanovi da ima tegoba. Jedan od prvih simptoma često je lagana trešnja ruku ili prstiju, koja se polagano razvija u ritmičko podrhtavanje. Istodobno izvođenje finih ili kompliciranijih pokreta postaje otežano uz ograničenja pokreta, a mišići su ukočeniji uz nespretne rigidne pokrete. Primarni simptomi: tremor (drhtanje ruku, nogu, ponekad glave, vrata, lica i čeljusti), rigor (ukočenost mišića ruku, nogu i vrata) i usporenje pokreta. Ne moraju istodobno biti prisutna sva tri simptoma, niti se javljaju s jednakim intenzitetom. Često su prisutni i sekundarni simptomi: depresija, poremećaji sna, vrtoglavica, smetnje eliminacije, demencija, te smetnje s govorom, disanjem, gutanjem i sekualnom funkcijom. S obzirom na to da postoji široka lepeza sveprisutnih simptoma, poglavito motoričkih koji se javljaju kod oboljelih, Parkinsonova bolest ima veliki

utjecaj na kvalitetu života oboljele osobe. Kvalitetu života teško je izmjeriti i odrediti. Postoje brojni modeli, standardi, indeksi vezani za procjenu kvalitete života. Jedan od prihvaćenih modela određuje domene života po sljedećem kriteriju: život u kući i zajednici, zaposlenje, zdravlje i forma. [2] Sukladno tome proučava se i kvaliteta života oboljelih od pojedinih bolesti, pa tako i od Parkinsonove bolesti. Oboljeli se suočavaju s nepredvidivošću simptoma, promijenjenim stanjem mobilnosti i neizvjesnošću što posredno dovodi do promjena u radnom, obiteljskom i društvenom funkcioniranju. Medicinska sestra pomaže bolesniku prihvatiti svoju bolest i pružajući mu zdravstvenu njegu uči ga različitim mogućnostima rješavanja problema čime istovremeno pomaže i bolesniku i njegovoj obitelji da bi se uspješnije nosili s bolešću. [2] U procesu prihvaćanja bolesti i svih promjena koje ona donosi, bolesniku je od velike važnosti socijalna podrška koja pozitivno djeluje na fizičko i psihičko zdravlje. Zbog progresivne naravi bolesti pojavljuje se i osjećaj bolesnikove nesigurnosti pa je pri tome obitelj ključna u jačanju samopouzdanja. Medicinska sestra za svakog bolesnika treba imati razvijen holistički pristup. Najvažnije u radu medicinske sestre jest upravo prepoznavanje bolesnikovih potreba, izrade plana, odabir intervencija, postizanje cilja te zadovoljavanje bolesnikove potrebe.

2. Parkinsonova bolest

Parkinsonova bolest je progresivno neurološko stanje koje narušava sposobnost pokreta te je prepoznata kao poremećaj kretanja. Parkinsonova bolest je idiopatski, sporoprogresivni degenerativni poremećaj SŽS–a koji se manifestira sporošću i siromaštvom pokreta, mišićnim rigiditetom, tremorom u mirovanju i nestabilnošću pri održavanju položaja tijela.[3] Rezultat je nedostatka dopamina, koji je uzrokovan smrću živčanih stanica u mozgu koje ga proizvode. Bez dopamina, pokreti postaju sporiji, te osobama koje boluju od Parkinsonove bolesti treba duže vremena za obaviti određene radnje.[4] Parkinsonova bolest predstavlja kroničan progresivni poremećaj motorne funkcije koji karakterizira trijas simptoma: bradikineza, rigor, tremor uz pridružene druge simptome. Sindrom je dobio ime prema engleskom liječniku Jamesu Parkinsonu koji je 1817. god. prvi opisao paralysiyagitans kao jedan od oblika tih simptoma. Parkinsonova bolest najčešća je bolest pokreta (bolest bazalnih ganglija). U izvornom nazivu bolesti istaknuta je „kljenut“ iako kljenuti u poznatom smislu nema, ali zbog globalno usporenih i znatno oslabljenih voljnih i emotivnih pokreta bolesnici su u poodmakloj fazi bolesti teško hendikepirani i izgledaju kao da su oduzeti. Može se reći da se kod tog sindroma radi o ekstrapiramidalnoj kljenuti. Parkinsonov sindrom može biti posljedica brojnih stanja i obično se pripisuje lezijama koje zahvaćaju supstanciju nigru i njene eferentne putove.[5] Premda još nije poznat točan uzrok Parkinsonove bolesti, istraživači sumnjaju na kombinaciju genetskih i okolinskih čimbenika koji uzrokuju propadanje stanica koje proizvode dopamin.[6]

Primarno pogađa motorički sustav kao sindrom poremećaja pokreta u kojem prevladavaju tremor, rigiditet, bradikinezija i posturalna nestabilnost. Iako su ovi motorički znakoviključni za dijagnozu bolesti, nemotorički simptomi postaju sve značajniji u ranomotkrivanju i prepoznavanju početnih simptoma Parkinsonove bolesti kao što su kognitivni poremećaji, depresija iautomoni poremećaji.[7] Bolest češće zahvaća muškarce iznad 50 godineživota. Parkinsonova bolest pogađa oko 1% ljudi ≥ 65 godina i oko 0,4% onih > 40 godina. Srednja životna dob oboljelih je ~57 godina. Rijetko Parkinsonova bolest počinje u djetinjstvu ili adolescenciji (juvenilni parkinsonizam).[4]

2.1. Etiologija i patofiziologija

Parkinsonova bolest pripada skupini neurodegenerativnih bolesti, uzrokovana je degeneracijom neurona u supstanciji nigri (SN). Stanice u SN-u proizvode dopamin,neurotransmitor koji se oslobađa u *nucleuscaudatusu* i putamenu, sudjelujući u reguliranju kretnji i održavanju ravnoteže. Smanjena produkcija dopamina uvjetuje razvoj kliničke slike kojom prevladavaju usporene kretnje, tremor i razvoj rigidnosti. Cilj je liječenja nadoknaditi lijekovima manjak dopamina. Najrašireniji je levodopa koja je prirodni prekursordopamina, uspješno prelazi krvno-moždanu barijeru i u mozgu se pretvara u dopamin. Alternativa je administriranje agonistadopamina koji će oponašati učinak dopamina u stanicama putamena i kaudatusa.[8]

Razlikuju se tri glavne etiološke skupine Parkinsonove bolesti: idiopatski, postencefalitični i neuroleptični oblik. Elementi Parkinsonove bolesti mogu se susresti i u okviru drugih poznatih bolesti središnjeg živčanog sustava, ali u takvim slučajevima prisutni su i simptomi i znakovi oštećenja odgovarajućih područja mozga karakteristični za dotičnu bolest. To je npr. akinetski oblik Huntingtonovekoreje, Wilsonova bolest, idiopatskaortostatskahipotenzija i druge multisistemske degeneracije. Uzrok idiopatskog oblika bolesti nije poznat. Nije dokazano da nasljeđe ima neku ulogu osim u juvenilnom obliku Parkinsonove bolesti za koji se pretpostavlja da je posljedica nasljednog deficita tirozin-hidroksilaze, enzima koji predstavlja važnu etapu u sintezi dopamina. U idiopatskom obliku bolesti degeneracija i nestanak stanica zahvaća pretežno centralno smještene skupine stanica u supstanciji nigri u kojima se redovito intraplazmatski nalaze Lewyjeva hijalina inkluzijska tjelešca. U postencefalitičnom obliku degeneracija i nestanka ganglijskih stanica u supstanciji nigri nisu ograničeni na pojedine skupine neurona, nego difuzno zahvaćaju čitavu jezgru. S obzirom na to da postoji selektivnost lezija koje su pretežito ograničene na pigmenirane jezgre u tegmentumu moždanog debla, danas se smatra da idiopatski i postencefalitični oblik bolesti predstavljaju sustavnu degenerativnu bolest središnjeg živčanog sustava koji pretežito pogađa neuronske sustave koje sadrže neuromelanin. Neuroleptični oblik Parkinsonove bolesti javlja se nakon primjene velikih doza fenotijazina, butirofenona, resepina i drugih neuroleptika tijekom liječenja psihijatrijskih bolesti i hipertenzije. Stanje je revezribilno i nakon prekidanja uporabe lijeka koji je izazvao Parkinsonov sindrom, stanje se u pravilu spontano popravlja. Neurofarmakološka i neurokemijska istraživanja pokazala su da sva tri etiološka oblika Parkinsonove bolesti veže zajednički nazivnik, a to je deficit dopamina u neostrijatumu.

Stupanj deficita strijartnogdopamina paralelan je težini parkinsonizma. Istraživanja su pokazala da je potreban gubitak otprilike 80 – 85% nigralnih neurona i deficit barem 80% dopamina u strijatumu da bi se pojavili jasni klinički simptomi bolesti. [5]

Parkinsonizam je zajednički naziv za poremećaje ekstrapiramidnog sustava obilježene tremorom, mišićnom rigidnošću, hipokinezijom sve do akinezije i gubitkom posturalnih refleksa. Obuhvaća idiopatsku Parkinsonovu bolest te najčešće posttraumatski, posthipoksični, toksični i jatrogeni Parkinsonov sindrom. Kod Parkinsonove bolesti poremećaji pokreta nastaju zbog smanjenja lučenja kemijske supstancije dopamina i to u dijelu mozga koji ima važnu ulogu u kontroli voljnih pokreta (bazalni gangliji). [9] Sekundarni parkinsonizam nastaje zbog gubitka ili remećenja dopaminergičke aktivnosti u bazalnim ganglijima uslijed drugih degenerativnih poremećaja, lijekova ili egzogenih toksina. Najčešći uzrok je uzimanje antipsihotika fenotiazina, tioksantena, butirofenonaillirezerpina, koji blokiraju dopaminergičke receptore. Rjeđi uzroci su trovanje ugljičnim monoksidom, manganom, hidrocefalus, strukturne lezije mozga (npr. tumor, infarkt koji zahvaća mezencefalon ili bazalne ganglije), subduralni hematom, Wilsonova bolest i idiopatske degenerativne bolesti (npr. striatonigralna degeneracija, multipla sistemska atrofija). N–MPTP (*N*–metil–1, 2, 3, 4–tetrahidropiridin), zabranjeni lijek koji je otkriven slučajno prilikom bezuspješnog pokušaja sinteze meperidina a primjenjuje se parenteralno, može prouzročiti teški, akutni, ireverzibilni parkinsonizam. Encefalitis može zahvatiti bazalne ganglije i dovesti do parkinsonizma. [4]

2.2. Epidemiologija

U Europi i SAD-u živi milijun ljudi s Parkinsonovom bolesti, a godišnje prosječno oboli od 60 000 do 100 000 oboljelih. Predviđa se da će broj novooboljelih u rizičnoj populaciji u dobi iznad 60 godina rasti, a time i prevalencija Parkinsonove bolesti. Sukladno tim podacima u Hrvatskoj bi broj oboljelih iznosio do 20 000 uz 1000 novooboljelih godišnje. Prema epidemiološkim podacima u Hrvatskoj je oko 6000 dijagnosticiranih bolesnika što ukazuje na potrebu bolje edukacije liječnika za dijagnostiku i otkrivanje novih bolesnika. Dijagnoza Parkinsonove bolesti može biti otežana u ranom stadiju bolesti. Postmortalne studije pokazuju da je čak 25% slučajeva pogrešno dijagnosticirano. [10]

2.3. Simptomi bolesti

.

Bolest se obično polagano razvija pa može proći i nekoliko mjeseci ili godina prije negobolesnik uoči neke od tegoba.[9] Kod većine bolesnika bolest počinje postupno i podmuklo tremorom ruku u mirovanju. Tremor je spor i grub. Maksimalan je u mirovanju, smanjuje se za vrijeme pokreta a nestaje u snu; pojačava se kod emocionalnog uzbuđenja ili umora. Obično su šake, ruke i noge najjače zahvaćene, tim redoslijedom. Vilica, jezik, čelo i očni kapci također mogu biti zahvaćeni. Tremor s napredovanjem bolesti može postati manje izražen. Brojni bolesnici imaju rigiditet bez tremora. Kako rigiditet napreduje, pokret postaje spor (bradikinezija), smanjen (hipokinezija) i teško se započinje (akinezija). Rigiditet i hipokinezija mogu uzrokovati bolove u mišićima te osjećaj umora. Lice postaje poput maske, s otvorenim ustima i smanjenim treptanjem. Bolesnici se već u početku bolesti mogu činiti depresivnima zbog izostanka mimike lica i zbog sporih i smanjenih pokreta. Govor postaje hipofoničan, s karakteristično monotonom, mucajućom dizartrijom. Hipokinezija i smanjena kontrola distalne muskulature uzrokuju mikrografiju (pisanje sitnim slovima) te otežavajnje svakodnevne životne aktivnosti. Kod pomicanja ukočenog zgloba javlja se iznenadni ritmični trzaji zbog varijacija u intenzitetu rigidnosti, što stvara efekt zupčanika. Držanje postaje pogrbljeno. Bolesnicima je teško započeti hodati, poteškoće su izražene kod okretanja i zaustavljanja; hod postaje nesiguran a koraci su sitni, ruke su flektirane uz tijelo i ne njišu se pri hodanju. Koraci se mogu nehotice ubrzati pa bolesnik može potrčati kako ne bi pao (festinacija). Sklonost padanju prema naprijed (propulzija) ili prema natrag (retropulzija) kad dolazi do pomaka težišta tijela, posljedica je gubitka posturalnih refleksa. Demencija i depresija su česte. Bolesnik može imati ortostatskuhipotenziju, opstipaciju ili treba vremena dok započne mokriti. Mnogi imaju teškoće kod gutanja pa dolazi do aspiracije hrane. Bolesnici ne mogu uzastopno izvoditi brze naizmjenične pokrete. Osjet i snaga su obično očuvani. Refleksi su uredni iako ih može biti teško izazvati zbog tremora ili rigiditeta. Seboroični dermatitis je vrlo čest. Postencefalitičkiparkinsonizam uzrokuje prisilnu produženu devijaciju glave i očiju (okulogirne krize), druge distonije, autonomnu nestabilnost ili promjene osobnosti. [4]

Kod ovih bolesnika prisutni su i ostali simptomi i znakovi bolesti koje medicinska sestra vrlo lako može uočiti u toku planiranja i provođenja zdravstvene njege. Mogu se javiti poremećaji gutanja i žvakanja, prisutan je poremećaj ravnoteže, što može biti uzrok padova, te su smetnje osobito izražene pri bolesnikovu pokušaju da u hodu promijeni smjer kretanja. Kod ove

bolesti karakterističan je izgled lica. Zbog rijetkog treptanja i nešto širih očnih rasporaka uz smanjenu pokretnost mimične muskulature lice poprima ukočen izgled poput maske. Usta su često napola otvorena, prisutna je pojačana sekrecija sline, znojenje i pojačana sekrecija lojnih žlijezda, zbog čega je koža lica dosta masna. Medicinska sestra u tome ima veliku ulogu da bolesnika upozori na redovito obavljanje osobne higijene. Često je kod takvih bolesnika prisutna depresija, smetnje, mokrenja i stolice. Brzina napredovanja intenziteta simptoma i same bolesti različita je i ovisi o pojedincima. Kod nekih osoba čak i dulje vrijeme bolest neutječe na sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Važno je navrijeme otkriti bolest teučinkovito smanjiti i liječiti njezine simptome propisanim ljekovima. [9]

2.4. Dijagnoza

Dijagnoza se postavlja klinički. Na Parkinsonovu bolest treba posumnjati u bolesnika s karakterističnim tremorom u mirovanju, smanjenom pokretljivošću ili rigiditetom. Bradikinezija u sklopu Parkinsonove bolesti mora se razlučiti od smanjenog opsega pokreta i spasticiteta zbog lezije kortikospinalnog puta. Za razliku od Parkinsonove bolesti, oštećenja kortikospinalnog puta uzrokuju parezu (slabost ili paralizu), naročito u distalnimantigravitacijskim mišićima, i uzrokuju ekstenzorni tip plantarnog odgovora (Babinskijev znak). Spastičnost zbog lezije kortikospinalnog puta pojačava tonus mišića i duboke tetivne reflekse; mišićni tonus se pojačava proporcionalno brzini i stupnju rastezanja mišića, dok otpor iznenada ne popusti (fenomen džepnog nožića). Dijagnoza se potvrđuje prisustvom drugih karakterističnih znakova (npr. rijetko treptanje, slaba mimika lica, oštećenje posturalnih refleksa, karakterističan hod). Tremor bez drugih karakterističnih znakova ukazuje na ranu fazu bolesti ili drugu dijagnozu. Starije osobe s redukcijom spontanih pokreta ili koje hodaju sitnim koracima (reumatski hod) mogu zapravo patiti od depresije ili demencije; takvi se slučajevi teško mogu razlučiti od Parkinsonove bolesti. Uzroke bolesti prvenstveno mogu otkriti anamneza i neuroradiološke pretrage. Anamneza treba uključivati pitanja o povredi glave, moždanom udaru, hidrocefalusu, lijekovima koje bolesnik uzima i podatke o izloženosti toksinima, te o simptomima ili postojanju druge neurodegenerativne bolesti. [4]

Za procjenu stupnja težine bolesti koriste se rezultati dobiveni ocjenskim ljestvicama za Parkinsonovu bolest (Hoehn and Yahr Stagingof PD; UPDRS) i pomažu u liječenju i

prognozi bolesti. UPDRS (Unified Parkinson Disease Rating Scale) je skala koja se sastoji od tri različite skupine pitanja vezanih uz mentalno stanje, raspoloženje, ponašanje, sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti i motoričku aktivnost. Maksimalni zbroj bodova je 199 što ujedno predstavlja i nateži oblik onesposobljenja zbog bolesti. Pozitivan odgovor na terapiju levodopom služi za potvrdu dijagnoze bolesti. Dodatne dijagnostičke pretrage poput kompjutorske tomografije mozga (CT) ili magnetske rezonancije (MRI) mogu pomoći isključiti neke neurološke ili vaskularne poremećaje sa sličnim simptomima, no ne i dokazati bolest. [11]

Nema laboratorijskog testa ili RTG nalaza koji bi potvrdili Parkinsonovu bolest. Zato je za uspješno liječenje neophodan pregled liječnika-specijalista za ovo područje neurologije. [12]

2.5. Liječenje Parkinsonove bolesti

Za sada nema lijeka koji bi bolest potpuno zaustavio. Ciljevi liječenja su utjecaj na simptome i na njihovo ublažavanje. [2] Liječenje Parkinsonove bolesti je simptomatsko. Bolest neprestano napreduje i umanjuje kvalitetu života. Liječenje se provodi nadomjesnom terapijom. U liječenju se upotrebljavaju: levodopa, agonistidopaminskih receptora, inhibitorikatekol-o-metil transferaze (KOMT), amantadin i ranije upotrebljavani antikolinergici. Levodopa s karbidopom ili benzerazidom (nužni zbog ubrzanog procesa dekarboksilacijelevodope ubrzo nakon oralne primjene) pokazuje najučinkovitije rezultate, ali se nakon nekoliko godina javljaju nuspojave poznate kao dugoročni levodopa sindrom (fluktuacije motornog odgovora s on-off fenomenima, diskinezije, psihijatrijske manifestacije i sl.). U slučaju idiopatske Parkinsonove bolesti, kao i pri pojavi postencefalitičkog oblika bolesti, smanjenje razine dopamina je presinaptičko, a u neuroleptičkom obliku deficit je postsinaptički-strijatalni. S obzirom na to da je u Parkinsonovoj bolesti oštećenje presinaptičko i da su postsinaptički receptori strijatuma zdravi, od značajne su pomoći u liječenju direktni agonistidopaminskih receptora. Direktnom stimulacijom dopaminskim agonistima zaobilazi se oštećeni presinaptički put matabolizma dopamina i djeluje direktno na očuvane strijatalne receptore. Usporena se razgradanja levodope i dopamina postiže pomoću inhibitora dopamin-dekarboksilaze na periferiji i to inhibicijom katekol-o-metil transferaze (KOMT), a to su entakapon i tolkapon. Inhibitori KOMT korisni su samo ako se daju zajedno s levodopom. Selektivni inhibitor monoaminooksidaze B (MAO-B inhibitor) kao što su deprenil i resegilin upotrebljavaju se u liječenju Parkinsonove bolesti. Njihovo se

djelovanje temelji na blokadi središnjeg metabolizma dopamina čime se produžuje njegova bioraspoloživost u mozgu. Amantadin djeluje antikolinergički i kao agonist dopamina. Učinkovit je u ranoj fazi bolesti, a kasnije se daje uz druge lijekove. Kontrolira diskinezije izazvane levodopom. Uznapredovali se oblici Parkinsonove bolesti sve češće liječe neurokirurškim stereotaksičnim operacijama, tzv. dubokom moždanom stimulacijom, pri čemu se provodi stimulacija subtalamičkih jezgara ili globusa pallidusa.[13]

Posljednjih godina levodopa se upotrebljava u formi intestinalnog gela (duodopa). Bolesniku se duodopa aplicira neposredno u jejunum pomoću pumpe, jejunalnom sondom preko PEG-a. Pumpa se nalazi u džepu ili torbici oko pojasa. Tako se levodopa tijekom cijelog dana ravnomjerno oslobađa u krv i djeluje kontinuirano na bazalne ganglije dok davanje lijekova u obliku tableta dovodi do pulsnog djelovanja levodope. Na taj način bolesnici ostaju aktivni i pokretni većim dijelom dana. Za uvođenje levodope kao lijeka bolesnik mora biti hospitaliziran tri tjedna u tercijarnoj ustanovi. Bolesnike pregledavaju i nadgledaju subspecijalistparkinsonolog, specijalizirana parkinsonološka medicinska sestra, gastroenterolog i radiolog. Uloga specijalizirane medicinske sestre u procesu uvođenja duodope relativno je nezavisna od ostalih članova tima. Prije nego što se uvede duodopa, bolesnik se mora dobro upoznati s dinamikom Parkinsonove bolesti i motornim njihanjem – diskinezije, uključivanje, isključivanje. Specijalizirana medicinska sestra upućuje bolesnika i obitelj u način liječenja duodopom kao i u način njezina čuvanja i nabavljanja. Važno je educirati bolesnika i obitelj kako voditi računa o PEG-u, upoznati ih s eventualnim tehničkim komplikacijama i nepravilnim titriranjem lijeka i obučiti ih rukovanju s pumpom (doziranje, baterija, čišćenje pumpe). [14]

Ponekad se levodopa koristi za poboljšanje motoričke funkcije unatoč halucinacijama izazvanim levodopom ili toksičnom deliriju. Psihoza se ponekad može liječiti oralnim kvetiapinom ili klozapinom; ovi lijekovi mnogo manje pogoršavaju simptome parkinsonizma nego drugi antipsihotici (npr. risperidon, olanzapin) ili ih ne pogoršavaju uopće. Haloperidol treba izbjegavati. Kvetiapin se počinje davati u dozi od 25 mg jednom na dan ili 2×/dan i povećava se za 25 mg za 1 do 3 dana sve do 800 mg ako se može podnijeti. Upotreba klozapina je ograničena zbog agranulocitoze koja se pojavljuje u 1% bolesnika. Njegova doza je 12,5 do 25 mg 2×/dan; KKS se radi jednom tjedno u prvih 6 mjeseci, a potom svaka 2 tjedna. Nakon 2 do 5 godina liječenja većina bolesnika počinje osjećati kolebanje terapijskog odgovora na levodopu (tzv. on–off fenomen). Ostaje nejasno da li su diskinezije i on–off fenomen uzrokovani levodopom ili su dio same bolesti. Na koncu, nakon svake doze lijeka period poboljšanja se skraćuje, a lijekom izazvane diskinezije variraju od intenzvne akinezije

do nekontrolirane hiperaktivnosti. Tradicionalno se ovakve varijacije rješavaju snižavanjem doze levodope što je moguće više i češćim davanjem lijeka svakih 1 do 2 sata. Alternativna metoda je dodatna primjena dopaminergičkih agonista, tableta s kontroliranim otpuštanjem (CR) i/ili selegilina. [4]

Liječenje simptoma bolesti uspješno je posebice u ranomstadiju bolesti, ali liječenje ne zaustavlja napredovanje bolesti. Važna je rana dijagnoza bolesti, uzimanje specifičnih lijekova, način prehrane, vježbanje. Liječnik specijalista neurolog, preporučuje specifičnu kombinaciju lijekova koja se razlikuje u pojedinih bolesnika, a često zahtijeva vrijeme i strpljenje. [15]

Ako su lijekovi neučinkoviti ili se radi o uznapredovaloj bolesti, treba razmotriti kirurško liječenje; visokofrekventna električka stimulacija subtalamičke jezgre je terapija izbora. Kod bolesnika s levodopom induciranim diskinezijama, može pomoći stereotaksijska ablacija posteroventralnog dijela globusa pallidusa (palidotomija), značajno smanjujući off–efekt, bradikineziju i levodopom inducirane diskinezije na više od 4 godine. Bolesnicima s jakim tremorom može koristiti duboka moždana stimulacija ventralne intermedijarne jezgre talamusa. Transplantacija fetalnih dopaminergičkih neurona predstavlja eksperimentalni terapijski model kojim se nadomještava dopamin u mozgu. [4]

Utvrđeno je da fizikalna terapija koristi bolesnicima s Parkinsonovom bolešću. Zbog ukočenosti smanjena je aktivacija mišića koji tako postaju sve ukočeniji i krući. Zato je važno suprotstaviti se ovom krugu događanja te ostati aktivan uz što više svakodnevnih aktivnosti, koje uključuju i vježbanje. Iako vježbanje neće ukloniti simptome bolesti ili smanjiti njezinu progresiju, ono će poboljšati bolesnikovo tjelesno i duševno stanje. [12]

Pored fizikalne terapije, radneterapije, logopedskog tretmana, savjetovanja o dijetetskom režimu života, u rehabilitaciji bolesnika oboljelog od PB treba voditi računai o njihovoj motivaciji i poboljšanju psihičkog stanja. [2]

2.5.1. Neurorehabilitacija

Neurorehabilitation & Neural Repair nudi inovativni i pouzdan izvještaj bitan za funkcionalni oporavak od živčanih ozljeda te za dugoročnu neurološku njegu.[16]

Neurorehabilitacija je sastavni dio liječenja i zbrinjavanja bolesnika s različitim neurološkim bolestima. Za njezin uspjeh važan je koordinirani timski rad koji uključuje aktivno sudjelovanje bolesnika, njegove obitelji i stručnjaka iz različitih područja neurorehabilitacije. Aktivno sudjelovanje bolesnika očekuje se u fizikalnoj, okupacijskoj, govornoj i rekreacijskoj

terapiji te u grupnim aktivnostima i edukacijskim programima. Cilj je neurorehabilitacije održati ili ponovno naučiti vještine koje je osoba imala prije nastanka neurološke bolesti. Uz to se bolesnike uči i novim načinima izvođenja radnji koje više ne mogu provoditi na prijašnji način. Dobrobit neurorehabilitacije je višestruka, a uključuje tjelesni, emocionalni i psihosocijalni aspekt života bolesnika. Da bi se postigao bolji rezultat u oporavku, rehabilitacija neurološkog bolesnika zahtijeva aktivnu suradnju tima stručnjaka: neurologa, fizijatra, fizioterapeuta, logopeda, psihologa, medicinske sestre, bolesnika te njegove obitelji. Rehabilitacija bolesnika oboljelih od Parkinsonove bolesti usmjerena je na nadziranje simptoma bolesti, pravovaljanu terapijsku – medikamentoznu opskrbljenost bolesnika pri čemu se rukovodi i usmjerava ostala rehabilitacija. Nakon postavljene dijagnoze rehabilitaciju je potrebno usmjeriti k smanjenju simptoma koji ograničavaju obavljanje osnovnih fizioloških funkcija i motoričku pokretljivost. [17]

Plan i program mora biti individualno prilagođen, ali i dinamičan te pratiti sve promjene i nedostatke koje se javljaju kod bolesnika. Vježbe su ključni čimbenik za poboljšanje kvalitete života tih bolesnika. One su važne za svakog čovjeka koji želi održati svoju pokretljivost. Za te su bolesnike mnogo važnije budući da se model pokreta tijela značajno mijenja. Te promjene uključuju automatske pokrete kao što je hodanje, ustajanje, hvatanje i predstavljaju radnje o kojima se ne razmišlja dok ih s lakoćom obavlja. U te aktivnosti uključene su bazalne ganglije u mozgu koje su odgovorne za automatske radnje. Kod Parkinsonove bolesti, zbog oštećenja tog dijela mozga i nedostatka dopamina, bolesnici imaju poteškoće s obavljanjem automatskih radnji. Da bi izvršili te radnje, zdravi mozak prima informacije i poticaje iz raznih izvora kao što su vizualni, slušni i proprioceptivni poticaji. Služeći se tim poticajima, vježbanjem potičemo tijelo na svladavanje ukočenosti. Uloga je medicinske sestre educirati bolesnika i njegovu obitelj o važnosti vježbi za održavanje ili poboljšanje dnevnih aktivnosti. Poželjno je da bolesnik svakodnevno provodi lagane vježbe, te da je aktivno uključen u rad, hobi ili kućanske poslove i kretanje. Iako vježbanje neće ukloniti simptome bolesti ili smanjiti njezinu progresiju, ono će poboljšati bolesnikovo tjelesno i duševno stanje. [17]

2.5.2. DBS (Deepbrainstimulation)

Duboka stimulacija mozga indicirana je za bolesnike s problematičnim simptomima usprkos primjeni optimizirane terapije. Ovi bolesnici moraju imati jasnu dijagnozu Parkinsonove bolesti u trajanju više od 5 godina kao i dobru reakciju na levodopu. Smatra se

da je duboka stimulacija mozga najučinkovitija terapija u poboljšanju kvalitete života bolesnika s Parkinsonovom bolesti, ukoliko se daje zajedno s lijekovima, u odnosu na terapiju isključivo lijekovima. Naime, bolesnici koji su primali terapiju DBS-a uočili su poboljšanje u kvaliteti svakodnevnog života u trajanju od pet godina nakon liječenja (bolja kvaliteta sna i dulje razdoblje spavanja). Duboka stimulacija mozga osigurava električnu stimulaciju kako bi se blokirali moždani signali koji uzrokuju primarne motoričke simptome povezane s Parkinsonovom bolesti. Neurostimulator se implementira perkutano kirurški u prsa te se spaja na elektrode koje su postavljene u dijelove mozga koji kontroliraju pokrete. Ovaj stimulacijski sustav naziva se „elektrostimulator mozga“. [18]

2.5.3. Palidotomija

Palidomotomija se najčešće obavlja kao posljednja mogućnost u liječenju jer se stvaraju lezije u mozgu, te kao ireverzibilan postupak može uzrokovati ozbiljne nuspojave poput trajnog gubitka govora. Kirurški se zahvat izvodi u svrhu uništavanja određenih moždanih stanica u mozgu, poput npr. u talamusu, globus internumu i subtalamičkoj jezgri, kako bi se smanjili učinci diskinezije i distonije. [18]

2.5.4. Fizikalna terapija

Cilj je postizanje maksimalne aktivnosti. Bolesnici trebaju obavljati svakodnevne aktivnosti što je duže moguće. Ukoliko to ne mogu, program vježbi ili fizikalna terapija može poboljšati njihovu kondiciju i naučiti ih prilagodbama u životu. Budući da bolest, antiparkinsonici i neaktivnost dovode do opstipacije, bolesnici trebaju konzumirati hranu bogatu vlaknima. Stanje mogu poboljšati dijetetski nadomjesci (npr. psilium) i laksativi (npr. bisakodil 10 do 20 mg 1×/dan).

2.6. Prehrana

Parkinsonova bolest posebno zahtjeva pravilnu i uravnoteženu prehranu kako bi se postigla zadovoljavajuća razina energije i bolji učinak lijekova. Za pravilnu prehranu važno je odabrati raznovrsne namirnice te tako zadovoljiti svakidašnje potrebe za unosom prehrambenih i zaštitnih tvari. Najvažnije je stalno održavati poželjnu tjelesnu težinu. Za

zadovoljenje energetskih potreba u bolesnika s Parkinsonovom bolesti, potrebno je svakodnevno uzeti od 25 do 30 kcal po kilogramu tjelesne mase, a kod jačih diskinezija i povećati unos energije jer jače diskinezije za organizam znače umjereni tjelesni napor. Ako se uoči smanjenje tjelesne težine, potrebno je povećati unos energije podrijetlom iz kompleksnih ugljikohidrata. Povećani unos ugljikohidrata ujedno će dovesti i do porasta sekrecije inzulina što smanjuje razinu velikih neutralnih aminokiselina u krvi. Navedene aminokiseline smanjuju prelazak L-dopa kroz krvno-moždanu barijeru i tako smanjuju učinak lijeka. Zato se preporučuje smanjeni unos proteina za doručak i ručak (do 10 grama tijekom dana), a veći unos proteina za večeru, što pridonosi poboljšanju pokretljivosti po noći. No, svakako je važan dovoljan unos proteina pa potreban dnevni unos proteina iznosi 0,8 grama po kilogramu tjelesne težine, odnosno 62 grama proteina za muškarca tjelesne težine od 77 kg te 52 grama proteina za ženu tjelesne težine od 65 kg. Nedostatan unos proteina rezultirat će smanjenjem tjelesne težine. [12]

2.7. Parkinsonova demencija

Demencija je češta komplikacija Parkinsonove bolesti sa godišnjom incidencijom od oko 10% kod pacijenata sa Parkinsonovom bolesti. [18] Parkinsonova demencija predstavlja značajni problem za bolesnika sa Parkinsonovom bolesti. Otprilike jedna na tri osobe sa Parkinsonovom bolesti ima neki oblik demencije, te do 80% oboljelih ima veliku šansu razvitka demecije u nekom trenutku. [3] Bolesnici s Parkinsonovom demencijom mogu imati simptome poput zaboravljanja, sporije razmišljanja, poteškoće u koncentraciji, halucinacije i deluzije. Poput drugih simptoma, Parkinsonova demencija može oscilirati, često se pogoršavajući tijekom večeri ili tijekom noći.Medicinske sestre koje se skrbe za pacijente s demencijom moraju se potruditi da se pacijenti osjećaju što je ugodnije moguće, te ih ohrabriti za druženje s drugim ljudima. U komunikaciji medicinske sestre s oboljelim važno je koristiti poznate fraze, govoriti jasno, pozorno slušati te im dati dovoljno vremena za odgovor. [19]

3. Sestrinska skrb za oboljele od Parkinsonove bolesti

Prema Maslowu, čovjekovo ponašanje usmjereno je zadovoljavanju njegovih potreba, a redoslijed zadovoljavanja objašnjava hijerarhijom motiva. Što je neka potreba na nižoj razini to je njezino zadovoljavanje za pojedinca prioritetnije i važnije, potrebe o kojima ovisi preživljavanje (fiziološke i potrebe za sigurnošću) potrebno je zadovoljiti prije potreba s viših razina. Medicinske sestre moraju biti svjesne da je njihova uloga pomoći bolesniku na način koji potiče samostalnost i želju za samozbrinjavanjem;ne činiti umjesto njega ništa što bolesnik može učiniti sam. Pomoći bolesniku u donošenju odluka koje doprinose zdravlju od iznimne je važnosti, pri tome bolesnik ulaže vlastita znanja, dok su znanja i iskustva medicinske sestre profesionalna. Često se u svakodnevnoj praksi susreću velike razlike u percepciji prioriteta bolesnikovih potreba i onih od strane medicinske sestre. Stoga je potrebno dobro procijeniti zdravstvenostanje bolesnika i situaciju u kojoj se on nalazi, te izbjegavati mogući nesporazum i sukob uodnosu bolesnik/medicinska sestra. Nadalje, redoslijed prioritetnih problema i potreba mora biti usklađen s realnim mogućnostima za njihovo riješavanje. Treba pokazati puno razumijevanja za potrebu koju bolesnik smatra prioritetnom i pomoći mu, ali ne zanemariti ni problem koji mu ugrožava život i zdravlje. S obzirom na raznolikost problema koji se pojavljuju kod bolesnika s Parkinsonovom bolešću, važan je individualan i holistički pristup medicinske sestre, ali i drugih zdravstvenih djelatnika. Potrebno je objasniti bolesniku da s Parkinsonovom bolešću njegov život nije završen već je potrebna prilagodba na novonastalo stanje, svakodnevna strpljivost i ustrajnost u uzimanju propisane terapije; bitno je s vremenom naučiti se nositi i živjeti s tom bolešću. Bolesnici s Parkinsonovom bolešću rijetko su hospitalizirani na duži vremenski period, obično je to za vrijeme pretraga i određivanja najučinkovitije terapije, a smješteni su na neurološkom odjelu. To je najprikladnije vrijeme koje medicinska sestra može iskoristiti za edukaciju bolesnika u rješavanju postojećih problema vezanih uz osnovnu bolest, te ga pripremiti za aktivan povratak u vlastiti dom. Pri tome je važno upoznati bolesnika s mogućimbrojnim problemima koji će progresijom bolestisve više dolaziti do izražaja, kao što su problemivezani uz pokretljivost, motoriku – zakočenost, tremor, gubitak ravnoteže, problemi s hranjenjem i eliminacijom, pad intelektualnih sposobnosti i dr. Skrenuti pažnju supružnika, obitelji koja skrbi za bolesnika na novonastalu situaciju, savjetovati ih i ohrabriti u nastojanju da pomognu svom članu zadržati samostalnosti autonomiju koliko god bolest

dozvoljava. Također je potrebno skrenuti pažnju obitelji naprilagođavanje doma, prostora u koji se bolesnik vraća. Uputiti bolesnika i obitelj u pridruživanje različitim udrugama, klubovima, radionicama i grupama za podršku koje djeluju na njihovom području stanovanja, a koje okupljaju bolesnike oboljele od Parkinsonove bolesti i one koji skrbe o njima. [20]

Nadalje vrijeme hospitalizacije također je idealno vrijeme za procjenu sposobnosti takvog bolesnika, njegovih potreba, problema i mogućnosti; praćenjem bolesnika dobije se uvid u njegovo opće zdravstveno stanje, životne navike i dr. Na temelju tih podataka, a u suradnji s bolesnikom izrađuje se plan zdravstvene njege; a na osnovi bolesnikovih mogućnosti određuju se kratkoročni i dugoročni ciljevi. Svi ti podaci evidentiraju se u obrazac za plan zdravstvene njege, koji se po otpustu bolesnika s odjela prilažu zajedno s liječničkom povijesti bolesti - kao sestrinska dokumentacija. S druge strane patronažna sestra (fizioterapeut, radni terapeut ili drugi zdravstveni djelatnik), koji prima u skrbi nastavlja s praćenjem bolesnika izvan bolnice; bilo institucionalno ili u bolesnikovom domu, dobiva kompletan uvid u bolesnikovo zdravstveno-psihofizičko stanje, uvid u proces zdravstvene njege za vrijeme hospitalizacije, eventualno neke posebnosti kojima se treba pridati više pažnje u nastavku tretmana. Najčešći problemi koji se javljaju u bolesnika oboljelih od Parkinsonove bolesti proizlaze iz osnovnih ljudskih potreba, razvrstanih u Maslowljevu piramidu potreba. Disanje, hrana i tekućina, eliminacija, odmor i spavanje, oblačenje i tjelesna temperatura, higijena, zaštita od ozljeda, kretanje i položaj tijela, komunikacija, vjerske potrebe rad i rekreacija – osnovne su ljudske potrebe na temelju kojih se planira i provodi zdravstvena njega. [20]

3.1. Modeli njege

Premda trenutno postoji više modela njege, najčešće medicinske sestre/tehničari rade iz monodisciplinarnog ili konzultantskog kuta gledanja. Bolesnici se mogu referirati na druge klinike, ali jedan provoditelj skrbi/njege zadržava centralnu odgovornost. Komunikacije između klinika je često limitirana. Integrativniji modeli njege, sjedinjuju perspektive većeg broja specijalista, uključujući multidisciplinaran i interdisciplinaran pristup. Ovi uvjeti se često koriste naizmjenično, ali postoje izrazite razlike među tim modelima. Multidisciplinarni pristup skrbi uključuje rad više nezavisnih specijalista koji ne surađuju međusobno – te su paralelno odgovorni svaki za svoje područje skrbi. Interdisciplinarni pristup koristi perspektivu usmjerenu ka pacijentu gdje su zadaci, uključujući i kratkoročne te dugoročne

ciljeve, donešeni i razvijeni u timu specijalista zajedno sa pacijentom. [21, 22] Integrativni modeli skrbi su bili preporučeni te uspješno provedeni što je dovelo do pozitivnih ishoda kod pacijenata sa kroničnim problemima poput karcinoma, kronične boli i dijabetesa, što je dovelo do povećanja stope preživljavanja kao i značajno smanjenje intenziteta boli i invaliditeta. [23]. Višeslojna priroda Parkinsonove bolesti, kao i evolucija ciljeva tretmana između različitih faza bolesti, zahtjeva pozornost više specijalista radi optimalnog tretiranja simptoma. [24, 25]. Uspješna primjena integrativnog pristupa skrbi u tretmanu kroničnih stanja pokazuje da je to i idealni pristup tretmanu bolesnika oboljelih od Parkinsonove bolesti. [23]

3.2. Problemi s disanjem

Medicinska sestra potiče bolesnika na učestalo duboko disanje i korištenje prsne muskulature pri disanju. Zajedno s bolesnikom provodi vježbe dubokog disanja, kako bi se spriječila pojava pneumonije i plućne kongestije. [20]

3.3. Problemi vezani uz prehranu i tekućinu

Pojavljuju se u obliku povraćanja, disfagije,dehidracije, problema u eliminaciji – opstipacija. Parkinsonova bolest posebno zahtjeva pravilnu i uravnoteženu prehranu kako bi se postigla zadovoljavajuća razina energije i bolji učinak lijekova. Za adekvatnu prehranu važno je odabrati raznovrsne namirnice te tako zadovoljiti svakodnevne potrebe za unosom prehrambenih i zaštitnih tvari. Za zadovoljavanje energetskih potreba takvih bolesnika potrebno jesvakodnevno uzeti od 25-30 kcal. po kg. tjelesne mase; a kod jače diskinezije pojačati unos, jer diskinezija za organizam znači umjereni tjelesni napor. Kod bolesnika prisutno je otežano gutanje pa se nerijetko vidi da mu slina curi iz usta, a naročiti oprez potreban je pri hranjenju, gdje je potrebno obratiti pozornost na žvakanje hrane, da li bolesnik guta zalogaj ili ga drži u ustima. Zbog oslabljenih refleksa visok je rizik za aspiraciju. Ako se uoči gubitak na tjelesnoj težini može se povećati unos energije podrijetlom iz kompleksnih ugljikohidrata. Povećan unos ugljikohidrata ujedno će dovesti i do porasta sekrecije inzulina, što smanjuje razinu velikih neutralnih aminokiselina u krvi; jer upravo te aminokiseline smanjuju prelazak Levodope kroz krvno-moždanu barijeru,smanjujući tako učinak lijeka.

Upravo se zbog toga savjetuje smanjeni unos proteina za doručak i ručak, a veći unosdozvoljen je za večeru što pridonosi poboljšanju pokretljivosti po noći. Sdruge strane nedostatan unos proteina rezultirati će gubitkom mišićne mase i smanjenjemtjelesne težine. Osigurati bolesnika sa najmanje 2L tekućine dnevno, poticati ga da pije više tekućine u ljetnim mjesecima u svrhu prevencije dehidracije. [20]

3.4. Problemi vezani uz eliminaciju otpadnih tvari

Pojavljuju se u vidu opstipacije, fekalne impakcije (nakupljanje tvrde fekalne mase uz stijenku rektuma, feces se duže zadržava u crijevu, dolazido daljnje absorbcije vode, stolica postaje velikai tvrda, bolesnik nemože eliminirati). Pri tome vrlo je važno da bolesnik ostane aktivan, odvojiti dovoljno vremena za svakodnevne aktivnosti, kretati se i vježbati koliko god zdravstveno stanje dozvoljava. Omogućiti bolesniku sobu blizu toaleta, osigurati ga noćnom posudom preko noći; poštivati privatnost bolesnika korištenjem paravana. Tekuću, usitnjenu hranu bolesnik bi trebao uzimati u malim količinama raspoređenu u više obroka dnevno, te piti više tekućine. Ako opstipacija ne prestane preporuča se biljni laksativ ili omekšivač stolice (natrijev-doksulat). [20]

3.5. Problemi s okruženjem, kretanjem i položajem tijela

Potrebno je arhitektonski prilagoditi prostorije u kojojboravi bolesnik s Parkinsonovom bolešću. Maknuti sve barijere, namještaj i suvišne stvari–sagove i sl. s puta kojim se kreće bolesnik, da bise izbjegli padovi i daljnje ozljede. Ne preporučase mjenjati raspored pokućstva jer je bolesnik stekao određenu rutinu u kretanju svojim domom, pa i mala promjena ili prepreka na tom putu može dovesti do padova. Dobro je po kući nositi udobne papuče koje dobro prijanjaju uz nogu i ne ometaju korak. Optimalna temperatura sobe u kojoj bolesnik boravi je oko 19°C . Pri dugom stajanju i kretanju preporuča se nošenje elastičnih čarapa, a potrebno je izbjegavati nagle pokrete da bi se izbjegla ortostatska hipotenzija. U bolesnika kod kojih je bolest progradirala do te mjere da je vezan uz krevet, potrebno je mijenjati položaj bolesnika svaka dva sata i tako prevenirati moguće komplikacije dugotrajnog ležanja. [20]

3.6. Problemi osobne higijene

Bolesniku oboljelom od Parkinsonove bolesti zbog prirode bolesti, usporenost i zakočenosti potrebno je sve više vremena za hranjenje, oblačenje, kupanje. Dobrodošla je svaka podrška iz uže okoline za i najmanjom mobilnošću. Nadalje, potrebno je savjetovati bolesnika da izbjegava žurbu i izdvojiti dovoljno vremena za izvršenje svakodnevnih aktivnosti. Preporuča se tri puta tjedno kupanje bolesnika, a tuširanje svaki dan zbog ekstremno masne kože i kose, te pojačanog znojenja. [20]

3.7. Komunikacija bolesnika oboljelog od PD

Komunicirati na bolesniku razumljiv način, bitna je stavka kojoj treba podučiti bolesnikovu obitelj i okolinu. Zbog poremećaja u pozornosti potrebna je strpljivost u slušanju i razumijevanju bolesnika. Uvijek pokazati volju i izdvojiti vrijeme da se bolesnika sasluša i čuje. Dobrodošlo je čitanje naglas, pisanje poruka – kojim se vježba i održavana motorika; jer u tih bolesnika nerijetko dolazi do iskrivljenja rukopisa koji postaje nečitljiv, u obliku sitnih črčkica. Često se u bolesnika čuje krivo izgovaranje, izvrtanje riječi pa rečenice gube smisao, u tom slučaju dobro je utretman uključiti logopeda. Progresijom bolesti komunikacija često postaje sve oskudnija, moguse pojaviti i simptomi depresije, što na kraju dovodi do socijalne izolacije takvog bolesnika. Idealno bi bilo uključiti takvog bolesnika u radionice, suport-grupe ili u udrugu koja okuplja bolesnike oboljele od PB, te njihove obitelji. Tamo bolesnici na jednom mjestu susreću ljude sa sličnim ili istim problemima, neki od njih tek tada shvate da nisu jedini bolesni i postaju optimističniji. Planovi pomažu jedni drugima u riješavanju različitih problema, razmjenjuju se iskustva i korisni savjeti; sve to doprinosi rastu samopouzdanja i osjećaju pripadnosti grupi. [20]

Savjeti medicinske sestre koji mogu poboljšatikvalitetu života bolesnika oboljelog od Parkinsonove bolesti usmjerene su na:

- redovite odlaske bolesnika na liječničke preglede
- ustrajnost u uzimanju propisane terapije
- adekvatna prehrana i optimalna eliminacija
- svakodnevna tjelovjevježba i dnevne aktivnosti
- odbacivanje loših navika -pušenja i uživanja u alkoholnim pićima

- vođenje ″dnevnika osjećaja″
- redoviti odlazak na radionice i sudjelovanje u suport-grupama koje vode medicinske sestre. [20]

3.8. Prikaz slučaja

Bolesnik P. Š. (51 godina), iz Špišić Bukovice, SSS, prve simptome primjetio 2000. godine u vidu tremora desnih udova, a kasnije prisutna i zakočenost. Godine 2000. postavljena je dijagnoza PB i od tada se bolesnik liječi. Uvedena je terapija levodopom, nakon koje su se smetnje popravile. Danas, nakon 16 godina bolesti, prisutna je preosjetljivost na Levodopu koja se očituje u nevoljnim diskinezijskim pokretima većeg dijela tijela, tako da se kod njega neprekidno izmjenjuju faze tremora ili rigora. Pacijent se inače liječi od PTPS-a. Ne podnosi dobro tablete protiv bolova – gastrointestinalne smetnje. Pacijent živi sam, te je povučen i nesiguran u sebe. Tijekom boravka u bolnici, titriranjem terapije uslijedilo je poboljšanje bolesti.

3.8.1. Sestrinske dijagnoze

3.8.1.1. SMBS – smanjena mogućnost brige o sebi (higijena, dotjerivanje, odijevanje, održavanje domaćinstva) u/s osnovnom bolesti što se očituje tremorom i zakočenosti

CILJ: Pacijent će biti primjereno obučen/dotjeran, biti će zadovoljan postignutim tijekom boravka u bolnici

INTERVENCIJE:

- Definirati situacije kada pacijent treba pomoć
- Pomoći pacijentu u namještanju / korištenju pomagala
- Osigurati dovoljno vremena za oblačenje i presvlačenje
- Napraviti plan izvođenja aktivnosti
- Svu potrebnu odjeću, pribor, pomagala staviti na dohvat ruke pacijenta
- Odabrati prikladnu odjeću: izabrati široku i udobnu odjeću, ne preširoku da pacijent ne padne, elastičnu, jednostavnog kopčanja

- Pomoći pacijentu odjenuti potrebnu odjeću
- Poticati pacijenta da sudjeluje u svim aktivnostima primjereno njegovim sposobnostima
- 30 minuta prije oblačenja/dotjerivanja primijeniti propisani analgetik ili neku drugu metodu za ublažavanje boli
- Osigurati privatnost
- Odjeću posložiti po redoslijedu oblačenja
- Osigurati sigurnu okolinu
- Poticati na pozitivan stav i želju za napredovanjem.

EVALUACIJA: Tijekom boravka u bolnici pacijent izvodi aktivnosti oblačenja/dotjerivanja, primjereno je obučen/dotjeran te je zadovoljan postignutim

3.8.1.2. Visok rizik za pad u/s s tremorom i zakočenosti

CILJ: Tijekom boravka u bolnici pacijent neće pasti i ozlijediti se

INTERVENCIJE:

- Uputiti pacijenta u postojanje rizika za pad
- Upoznati pacijenta sa nepoznatom i novom okolinom
- Objasniti pacijentu korištenje sustava za pozvati pomoć
- Staviti zvono na dohvat ruke
- Postaviti pacijentu sve potrebne stvari na dohvat ruke
- Ukloniti prepreke iz pacijentove okoline
- Smjestiti pacijenta u blizinu toaleta
- Pomoći pacijentu pri kretanju do toaleta
- Upaliti orijentacijsko svjetlo po noći
- Podučiti pacijenta da prije ustajanja iz kreveta nekoliko minuta sjedi, a potom ustane pridržavajući se
- Dogovoriti s pacijentom kretanje na siguran način
- Koristiti zaštitne ogradice na krevetu
- Podučiti pacijenta i obitelj o čimbenicima rizika, padu i mjerama prevencije
- Dokumentirati i prijaviti spriječeni incident

- Evidentirati sve postupke
- Provjeriti je li pacijent shvatio upute
- Provjeriti pridržava li se pacijent uputa

EVALUACIJA: Tijekom boravka u bolnici pacijent nije pao i ozlijedio se

3.8.1.3. Socijalna izolacija u/s vezi sa samostalnim življenjem što se očituje povučenošću i nesigurnošću u sebe

CILJ: Pacijent će tijekom hospitalizacije aktivno provoditi vrijeme sa ostalim pacijentima

INTERVENCIJE:

- Provoditi dodatno dnevno vrijeme s pacijentom
- Uspostaviti suradnički odnos
- Poticati pacijenta na izražavanje emocija
- Poticati pacijenta na uspostavljanje međuljudskih odnosa
- Poticati pacijenta na razmjenu iskustava s drugim pacijentima
- Podučiti pacijenta asertivnom ponašanju
- Ohrabrivati ga i pohvaliti svaki napredak
- Upoznati ga sa suportivnim grupama
- Uključiti pacijenta u grupnu terapiju
- Uključiti pacijenta u radno okupacionu terapiju

EVALUACIJA : Pacijent tijekom hospitalizacije aktivno provodi vrijeme sa ostalim pacijentima

3.8.1.4. Visok rizik za aspiraciju u/s vezi sa oslabljenim refleksima

CILJ : Pacijent neće aspirirati strane stvari i tekućine tijekom hospitalizacije

INTERVENCIJE :

- Mjeriti vitalne znakove
- Provjeriti refleks gutanja
- Namjestiti pacijenta u bočni položaj s podignutom glavom

- Osigurati pribor za aspiraciju
- Aspirirati moguću nakupljeni sekret u usnoj šupljini
- Osigurati mirnu okolinu i dovoljno vremena prilikom obroka
- Biti uz pacijenta prilikom hranjenja
- Provjeriti usnu šupljinu nakon hranjenja, ukloniti ostatak neprogutane hrane
- Ostaviti pacijenta u Fowlerovom položaju nakon obroka
- Provoditi higijenu usne šupljine nakon svakog obroka
- Savjetovati posjetu pacijenta da ga ne hrani bez nadzora medicinske sestre

EVALUACIJA : Pacijent tijekom hospitalizacije nije aspirirao strane stvari niti tekućinu

3.9. Uloga medicinske sestre/tehničara u poboljšanju kvalitete života kod oboljelih od Parkinsonove bolesti

Zdravstvena njega bolesnika jedan je od važnih čimbenika u procesu skrbi za oboljelog od Parkinsonove bolesti, a mora biti dobro isplanirana i individualizirana (prilagođena bolesniku i njegovim potrebama). Nakon postavljanja dijagnoze bolesti mnogi su bolesnici skloni poricanju bolesti, zahtijevaju preglede i mišljenja drugih liječnika, nadajući se da je pogrešna prvotna dijagnoza. U početku odbijaju uključiti obitelj, ne pridržavaju se savjeta liječnika te nerijetko ne uzimaju redovito terapiju. To je ponekad razumljivo jer prijelaz iz zdravog stanja u stanje kronične degenerativne bolesti predstavlja veliku promjenu. Bolesnici se moraju suočiti sa simptomima bolesti i svim poteškoćama koje bolest donosi. Medicinska sestra pomaže bolesniku prihvatiti njegovu bolest kako ju ne bi doživljavao kao preveliki teret, ukazujući na različite mogućnosti rješavanja problema te pomažući bolesniku i njegovoj obitelji da se što uspješnije nose s bolešću. Početni je zadatak medicinske sestre utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom uzimanjem sestrinske anamneze koja će dati uvid u tjelesno, psihičko i socijalno stanje bolesnika. Dobro prikupljeni podaci daju uvid u cjelovitu i točnu promjenu bolesnikova stanja radi utvrđivanja stupnja samostalnosti i njegove mogućnosti zadovoljavanja osnovnih ljudskih potreba. Uz promatranje bolesnika važno je koristiti se sekundarnim i tercijarnim izvorima podataka. [26]
Zdravstvena njega bolesnika zahtijeva holistički pristup, a usmjerena je na zadovoljavanje njihovih potreba, sprječavanje komplikacija, dugotrajnije očuvanje samostalnosti te edukaciju bolesnika i njegove obitelji. Planira se individualno za svakog bolesnika, a ovisi o njegovim problemima i potrebama jer su različiti kod svakog pojedinca, a ovise i o stadiju bolesti.
Najčešći su problemi s kojima se sestra susreće kod bolesnika oboljelih od Parkinsonove bolesti: [26]

- SMBS u vezi s tremorom i poremećajem motorike
- smanjen unos hrane u vezi s otežanim žvakanjem i gutanjem
- otežana fizička pokretljivost u vezi s rigorom i mišićnim umorom
- smanjeno podnošenje napora u vezi s mišićnim umorom
- visok rizik za aspiraciju
- visok rizik za opstipaciju u vezi sa smanjenom aktivnošću i uzimanjem lijekova

- visok rizik za pad u vezi s poremećajem motorike/gubitka ravnoteže
- depresija
- socijalna izolacija

Tijekom hospitalizacije medicinska sestra će poticati bolesnika na redovito održavanje osobne higijene, objasnit će mu načine samopomoći te uporabu pomagala. Bolesnik treba znati da u svakom trenutku može zatražiti pomoć medicinske sestre. Ukoliko je potrebno, medicinska sestra će osigurati i pomagalo koje će pripomoći aktivnostima okretanja bolesnika u postelji i aktivnostima kretanja bolesnika. [26]

Parkinsonova bolest nizom simptoma direktno narušava kvalitetu života, ali i socijalnu uključenost bolesnika. Upravo ta šarolikost simptoma, od kojih neki izravno narušavaju konzumaciju obroka (nemogućnost fizičkog uzimanja i konzumiranja žvakanjem i gutanjem), usmjerava na važnost praćenja prehrambenog statusa. Održavanje primjerene tjelesne težine može biti ometano iz nekoliko razloga: bolesnici vrlo često osjećaju neugodu zbog sporosti i neurednosti u jelu, pojava suhoće usta zbog uzimanja lijekova čime je otežano uzimanje hrane, moguće su poteškoće gutanja zbog tremora jezika i poteškoće u oblikovanju zalogaja. U procjeni prehrambenog statusa važžna je uloga medicinske sestre. Ona kod bolesnika prati parametre kao što su tjelesna težina, nuspojave pri uzimanju lijekova, prehrambene navike bolesnika, opće stanje bolesnika, prisutnost opstipacije, inkontinencije i drugo.[27]

Zbog svega navedenog hrana treba biti primjereno poslužena (adekvatan pribor, posuda koja zadržava toplinu) i privlačna. Bolesnika treba savjetovati da za vrijeme hranjenja mora sjediti uspravno te mu osigurati dovoljno vremena za jelo. Valja preporučiti uzimanje hrane koja se lakše guta (polutvrda hrana i guste tekućine lakše se gutaju nego rijetke). Svakog tjedna kod bolesnika treba pratiti tjelesnu teţinu da bi se na vrijeme uočio mogući gubitak. Potrebno je provoditi mjere sprječavanja opstipacije jer je ona čest problem kod takvih bolesnika. Potreba za pomoći bolesnika je promjenjiva – od minimalne pa sve do potpune ovisnosti o pomoći drugih osoba. Mnogi oboljeli odbijaju činjenicu da boluju od Parkinsonove bolesti ili nisu svjesni svoje situacije, stoga medicinska sestra mora pažljivo pristupiti njihovim potrebama. Da bi mu se omogućio što kvalitetniji život, bolesniku je važna prikladna pomoć i njega za vijeme hospitalizacije, ali i u njegovom domu. Medicinska sestra treba posvetiti pozornost psihološkom pristupu, promatrati i bolesnikove neverbalne poruke, te izraziti empatiju prema bolesniku i njegovoj obitelji. Bolesnika i obitelj potrebno

je motivirati prikazom pozitivnih primjera rješavanja problema i dobrom edukacijom. Ciljevi su zdravstvenog odgoja: poboljšanje fizičke pokretljivosti i sprječavanje ozlijeđivanja, zadovoljavanje nutritivnog statusa, sprječavanje opstipacije te postizanje zadovoljavajuće psihosocijalne prilagodbe. Govoreći o kvaliteti života, misli se na pojavu poteškoća koje mogu biti medicinske, emocionalne, obiteljske, pravne i ekonomske prirode. Trenutna sestrinska literatura pruža informacije kako olakšati motorne, senzorne i autonomne simptome bolesti i kako zbrinjavati bolesnika u okviru smanjenog fizičkog funkcioniranja, ali malo se govori o kvaliteti života tih bolesnika, mogućnosti samozbrinjavanja i što kvalitetnijeg funkcioniranja. Sestrinska skrb mora biti usmjerena na otkrivanje načina koji će bolesniku omogućiti najviši mogući stupanj samostalnosti i neovisnosti o drugima, ali ne i na obavljanje rutine umjesto njega. Medicinska sestra planiranjem i provođenjem zdravstvene njege i zdravstvenog odgoja može pomoći bolesniku poboljšati kvalitetu življenja i očuvati vlastitu neovisnost. [27]

4. Zaključak

Parkinsonova bolest je kronična bolest s progresivnim napredovanjem poremećaja u mozgu. Kao što je već ranije spomenuto životni vijek čovjeka je produžen, ali to neminovno donosi probleme u vidu bolesti koje su karakteristične za stariju životnu dob. Te spoznaje zahtjevaju preustroj zdravstvene službe prema potrebama starijih. U ovom složenom procesu i medicinske sestre zauzimaju značajno mjesto. Samo produženje životnog vijeka, bez kvalitetnog života i zadovoljstva bolesnika oboljelog od Parkinsonove bolesti samim sobom i najužom okolinom, nije cilj ljudske populacija. Osobe koje boluju od Parkinsonove bolesti danas predstavljaju socijalni i veliki ekonomski problem društva, jer obično nisu sposobni samostalno živjeti. Bolesnici se uglavnom liječe ambulantno gdje medicinska sestra sudjeluje u rješavanju svakodnevnih problema bolesnika i njegove obitelji. Važna je uloga medicinske sestre/tehničara pomoći bolesniku u svakodnevnim aktivnostima, zadovoljenju osnovnih ljudskih potreba i suradnji s brojnim socijalnim ustanovama i grupama podrške. Olakšati tegobe, pomoći u rješavanju problema s kojima se bolesnik svakodnevno susreće, pokojim savjetom a najviše svojom prisutnošću i iskazanom dobrom voljom, medicinska sestra/tehničar steći će povjerenje kod bolesnika s kojim će znati da u bolesti nije sam. Da bi medicinska sestra mogla provoditi kvalitetnu sestrinsku skrb, mora biti dobro educirana kako bi mogla prepoznati i tretirati fizičke, emocionalne i druge potrebe i probleme bolesnika i njegove obitelji. Nadalje, medicinska sestra mora posjedovati i praktične vještine koje će provoditi individualno za svakog bolesnika uz puno empatije i dokaze štovanja. Kako bi medicinska sestra adekvatno ispunila svoju ulogu, potrebno je neprekidno ulagati u svoje znanje,što znači trajna naobrazba u svim segmentima zdravstvene njege. I na kraju važno je još napomenuti da su svi napori naše struke nedostatni bez suradnje i angažmana obitelji oboljelog. Neizbježna je edukacija bolesnikove obitelji od strane medicinske sestre, kako bi on dobio ne samo potporu već i adekvatnu i dobru skrb. Motivacija, hrabrenje i optimizam od velikog su značenja, kako za bolesnika tako i za njegovu obitelj. Zadaća medicinske sestre ali i ostalih zdravstvenih djelatnika je osigurati navedene uvjete u svakodnevnom susretu i radu s tim bolesnicima.

U Varaždinu,08.03.2017. Potpis: Strupar Adrijana

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, Adrijana Strupar pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada pod naslovom „ Sestrinska skrb za bolesnike s Parkinsonovom bolesti" te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:
Adrijana Strupar

Strupar Adrijana

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost 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, Adrijana Strupar neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom „Sestrinska skrb za bolesnike s Parkinsonovom bolesti" čija sam autorica.

Studentica:
Adrijana Strupar

Strupar Adrijana

5. Literatura

[1] Barić M, Vuković N, Janković A. Utjecaj Parkinsonove bolesti na društveni život oboljelih. Prvi hrvatski simpozij medicinskih sestara i tehničara neurologije s međunarodnim sudjelovanjem; zbornik radova; 9-12 studenog 2005; Hrvatska, Varaždinske toplice: 2005; 21-24.

[2] Trogrlić Lj, Stipanović M. Kvaliteta života bolesnika sa Parkinsonovom bolešću. Prvi hrvatski simpozij medicinskih sestara i tehničara neurologije s međunarodnim sudjelovanjem; zbornik radova; 9-12 studenog 2005; Hrvatska, Varaždinske toplice: 2005;59-61.

[3] National Institute for Health andClinicalExcellence (2006) *Parkinson's Disease: Diagnosisand Management in Primary and Secondary Care*. London: NICE.

[4] http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/diskinezije-i-bolesti-malog-mozga/parkinsonova-bolest 09.11.2016.

[5] Barac B, sur. Neurologija. Zagreb: Naprijed; 1992.

[6] Stoessl A J (1999) Etiology of Parkinson's disease. *Canadian Journal of Neurological Sciences*; 26: Suppl 2, S5-12.

[7] Zubak J., Grabovac I., Parkinsonova bolest. Prvi hrvatski simpozij medicinskih sestara i tehničara neurologije s međunarodnim sudjelovanjem; zbornik radova; 9-12 studenog 2005; Hrvatska, Varaždinske toplice: 2005; 97-98.

[8] Šimunović J. V. Neurokirurgija. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.

[9] Plavetić M. Kvaliteta života bolesnika sa Parkinsonovom bolešću. Prvi hrvatski simpozij medicinskih sestara i tehničara neurologije s međunarodnim sudjelovanjem; zbornik radova; 9-12 studenog 2005; Hrvatska, Varaždinske toplice: 2005; 93

[10] Relja M. Parkinsonova bolest – etiologija, dijagnostika i liječenje. Medix. 2004;52(X): 107-108.

[11]http://www.cybermed.hr/centri_a_z/parkinsonova_bolest/kako_se_dijagnosticira_parkinsonova_bolest pristupljeno 08.11.2016.

[12] http://hubpp.mef.hr/o-bolestima/parkinsonova-bolest/pristupljeno 09.11.2016.

[13] Butković - Soldo S, Titlić M. Neurologija. Medicinski fakultet u Osijeku; 2012.

[14] Ocepek L, Georgiev D. Liječenje parkinsonove bolesti duodopom. Četvti kongres medicinskih sestara i tehničara hrvatske za neurologiju s međunarodnim sudjelovanjem – perspektive razvoja sestrinstva u neuroznanosti: zbornik radova; 15-18 rujna 2010; Hrvatska, Opatija: UMSTHN; 2010;88-89.

[15] Milaković G., Kicivoj J. Kvaliteta života bolesnika s Parkinsonovom bolešću. Četvti kongres medicinskih sestara i tehničara hrvatske za neurologiju s međunarodnim sudjelovanjem – perspektive razvoja sestrinstva u neuroznanosti: zbornik radova; 15-18 rujna 2010; Hrvatska, Opatija: UMSTHN; 2010; 67-69.

[16] SAGE Neuroscience & Neurology journals. Neurorehabilitation & Neural repair. November/December 2016. Dostupno na http://nnr.sagepub.com/, pristupljeno 20.11.2016.

[17] Butković – Soldo S. Neurorehabilitacijska i restauracijska neurologija. Medicinski fakultet u Osijeku; 2013.

[18] Garcia-Ptacek, S., Kramberger G., M. ParkinsonDiseaseandDementia. SAGE Geriatric Psychiatryand Neurology, 2016. Dostupno na: http://jgp.sagepub.com/content/29/5/261 Pristupljeno 20.11.2016.

[19] https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/neurology/how-to-care-for-people-with-parkinsons-disease/5043746.article Pristupljeno 20.11.2016.

[20] Kelemen, V., Šipek, Š. Zadovoljavanje osnovnih ljudskih pokreta bolesnika sa Parkinsonovom bolešću. Četvrti kongres medicinskih sestara i tehničara hrvatske za neurologiju s međunarodnim sudjelovanjem – perspektive razvoja sestrinstva u neuroznanosti: zbornik radova; 15-18 rujna 2010; Hrvatska, Opatija: UMSTHN; 2010; 83-86.

[21] Grant R W, Finocchio LJ, & the California Primary Care Consortium Subcommittee on Interdisciplinary Collaboration (1995) Interdisciplinary collaborative team sinprimary care: A model curriculum and resourceguide. San Francisco, CA: Pew Health Professions Commission.

[22] Schmitt M, Heinemann G, & Farrell M. Discipline differences inattitudes toward interdisciplinary teams, perceptions of the process of teamwork, and stress level singeriatric health care teams. In: Snyder JR, ed. Inderdisciplinary health care teams: proceedings of the Six teenth Annual Conference. Indianapolis: Indiana University Medical Center, 1994: 92-105.

[23] Prizer P.L., Browner N. The Integrative Care ofParkinson's Disease: A Systematic Review. Journal of Parkinson's Disease 2 (2012);79–86.

[24] Paris AP, Saleta HG, de laCruzCrespoMaraver M, Silvestre E, Freixa MG, Torrellas CP, Pont SA, Nadal MF, Garcia SA, Bartolome MVP, Fernandez VL, &Rusinol AB (2011) Blind randomized controlled study of the efficacy of cognitive trainingin Parkinson's disease. Movement Disorders, 26, 1251-1258.

[25] Kalf JG, de Swart BJ, Bloem BR, &Munneke M (2011) Prevalence of oropharyngeal dysphagiain Parkinson's disease: A meta-analysis. Parkinsonism Relat Disord.

[26] Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb. Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju; 1996.

[27] Pekić V, Popijač T. Prehrana i MNA upitnik kao instrument za utvrđivanje prehrambenog statusa kod oboljelih od Parkinsonove bolesti. Šesti kongres medicinskih sestara i tehničara hrvatske za neurologiju s međunarodnim sudjelovanjem – neurološkiporemećaji-globalno opterećenje: zbornik radova; 17-20. rujna 2014; Hrvatska, Opatija:UMSTHN;2014;90-93