

Multidisciplinarni pristup u liječenju i skrbi osoba oboljelih od demencije

Fremec, Martina

Master's thesis / Diplomski rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:469827>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-28**



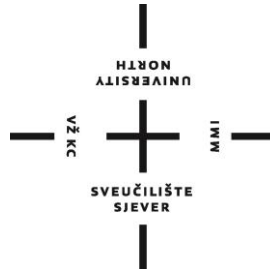
Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br.017/SSD20

MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U LIJEČENJU I SKRBI OSOBA OBOLJELIH OD DEMENCIJE

Martina Fremec

Varaždin, ožujak, 2021.

**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**

**Studij: Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo-menadžment
u sestrinstvu**



DIPLOMSKI RAD br.017/SSD20

**MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U LIJEČENJU I
SKRBI OSOBA OBOLJELIH OD DEMENCIJE**

Student:
Martina Fremec 0856/336D

Mentor:
doc. dr. sc. Ino Husedžinović

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Martina Fremec	MATIČNI BROJ	0856/336D
DATUM	30.6.2020.	KOLEGIJ	Prava i obveze u zdravstvenoj struci
NASLOV RADA	Multidisciplinarni pristup u liječenju i skrbi osoba oboljelih od demencije		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	A multidisciplinary approach in the treatment and care of people with dementia		
MENTOR	Prof. dr. sc. Ino Husedžinović	ZVANJE	redoviti profesor u trajnom zvanju
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, predsjednik 2. prof. dr. sc. Ino Husedžinović, mentor 3. izv. prof. dr. Karlo Houra, član 4. doc.dr.sc. Marin Šubarić, zamjenski član 5.		

Zadatak diplomskog rada

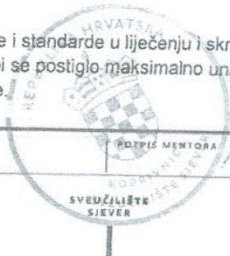
BRJ 017/SSD/2020

Demencija je sindrom globalnog i progresivnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti pri očuvanoj svijesti koja nastaje kao posljedica organske bolesti središnjeg živčanog sustava. Demencija je progresivna, neizlječiva te u zadnjim stadijima dovodi do potpune ovisnosti o drugima. Procjenjuje se da demencija zahvaća 10% osoba starijih od 65 godina, prema procjenama Europske udruge za Alzheimerovu bolest. Demencija je javnozdravstveni prioritet 21. stoljeća. Činjenice o broju o oboljelih i cijeni liječenja osoba oboljelih od demencije su zapanjujuće.

U radu će biti prikazane sve vrste demencije i njihove karakteristike i specifičnosti. Kroz izradu rada ukazati će se na važnost multidiscipliniranog pristupa osobama oboljelima od demencije kao ključnu činjenicu za što bolju skrb i liječenje stanja koje demencija uzrokuje prema stadijima bolesti. Opisane će biti i prava osobe koja boluje od demencije, kao i problematika koja se javlja u obiteljima u kojima se pojavi bolesnik.

Cilj završnog rada je prikazati pristupe i standarde u liječenju i skrbi o osobama oboljelih od demencije s perspektive medicinske sestre da bi se postiglo maksimalno unapređenje i poboljšanje u skrbi i liječenju osoba oboljelih od demencije.

ZADATAK URUČEN 14.05.2020.



Zahvala :

Veliku zahvalnost dugujem svom mentoru Prof.dr.sc. Ini Husedžinoviću na velikoj pomoći oko izrade i pisanja diplomskog rada.

Hvala mojoj obitelji suprugu, djeci i roditeljima koji su imali neizmjereno strpljenje za vrijeme trajanja studija i pisanja diplomskog rada.

Također zahvaljujem svim mojim radnim kolegama na svakoj susretljivosti u radnoj sredini, hvala im i na potpori i motivaciji kada mi je bila potrebna.

Zahvalna sam na svim poznanstvima koje mi je donijelo studiranje na Sveučilištu Sjever, posebno mojim kolegicama s kojima je svaki odlazak u Varaždin nakon radnog dana bio lakši.

Posebna zahvala mojoj sestri Mariji Magdaleni Hrlić na motiviranju za upis studija, svakom savjetu, pozitivnom stavu i bezuvjetnoj pomoći. Studirati sa sestrom jedinstveno je i neprocjenjivo jer znaš da netko uvijek bezuvjetno stoji uz tebe.

SAŽETAK:

Demencija je sindrom progresivnog i globalnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti i funkcija pri očuvanoj svijesti, koja nastaje kao posljedica organske bolesti središnjeg živčanog sustava. Demencija je progresivna, neizlječiva te u zadnjim stadijima dovodi do potpune ovisnosti o drugima. Procjenjuje se da demencija zahvaća 10% osoba starijih od 65 godina, prema procjenama Europske udruge za Alzheimerovu bolest. Demencija je javnozdravstveni prioritet 21. stoljeća. Činjenice o broju o oboljelih i cijeni liječenja osoba oboljelih od demencije su drastične.

U radu će biti prikazane sve vrste demencije i njihove karakteristike i specifičnosti. Kroz izradu rada ukazati ću na važnost multidiscipliniranog pristupa osobama oboljelima od demencije kao ključnu stvar za što bolju skrb i liječenje stanja koje demencija uzrokuje prema stadijima bolesti. Opisana će biti i prava osobe koja boluje od demencije, kao i problematika koja se javlja u obiteljima u kojima se pojavi bolest. Cilj ovog završnog rada je prikazati pristupe i standarde u liječenju i skrbi o osobama oboljelih od demencije iz perspektive medicinske sestre da bi se optimalizirala skrb i liječenje osoba oboljelih od demencije.

SUMMARY:

Dementia is a syndrome of global and progressive impairment of acquired cognitive abilities with preserved consciousness resulting from organic disease of the central nervous system. Dementia is progressive, incurable, and in the final stages leads to complete dependence on others. It is estimated that dementia affects 10% of people over the age of 65, according to estimates by the European Alzheimer's Association. Dementia is a public health priority of the 21st century. The facts about the number of patients and the cost of treating people with dementia are significant.

The thesis will present all types of dementia and their characteristics and specifics. Through the paper, I will point out the importance of a multidisciplinary approach to people with dementia as a key thing for the best possible care and treatment of conditions that dementia causes according to the stages of the disease. The rights of a person suffering from dementia will be described, as well as the problems that occur in families with the disease. The aim of this master thesis is to present approaches and standards in the treatment and care of people with dementia from the perspective of a nurse in order to optimal progress and improvement in the care and treatment of people with dementia.

POPIS KRATICA :

ATK - Anatomsko-terapijsko-kemijska klasifikacija lijekova

CT - kompjuterizirana tomografija

HUAB - Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest

KBC - Klinički bolnički centar

MMSE - Mini Mental State Exam

MR - magnetna rezonanca

NN - Narodne novine

RH - Republika Hrvatska

SZO - Svjetska Zdravstvena organizacija

WFMT - Svjetska udruga za glazbenu terapiju

Sadržaj:

1. Uvod.....	1
2. Demencija	2
2.1. Etiologija i podjela.....	3
2.2. Prevalencija.....	3
2.3. Simptomi demencije	4
2.4. Dijagnoza	6
2.5. Klinički oblici demencije.....	7
2.5.1. Demencija Alzheimerovog tipa	7
2.5.2. Vaskularna demencija.....	8
2.5.3. Frontotemporalna demencija	8
2.5.4. Bolest Lewyjevih tjelešaca	9
3. Biološke metode liječenja bolesnika oboljelih od demencije	10
3.1. Psihofarmakoterapija	10
3.1.1. Antidementivi	11
3.1.2. Antidepresivi.....	11
3.1.3. Anksiolitici.....	12
3.1.4. Antipsihotici.....	12
3.1.5. Hipnotici	13
4. Multidisciplinarni pristup bolesnicima oboljelima od demencije.....	14
5. Rehabilitacija osoba oboljelih od demencije	15
5.1. Kognitivna rehabilitacija.....	15
5.1.2. Kognitivni trening.....	16
5.2. Socijalna rehabilitacija.....	16
5.2.1. Radna terapija	17
5.2.2. Muzikoterapija	17
5.2.3. Likovna terapija	18
5.2.4. Fizioterapija	19

5.2.5. Multisenzorna terapija	19
5.2.5.1. Integrativna validacija.....	20
5.2.5.2. Bazalna stimulacija	20
5.2.6. Terapija životinjama	20
5.2.7. Terapijski vrtovi i hortikultura u demenciji	21
6. Komunikacija u demenciji	22
7. Uloga liječnika obiteljske medicine u otkrivanju oboljelih od demencije i daljnjoj skrbi	24
8. Demencija u obitelji.....	25
8.1. Psihološke intervencije za skrbnike	26
8.2 Edukacija skrbnika, savjetovanje i potpora	26
9. Demencija u zajednici.....	28
10. Etika u skrbi o bolesnicima oboljelima od demencije	29
11. Ustanove za trajni smještaj ili privremeni boravak bolesnika oboljelih od demencije.....	31
11.1. Specijalizirani dom za osobe s demencijom	31
11.2. Domovi za starije	32
11.3. Obiteljski domovi za starije	32
11.4. Gerontološki centri.....	33
11.5. Usluga dnevnog boravka.....	33
11.6. Usluga pomoću u kući	34
12. Pravni aspekti za osoba treće životne dobi	35
13. Kompetencije medicinske sestre u procesu liječenja osoba oboljelih od demencije.....	37
13. Zaključak.....	38
14. Literatura:.....	39

1.Uvod

Uvidom u popis stanovništva iz 2011. godine u RH ima 17,7% osoba starijih od 65 godina što nas ubraja među najstarije populacije svijeta. Naša populacija svakodnevno sve više stari što za posljedicu ima i češću pojavnost bolesti koje su karakteristične za treću životnu dob.

Iz izvora Svjetske Zdravstvene Organizacije (SZO) 47,3 milijuna ljudi u svijetu ima neki od oblika demencije. U državama Europske unije trenutno je 6,4 milijuna osoba koje boluju od nekog oblika demencije. Procjenjuje se da u Hrvatskoj trenutno ima 86 000 osoba koje boluju od demencije. Pretpostavke su da će i dalje rasti broj oboljelih, jedan od razloga koji doprinose povećanju broja oboljelih je povećani broj rođenih u razdoblju od 1945 godine do 1965 godine. Djeca koja su rođena u navedenom periodu danas su ljudi treće životne dobi koji obolijevaju od demencije (1).

Specifičnosti skrbi i liječenja o osobama oboljelima od demencije vrlo su složene i predstavljaju veliki izazov. Uključivanjem različitih medicinskih grana i djelatnosti omogućuje se adekvatnije i cjelokupno obuhvaćanje potreba koje zahtjeva stanje koje izaziva demencija.

S ciljem da se podigne svijest o oboljelima od demencije, članovima njihovih obitelji i svih njegovatelja, uz naglasak na prava osoba oboljelih od demencije, 1999. godine u Hrvatskoj se osniva Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest. U Hrvatskoj od 2012. godine djeluje Hrvatsko društvo za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi kao stručno društvo Hrvatskog liječničkog zbora (1).

2. Demencija

Demencija je progresivna, kronična, degenerativna bolest centralnog živčanog sustava koja znatno narušava sve segmente bolesnikova funkcioniranja. Pojavnost bolesti u velikoj mjeri se odnosi na svakodnevne aktivnosti oboljelih (2).

Kognitivna sposobnost konkretno pamćenje se u demenciji gubi ali neoštećene ne ostaju i ostale kognitivne funkcije. Poremećaji su izraženi u pogledu orijentacije prostorne i vremenske. Narušena sposobnost zapažanja i poremećaji koncentracije često se javljaju u ovoj bolesti. Karakteristično za demenciju je propadanje i osiromašivanje govora i rječnika, otežano ili nemoguće računanje, gubitak sposobnosti rasuđivanja, prosuđivanja i rješavanja problema. Apstraktno mišljenje znatno je narušeno u demenciji. Poremećaji koji se javljaju u demenciji često dovode do depresije i povlačenja oboljele osobe u sebe. Nije rijetkost da dementna osoba razvije agitirano stanje, halucinacije kao i insomniju (3).

Do pojavnosti demencije mogu dovesti brojni uzroci koji uzrokuju oštećenje kognitivnih funkcija. Stoga demenciju ne možemo opisati kao jednu jedinstvenu bolest, ali sa sigurnošću možemo reći da je ona posljedica oštećenja mozga koje današnjim dostupnim metodama liječenja ne možemo znatno zaustaviti (4).

Postavljanje dijagnoze demencije uglavnom se temelji na kliničkoj slici. Od dostupnih metoda koristi se pregled bolesnika, testiranje Mini mental testom. Laboratorijske pretrage koje najčešće uključuju određivanje vrijednosti vitamina B12 i folne kiseline, hormone štitnjače, te biokemijske pretrage. Povišeni upalni parametri kod bolesnika mogu pogoršati kliničku sliku demencije. Svakako se pri dijagnosticiranju demencije rade i ciljne pretrage što uključuje kompjuteriziranu tomografiju mozga, magnetnu rezonancu glave i snimanje elektroencefalografije (EEG) (5).

2.1. Etiologija i podjela

Podjela demencija moguća je na više načina tako ih dijelimo na Alzheimerova i ne Alzheimerova, ireverzibilna i potencijalno reverzibilna, kortikalna i subkortikalna i česta ili manje česta.

Demencija je prvenstveno neurodegenerativni poremećaj koju prati nepovratno oštećenje moždanih stanica. Oštećenje moždanih stanica može biti raznolike etiologije. Demenciju mogu uzrokovati strukturalni poremećaji kao što su normotenzivni hidrocefalus i subduralni hematoma, poremećaji u radu metabolizma, ili toksini u koje ubrajamo metale. Metali uzrokuju postupno i polagano propadanje kognitivnih funkcija, te se to stanje može korigirati lijekovima. Takovo se stanje ujedno naziva i reverzibilnom demencijom (6).

Alzheimerova bolest, vaskularna demencija, demencija Lewyjevih tjelešaca, frontotemporalna demencija i demencija povezana s HIV infekcijom glavne su vrste demencije. Demencija se može javiti kao posljedica drugih stanja i bolesti pa tako imamo demenciju kod Parkinsonove bolesti, Huntingtonove bolesti, Creutzfeldt–Jakobove bolesti (7).

2.2 Prevalencija

Produljivanjem životnog vijeka i povećanjem udjela ljudi starije životne dobi u populaciji dovodi do povećanja broja oboljelih od demencije. Demencija se može otkriti već u srednjim godinama života, iako je najučestalija kod osoba starijih od 65 godina.

Od demencije učestalije oboljevaju žene u odnosu na muškarce. Žene u prosjeku žive duže od muškaraca i među starijom populacijom su brojnije. Životna dob je jedna od ključnih faktora za pojavu simptoma demencije, iako simptome demencije mogu uzrokovati druga stanja, bolesti nedostatak određenih tvari ili hormona u organizmu. Prevalencija demencije u Europi kreće se u rasponu od 6 % do 18 % kod osoba starijih od 65 godina, a kod osoba starijih od 85 godina ona čak doseže 30 % (prema nekim podacima i 50 %). Uzimajući u obzir činjenica da je stanovništvo sve starije, tj. da se prosječna životna dob stanovništva stalno produžuje, za očekivati je da će u

vrlo skoroj budućnosti demencija postati jedan od vodećih medicinskih, društvenih, ali i ekonomskih problema modernog društva. Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization, WHO) procjenjuje da trenutno na svijetu od demencije boluje oko 35,6 milijuna ljudi, a pretpostavka je da će se taj broj do 2030. godine udvostručiti, a do 2050. godine utrostručiti (7).

2.3. Simptomi demencije

Demencija je bolest koja oštećuje kognitivne funkcije . Gubitak kratkotrajnog pamćenja nerijetko je prvi znak. Iako prevladavaju isti simptomi koji traju određeno vrijeme oni se dijele prema svojoj pojavnosti i izražajnosti. Izražajnost simptoma u velikoj mjeri ovisi o fazi demencije u kojoj se bolesnik nalazi. Isti simptomi traju, moguće ih je podijeliti na izraženost i pojavnost ovisno o fazi bolesti. Promjene osobnosti i neadekvatno ponašanje mogu se razviti u ranoj ili kasnoj fazi bolesti. Određeni simptomi i znakovi karakteristični su za određene faze bolesti. Smanjenje motoričke sposobnosti javlja se u prvoj fazi vaskularne demencije dok pojavnost u Alzheimerovoj demenciji određena je kasnoj fazi bolesti. Epileptički napadi podjednako su zastupljeni u fazama bolesti. Paranoja, halucinacije, psihoze povremeno se javljaju u svim fazama bolesti(8).

U ranoj fazi bolesti oštećeno je kratkoročno pamćenje, učenje novih informacija za bolesnika postaje iznimno otežano ili pak gotovo nemoguće. Javljaju se poteškoće sa svakodnevnim funkcioniranjem i planiranjem koje se može odnositi na snalaženje u prostoru, financijsko upravljanje te zaboravljanje gdje se nalaze neke dobro poznate stvari koje koriste u svakodnevnom životu. Apstraktno mišljenje kod bolesnika znatno je oštećeno i otežano. Bolesnici povremeno uviđaju da se s njima nešto događa pa se u ovoj fazi mogu ponašati razdražljivo i neprijateljski zbog smanjenje neovisnosti u svakodnevnom životu (8).

Svi rani simptomi dodatno ograničavaju funkcionalnu sposobnost no ne moraju nužno ugroziti socijalno funkcioniranja, stoga će pojavu prvih simptoma demencije najprije primijetiti članovi obitelji.

U srednjoj fazi bolesti bolesnici otežano uče nove informacije ili su gotovo u nemogućnosti naučiti nove informacije. Prisjećanje na ranije događaje je otežano, ali nije izgubljeno.

Bolesnicima je potrebna pomoć u svakodnevnom funkcioniranju. Potrebna im je pomoć kod održavanja osobne higijene, pripreme i konzumacije hrane. U ovoj fazi bolesti često se javlja anksioznost, razdražljivost, pasivnost, depresivnost uz izraženu emocionalnu inkontinenciju. Počinju se razvijati poremećaji ponašanja koji se očituju agitacijom i fizičkom agresivnošću. Bolesnici gube potpuno osjećaj za vrijeme i prostor u kojem se nalaze. Dolazi do lutanja bolesnika koji ne mogu pronaći ono što traže a nisu ni sigurni što traže. Bolesnici su u ovoj fazi bolesti pod povećanim rizikom od pada i samoozljeđivanja uslijed raznih nezgoda koje su posljedica smetenog stanja koje uzrokuje demencija. Poremećen je ciklus spavanja i budnosti u bolesnika (9).

U završnoj fazi bolesti simptomi su sve izraženiji. Bolesnici ne mogu samostalno hodati, ne mogu se samostalno hraniti i obavljati uobičajene svakodnevne aktivnosti. Postaju sve više nesamostalni te na kraju potpuno ovisni o pomoći drugih osoba. Kratkoročno i dugoročno pamćenje u potpunosti je izgubljeno. Urinarna inkontinencija kao i problemi s gutanjem karakteristični su u ovoj fazi bolesti. Bolesnici razvijaju povećan rizik za pothranjenost, infekcije urinarnog trakta i infekcije dišnog sustava. Smanjena pokretljivost i pothranjenost povećavaju rizik od nastanka dekubitusa. Nerijetko se bolesnici u ovoj fazi bolesti smještavaju u ustanove za skrb. U podmaklom stadiju završne faze bolesti bolesnici više ne mogu komunicirati (9).

Bolesnici oboljeli od demencije s teškim simptomima u zadnjoj fazi bolesti gotovo nikako ne mogu opisati svoje tegobe i izraziti potrebe. U nemogućnosti su iskazati i zadovoljiti osnovne potrebe za unosom hrane i tekućine, potpuno su ovisni o higijenskom zbrinjavanju njegovatelja, nisu sposobni opisati bol i nelagodu kao ni jednu svoju potrebu u tome stanju.

2.4. Dijagnoza

Starački gubitak pamćenja jasno se mora razlučiti od demencije. Starenjem se gube sposobnosti prisjećanja te su manja nego u mlađoj životnoj dobi. Starački gubitak pamćenja nije progresivan i znatno ne remeti svakodnevno funkcioniranje. Ako se starijim osobama pruži dovoljno vremena da usvoje nove informacije one će i dalje normalno funkcionirati (6).

Najučinkovitiji test za dijagnosticiranje demencije je test kratkoročnog pamćenja. Test se izvodi tako da se bolesnici trebaju prisjetiti tri predmeta nakon pet minuta. Bolesnici oboljeli od demencije najčešće zaboravljaju informacije koje su dobili unutar pet minuta. Kod gubitka kratkoročnog pamćenja za postavljanje dijagnoze demencije potrebno je da bolesnik ima još neki od kognitivnih deficita kao što su afazija, apraksija, agnozija, smanjen mogućnost planiranja i organiziranja(10).

U posljednje vrijeme sve više se važnosti i pažnje posvećuje crtanju sata. Osoba koja boluje od demencije neće moći pravilno nacrtati sat s brojevima koji pokazuju vrijeme i kazaljka. Crtež sata ako osoba ima kognitivno oštećenja bit će drugačije orijentiran s nepravilnostima u smještavanju brojaka i kazaljka na satu. Odstupanja u ovom testu zahtijevaju daljnju specijalističku obradu.

Dijagnoza bolesti se postavlja na temelju kliničke slike i podataka dobivenih iz razgovora s bliskim članovima obitelji. Kod postavljanja dijagnoze koriste se i psihometrijska metoda

- MMSE – Mini Mental State Examination. MMSE je pisani test na kojem se može postići najveći broj bodova 30. Što je broj bodova kod ispitanika manji ukazuje na veći kognitivni deficit. Mini mental test koristi se u ordinacijama opće medicine kao i u specijalističkim ustanovama. U dijagnostici značajna odstupanja i patološki nalazi bit će vidljivi kod elektroencefalografije, kompjuterizirane tomografije mozga i magnetske rezonance mozga. CT ili MR potrebno je indicirati kod prve procjene demencije ili nakon bilo koje novonastale promjene kognitivnog ili mentalnog statusa (11).

2.5. Klinički oblici demencije

Demencije možemo podijeliti na demenciju Alzheimerova tipa, vaskularnu demenciju, demenciju zbog Parkinsonove bolesti, traume glave, Huntingtonove bolesti, Pickove bolesti, Creutzfeldt-Jacobove bolesti te drugih općih zdravstvenih stanja i višestruke etiologije. Demencije se karakteriziraju kao kortikalne (npr. Alzheimerova demencija), subkortikalne (npr. Huntingtonova bolest) te kortikalno - subkortikalne (miješane) demencije (npr. vaskularna) ovisno o stupnju zahvaćenosti sive ili bijele tvari mozga (12).

2.5.1. Demencija Alzheimerovog tipa

Alzheimerova bolest neurodegenerativna je bolest mozga i najčešći oblik demencije koja predstavlja 60-70% svih slučajeva demencije. Ovo je sindrom s progresivnim gubitkom kognitivnih funkcija, s deterioracijom pamćenja, spacijalne i temporalne orijentacije, jezičnih funkcija, sposobnosti učenja i komuniciranja uz promjene u ponašanju i čestim popratnim psihičkim simptomima poput depresije, anksioznosti i deluzija. Prevalencija psihičkih simptoma povećava se s trajanjem bolesti i u konačnici te osobe postaju potpuno ovisne o okolini (13).

Prvi opis bolesti objavio je Alois Alzheimer. Kod ovog oblika demencije dolazi do pojave neurofibrilarnih čvorića, senilnih plakova i granulovaskularnih degeneracija. Javlja se oštećenje kognitivnih funkcija najčešća su oštećenje pamćenja, afazija, apraksija, agnozija, poremećaj izvršnog funkcioniranja. Bolest je tihog i podmuklog tijeka, postupno progradira te je procjena trajanja života osam godina, preživljavanje ovisi o stadiju bolesti, te iznosi od jedne do dvadeset godina (14).

2.5.2. Vaskularna demencija

Vaskularna demencija najčešće napreduje diskretno, praćeno intelektualnim propadanjem koje povremeno može imati umjereni oporavak, koji je kratkoročan. Kako bolest napreduje sve su više uz intelektualna oštećenja prisutna i vidljiva motorička oštećenja koja se očituju u poremećaju hoda, slabljenju ekstremiteta hemiplegijom i emocionalnom inkontinencijom.

Bolesnici s vaskularnom demencijom imaju cerebrovaskularni deficit ili patološke promjene krvnih žila na mozgu. Demencija vaskularnog tipa predstavlja višestruke patofiziološke mehanizme povezane s deficijencijom moždanog tkiva u opskrbi krvlju i različitim vrstama patologije kao što su: višestruki infarkti koji nastaju uslijed ateroskleroze velikih krvnih žila i embolije, solitarni strateški infarkti, lakunarni infarkti i promjene bijele tvari uslijed bolesti malih krvnih žila, hipoperfuzija, intermitentna ishemija, abnormalna vaskularna permeabilnost, hemoragija, hipertenzivna vaskulopatija, ishemija nakon ruptуре aneurizme, arteritis uslijed različitih autoimunih i infektivnih poremećaja (14).

2.5.3. Frontotemporalna demencija

Frontotemporalna demencija je sindrom koji obuhvaća skupinu neurodegenerativnih bolesti koje zahvaćaju čeonu i sljepoočne režnjeve mozga. U bolesnika je prisutno poremećeno ponašanje i poteškoće s jezičnim sposobnostima. Javlja se u osoba od 45 do 65 godina starosti, iako se simptomi demencije mogu javiti tek u kasnijim stadijima bolesti. U 40 do 50 % slučajeva je nasljedna (3).

Žarišne (lobarne) atrofije obuhvaćaju skupinu primarnih demencija kojima je glavno obilježje ograničeno područje atrofije moždane kore. Ovo područje može biti maleno poput veličine pojedinačnog girusa, a može biti i toliko veliko da zahvaća oba čeona i sljepoočna režnja. Atrofija koja se javlja je simetrična (14).

2.5.4. Bolest Lewyjevih tjelešaca

Za bolest Lewyjevih tjelešaca je karakteristično nakupljanje Lewyjevih tjelešaca (citoplazmatske nakupine α -sinukleina, ali mogu sadržavati i druge proteine poput ubikvitina, -B kristalina i glukocerebrozidaze) u kortikalnim i subkortikalnim neurofilamenata, područjima mozga. Bolest Lewyjevih tjelešaca obuhvaća demenciju Lewyjevih tjelešaca, Parkinsonovu bolest i multiplu sistemska atrofiju. Te bolesti se razlikuju po raspodjeli Lewyjevih tjelešaca u mozgu oboljelih (15).

Bolest se obično razvije u 75-oj do 80-oj godini života. Uzrok bolesti još nije poznat. Uz sindrom demencije, u bolesnika su često prisutne vidne i druge halucinacije, motorički simptomi parkinsonizma i drugi ekstrapiramidni poremećaji pokreta te poremećaji spavanja (bolesnik se u spavanju miče, gestikulira i govori) (15).

3. Biološke metode liječenja bolesnika oboljelih od demencije

Demencija je sindrom koji ne predstavlja jednu jedinstvenu bolest koju bi opisivali karakteristični simptomi koji bi upućivali na jedinstveno liječenje. Primjena lijekova kod demencije u većini slučajeva je bazirana na otklanjanje i ublažavanje nepovoljnih simptoma koje uzrokuje bolest. S obzirom na to da od demencije oboljevaju ljudi starije životne dobi, u liječenju je potrebno uz psihofarmake primijeniti i lijekove za kronične tjelesne bolesti.

Primjenom psihofarmaka otklanjaju se simptomi anksioznosti, depresije, nemira i smetenosti omogućuju da se bolesnik vrati u obiteljsku sredinu ili da bude smješten u dom za starije osobe. Napuštanje bolničke okoline ima pozitivan učinak na osobe oboljele od demencije.

3.1. Psihofarmakoterapija

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 1976. godine psihofarmaci su lijekovi koji djeluju na psihičke funkcije, ponašanje i doživljavanje bolesnika. Psihofarmaci su kemijske tvari koje u propisanoj dozi djeluju na određeno psihičko ponašanje. Psihotropni lijekovi ili psihofarmaci podrazumijevaju biološko liječenje duševnih i psihičkih bolesti i poremećaja. Podjela se vrši na više načina i skupina. Prema ATK sustavu svi lijekovi su razvrstani u 14 skupina prema anatomskoj cjelini na kojoj se očituje glavni učinak lijeka (I razina), a dalje u 4 niže razine: I. razina: glavna anatomska skupina II. razina: glavna terapijska skupina III. razina: terapijska podskupina IV. razina: kemijsko-terapijska podskupina V. razina: INN (internacionalni nezaštićeni naziv) – generički naziv lijeka U razini I. pod oznakom N (ŽIVČANI SUSTAV), nalaze se sljedeće skupine II. razine: N 01 Anestetici, N 02 Analgetici, N 03 Antiepileptici, N 04 Antiparkinsonici, N 05 Psiholeptici, N 06 Psihoanaleptici, N 07 Ostali (16).

Sredinom 20. stoljeća dolazi je do razvitka psihofarmaka, veliki utjecaj imalo je iznenadni pronalazak klorpromazina, te se taj period i pronalazak danas smatra kao prvi stvarni početak

moderne psihofarmakoterapije koja će kasnije imati veliki povijesni značaj. Delay i Deniker 1952 godine uvode klorpromazin u terapiju shizofrenije i akutne manije lijekova koji su promijenili od temelja osnove terapije psihijatrijskih pacijenata i utkali put modernoj psihijatriji. Kada govorimo o klinički istraživanjima u našoj zemlji važno je napomenuti da su naše kliničke studije pratile one na svjetskoj razini. Danas sa sigurnošću možemo reći da živimo i radimo u vremenu erupcije novih, modernih i potentnih psihofarmaka, te su takvi lijekovi donijeli potpuno nove mogućnosti, ali i postavili nove ciljeve u liječenju (17).

3.1.1. Antidementivi

Antidementivi su lijekovi koji imaju blagotvorni učinak na mnestičke funkcije kod bolesnika oboljelih od demencije. Antidementivi znatno umanjuju potrebu za dodatnim psihotropnim lijekovima poput antipsihotika i stabilizatora raspoloženja, koji kod osoba starije životne dobi mogu prouzročiti neželjene nuspojave. Istraživanja su pokazala da antidementivi usporavaju tijek kao i uznapredovanje demencije te produžuju vrijeme u kojem je bolesnik u nekoj mjeri samostalan i samim time odgađaju potrebu smještanja bolesnika u ustanove (18).

3.1.2. Antidepresivi

Antidepresivi su skupina lijekova koji umanjuju ili potpuno uklanjaju simptome depresije. Heterogeni su s obzirom na strukturu i mehanizam djelovanja. Njihovo djelovanje temelji se na povećanju aktivnosti monoamina u mozgu. Glavno djelovanje antidepresiva je podizanje raspoloženja što dovodi do kvalitetnijeg funkcioniranja na osobnoj i društvenoj razini. Antidepresivi mogu imati i sedativni učinak pa su lijek izbora kod učestalih napada panike (19).

3.1.3. Anksiolitici

Anksiolitici su lijekovi koji se primjenjuju u liječenju anksioznih poremećaja. Farmakološka svojstva benzodiazepina su antikonvulzivna, sedativna, miorelaksirajuća i anksiolitička. Ova skupina lijekova kod duže primjene izaziva fenomen ovisnosti s posljedičnim sindromom ustezanja kod naglog prekida terapije (20).

3.1.4. Antipsihotici

Antipsihotici su skupina lijekova koji djeluju na simptome kao što su agitacija, agresivnost, halucinacije, sumanutost, psihomotorno uzbuđenje, ali i na simptome kao što su neženjeni afekt, apatija, abulija i socijalno povlačenje različite etiologije. Svi antipsihotici su podjednako djelotvorni u liječenju psihotičnih stanja kao što su halucinacije, deluzije, psihomotorna agitacija. Noviji (atipični antipsihotici) imaju bolje djelovanje na negativne (alogija, avolicija, anhedonija), kognitivne i afektivne simptome.

Antipsihotike dijelimo na dvije skupine prema kliničkoj podjeli na tipične antipsihotike koji djeluju blokirajući D2 receptore u mozgu. Dok atipični antipsihotici djeluju blokirajući D1 receptore u mozgu (19).

Psihofarmake dijelimo na tipične i atipične, no postoji i podjela prema generacijama. Prva generacija antipsihotika je promazin, klorpromazin, perazin, flufenazin, haloperidol. Prva generacija predstavlja zapravo tipične antipsihotike, za koje se zna da su djelotvorni ali imaju istaknute ekstrapiramidalne nuspojave. U drugu generaciju antipsihotika ubrajamo klozapin i sulpirid, dok u treću generaciju psihofarmaka ubrajamo risperidon, olanzapin, amisulpirid, sertindol, ziprasidon, piperidon, aripiprazol (20).

3.1.5. Hipnotici

Hipnotici su lijekovi čije se djelovanje bazira na principu da bolesnika postepeno uvode u fazu sna, produljuju epizode spavanja. Koriste se za liječenje nesanice i postizanju pravilnog ritma spavanja i budnosti kod bolesnika oboljelih od demencije. Budnost tijekom noći dodatno naglašava simptome bolesti koji se iskazuju kroz nemir i nesuradljivost bolesnika (20).

4. Multidisciplinarni pristup bolesnicima oboljelima od demencije

Multidisciplinarni pristup podrazumijeva znanstveni pristup u kojem profesionalci iz različitih i specifičnih domena obuhvaćaju jedno područje kako bi doveli do cjelovitog oporavka oboljele osobe. Složenost i raznolikost kliničke slike, združenih bolesti i terapije, zahtjeva potrebu za suradnju timova medicinskih i nemedicinskih djelatnika.

Multidisciplinarno liječenje ne uključuje samo različite stručnjake biomedicinskih znanosti, već i principe i način koji udružuju njihov zajednički rad. Da bi cjelovita skrb bila moguća, potrebna je potpuna suradnja u stručnim vještinama članova tima, učinkovita komunikacija, suradnja i međusobna razmjena ključnih informacija o dijagnostičkim nalazima i terapijskom planu. Multidisciplinarni pristup zahtjeva uključivanje specijalista psihijatrije, specijalista neurologije, specijalista interne medicine, medicinske sestre, socijalnog radnika, psihologa, fizioterapeuta, dijetetičara i radnog terapeuta.

Veliku važnost ima uključivanje i educiranje bolesnikovih članova obitelji posebice osobe koja će provoditi najviše vremena s oboljelom osobom unutar obitelji.

5. Rehabilitacija osoba oboljelih od demencije

Rehabilitacija osoba koje boluju od demencije zahtjeva aktivnosti koje se provode na različitim razinama i individualnim potrebama oboljelih od demencije. Rehabilitacija obuhvaća kognitivnu rehabilitaciju, psihosocijalnu rehabilitaciju i fizikalnu terapiju. Sveobuhvatnost rehabilitacije dovodi do boljeg funkcioniranja oboljelih u sredini kojoj borave i odgađa daljnje propadanje kognitivnih sposobnosti i održava pokretnost.

5.1 Kognitivna rehabilitacija

Kognitivna rehabilitacija se odnosi na cjeloviti proces koji dovodi do poboljšanja kognitivnih funkcija. Takav oblik rehabilitacije provodi se pomoću višestrukih treninga i vježbi s oboljelom osobom. Vježbe uključuju različita područja iz aktivnosti u svakodnevnom životu. Složenost vježbi u kognitivnoj rehabilitaciji ovisi o stadiju bolesti. Vježbe se najčešće odnose na korištenje svakodnevnim stvarima što uključuje kalendare, upotrebu telefona, ponekad osobnog računala. Najčešće se upotrebljavaju pisani podsjetnici za prisjećanje radnih i osobnih obaveza kao bi se oboljele osobe što lakaše mogle prisjetiti važnih događaja i obaveza i tako dijelom premostili kognitivno oštećenje i podigli kvalitetu života. Oboljeli također uče koristiti različita pomagala po modelu ponavljajuće radnje koja uključuje i verbalne upute za radnju kao i demonstraciju rehabilitatora (21).

Prije provedbe intervencija kognitivne rehabilitacije treba napraviti procjenu kognitivnih funkcija i postaviti ciljeve terapije koji trebaju biti specifični, mjerljivi, dostižni, realni i vremenski ograničeni. Cilj kognitivne rehabilitacije je usmjeren na poboljšanje specifičnih kognitivnih funkcija. Ujedno je cilj i sprječavanje pada u kognitivnom funkcioniranju. Evaluacija kognitivne rehabilitacije postavlja se na temelju promatranja interakcije oboljele osobe i njene okoline. Intervencije rehabilitatora mogu biti bazirane na jednostavne stvarne svakodnevne radnje (22).

5.1.2. Kognitivni trening

Kognitivni trening je nefarmakološka metoda koja za svoj cilj ima podizanje kognitivnog funkcioniranja. Najčešće je usmjeren na pažnju i pamćenje. Načini kognitivnog treninga mogu se podijeliti na dvije osnovne cjeline kompenzatorne i restorativne. Kompenzatorna strategija kognitivnog treninga nastoji pronaći najlakši način kako da oboljela osoba izvede određeni zadatak i radnju a da u prvom planu ne bude kognitivni deficit. U ovom procesu osobu se uči kako da kognitivni deficit smanji korištenjem kalendara, podsjetnika, postavljanjem pitanja i obavljanjem zadataka prema redoslijedu. Kod restorativne strategije aktivnosti su usmjerene na vraćanje funkcija koje su oslabile ili se izgubile kod pojave bolesti. Najdjelotvornije intervencije odnose se na vježbe govora, čitanja i presječenja događaja iz prošlosti. Kod kognitivnog treninga najvažnije je ponavljanje određenih vježbi i radnji kako bi bile usvojene i olakšale svakodnevno funkcioniranje oboljele osobe (23).

5.2. Socijalna rehabilitacija

Socijalna rehabilitacija podrazumijeva niz aktivnosti usmjerenih na bolesnika s ciljem da se povrate izgubljene funkcije i da bolesnik može obavljati osnovne svakodnevne aktivnosti koliko to dopušta njegova bolest. Aktivnosti rehabilitacije trebaju biti individualizirane za svakog bolesnika i podrazumijevaju aktivno uključivanje bolesnika u sve aktivnosti. Prije samog početka uključivanja bolesnika u proces psihosocijalne rehabilitacije potrebno je stvoriti odnos povjerenja za postizanje boljih rezultata. Psihosocijalna rehabilitacija provodi se paralelno s biološkim metodama liječenja i tada daje najbolje rezultate. Psihosocijalnu rehabilitaciju potrebno je provoditi u fazama. Prva faza uključuje prvobitno biološko liječenje, drugu fazu karakterizira ponovna prilagodba i usvajanje zaboravljenih kognitivnih funkcija a treća faza predstavlja stručnu medicinsku i nemedicinsku pomoć bolesniku u njegovoj obitelji. Aktivnosti psihosocijalne rehabilitacije razlikuju se ovisno bolesnikovim potrebama i fazi demencije u kojoj se trenutno nalazi. Također se aktivnosti razlikuju prema mjestu pružanja tj. Gdje se bolesnik

nalazi. Sve aktivnosti u socijalnoj rehabilitaciji usmjerene su na postizanje optimalne životne aktivnosti (24).

5.2.1 Radna terapija

Radna terapija kod bolesnika koji boluju od neke vrste demencije je orijentirana na održavanje trenutne razine mentalnog funkcioniranja. Većina radnji koje se provode bazirane su na postizanje samostalnosti kod samozbrinjavanja. Aktivnosti u procesu radne terapije prilagođene bolesnicima oboljelima od demencije doprinose boljem uklapanju u obitelj i društvenu zajednicu. Radna terapija potiče bolesnike da ponovno steknu ili zadrže potrebne vještine za kvalitetniji suživot u zajednici. Ona obuhvaća kreativne, manualne, socijalne, kreativne i edukativne aktivnosti s ciljem da se kod bolesnika postigne određena tjelesna funkcija i prihvatljivije ponašanje (25).

Radnom terapijom bude se sposobnosti koje su imali prije pojave bolesti. To se postiže na kreativan na kreativan način uz stalnu motivaciju i animaciju terapeuta. Procesom radne terapije bolesnici polako usvajaju izgubljene sposobnosti, postižu adekvatno ponašanje. Često u tijeku procesa radne terapije bolesnik sam izrazi želju za novom radnjom, a to predstavlja napredak u rehabilitaciji. Bolesnici koji boluju od demencije često su društveno izolirani i potrebna im je vježba socijalne interakcije koja se također postiže radnom terapijom. Rad koji je u okviru radne terapije dokazano održava aktualni nivo kognitivnog funkcioniranja (25).

5.2.2. Muzikoterapija

Svjetska udruga za glazbenu terapiju (WFMT – World Federation of Music Therapy) 2011. godine definirala je muzikoterapiju kao: korištenje glazbe i/ili njenih elemenata (zvuk, ritam, melodija, harmonija) što provodi kvalificirani glazbeni terapeut na osobi ili grupi u procesu koji je osmišljen kako bi osigurao i unaprijedio komunikaciju, učenje, potaknuo izričaj, organizaciju i

druge bitne terapijske ciljeve u svrhu postizanja fizičkih, emocionalnih, mentalnih, društvenih i kognitivnih potreba (26).

Muzikoterapija i njena posebnost korištenja proizlazi iz osobnog doživljaja ritma , zvuka i melodije. Muzika ima blagotvorno djelovanje na fiziološke reakcije, emocije i kreativnost osobe. Muzikoterapija predstavlja ciljanu upotrebu glazbe za postizanje relaksirajućeg učinka. Muzikoterapija se primjenjuje kod osoba s intelektualnim teškoćama, osoba s motoričkim deficitima, anksioznih poremećaja, reumatoloških i kardiovaskularnih oboljenja te osoba s demencijom (27).

U muzikoterapiji kod osoba oboljelih od demencije glavni cilj je ostvarivanje kontakta s bolesnikom, razvoj kognitivnih i socijalnih vještina. Ovaj oblik terapije dovodi do opuštanja bolesnika ,podizanju samopoštovanja i razvoja kognitivnih vještina (28).

Osobama starije životne dobi vrlo lako se može pristupiti i obratiti glazbom, ona značajno utječe na raspoloženje i ponašanje ali i pruža mogućnost za nova učenja. Glazba podiže osjećaj vrijednosti kod bolesnika koji boluju od demencije koju su izgubili zbog prirode svoje bolesti. (26).

5.2.3. Likovna terapija

Likovna terapija je oblik psihoterapije koja koristi slikanje, crtanje i modeliranje kao oblik komunikacije s okolinom i izražavanja emocija i potreba. Terapijski učinak likovnog izražavanja kroz likovne procese i rezultat koji pružaju mogućnost izražavanja emocija, strukturiranje misli, samostalnosti i individualnosti, oslobađa od stresa. Za razliku od verbalne psihoterapije, ovdje ne postoji isključivo odnos između bolesnika i terapeuta, u ovakvom obliku terapije odnos je trosmjerni, odnosno odvija se između bolesnika, slike i terapeuta (29).

Kod osoba oboljelih od demencije kreativnost i sposobnost zamišljanja ne nestaje u potpunosti pa je slika svojevrsni neverbalni most oboljela osoba izražava svoje osjećaje i iskustva (27)

5.2.4. Fizioterapija

U radu s bolesnicima oboljelima od demencije fizioterapeut je od iznimne važnosti. Kroz svoj rad potiče neovisnost pacijenta dajući posebnu važnost mobilnosti. Fizioterapeut u svojem radu usko surađuje s ostalim članovima tima koje brine o bolesniku. Kroz svoje aktivnosti potiče bolesnika na aktivno sudjelovanje kod provođenja vježbi, rezultat rada fizioterapeuta vidljiv je u boljoj pokretljivosti bolesnika i smanjenju padova na bolničkom odjelu. Pasivne vježbe fizioterapeuta doprinose boljoj pokretljivosti zglobova i odgađaju pojavu neželjenih kontraktura. Prilikom postupaka obavlja aktivnosti koje su prilagođene bolesniku i njegovim mogućnostima i potrebama. Vježbama koje provodi poboljšava se tonus mišića, postiže pravilnije držanje tijela a masažama se otklanja bol s određenih mjesta. U bolesnika koji su u uznapredovaloj fazi demencije i veći dio dana provode u ležećem položaju fizioterapeut provodi vježbe disanja koje smanjuju pojavnost respiratornih infekcija (30).

Fizioterapija je nezaobilazna kod bolesnika oboljelih od demencije, klinički je vrlo učinkovita a aktivnosti i dobrobiti fizioterapije vidljive su u svakodnevnom radu s bolesnicima. Intervencije fizioterapeuta poboljšavaju kvalitetu života bolesnicima oboljelima od demencije ali svojim postupcima olakšavaju skrb i njegu njegovatelja (30).

5.2.5. Multisenzorna terapija

Multisenzorna terapija provodi se u Snoezelen sobi koja je opremljena tako da se osoba osjeća sigurno i da uz pomoć svoje okoline u kojoj se nalazi doživljava ugodne osjećaje putem različitih perceptivnih osjetila. Terapeut koji radi s bolesnikom ne postavlja nikakve upute i zahtjeve već bolesniku daje najveću moguću slobodu imajući sigurnost bolesnika na prvom mjestu. Bolesnik uz pomoć odgovarajuće opreme, didaktičkih materijala, motivirajuću ali ipak mirnu atmosferu postiže opuštanje i pokazuje interes za određene aktivnosti. Takav oblik terapije provodi se u manjim grupama ili individualno. Edukativne programe multisenzorne terapije provodi osoba educirana i licencirana trenerica integrativne validacije prema Richard i bazalne stimulacije prema Fröhlich (31).

5.2.5.1. Integrativna validacija

Integrativna validacija je način komunikacije i ophođenja koji je temeljen na poštovanju bolesnika i u prvi plan stavlja sve moguće resurse bolesnika. Temelj ove metode je individualnost svake osobe koja u prvi plan stavlja osobnost i životne navike. Kroz integrativnu validaciju prihvaćaju se unutarnji setovi bolesnika oboljelog od demencije (32).

5.2.5.2. Bazalna stimulacija

Bazalna stimulacija se bazira na neverbalnoj komunikaciji s osobama koje imaju poremećaj percepcije. Ova metoda polazi od stajališta da i osobe s teškim oštećenjima percepcije mogu bazalno komunicirati i kad nema vidljivi reakcija. Osobe s teškim kognitivnim a ujedno i perceptivnim oštećenjima trebaju elementarne podražaje, ciljane i sažete informacije o sebi i okolini. Edukatori bazalne stimulacije postižu zavidne rezultate kod bolesnika oboljelih od demencije (32).

5.2.6. Terapija životinjama

Poznato je da su životinje posebno kućni ljubimci jedna vrsta čudotvoraca i o njima postoji popriličan opis njihovih terapeutskih učinaka na ljude. Boravak sa životinjama umanjuje stres i napetost a za pse je karakteristično da potiču kretanje svojih vlasnika. Brojni su programi koji obuhvaćaju određene vrste životinja koje uz prisustvo svojih trenera djeluju u brojnim oblicima terapije koje se obavljaju u specijalnim ustanovama i bolnicama kao jedan oblik rehabilitacije oboljelih osoba. Interakcija sa životinjama dokazano pomaže u smanjenju emocionalnih teškoća koji se javljaju kod osoba oboljelih od demencije (32).

5.2.7. Terapijski vrtovi i hortikultura u demenciji

Terapijska hortikultura je oblik terapijske djelatnosti koja se provodi kod bolesnika s kognitivnim oštećenjima. Hortikultura se odnosi na rad s biljkama u vrtu. Vrtlarenje u ovom obliku rehabilitacije nije samo radno okupaciji tretman. Značajnu ulogu ima na psihološkom planu jer vrtlarenjem osobe osjećaju mir, zadovoljstvo i ispunjenost. Kod bolesnika ponovno se pojavljuje osjećaj važnosti zbog brige i rada zahtijevaju biljke. Terapijski vrtovi su posebno dizajnirani za osobe starije životne dobi. Organizirani su tako da se nalaze na povišenom nivou kako bi u vrtlarenju mogle sudjelovati i osobe s jačim motoričkim deficitima (36).

Hortikultura je važna i u obiteljskoj zajednici oboljele osobe, okupacija i aktivnosti oko biljaka mogu odgoditi institucionalizaciju bolesnika. Terapijski vrtovi sastavni su dio sve većeg broja domova za starije i nemoćne, dok u bolničkim ustanovama nije zaživjela u praksi, ponajviše zbog prostornog ograničenja, no sve više se biljaka stavlja na odjele gdje su na liječenju bolesnici oboljeli od demencije te im se kao dio radne i okupacije terapije dozvoljava briga o biljkama. 2012 godine nastao je terapijski vrt u KBC Zagreb na lokaciji Rebro kao dio pilot projekta terapijske hortikulture Klinike za psihijatriju KBC-a Zagreb u suradnji s udrugama ARCHIsquad, Ludruga, Participacija i Prostor za vrt (36).

Ciljevi terapijskih vrtova su jačanje motorike, sensorike, kognitivnih, duhovnih, afektivnih i socijalnih potencijala, a to je važno za skladan psiho-fizički napredak kod bolesnik(36).

6. Komunikacija u demenciji

Komunikacija je osnovna značajka čovjeka. Komunikacijom prenosimo važne informacije ali i izražavamo svoje emocije i potrebe. Komunikacija s osobama koje boluju od demencije uvijek je otežana, a u zadnjem stadiju bolesti gotovo nije ni moguća. Poteškoće u komunikaciji deprimira bolesnike ali i osobe koje ih njeguju i skrbe o njima. Bolesnici vrlo često gube interes za komunikacijom i odbijaju je. Od početne faze i pojave prvih simptoma i znakova demencije potrebno je raditi na komunikaciji i činiti sve kao bi se poboljšala ili barem zadržala na odgovarajućoj razini. Jednostavne nefarmakološke metode i intervencije doprinose poboljšanju komunikacije s osobama oboljelim od demencije. Najčešće korišteni postupci i intervencije su orijentirane na olakšavanje komunikacije i interakcije s bolesnikom (33).

Bolesniku je potrebno omogućiti da bolje vidi, čuje i govori tako da mu potrebna pomagala budu dostupna cijelo vrijeme. U komunikaciji je važan fizički kontakt s bolesnikom, primjerice naslanjanje ruke na njegovo rame da pridobijemo njegovu pozornost. Kod obraćanja bolesniku važno je da položaji glava budu približno jednaki kao bi mogli ostvariti kontakt očima i potaknuti neverbalnu komunikaciju. Govor mora biti jasan, bez dvosmislenih pitanja. Pitanja trebaju biti kratka i jasna, te koncipirana da ne zahtijevaju komplicirani odgovor. Obavezno je govoriti o jednoj temi da se bolesnik može lakše bazirati na odgovore koje će nam dati. Kod razgovora i obraćanja bolesniku važno je eliminirati ometajuće izvore kao radio i televizija, da ne oduzmu potrebnu pažnju bolesnika u razgovoru. Kod komunikacije važno je promatrati i govor tijela bolesnika jer neverbalnom komunikacijom mogu izraziti ljutnju, nezadovoljstvo, strah i ostale negativne simptome povezane uz demenciju. Svakako kod komunikacije treba biti vedrog raspoloženja jer se ono reflektira u ponašanju i komunikaciji bolesnika. Zapisivanje tijekom razgovora može pozitivno utjecati na razvoj komunikacije jer će se bolesnik osjećati sigurno i steći će dojam da su njegove riječi bitne jer su upisane (33).

Neverbalna komunikacija najčešće se odvija izrazom lica, gestama, kontaktom očima, dodirom i stavom tijela. U neverbalnu komunikaciju ubraja se i pokazivanje određenih interesa,

osoba ili slika iz bolesnikove okoline. Neverbalnu komunikaciju potrebno je prilagoditi ovisno o stadiju bolesti, iako je neverbalna komunikacija moguća i u zadnjem stadiju demencije(34).

7. Uloga liječnika obiteljske medicine u otkrivanju oboljelih od demencije i daljnjoj skrbi

Liječnici obiteljske medicine često se prvi susreću s bolesnikom koji potencijalno boluje od nekog oblika demencije. Procjena liječnika obiteljske medicine i zahtijevanje daljnje obrade na temelju postavljene sumnje koja je ključna je u što ranijem otkrivanju bolesti. Prednost liječnika obiteljske medicine je što dulji period poznaje osobu te na temelju objektivnih testova i procjene može prepoznati prve znakove demencije. Potencijalni bolesnici koji razvijaju simptome demencije su većinom ljudi starije životne dobi te su zbog drugih kroničnih bolesti češće u ordinaciji liječnika obiteljske medicine. Samim time liječnici obiteljske medicine imaju bolji uvid u promjene kod svojih ambulantnih bolesnika (35).

Liječnik obiteljske medicine i njegova uloga je nezamjenjiva kod planiranja i organiziranja kao dijagnostike i liječenja teško i daljnje skrbi kada bolesnik bude zahtijevao skrb u krugu svoje obitelji.

8. Demencija u obitelji

O bolesnicima koji boluju od demencije nakon završenog bolničkog liječenja najčešće skrbe članovi obitelji i uže rodbine. Osobe unutar obitelji najčešće nisu stručne osobe. Obiteljska se skrb često svodi na jednog člana obitelji koji najviše vremena provodi s bolesnikom i pomaže mu u svakodnevnim fiziološkim potrebama. Član obitelji koji skrbi o bolesniku jest primarni skrbnik. O bolesnicima unutar obitelji najčešće skrbe ženski članovi. Ako je nemoguće osigurati skrb dostupnu od člana obitelji teret preuzimaju sekundarni skrbnici koji o osobi skrbe ai za to budu financijski podmireni (34).

Prema dostupnoj literaturi članovi obitelji navode da nisu bili dovoljni informirani o samoj bolesti u trenutku njenog dijagnosticiranja, liječenja i planiranog otpusta. Manjkave i nepotpune su bile i informacije o potrebnoj skrbi o čijoj težini postaju svjesni kada bolesnik bude u obitelji. određeni Skrb za bolesnog člana obitelji predstavlja stres za obiteljsku zajednicu u kojoj boravi bolesnik. Kod obiteljskih skrbnika javlja se ljutnja, depresija i česte nesuglasice s ostalim članovima obitelji. Izvor stresa i nezadovoljstva je dugoročan jer bolest traje period (34).

Skrbnik često gubi svoje prijateljske kontakte, odlasci iz kuće odnose se na posjet liječniku ili odlazak u kupovinu dok za to vrijeme s bolesnikom ostaje druga osoba. Što bolest duže traje obiteljski skrbnici su sve više iscrpljeni i prisutno je sve više negativnih simptoma u ponašanju skrbnika.

Primarni stresori koji se javljaju kod skrbnika povezani su s događajima i aktivnostima izravne pomoći. Stresori skrbnika mogu se podijeliti an primarne i sekundarne. U primarne stresore ubrajamo aktivnosti koje su izravno povezne sa skrbi oko oboljelog člana obitelji, odnose se na svakodnevne aktivnosti te su usko povezni s emocionalnim i psihičkim problemima bolesnika. Razlikujemo objektivne i sekundarne dimenzije primarnih stresora, objektivni su ostavni postupci, njega, hranjenje i umirivanje oboljelog člana obitelji, dok su subjektivni stresori osobno doživljavanje tereta, ropstvo ulozi i gubitak odnosa s oboljelim članom obitelji (34).

Sekundarni stresori odnose se na promjene u životu skrbnika koji se rezultiraju kao svađe supružnika, smanjenu radnu sposobnost na radnom mjestu, oduzeto slobodno vrijeme i opće obiteljske nesuglasice (34).

Kada skrbnik sam odluči smjestiti osobu na trajni smještaj, iako je to za njega olakšavajuća situacija ponovno prolazi kroz stres i propitkivanje uz osjećaj krivnje, zbrinutosti i financijske neizvjesnosti. Važno je razlikovati stresore kako bi pomoć skrbniku bila adekvatno pružena (34).

8.1. Psihološke intervencije za skrbnike

Najučinkovitiji oblici za otklanjanje ili ublažavanje stresa kao i negativnih posljedica koje se javljaju kod skrbnika su socijalna potpora koja uključuje pomoć u zadacima koje nalaže skrb i pozitivna emocionalna potpora od drugih osoba. Važno je suočavanje sa stresom i rješavanje problema koji proizlaze iz stresnih situacija, kao i pomoć kod kontrole nad događajima kako bi se bolje prilagodili situaciju (34).

8.2 Edukacija skrbnika, savjetovanje i potpora

S obzirom na to da skrbnici nisu stručne osobe vrlo često pogrešno tumače ponašanje oboljelog, opisujući ga i doživljavajući kao namjernu radnju. U edukaciji skrbnika važno je objasniti prirodu same bolesti sve njezine simptome kao i uzroke. Naglasak u edukaciji treba staviti na to da bolesnik nije odgovoran za svoje ponašanje i podučiti ga kako će lakše preuzeti kontrolu nad oboljelim članom obitelji. Okupacija terapija ili radnje koje su moguće u obiteljskom okruženju doprinose poboljšavanju psihičkih simptoma bolesti a i boljem snu oboljelog člana obitelji. Osim dimenzije edukacije o bolesti i neželjenom ponašanju važno je skrbniku dati do znanja o pravima i svim oblicima pomoći koji su mu dostupni. Stručne osobe (liječnik, psiholog i socijalni radnik) postaju skrbniku važan izvor potrebnih informacija, stručne pomoći i emocionalne potpore (34).

Savjetovanje skrbnicima može biti dostupno u različitom vremenskom periodu, koje ovisi o duljini trajanja skrbi o oboljelom članu obitelji. Također ovisi i o emocionalnom stanju u kojem se skrbnik trenutno nalazi. U savjetovanje skrbnika važno je uključiti i ostale članove obitelji u kojoj se nalazi oboljeli član. Grupno savjetovanje obitelji i pružanje prvenstveno psihološke potpore ali i informacija koje su korisne za daljnju skrb i liječenje. Grupno savjetovanje također uz emocionalnu potporu uključuje i potporu u obaviještenosti o stvarima koje se usko vežu uz demenciju (34).

9. Demencija u zajednici

Bolesnici kojima je dijagnosticirana demencija često budu izolirani u društvu kao i članovi njihovih obitelji. Razlozi za ne prihvaćanje u društvu je prvenstveno njihovo nepredvidivo i neprikladno ponašanje. Okolina koja je s oboljelim osobom imala redovite kontakte polako ih svodi na rijetke kontakte dok u konačnici oni ne budu prekinuti u cijelosti. Takovo mogli bismo reći neprihvatanje i odbacivanje okoline ima niz negativnih učinaka na oboljelu osobu od demencije ali i na članove njihove obitelji. Pomoć osobi oboljeloj od demencije, obitelji i skrbniku pružaju udruge i društva koji svojom aktivnostima olakšavaju teret bolesti i posljedice s kojima se oboljeli susreću (37).

U RH djeluje Hrvatska udruga za Alzheimerovu (HUAB) bolest koju čine stručnjaci koji za svoj zadatak imaju promicanje unapređenje skrbi, uz pružanje psihosocijalne pomoći članovima obitelji uz edukaciju svih osoba koje su uključene u skrb i njegu oboljelih osoba. Udruga je uporište svih profesionalaca koji sudjeluju u liječenju demencija i koji žele pridonijeti prepoznavanju društvenih posljedica s kojima se susreću oboljele osobe. HUAB je nestranačka, neprofitna i neovisna udruga. U sklopu udruge djeluje savjetovanište za članove obitelji. U savjetovaništu članovi obitelji mogu dobiti savijete o fazama i karakteristikama bolesti kao i o trajanju bolesti. Savjetovanište također pruža i sve informacije za bolje funkcioniranje obitelji i upoznaje ih s njihovim pravima i pomaže u traženju pomoći na stručnim razinama. Savjetovanište ulaže velike napore u zalaganju da se smanji diskriminacija demencije kao bolesti u društvu i edukaciji cjelokupne javnosti o problematici prirode bolesti. Savjetovanište HUAB-a djeluje osamnaest godina kroz grupni ili individualni rad. Svoje djelovanje promovira dijeljenjem edukativnih materijala, organizacijom javnih manifestacija, izdavanjem brošura i informiranjem putem svih vrsta medija. Savjetovanište koje djeluje u okviru HUAB-a jedina je takva institucija u RH. Savjetovanište je po uzoru na mnoge europske gradove organiziralo druženje oboljelih osoba i njihovih obitelji, druženje se odvija jednom mjesečno a odvija se u „Alzheimer Caféu“ koji se nalazi u prostorima udruge u centru Zagreba. Na susret i druženje pozvani su svi s ciljem da se doprinese većoj solidarnosti i društvenoj odgovornosti, ist kao i da se oboljele osobe i njihovi skrbnici ponovno vrate u bolji društveni život (37).

10. Etika u skrbi o bolesnicima oboljelima od demencije

Etika u psihijatriji dio je medicinske etike, koja predstavlja zasebno područje unutar etike. Liječenje i njega bolesnika oboljelih od demencije treba se provoditi na etičan način. Ako prihvatimo opis etike kao „borbe koja je prava stvar za učiniti“ kako je opisuje 2009 Woods dolazimo do kolebanja između toga što etika skrbi zaista znači i kako ćemo to primijeniti na osobe oboljele od demencije (35).

Etiku u skrbi o bolesniku oboljelom od demencije možemo sagledati sa šest specifičnih komponenti za demenciju. Specifične komponente su samo korisno uporište koje uzimamo kod promišljanja u skrbi za svakog bolesnika individualno. Prva komponenta uključuje obziran pristup u etičnom odlučivanju koji će biti primijenjen u liječenju. Druga komponenta uzima u obzir demenciju kao bolest sa svojom prirodom i daje do znanja da je demencija rezultat oštećenja mozga i kao takva je opasna za bolesnika. U trećoj komponenti uzimamo u obzir vrednovanje kvalitete života bolesnika oboljelog od demencije, pa tako osobe oboljele od demencije mogu uz dobru skrb i njegu imati značajno podignutu kvalitetu života. Četvrtom komponentom promoviramo i zalažemo se za interese oboljelih osoba ali i njihovih skrbnika. U ovoj etičkoj komponenti daje se naglasak na samostalnost posebice u odlučivanju a takav oblik je otežan ili nemoguć kod osoba oboljelih od demencije. Važnost ove etičke komponente su skrbnici oboljelih osoba jer on doprinose sličnosti u odlukama kakve bi donio i sam bolesnik, suradnja sa skrbnikom u ovoj komponenti mora se posebno poticati i isticati. Ponašanje u skladu s pravilima solidarnosti značajka je pete komponente. Iz nje proizlazi naša solidarnost i osjećaj da ovisimo jedni o drugima, te smo stoga dužni pomagati osobama oboljelima od demencije u društvu kao cjelini. Prepoznavanje i davanje značaja osobnosti, identitetu i individualnim vrijednostima osnovno je polazište šeste komponente kada donosimo odluku o liječenju i skrbi o bolesniku koji boluje od demencije (35).

Primjer etičkog odlučivanja i promišljanja često susretljiv u praksi je sprječavanje pada bolesnika koji želimo izbjeći zbog mogućih lomova kostiju prilikom pada i hematoma iz naše namjere sprječavanja pada to je etički dobronamjerno, no s druge strane kao bi ostvarili dobronamjernost intervencije koja podrazumijeva ograničavanje slobode kretanja dolazimo do

etičke dvojbe. Oduzimanje prava na slobodu odlučivanja je ujedno i uskraćivanje samostalnosti i sagledano također s etičke strane može se interpretirati kao zlonamjerno. Kod donošenja odluka koje su u konačnici jedino u interesu dobrobiti bolesnika uvijek trebamo zatražiti pomoć kolega da i oni razmotre situaciju i daju svoje viđenje. Kod oduzimanja slobode odlučivanja kretanja u svrhu dobrobiti bolesnika važno je obavijestiti i obitelj ili skrbnika i saslušati njihovo mišljenje. Ovo je najčešći primjer morale dvojbe s kojom se susrećemo u radu s bolesnicima oboljelim od demencije i da odluka mora biti u svrhu pružanja etičke njege i skrbi bolesnicima (35).

11. Ustanove za trajni smještaj ili privremeni boravak bolesnika oboljelih od demencije

. Ustanove za trajni smještaj bolesnika oboljelih od demencije djeluju na socijalnoj i privatnoj razini pružanja usluge. Svaka ustanova koja skrbi o bolesnicima s kognitivnim oštećenjem koje rezultira demencijom trebalo bi posebno educirano za skrb takvih bolesnika. Osnovno osoblje koje treba biti uključeno u skrb su medicinske sestre/tehničari, negovatelji, radni terapeut, fizioterapeut i liječnik. Ustanove za trajnu skrb oboljelih od demencije trebale bi u svojem djelovanju obuhvaćati naviše postavljene standarde za njegu osoba oboljelih od demencije

11.1. Specijalizirani dom za osobe s demencijom

U Rijeci je ove godine osnovan prvi specijalizirani dom za osobe oboljele od demencije. Osnovan je uz pomoć riječke Nadbiskupije i Caritasa. Kapacitet doma je svega za 18 bolesnika što ne zadovoljava ni približno potrebe za specijaliziranom skrbi. U domu aktivnosti oko oboljelih osoba obavljaju isključivo stručnjaci iz različitih zdravstvenih područja koji pružaju cjelovitu skrb osobama koje boluju od demencije. Prostor unutrašnjosti ali i okoliš objekta u potpunosti su prilagođeni osobama koje boluju do demencije. U unutrašnjosti doma prevladavaju nježne umirujuće boje uz iznimku u korištenju žarkih boja koje naglašavaju stvari i potrebe koje osobe često traže i pronalaze. Žarke boje korištene su za vatra sanitarnih čvorova kao i uporabnih predmeta u njima kao bi privukli pažnju bolesnika. Glazbo terapija prisutna je tijekom cijelog dana i primjereno je da umirujuće djeluje na bolesnike. Specijalizirani dom u Rijeci daje mogućnost i dnevnog boravka za bolesnike no takav oblik smještaja odstupanje i u drugim gradovima u RH (38).

11.2. Domovi za starije

Domove pružatelje socijalne skrbi prema upravi dijele se na državne domove socijalne skrbi za starije osobe, decentralizirane domove socijalne skrbi za starije osobe za koje je osnivačka prava Republika Hrvatska prenijela na jedinice regionalne samouprave odnosno grad, te na nedržavne ili druge domove socijalne skrbi za starije osobe (40).

Prednost socijalnih domova je sveobuhvatnost u pristupu i skrbi koji pruža određeno jamstvo kvalitete pružene zdravstvene usluge jer obuhvaća sve potrebne profesionalce za rad s bolesnicima oboljelih od demencije.

11.3. Obiteljski domovi za starije

Obiteljski domovi predstavljaju jedan od oblika smještaja oboljelih od demencije u manju sredinu, obiteljskog okruženja i pripadaju u skupinu ne institucionalnog smještaja. Smještaj je prilagođeniji bolesnicima i financijski mnogo povoljniji u odnosu na druge oblike pružanja skrbi. Prednosti smještaja osoba u obiteljske domove je manji broj osoba o kojima se skrbi pa se njegovatelji mogu više posvetiti njezi bolesnika ali i individualnim potrebama bolesnika od prehrane, socijalnih kontakata, druženja i sudjelovanja u zajedničkim aktivnostima u obiteljskom domu. Nedostatak obiteljskog doma često je smanjen spektar stručnih osoba koje su oboljelima dostupni cijelo vrijeme boravka. U obiteljskim domovima uslugu skrbi pružaju njegovatelji i medicinske sestre srednje stručne spreme s najčešće slabom profesionalnom edukacijom za rad s osobama oboljelim do demencije. Liječnik, socijalni radnik, fizioterapeut i radni terapeut nisu dostupni u svakodnevno radu s oboljelim već dolaze na individualni poziv (41).

11.4. Gerontološki centri

Prema inicijativi Gradskog ureda za zdravstvo, rad i socijalnu politiku Grada Zagreba te uz pomoć struke iz Centra za gerontologiju Zavoda za javno zdravstvo grada Zagreba 20004. Godine u gradu Zagrebu osnivaju se u sklopu domove za starije i tri Gerontološka centra u Zagrebu organizirani uz domove za starije Trnje, Maksimir i Medveščak. Gerontološki centri predstavljaju neposredne izvaninstitucionalne oblike skrbi za starije osobe i osobe oboljele od demencije koji djeluju unutar njihove lokalne zajednice i poboljšavaju izvaninstitucionalnu skrb o bolesnicima oboljelim od demencije. Cilj pružanja usluga gerontoloških centara je što duže zadržavanje oboljele ili starije osobe u svojoj obiteljskoj sredini (42).

Gerontološki centri nužno su lokacijski povezani s domova za starije ali ipak djeluju samostalno, a obuhvaćaju znatan broj osoba starijih od 65 godina na području na kojim djeluju. Oni predstavljaju nivo središnje aktivnosti koje su potrebne za prevenciju i skrb oboljelima ali i osobama treće životne dobi. Nakon prvih gerontoloških centara u Zagrebu po uzoru na njih otvoreni su i u drugim gradovima u RH (43).

11.5. Usluga dnevnog boravka

Uslugu dnevnog boravka oblik je socijalne usluge, podrazumijeva boravak u tijeku dana koji može biti najdulje 10 sati u danu, no može trajati i svega par sati. Pružatelji usluge dnevnog boravka su domovi za starije osobe, centri za pružanje usluga u zajednici i fizičke osobe koje pružaju uslugu boravka kao profesionalnu djelatnost, pod uvjetima propisanim Zakonom o socijalnoj skrbi (44).

Uslugom dnevnog boravka u obliku koje se osigurava zadovoljavanje životnih potreba korisnika pružanjem usluga održavanja higijene, prehrane, psihosocijalne potpore, brige o zdravlju i rehabilitacije uz organiziranje slobodnog vremena i prijevoza, uz korištenje usluge od jednog dana u tjednu do više dana (45).

Uslugom dnevnog obrvka osoba oboljelih do demencije osigurava se izvaninstitucionalna skrb bolesnika u njegovoj bliskoj lokalnoj zajednici, te tako oboljela osoba ipak dio dana može provesti s članovima svoje obitelji u svojem domu (44).

11.6. Usluga pomoći u kući

"Pomoć u kući je socijalna usluga koja se priznaje starijoj osobi kojoj je prema procjeni centra za socijalnu skrb, zbog tjelesnog, mentalnog, intelektualnog ili osjetilnog oštećenja te privremenih ili trajnih promjena u zdravstvenom stanju potrebna pomoć druge osobe" (44).

Usluga pomoći u kući dodjeljivanja je ako potrebnu skrb njegu i brigu ne mogu pružiti članovi obitelji, supružnici i djeca. Uvjet za dodjeljivanje pomoći u kući je i nije sklopljen ugovor o doživotnom ili dosmrtnom uzdržavanju te da prihodi kućanstva ne prelaze 1500 kn po članu u kućanstvu.

Usluge pomoći i njege u kući podrazumijevaju: organiziranje prehrane (nabava i dostava gotovih obroka), obavljanje kućanskih poslova (pospremanje stana, donošenje ogrjeva, organiziranje pranja i glačanje i sl.), održavanje osobne higijene (pomoć u odijevanju, svlačenju, kupanju) te zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba. Uslugu pomoći i njege u kući pruža centar za pomoć i njegu, dom socijalne skrbi, udruga te druga pravna i fizička osoba koja obavlja djelatnost socijalne skrbi u skladu s uvjetima propisanim zakonom (45).

12. Pravni aspekti za osoba treće životne dobi

RH opredijelila se za zaštitu starijih osoba i psihogerijatrijskih bolesnika kao ranjivom skupinom pa tako iz Ustava RH : u članku 57., stavak 1. Navedeno je da slabim, nemoćnim i drugima, zbog nezaposlenosti i nesposobnosti za rad, nezbrinutim osobama država osigurava pravo na pomoć za podmirenje osnovnih životnih potrebe, u članku 63. Stavak 4. Da su djeca dužna brinuti se za starije nemoćne roditelje te u članku 64., stavak 1 da je dužnost svih da štite djecu i nemoćne osobe. Prema tome određuje dužnost države kroz društvenu skrb za osobe koje nisu kadre brinuti o svojim pravima, potrebama i interesima. Iz prethodnog proizlazi načelo o reguliranju instituta skrbništva u obiteljskom zakonodavstvu (46,43).

Kako bi se starijim osobama , koje su u sustavu socijalne skrbi prepoznate kao posebno osjetljiva kategorija korisnika omogućilo pravo na dostojanstvenu starost i trajnu društvenu uključenost, potrebna je dugoročna strategija socijalne skrbi. U svrhu toga Ministarstvo socijalne politike i mladih izradilo je nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u RH za razdoblje od 2014 – 2016 godine (43).

Obiteljski zakon (NN,116/30.) u čl. 90 jasno određuje da je dijete dužno poštovati svoje roditelje i pomagati im. Čl 206. Istog zakona navodi da je uzdržavanje dužnost i pravo roditelja i djece, bračnih i izvanbračnih drugova. Čl. 213 obiteljskog zakona navodi da punoljetno dijete je dužno uzdržavati roditelja koji nije sposoban za rad, a nema dovoljno sredstava za život i ne može ih ostvariti od svoje imovine (43).

Dijete se može osloboditi dužnosti uzdržavanja roditelja koji ga nije uzdržavao kada je to bila njegova zakonska obaveza iz neopravdanih razloga.

Socijalna zaštita je temelj osiguranja dobrobiti osoba starije životne dobi, bavi se pravima društvenog uključivanja te njegovanja i razvoj njihovih potencijala. Nužno dovodi u pitanje učinkovitost i same socijalne zaštite (43).

Neke osobe zbog psihičkih teškoća ili drugih uzroka koji su jasno definirani i zakonu i zaštita osoba s duševnim smetnjama, nisu kadre brinuti se o svojim pravima i interesima te ih je potrebno zaštititi od njihovih postupaka ali i od postupaka drugih osoba (43).

Skrbništvo je institut namijenjen zaštiti pojedinih i jasno određenih fizičkih osoba koje nisu kadre same brinuti o svojim pravima, potrebama i interesima. Skrbnička zaštita mora biti prilagođena potrebama svakog pojedinog štićenika, individualizirana a ciljem da se očuvaju što je moguće više očuvanju sposobnosti štićenika te da se plotiče njegova samostalnost u okvirima mogućnosti (43).

13. Kompetencije medicinske sestre u procesu liječenja osoba oboljelih od demencije

Medicinske sestre/tehničari su najbrojniji zdravstveni djelatnici u zdravstvenom sustavu u cjelini. U skrbi i liječenju osoba oboljelih od demencije oni čine također najbrojniji dio zdravstvenih stručnih djelatnika. U psihijatrijskim ustanovama u posljednjih deset godina znatno se povećava broj medicinskih sestara/tehničara višeg i visokog obrazovanja. Stupanj visokog obrazovanja temelj je i preduvjet za bolju zdravstvenu skrb osobama koje boluju od demencije. Visoko obrazovane medicinske sestre/tehničari svojim obrazovanjem i kompetencijama doprinose kvalitetnijoj skrbi za oboljele, podižu stupanj edukacije ostalog niže obrazovanog medicinskog kadra i vrše kvalitetniju edukaciju obitelji osoba oboljelih od demencije.

Razvoj psihijatrijskog sestrinstva pojavljuje se krajem 19.stoljeća te prati razvoj psihijatrije kao cjeline i slijedi je svojim stručnim djelovanjem. Poticaj za razvoj psihijatrijskog sestrinstva i dodatne edukacije i višeg obrazovanja potaknuli su psihijatri koji medicinske djelatnike usko vezene za direktnu i indirektnu zdravstvenu njegu smatraju ključnim članom za bolji oporavak bolesnika oboljelog od demencije.

13. Zaključak

Starenjem naše populacije sve veća je pojavnost demencije kod ljudi starije životne dobi. Neminovno je da će broj bolesnika oboljelih od nekog od oblika demencije u bliskoj budućnosti rasti. Demencija postaje javnozdravstveni problem stoljeća u kojemu živimo. Podizanje svijesti opće populacije je izrazito važno kao u ranom otkrivanju bolesti jednako tako i u boljem pristupu bolesnicima oboljelim od demencije.

Sveobuhvatnost u skrbi i liječenju važna je karika u smanjivanju intenziteta simptoma ali i smanjenju društvene izolacije oboljelih osoba. Demencija je kompleksna bolest s mnogo lica i simptoma koje otežavaju život bolesnicima oboljelih od te bolesti. Uključivanjem educiranih zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u skrb o bolesnicima postićemo najbolje rezultate koji podižu kvalitetu života oboljele osobe. Koristeći razne oblike nefarmakološkog i farmakološkog liječenja te postićemo najbolje rezultate.

Neophodno je razvijati, implementirati i vrednovati programe i kontinuiranog obrazovanja i osposobljavanja kako bi se osigurala učinkovita skrb osoba koje boluju od demencije. Postoji velika potreba za pružanjem podrške članovima obitelji koji skrbe o bolesnom članu unutar obitelji. Osobno kao stručna osoba koja 18 godina radi s bolesnicima oboljelim od demencije ali i njihovim obiteljima shvaćam probleme i dileme s kojima se susreću zdravstveni djelatnici ali i skrbnici unutar obitelji.

14. Literatura:

1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo dostupno na www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/ 10.09.2020.
2. Mimica N. Demencija i palijativna skrb. *Neurol.Croat.* Zagreb 2011;60
3. Demarin V., Trkanjec Z. : Neurologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2008
4. Berk L.E.: Psihologija cjeloživotnog razvoja, Naklada Slap, 2008.
5. Mimica N, Presečki P., Alzheimerova bolest – epidemiologija, dijagnosticiranje i standardno farmakološko liječenje. *Medix* 101:8-14; 2012
6. Šimic G. et al. Cerebrospinal fluid phosphorylated tau proteins as predictors of Alzheimer's disease in subjects with mild cognitive impairment. *Period Biol* 110:27-30; 2008
7. Uzun S, Todorić Laidlaw I. , Kušan Jukić M. , Kozumplik O., Kalinić D., Pivac N, Mimica N.: Dementia is More Frequent in Women. *Soc. psihijat.* Vol. 46 No. 1, p. 58-76; 2018
8. Boban M et al. Cerebrospinal fluid markers in differential diagnosis of Alzheimer's disease and vascular dementia. *Coll Antropol* 32 (Suppl. 1):31-36; 2008
9. Demarin V, Bošnjak PM Alzheimerova demencija-kad duh i tijelo prestanu biti jedno. *Pro mente* 44:10-15; 2005
10. Gauthier S et al. Diagnosis and management of Alzheimer's disease: past, present and future ethical issues. *Prog Neurobiol* 110:102-113; 2013
11. Perko G, Puljak A., Radašević H.: Demencija u psihogerijatrijskih bolesnika. Vol.1. No.4: 18-21; 2015

12. Tkalčić M, Pokrajac-Bulian A, Bosanac D, Tomić Z. Procjena kognitivnog statusa pacijenata s demencijom. Psihologijske teme. 2003; No 12:55-62.
13. Križaj Grden A., Mimica N. : Pristup liječenju Alzheimerove bolesti. Soc. psihijat. Vol. 47 Br. 3, str. 325-334; 2019
14. Šimić.G.: Neurobiologija demencije:Uvod u Alzheimerovu u druge neurodegenerativne bolesti moždane kore: preuzeto dana 08.08.2020.g. s <http://dementia.hiim.hr/neuro.htm>
15. Babić Leko M. Prediktivna vrijednost bioloških biljega u ranom otkrivanju i diferencijalnoj dijagnozi Alzheimerove bolesti. Doktorska disertacija.Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Sveučilište u Dubrovniku, Institut Ruđer Bošković, Poslijediplomski interdisciplinarni sveučilišni studij Molekularne bioznanosti. Osijek: 2017.
16. Mimica N.,Folenegović-Šmalc V.;Psihofarmaci; Časopis Medicinar; 2004
17. Begić D. Jukić V. Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
- 18.Mimica N.: Primjeri prijateljskih inicijativa usmjerenih prema osobama s demencijom u Hrvatskoj. Soc. psihijat. Vol. 47 Br. 3, str. 247-260; 2019
19. Hotujac Lj. i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2006
20. Jakovljević M. Psihijatrija. Zagreb: A. G. Matoš; 1995.
21. Twamley EW, Choi J. Cognitive rehabilitation therapies for Alzheimer's disease: A review of methods to improve treatment engagement and self-efficacy. Neuropsychol Rev. 2013
22. Kelly ME, O`Sullivan M. Strategies and techniques for cognitive rehabilitation: manual for healthcare professionals working with people with cognitive impairment. (internet). Alzheimer

SocietyofIreland.July2015(pristupljeno19.9.2020.).Dostupnona:

<https://alzheimer.ie/Alzheimer/media/SiteMedia/Services/Cognitive-Rehabilitation-Manual.pdf>

23. Sitzer DI, Twamley EW, Jeste DV. Cognitive training in Alzheimer`s disease: a metaanalysis of the literature. Acta Psychiatr Scand. 114; 75-90; 2006

24Dostupno na <https://hr.divineinnerhealth.com/reabilitacija-psihicheski-bolnyh-federalnaja.php> dana 19.09.2020.

25. Dostupno na <http://domzastarelug.com/demencija> dostupno dana 19.9.2020 dana 22.09.2020.

26. Breitenfeld, D. i Majsec Vrbanić, V. Muzikoterapija: pomozimo si glazbom. Zagreb: Music play; 2011

27. Škrbina, D. Art terapija i kreativnost. Zagreb:Veble commerce. 2013

28. Aldridge, D. Music therapy in dementia care. London: Jessica Kingsley Publishers. 2000

29. Ivanović, N., Barun, I. i Jovanović, N. Art terapija – teorijske postavke, razvoj i klinička primjena. Soc. psihijat., 42, 190-198; 2014

30. Posar Budimlić, S: Dmencija i fizioterapeutski pristup, travanj 2018. 6. hrvatski kongres iz neurorehabilitacije i restauracijske neurologije s međunarodnim sudjelovanjem, Med Vjes.2018; vol 50 Supl. 1, Osjek

31. Alzheimerova bolest, Priručnik za pomoć obiteljima i njegovateljima osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti; Nefarmakološki načini liječenja; Plava šapa, Zagreb, 2019 Str 25-26.

32. Alzheimerova bolest, Priručnik za pomoć obiteljima I njegovateljima osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti; Nefarmakološki načini liječenja; Plava šapa, Zagreb, 2019. Str 24-31.

33. Mimica N.; Komunikacijske vještine u medicini ;Komunikacija s osobom oboljelom od demencije; Medix,veljača2011,br.91,sup.1; str 28-29.
34. Roksandić S.T., Mimica N, Kušan Jukić M. i sur.: Alzheimerova bolest i druge demencije, Rano otkrivanje i zaštita zdravlja, Medicinska naklada, Zagreb, 2017.
35. Cotton.B., Freyne R., James J. , Knight J. : Najbolja skrb za osobe s demencijom u bolnički uvjetima, Medicinska naklada, Zagreb, 2018.
36. Dujmović J: Terapijski vrtovi i terapijska hortikultura kao intervencija u zdravstvu. Soc. psihijat. Vol. 44 (2016) Br. 1, str. 14-21
37. Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest; dostupno na <https://alzheimer.hr/> dana 21.9.2020.
38. Glas Koncila ; dostupno na <https://www.glas-koncila.hr/rijecki-caritas-otvorio-prvi-u-hrvatskoj-specijalizirani-dom-za-osobe-s-demencijom-crkva-predvodnik-u-sluzenju-i-skrbi-za-najranjivije-skupine/> dostupno dana 21.9.2020.
40. Zakon o socijalnoj skrbi, NN 157/13, 152/14, 99/15, Zagreb, Narodne novine
41. Šimunec D., Šepec S., Lukić M, i dr.: Četiri stupnja gerijatrijske njege, Kompetencije prvostupnice sestrinstva, Zagreb, 2012
42. S. Tomek-Roksandić, V. Fortuna: Gerontološki centri 2004. zagrebački model uspješne prakse za starije ljude, Zavod za javno zdravstvo Grada Zagreb-Centar za gerontologiji, Zagreb, 2004.
43. S. Tomek-Roksandić, G. Perko, D. Mihok, A. Puljak, H. Radašević, J. Čulig: Značenje centara za gerontologiju županijskih zavoda za javno zdravstvo i gerontoloških centara u Hrvatskoj. Medicus. 2005;14:177-193
44. <http://www.czss-zagreb.hr/>, dostupno dana 21.09.2020.
45. Ministarstvo socijalne politike i mladih. Strategija socijalne skrbi za starije osobe u Republici hrvatskoj za razdoblje 2014.-2016. Zagreb: Republika Hrvatska, 2014.
- 46.Dostupno na <https://www.zakon.hr/download.htm?id=222>, dostupno dana 22.9.2020



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, MARTINA FREMEC (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U LJEČENJU I SKRBI OSOBA OBLJELIH OD DEMENCIJE navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Martina Fremec
(vlastoručni potpis)

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

Ja, MARTINA FREMEC (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom MULTIDISCIPLINARNI PRISTUP U LJEČENJU I SKRBI OSOBA OBLJELIH OD DEMENCIJE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Martina Fremec
(vlastoručni potpis)