

Zdravstvena njega osobe oboljele od demencije

Žulić, Monika

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:614900>

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

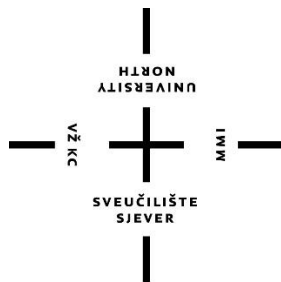
Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-03**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





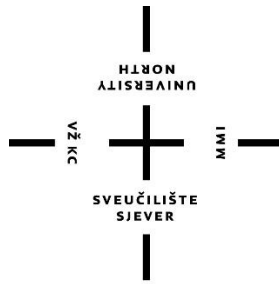
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1735/SS/2023

Zdravstvena njega osobe oboljele od demencije

Monika Žulić, 0313024682

Varaždin, ožujak 2024. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1735/SS/2023

Zdravstvena njega osobe oboljele od demencije

Student

Monika Žulić, 0313024682

Mentor

dr.sc. Melita Sajko, v. pred.

Varaždin, ožujak 2024. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Monika Žulić	MATIČNI BROJ	0313024682
DATUM	17.07.2023.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega starijih osoba
NASLOV RADA	Zdravstvena njega osobe oboljele od demencije		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care of a person suffering from dementia		

MENTOR	dr.sc. Melita Sajko	ZVANJE	Viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Jurica Veronek, predsjednik		
	2. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., mentorica		
	3. Željka Kanižaj Rogina, pred., član		
	4. Tina Košanski, pred., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	1735/SS/2023
OPIS	<p>Kako raste udio starijih osoba u svjetskoj populaciji, tako se i broj osoba oboljelih od demencije povećava. Demencija je sindrom koji najčešće pogađa osobe starije od 65. godina te je karakterizirana progresivnim kognitivnim padom koji ometa sposobnost svakodnevnog funkcioniranja osobe. S obzirom da se simptomi bolesti s vremenom pogoršavaju, demencija je jedan od najčešćih uzroka invaliditeta za starije osobe diljem svijeta. Često je preseljenje u dom za starije osobe najbolje rješenje za oboljele osobe i njihove obitelji.</p> <p>U radu je potrebno:</p> <ul style="list-style-type: none">- opisati najvažnije vrste i simptome demencije- opisati proces zdravstvene njege kroz sve faze bolesti, što uključuje pripremu oboljele osobe i obitelji, odlazak u dom i tijek skrbi te podršku obitelji.- objasniti i opisati profesionalan i individualiziran pristup osobi oboljeloj od demencije- dati prijedloge za poboljšanje edukacije medicinskih sestara/tehničara vezano uz osobe oboljele od demencije kako bi uspješno sudjelovali u poboljšanju kvalitete života bolesnika i obitelji.

ZADATAK URUČEN 21.08.2023



[Handwritten signature]

Predgovor

Od srca se zahvaljujem mentorici dr.sc. Meliti Sajko na strpljivosti, podršci i savjetima tijekom izrade završnog rada. Također se zahvaljujem profesorima na prenijetom znanju te mojim kolegama i kolegicama na lijepim trenucima tijekom studiranja. Najviše zahvaljujem svojoj obitelji koja mi je omogućila studiranje i dala veliku emotivnu podršku. Završni rad bih htjela posvetiti svojoj baki zbog koje sam odabrala zanimanje sestrištva.

Sažetak

Različite bolesti u starijoj životnoj dobi mogu uzrokovati nemogućnost samostalne brige o sebi. Starija populacija često je zahvaćena demencijom, a upravo se Hrvatska svrstava među države s najstarijim stanovništvom. U svijetu je broj oboljelih od demencije u stalnom porastu. Demencija je klinički sindrom, kroničnog i progresivnog tijeka sa stečenim poremećajima koncentracije, pamćenja, pažnje te orijentacije u vremenu i prostoru. Briga za osobu koja boluje od demencije jedna je od najzahtjevnijih oblika skrbi upravo zbog dugotrajne i intenzivne njege. Boravak bolesnika u kućnom okruženju je najpoželjniji, no kada taj oblik skrbi nije moguć do kraja, javlja se potreba za preseljenjem u dom za starije i nemoćne. Razgovor s bolesnikom o mogućnosti skrbi u domu, dok još ima mentalnu sposobnost razumijevanja i donošenja odluka, može biti od vitalnog značaja. Medicinske sestre su obrazovane i svjesne svojih vještina u skrbi za demenciju kako bi poboljšale ukupnu kvalitetu života pacijenata s demencijom. Kod prvog susreta bolesnika i njegove obitelji, medicinska sestra treba ostaviti topao prvi dojam. Pružanje podrške štićenicima i njihovim obiteljima kroz cijeli proces skrbi bitan je element kako bi oni razvili odnos povjerenja. Osim pružanja podrške, medicinska sestra svakodnevno educira i prenosi novosti o štićenicima njihovim obiteljima. Osobe s demencijom mogu imati poteškoća u izražavanju potreba, a kako se kognicija pogoršava, njihova se verbalna sposobnost komunikacije drastično smanjuje ili čak nestaje. Dakle, komunikacijske vještine i emocionalna usklađenost ključni su u skrbi za demenciju. Medicinska sestra treba znati komunicirati i pružati zdravstvenu njegu u svim fazama bolesti. Edukacija medicinskih sestara o skrbi za demenciju može im pomoći u pružanju bolje skrbi za pacijente s demencijom.

Ključne riječi: demencija, medicinska sestra, njega, dom za starije i nemoćne, komunikacija

Summary

Various diseases in old age can cause the inability to take care of oneself independently. The elderly population is often affected by dementia, and Croatia is among the countries with the oldest population. The number of people suffering from dementia is constantly increasing in the world. Dementia is a clinical syndrome of chronic and progressive course with acquired disorders of concentration, memory, attention and orientation in time and space. Caring for a person suffering from dementia is one of the most demanding forms of care precisely because of the long-term and intensive care. A patient's stay at home is the most desirable, but when this form of care is not possible until the end, there is a need to move to a home for the elderly and infirm. Talking to the patient about the possibility of home care, while he still has the mental capacity to understand and make decisions, can be of vital importance. Nurses are educated and aware of their skills in dementia care to improve the overall quality of life of dementia patients. At the first meeting of the patient and his family, the nurse should make a warm first impression. Providing support to residents and their families throughout the care process is an essential element in order for them to develop a relationship of trust. In addition to providing support, the nurse educates and communicates news about residents to their families on a daily basis. People with dementia may have difficulty expressing their needs, and as cognition deteriorates, their verbal ability to communicate drastically decreases or even disappears. Therefore, communication skills and emotional attunement are key in dementia care. A nurse should know how to communicate and provide health care in all stages of the disease. Educating nurses about dementia care can help them provide better care for patients with dementia.

Key words: dementia, nurse, care, nursing home, communication

Popis korištenih kratica

MCI	blagi spoznajni poremećaj
LOM	liječnik obiteljske medicine
EKG	elektrokardiogram
MMSE	Mini mental test
CT	kompjutorska tomografija
MR	magnetska rezonancija
PET	pozitronska emisijska tomografija
AB	alzheimerova bolest
FTD	frontotemporalna demencija
DLB	demencija s Lewyjevim tjelešcima
PEG	perkutana endoskopska gastrostoma
SMBS	smanjena mogućnost brige o sebi

Sadržaj

1.	Uvod	1
2.	Rasprava.....	3
2.1.	Demencija	3
2.2.	Epidemiologija demencije	3
2.3.	Dijagnoza demencije	4
2.4.	Tipovi demencije	5
2.4.1.	Demencija Alzheimerovog tipa.....	6
2.4.2.	Vaskularna demencija ili vaskularni kognitivni poremećaj	6
2.4.3.	Demencija s Lewyjevim tjelešcima	7
2.4.4.	Frontotemporalna demencija.....	7
2.5.	Simptomi i stadiji demencije	7
2.5.1.	Rani stadij.....	8
2.5.2.	Srednji stadij	9
2.5.3.	Kasni stadij	9
2.5.4.	Raspoloženje, emocije i percepcije u kasnijim fazama demencije	10
2.5.5.	Poteškoće s pamćenjem i jezikom.....	10
2.5.6.	Promjene u ponašanju u kasnijim fazama demencije	10
2.5.7.	Fizičke poteškoće u kasnijim fazama demencije.....	11
2.6.	Uloga medicinske sestre	11
2.7.	Priprema za smještaj u instituciju	12
2.8.	Prijem u dom.....	13
2.9.	Primjer rada s oboljelima od demencije u domu za starije osobe.....	13
2.10.	Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije	14
2.10.1.	Prikupljanje podataka.....	14
2.10.2.	Procjena boli kod osoba s demencijom	15
2.10.3.	Sestrinske dijagnoze u ranom stadiju demencije.....	17
2.10.4.	Sestrinske dijagnoze u srednjem stadiju demencije.....	19
2.10.5.	Sestrinske dijagnoze u kasnom stadiju demencije.....	24
2.11.	Liječenje demencije	27
2.11.1.	Provođenje farmakoterapije kod pacijenata s demencijom.....	27
2.11.2.	Nefarmakološko liječenje demencije	27
2.12.	Profesionalan i individualiziran pristup osobi oboljeloj od demencije	28
2.12.1.	Komunikacija s osobom oboljelom od demencije.....	28
2.12.2.	Suočavanje s agresivnim ponašanjem	30
2.12.3.	Očuvanje samostalnosti.....	30
2.13.	Poboljšanje edukacije medicinskih sestara/tehničara	31

3.	Zaključak.....	33
4.	Literatura.....	34

1. Uvod

Starenje je normalna fiziološka pojava koja se događa prirodno te predstavlja nepovratan individualni proces. Proces starenja počinje od začeca i traje sve do smrti. Starenjem se događaju promjene na svim organskim sustavima, također i na središnjem živčanom sustavu. Funkcija mozga često se mijenja kako ljudi prelaze iz djetinjstva u odraslu dob i starost. Tijekom djetinjstva povećava se sposobnost razmišljanja i zaključivanja, omogućujući djeci da uče sve složenije vještine. Funkcija mozga je relativno stabilna tijekom većeg dijela odrasle dobi. Nakon određene dobi funkcija mozga opada. Starije osobe imaju relativan gubitak kod sposobnosti prisjećanja, posebno ako se uspoređuje sa sposobnošću u njihovoj mlađoj dobi. Takva promjena nije progresivna te ne utječe na svakodnevno funkcioniranje osobe [1].

Demencija nije normalni dio starenja te se mora razlikovati od staračke zaboravljivosti. Poznato je da će prevalencija demencije rasti zajedno s povećanjem broja stanovništva koje stari. Karakterizira ju značajno smanjenje barem jedne domene kognicije koja uključuje izvršnu funkciju, kompleksnu pažnju, jezik, učenje, pamćenje, perceptivno-motornu ili socijalnu kogniciju. Pad predstavlja promjenu u odnosu na pacijentovu prethodnu razinu kognitivnih sposobnosti, postojan je i progresivan tijekom vremena i nije povezan isključivo s epizodom delirija. Osim kognitivnog pada, mora postojati i pad sposobnosti pacijenta da funkcionira i obavlja svakodnevne poslove. Svakodnevna funkcija pacijenta često se procjenjuje u smislu sposobnosti obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti, kao što je upravljanje financijama ili lijekovima, ili, ako je teže, dnevnih životnih aktivnosti, kao što je dotjerivanje ili hranjenje. Demencija predstavlja progresivni poremećaj, a pojedinci često nemaju uvid u svoje nedostatke. Obitelj i bliske osobe najčešće zamjećuju prve promjene. Oštećenja i simptomi moraju biti prisutni najmanje 6 mjeseci za postavljanje pouzdane dijagnoze. Alzheimerova bolest (AD) je najčešći uzrok demencije, a odmah iza nje je vaskularna demencija (VD) te zajedno čine oko 90% slučajeva demencije. Poznate su i frontotemporalna demencija, Pickova atrofija, te demencija s Lewjevim tjelešcima. Ostali se oblici javljaju rjeđe. Trenutačno ne postoji lijek ni za jedan od uzroka demencije [2].

Demencija nepovratno mijenja osobu te donosi brojne i zahtjevne izazove pred svaku obitelj. Upravo obitelj i bliske osobe nose najveći teret brige za oboljelog.

Kako bolest napreduje dolazi do 24-satne ovisnosti o pomoći, nadzoru i brizi od strane drugih osoba, upravo zbog toga javlja se potreba za smještajem u dom za starije osobe. Pružanje

odgovarajuće skrbi za osobu oboljelu od demencije je teško i zahtjeva specifične vještine, stavove i znanje. Za zbrinjavanje osobe oboljele od demencije važno je znanje o samoj bolesti, poznavanje osobne povijesti i anamneze oboljele osobe (obiteljske povijesti bolesti). Medicinska sestra treba poznavati i promjene koje nastaju kako tijekom bolesti napreduje. Dolaskom osobe u ustanovu zdravstveno osoblje preuzima skrb za oboljelog, ali i za članove njegove obitelji koji teško prihvaćaju i nose se sa dijagnozom bliske osobe. Medicinska sestra najviše vremena provodi sa pacijentom i najdostupnija je obitelji [3].

Izrazito je važna komunikacija sa oboljelima i njihovom obitelji. Osobe koje boluju od demencije imaju poteškoće u izražavanju i razumijevanju onoga što im se govori. Kod oboljelih često se javlja i strah, koji osobe izražavaju kroz nespecifične reakcije ili emocije koje se mogu manifestirati kao nemir, odbacivanje i nedostatak suradnje. Potrebno je razviti ugodnu atmosferu koja će rezultirati smanjenjem napetosti osobe te na taj način olakšati komunikaciju i doprinijeti povjerenju između pacijenta i medicinske sestre. Medicinska sestra treba poštivati načela holističkog pristupa te prilagoditi intervencije svakom pojedincu. Intervencije se odnose povećanje kvalitete života s obzirom da bolest nije izlječiva [4].

2. Rasprava

Tempo starenja stanovništva mnogo je brži nego u prošlosti. Na biološkoj razini, starenje je rezultat utjecaja nakupljanja raznih molekularnih i staničnih oštećenja tijekom vremena. To dovodi do postupnog smanjenja tjelesne i mentalne sposobnosti, rastućeg rizika od bolesti i konačno smrti. Neurodegenerativne demencije, poput Alzheimerove bolesti i demencije s Lewyjevim tjelešcima, najčešće su u starijih osoba, dok su traumatske ozljede mozga i tumori mozga česti uzroci u mlađih odraslih osoba. [5,6]

2.1. Demencija

Demencija predstavlja klinički sindrom koji je obično progresivnog i kroničnog tijeka. Javlja se pogoršanje kognitivnih funkcija koje nije jednako kao i kod normalnog starenja. Demencija utječe na mišljenje, shvaćanje, orijentaciju, pamćenje, sposobnost učenja, računanja i razumijevanje govora. Kod demencije stupnjevi svijesti nisu poremećeni. Demencija nije jedinstvena dijagnoza, već skup simptoma koji dovodi do nemogućnosti obavljanja svakodnevnih obaveza i funkcioniranja u društvu. Prvi simptom pojave demencije je gubitak kratkoročnog pamćenja. Dolazi do dezorijentiranosti, anksioznosti, smanjene mogućnosti održavanja higijene, apatije, apraksije, agnozije i poremećaja spavanja [7].

2.2. Epidemiologija demencije

Demencija je jedan od najznačajnijih javnozdravstvenih suvremenih problema. Prema podacima SZO-a 47,5 milijuna ljudi diljem svijeta ima neki od oblika demencije, a u Europskoj uniji nalazi se oko 6,4 milijuna osoba s takvim bolestima. S obzirom da se životni vijek produljuje, prevalencija demencije raste, tako do 2050. godine broj oboljelih bi mogao narasti na više od 115 milijuna diljem svijeta. U Hrvatskoj ima 86 000 osoba s demencijom. Bolesti koje uzrokuju demenciju mogu zahvatiti svaku osobu. Demencija se najčešće pojavljuje u starijoj životnoj dobi, ali može se javiti i ranije. Prevalencija je u dobi do 60 godina otprilike 1% te raste dvostruko svakih 5 godina. U dobi od 85 godina prevalencija iznosi od 30% do 40% [8].

Od demencije češće obolijevaju žene. Izložene su i tjelesno neaktivne osobe, pušači te osobe koje neumjereno jedu i piju alkohol. Ciljana prevencija demencije ne postoji, no dokazano je da zdrav

način života, društvenost i kognitivna aktivnost uz redovitu kontrolu zdravstvenih parametara može spriječiti pojavu demencije [9].

2.3. Dijagnoza demencije

Važno je razlikovati staračku zaboravljivost od bolesnog stanja i demencije. Blagi spoznajni poremećaj je stanje u kojem kognitivne promjene nisu tako izražene kao kod demencije, ali su izraženije nego kod normalnog starenja. Kriteriji za postavljanje dijagnoze su propadanje i oštećenje kognitivnih funkcija uz normalno svakodnevno funkcioniranje. Osobe koje imaju MCI mogu, ali i ne moraju razviti demenciju. Takve osobe potrebno je pratiti zbog rizika za razvoj demencije [10].

Slični simptomi kao kod demencije pojavljuju se i kod delirija te depresije. Potrebno ih je razlikovati kako bi se na vrijeme moglo započeti s liječenjem. Delirij se javlja iznenadno i naglo, svijest je smanjena, traje od nekoliko sati do nekoliko tjedana. Depresija se javlja sporo nakon životnih promjena, svijest je očuvana te može biti kronična. Dok se demencija javlja podmuklo i sporo tijekom godina, progresivna je i nema lijeka. Najvažnija je rana dijagnostika i prepoznavanje prvih simptoma. Postoje 3 stadija demencije: rani (slabo vidljivi simptomi), srednji (vidljiv blagi kognitivni poremećaj) i kronični (svi simptomi demencije) [3].

LOM ima veliku ulogu u dijagnozi bolesti, liječenju, zbrinjavanju i pružanju pomoći obitelji koje skrbe za oboljelog. Dijagnoza demencije se postavlja na temelju intervjua s bolesnikom, zatim heteroanamnestičkih podataka (prikupljanje podataka o bolesniku od najbližih osoba), obiteljske anamneze (da li je po majčinoj ili očevoj liniji bilo članova obitelji oboljelih o demencije) te fizikalnog, psihijatrijskog i neurološkog pregleda. U dijagnozi se koristi psihometrijsko testiranje i laboratorijska dijagnostika. Potrebno je učiniti kompletnu krvnu sliku kako bi se isključila mogućnost anemije ili infekcije, biokemijske pretrage, odrediti sedimentacija eritrocita, koncentraciju C-reaktivnog proteina, i razina glukoze u krvi, vitamina B12 i folata (nedostatak uzrokuje poteškoće s pamćenjem), vrijednosti hormona štitnjače. Važna je i serološka pretraga na sifilis i pretraga na prisutnost HIV-a. Dobro je napraviti EKG i pregled urina [10].

Kod dijagnoze se koriste testovi kognitivnih sposobnosti. Najpoznatiji je „Mini-Mental Test“ kojim se dobivaju osnovni podaci o orijentaciji bolesnika, sposobnosti pisanja, računanja,

precrtavanja složenijih geometrijskih likova i čitanja te podaci o pamćenju osnovnih pojmova. MMSE nije osjetljiv za blagi kognitivni poremećaj te sam nije dovoljan za postavljanje dijagnoze. Rezultati veći od 17 bodova ukazuju na blagu demenciju, dok osobe koje imaju od 11 do 17 bodova ukazuju na uznapredovalu bolest demencije. Kod procjene koristi se i test crtanja sata. Pacijentu se da list papira i zamoli se da nacrtat sat sa brojčanikom i kazaljke sata tako da one pokazuju vrijeme, npr. 11:15. Ukupni broj bodova je 10, a na uredan nalaz ukazuje više od 5 bodova. Sve ispod 4 boda ukazuje da je pacijenta potrebno uputiti na daljnje ispitivanje [3].

Za prikazivanje uzroka demencije koriste se kompjutorska tomografija (CT) i magnetska rezonancija (MR). To su najčešće moždani udar, multipla skleroza, tumor ili krvarenje u mozgu. Na razlike u tipovima demencije mogu pokazivati rezultati funkcionalne MRI i PET [3].

Kriterij za postavljanje dijagnoze demencije je progresivni gubitak pamćenja uz teškoće kod najmanje jednog od sljedećih kriterija: sposobnost govora i razumijevanja, prepoznavanja i imenovanja predmeta te vizualno – motoričke sposobnosti i sposobnost rasuđivanja i planiranja te izvođenje kompleksnih podataka. Dijagnoza demencije je stresna i opterećujuća za pacijente i njihove obitelji. Edukacija pacijenata i njegovatelja vitalni je dio kliničkog liječenja bolesnika s demencijom. Moraju se dati savjeti o redovitim posjetima klinici, pridržavanju lijekova, zdravoj prehrani, tjelovježbi, higijeni te spavanju. Briga o sigurnosti postaje sve važnija kako bolest napreduje. Posebnu pozornost treba posvetiti mogućim sigurnosnim problemima, uključujući vrijeme odustajanja od vožnje, rizik od lutanja ili gubitka, rizike od požara ili nesreće pri kuhanju ili nedostatak sposobnosti da osoba sama sebi pripremiti hranu. Bolesnici s demencijom često nemaju uvid u vlastita ograničenja. Grupe za podršku mogu pomoći u smanjenju problema kao što su tjeskoba, frustracija, ljutnja, usamljenost i depresija. Bolesnike i njegovatelje treba posavjetovati o dijagnozi i prognozi. Izrada individualiziranog plana skrbi može osnažiti pacijenta [2].

Liječnik obiteljske medicine, prateći tijek bolesti, trebao bi pravodobno potaknuti obitelj da potraži pomoć stručnih djelatnika koji se bave pružanjem potrebne skrbi ili usluge dnevnog centra ili doma za starije osobe [10].

2.4. Tipovi demencije

Postoji stotinjak tipova demencije. Svi pacijenti, bez obzira na tip demencije, prolaze kroz stadije bolesti kojima je zajedničko propadanje socijalnih, kognitivnih i fizičkih funkcija [3].

2.4.1. Demencija Alzheimerovog tipa

Alzheimerova bolest najčešći je tip demencije te čini 60-80% svih demencija. Ključni uzrok Alzheimerove bolesti je nakupljanje dviju tvari unutar mozga koje se nazivaju amiloid i tau. Kada uvjeti u mozgu nisu ispravni, oni se skupljaju i formiraju sićušne strukture koje se nazivaju plakovi i čvorovi. Oni otežavaju pravilan rad mozga. Tijekom vremena bolest uzrokuje smanjenje određenih dijelova. Također, smanjuje količinu važnih kemikalija potrebnih za slanje poruka oko mozga. Na kraju se mozak bori kako bi se nosio s oštećenjem i osoba počinje imati problema s pamćenjem i razmišljanjem. AB svaku osobu pogađa drugačije. Međutim, ima neke uobičajene simptome: poteškoće kod prisjećanja imena i događaja koji su se nedavno dogodili, poteškoće kod snalaženja u prostoru, prosuđivanja i razmišljanja te apatija i depresija na početku bolesti. Dob je najveći faktor rizika za Alzheimerovu bolest. Bolest obično počinje nakon 65. godine, ali može se javiti i ranije. Kod ranijeg javljanja, bolest ima brzi tijek. Ako se javi nakon 65. godina, tijek bolesti je polagan [3,10].

2.4.2. Vaskularna demencija ili vaskularni kognitivni poremećaj

Vaskularna demencija je drugi najčešći tip demencije. Karakterizirana je propadanjem zbog cerebrovaskularne bolesti, ishemijskog ili hemoragičnog moždanog udara te bolesti srca i krvožilnog sustava. Oštećena je glavna funkcija krvnih žila u mozgu, odnosno opskrba mozga hranjivim tvarima i kisikom. Simptomi su teško primjetni na početku. Osobe mogu ostati relativno stabilne dulje vrijeme, pa se simptomi mogu pojaviti iznenada nakon moždanog udara ili postupno kako stanje napreduje. Sjećanje ostaje očuvano za davne događaje. Kako bolest napreduje javlja se smanjena pažnja, neorganizirane misli, emocije i poteškoće kod obavljanja složenijih radnja. Karakterizirano je depresivno raspoloženje. Simptomi se u 50% slučajeva isti kao i simptomi AB [3,11].

2.4.3. Demencija s Lewyjevim tjelešcima

Demencija s Lewyjevim tjelešcima treća je po učestalosti nastanka. Male nakupine proteina poznate kao Lewyjeva tjelešca pojavljuju se u živčanim stanicama mozga. Nije poznato zašto se Lewyjeva tjelešca razvijaju u mozgu niti kako točno uzrokuju demenciju. Lewyjeva tjelešca mogu se razvijati u mozgu dugo vremena prije nego što se pojave simptomi. Ima zajedničkih simptoma s Parkinsonovom bolešću. Oba uzrokuju probleme sa: razmišljanjem, kretanjem i raspoloženjem. Kod demencije s Lewyjevim tjelešcima simptomi počinju prije ili otprilike u isto vrijeme kad osoba razvije probleme s kretanjem. Za osobe s Parkinsonovom bolešću simptomi demencije često se razvijaju mnogo godina nakon što počnu problemi s kretanjem. Kod dijagnoze ove demencije potrebna su 2 od 3 obilježja tj. vidne halucinacije, poremećaja kognicije i parkinsonizam. Pacijent pokazuje osjetljivost na antipsihotike, pa je potrebno izbjegavati tu vrstu terapije [3,10].

2.4.4. Frontotemporalna demencija

Frontotemporalna demencija jedna je od rjeđih vrsta demencije. FTD predstavlja oštećenje moždanih stanica u frontalnim i temporalnim režnjevima mozga. Pokazuje tendenciju obiteljskog pojavljivanja te se pojavljuje u mlađoj životnoj dobi, odnosno između 45. i 65. godine života. Simptomi kod ove demencije uključuju promjene ličnosti i promjene u ponašanju te poteškoće kod govora. Pickova bolest jedna je od oblika frontotemporalne demencije [3].

2.5. Simptomi i stadiji demencije

U ranom stadiju svih vrsta demencije samo mali dio mozga je oštećen. Tada osoba ima manje simptoma koji ovise o oštećenom dijelu mozga su zahvaćeni. Rani simptomi su obično relativno mali. Gubitak pamćenja čest je u ranom stadiju Alzheimerove bolesti. Kako demencija napreduje u srednjim i kasnijim fazama, simptomi različitih tipova demencije imaju tendenciju postati sličniji. To je zato što je zahvaćen veći dio mozga kako demencija napreduje. S vremenom se bolest koja uzrokuje demenciju širi na druge dijelove tijela. To dovodi do više simptoma jer veći dio mozga nije u stanju ispravno raditi. U isto vrijeme, već oštećena područja mozga mogu postati još više pogođena, uzrokujući pogoršanje već postojećih simptoma. Na kraju je većina dijelova

mozga teško oštećena. To uzrokuje velike promjene u svim aspektima pamćenja, razmišljanja, jezika, emocija i ponašanja, kao i fizičkih problema. Brzina kojom demencija napreduje varira od osobe, zbog čimbenika kao što su: tip demencije (Alzheimerova bolest ima tendenciju napreduju sporije od ostalih vrsta), dob osobe (Alzheimerova bolest općenito napreduje sporije u starijih osoba nego u mlađih) i dugoročni zdravstveni problemi. Neki ljudi s demencijom trebaju podršku vrlo brzo nakon njihove dijagnoze. Za razliku od njih, drugi ostaju neovisni nekoliko godina. Dokazi pokazuju da postoje stvari koje osoba s demencijom može učiniti zadržati svoje sposobnosti dulje. Od pomoći može biti: prihvaćanje podrške drugih ljudi, pozitivan stav i spavanje, izbjegavanje pušenja i alkohola te sudjelovanje u fizičkim, mentalnim i društvenim aktivnostima. Važno je usredotočiti se na ono što osoba može učiniti, a ne preuzimati i raditi stvari za njih [12].

2.5.1. Rani stadij

Rani stadij demencije prosječno traje oko dvije godine. U ovoj fazi počinju se javljati uobičajeni simptomi koji utječu na svakodnevni život osobe. Najpoznatiji rani simptom je problem kratkoročnog pamćenja. Osoba se možda ne sjeća nedavnih događaja ili može nastaviti gubiti predmete (kao što su ključevi i čaše) po kući. Gubitak pamćenja je čest prvi i glavni simptom u ranoj Alzheimerovoj bolesti. Teškoće u promišljanju stvari i planiranju također su česte kod ovoj fazi. Osoba se može lakše zbuniti i teže planirati, donositi složene odluke (na primjer, o financijama). Jezik i komunikacija često su rano pogođeni. Osoba može imati problema pronaći pravu riječ u razgovoru, a javljaju se i problemi kod praćenja što se govori. Loša orijentacija još je jedno obilježje ranog stadija demencije. Osoba često više ne prepoznaje gdje se nalazi i lako se izgubi, čak i na poznatom mjestu. Ljudi se također mogu boriti s vizualno-perceptivnim poteškoćama. Ovo može uzrokovati probleme s procjenom udaljenosti, primjerice pri korištenju stepenica. Promjene raspoloženja ili emocija česte su u ovoj fazi. Osoba može biti više tjeskobna, uplašena ili tužna, pa je izloženija riziku od depresije. Također je uobičajeno postati razdražljiviji zbog frustracija izgubljene sposobnosti. Takve osobe se daju lako uznemiriti. Osoba često može biti povučenija, imati nedostatak samopouzdanja i gubitak interesa za hobije ili ljude [12].

2.5.2. Srednji stadij

U srednjem stadiju demencije simptomi postaju vidljiviji i osoba treba više podrške u upravljanju svakodnevnim životom. Osobe trebaju podsjetnike i pomoć kod kupanja i odijevanja (na primjer, davanje odjeće za njih). Nekima je potrebna stručna pomoć. Osobe često osjećaju da će im drugi ljudi nauditi ili da im se ne može se vjerovati (paranoja). Vrlo je uobičajeno da osoba vjeruje da ih netko potkrada ili da im je partner nevjeran. Osoba u ovoj fazi također može početi vidjeti i čuti stvari koje nisu tamo (halucinacije). Ovo je češće u srednjoj fazi Alzheimerovoj bolesti nego kod vaskularne demencije. (Vizualne halucinacije u DLB su simptom u ranoj fazi). Osoba se vrlo lako može uzrujati, uplašiti ili naljutiti. Javlja prebacivanje iz emocije u emociju vrlo brzo. Osobe reagiraju na gubitak neovisnosti, pogrešno tumače stvari oko sebe ili frustrirani su što ne mogu komunicirati svoje potrebe. Promjene u ponašanju obično počinju od srednjeg stadija demencije. Pojedinačni simptomi mogu se pojaviti i nestati. Promjene u ponašanju neki su od najizazovnijih simptoma za osobe s demencijom i za oni im pomažu. Javlja se nemir odnosno vrpoljenje, hodanje, vrištanje i vikanje. Također, dolazi do ponavljajućeg ponašanja (na primjer, opetovano presvlačenje odjeće ili postavljanje istih pitanja, praćenje njegovatelja uokolo ili stalno provjeravanje da li je neka druga osoba blizu njih. Poremećen je i obrazac spavanja, osobe govore stvari koje nisu prikladne ili skidanje u javnosti.

Osobe kasnije mogu postati uznemirenije, agresivnije ili zbunjenije, poslijepodne ili rano navečer, obrazac poznat kao "zalazak sunca" [12].

2.5.3. Kasni stadij

Do ove faze demencija će imati ozbiljan utjecaj na većinu aspekata za život osobe. Osoba na kraju treba cjelodnevnu njegu i podršku uz svakodnevni život i osobnu njegu, kao što je jelo, osobna higijena i odijevanje. Podrška se može pružiti negom kod kuće, ali s obzirom da je potreban 24-satni nadzor i njega, češće se pruža u domovima za starije. Izmijenjena percepcija i fizički problemi jako su uočljivi. Do kasne faze demencije, simptomi svih vrsta demencije postaju vrlo slične. Ova faza ima tendenciju da bude najkraća. U prosjeku traje oko jednu do dvije godine [8,12].

2.5.4. Raspoloženje, emocije i percepcije u kasnijim fazama demencije

Promjene raspoloženja ostaju česta su i kasnijim fazama demencije. Prisutna je depresija. **Deluzije i halucinacije** (osobito vida i sluha) često se javljaju u kasnoj fazi demencije. Nisu uvijek uznemirujuće, ali mogu objasniti neke promjene u ponašanju, jer osoba mijenja percepciju stvarnosti. **Osobe s kasnom fazom demencije često više reagiraju na osjetila nego na riječi.** Na primjer, mogu voljeti slušati pjesme ili uživati u teksturama (opip različitih vrsta materijala) [12].

2.5.5. Poteškoće s pamćenjem i jezikom

Osobe oboljele od demencije bore se sa sjećanjem na nedavne događaje i često misle da su u ranijem razdoblju svog života (pomicanje vremena). To može predstavljati izazovnu situaciju (ako traže da vide nekoga tko više nije živ). **Osobe u kasnijim fazama bolesti također mogu prestati prepoznavati poznate ljude, predmete i mjesta. Osoba se možda ne prepozna u ogledalu, niti bliske prijatelje ili članove obitelji. To je zato što pamte samo kako je osoba izgledala kad je bila puno mlađa. Ako osoba govori više od jednog jezika, može izgubiti onaj koji je naučila kasnije u životu. Na kraju, oni mogu razumjeti samo jezik njihovog djetinjstva. Govorni jezik osobe u kasnoj fazi demencije može na kraju biti sveden na nekoliko riječi ili se potpuno izgubiti. Isto tako, osobe razumiju manje riječi. Osoba još uvijek može razumjeti geste, izraze lica i govor tijela. Također može koristiti neverbalnu komunikaciju kako bi izrazila svoje osjećaje ili potrebe** [12].

2.5.6. Promjene u ponašanju u kasnijim fazama demencije

Agresija u ovoj fazi često je reakcija na osobnu brigu. Osoba može udarati ili odgurivati one koji im pokušavaju pomoći ili vikati da ih se ostavi na miru. Osoba s demencijom se osjeća uplašeno, ugroženo ili zbunjeno. Vrlo često javlja se i nemir. Ponekad se može činiti je osoba u potrazi za nekim ili nečim. Kao i u drugim fazama, također je važno uzeti u obzir ima li osoba druge potrebe koje nisu zadovoljene. Netko s kasnom fazom demencije često neće moći drugima

reći kako se osjećaju. Nagla promjena u ponašanju može ukazivati na medicinski problem (na primjer, bol, infekcija ili delirij) [12].

2.5.7. Fizičke poteškoće u kasnijim fazama demencije

Tjelesne promjene kasnog stadija demencije djelomično su razlog zašto osoba treba mnogo više podrške u svakodnevnom životu. U ovoj fazi oni mogu: hodati sporije, vukući se i manje ravnomjerno. **Na kraju mogu provoditi više vremena na stolici ili u krevetu te su izloženi povećanom riziku od padova. Potrebna im je pomoć pri jelu te zato gube na težini. Prisutne su i poteškoće s gutanjem. Javlja se inkontinencija.** Osobito smanjena pokretljivost osobe povećava šanse za nastanak krvnih ugrušaka i infekcija. Oni mogu biti vrlo ozbiljni ili čak smrtonosni pa je od vitalnog značaja da je osoba podržana da bude što je moguće pokretnija [12].

2.6. Uloga medicinske sestre

Glavni zadaci medicinske sestre u radu s osobama oboljelima od demencije su:

- upoznati osobu, kao i njezino stanje te se fokusirati na potrebe koje nisu zadovoljene uz sudjelovanje osobe u provođenju njege (ukoliko je to moguće)
- raditi u partnerstvu s oboljelom osobom i njezinom obitelji te odvajanje vremena za slušanje, uz empatiju i ljubaznost
- pružiti skrb usmjerenu na osobu, cijeniti pojedinca i njegovu priču te uvažavati stvari koje su joj važne
- razumjeti emocionalne i duhovne potrebe osobe oboljele od demencije
- prepoznati karakteristike demencije, znakove uznemirenosti i znati reagirati na tjeskobu uz razumijevanje događaja koje osoba doživljava
- pridonositi kvaliteti života oboljele osobe
- povezati se s njegovom obitelji, pružati joj pomoć i podršku
- prepoznati vrijednost svoje uloge u njezi bez obzira na posao
- planirati skrb kako se stanje se razvija
- svjesnost da svaki kontakt doprinosi ranoj identifikaciji, dijagnozi, podršci ili liječenju

- smanjivati stigmatu oko demencije, podizati svijest i inspirirati druge
- biti podrška kod žalovanja obitelji [10].

2.7. Priprema za smještaj u instituciju

Boravak bolesnika u kućnom okruženju je najpoželjniji, no kada taj oblik skrbi nije moguć do kraja, javlja se potreba za preseljenjem u dom za starije osobe. Razgovor o mogućnosti skrbi u domu za starije i nemoćne s bolesnikom dok još ima mentalnu sposobnost razumijevanja i donošenja odluka može biti od vitalnog značaja. Ako je osoba zadovoljna idejom da u budućnosti živi u domu za starije i nemoćne, može pomoći obitelji da se lakše nosi sa stresom. Ako osoba oboljela od demencije više ne može sama odlučiti o svojoj skrbi, ta odluka pada na članove obitelji ili njegovatelje. Donošenje odluke o preseljenju u dom može biti vrlo teško [10,13].

Znakovi koji ukazuju da bi obitelj oboljele osobe trebala početi razmišljati o zadovoljavanju potreba u domu za starije i nemoćne:

- ostavljanje uključenih kuhinjskih uređaja
- lutanje
- nesposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti
- zaboravljanje na obroke ili uzimanje tekućine
- zaboravljanje uzimanja lijekova
- nemogućnost obavljanja osobne higijene te oblačenja i dotjerivanja [14]

Medicinska sestra/tehničar bolesnika i njegovu obitelj može pripremiti za premještanje bolesnikovih stvari i njegov prelazak u novi dom. Takva situacija čini komunikaciju izazovnom. Komunikacijske vještine medicinske sestre izrazito su važne. Osobi se o selidbi može reći malo prije ili na dan selidbe kako bi se smanjila anksioznost. Uz to, može se reći da je to kratkoročni potez dok se osoba ne upozna bolje sa svojim novim domom. Pozitivan učinak kod preseljenja imaju stvari koje osoba može uzeti sa sobom (fotografije, omiljena deka, stolica, glazba omiljenog pjevača, biblija). Osim psihičke i fizičke pripreme obitelj mora znati financijske aspekte plaćanja skrbi [13].

2.8. Prijem u dom

Prijem u dom za starije i nemoćne osobe vrijeme velika je promjena za obitelj bolesnika, ispunjena stresom, ljutnjom, iscrpljenošću, financijskim teretom, nepovjerenjem i zbunjenošću. Obitelj ima manje kontrole nad mnogim aspektima skrbi za svoje najmilije. Odnos s pacijentovom i obitelji počinje prvi put kada su svi u jednoj prostoriji, stoga medicinska sestra treba iskoristiti priliku da uspostavi vezu i ostavi topao prvi dojam. Medicinska sestra/tehničar mora dokazati obitelji da ima najbolji interes za štićenika. Pružanje podrške štićenicima i njihovim obiteljima bitan je element skrbi koji se očekuje budući da mnogi štićenici svoje posljednje dane provode u staračkom domu. Medicinska sestra/tehničar odgovorna je za svakodnevno prenošenje novosti o štićenicima njihovim obiteljima. Ove informacije trebaju biti jasne i točne, te isporučene na profesionalan i suosjećajan način [15].

Medicinska sestra mora biti podrška bolesniku, a posebno dok se ne privikne na novu sredinu. U tom procesu, važno je omogućiti članovima obitelji češći i duži boravak uz oboljelu osobu. Na taj način smanjuje se stres koji može pogoršati osnovnu bolest. Vrlo je važno uskladiti odnos s drugom osobom kada je više osoba u sobi, posebno kada je osoba nepokretna. Ako su u jednoj sobi smještene dvije pacijentice oboljele od demencije, važno je regulirati broj posjetitelja. Nije dobro da u isto vrijeme dođe u posjet više od troje ljudi jer glasovima i prisutnošću mogu uznemiriti osobu koja boravi u istom prostoru. U zadržavanju privatnosti može pomoći i postavljanje paravana [10].

2.9. Primjer rada s oboljelima od demencije u domu

U domu za starije osobe Medveščak postoji Cjelodnevni boravak osiguran za osobe s demencijom u ranom stadiju bolesti. Također, osiguran je i smještaj za osobe u kasnijim fazama bolesti. Prednost cjelodnevnog boravka je što ostaje u krugu svoje obitelji. Pružaju se usluge smještaja, prehrane, njege i održavanja osobne higijene, usluge socijalnog rada, radne aktivnosti i usluge organizacije prijevoza. Nepokretnim osobama oboljelim od demencije pruža se skrb na odjelu pojačane njege i medicinske rehabilitacije. Cilj rada je usporiti opadanje kognitivnih sposobnosti, poboljšati kvalitetu života oboljelog i njihove obitelji te zadovoljiti osnovne životne potrebe. Mini-Mental Status test koristi se u praćenju napretka bolesti. Radi se individualni plan za svakog korisnika na osnovi rezultati dobivenih ispunjavanjem upitnika od korisnika i članova

obitelji, što ovisi o stadiju bolesti. Važno je očuvanje psihološkog zdravlja i usporavanje poteškoća s pamćenjem. Osobe oboljele od demencije često odbijaju druženje zbog straha od socijalnih kontakata [10].

2.10. Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije

2.10.1. Prikupljanje podataka

Prva faza procesa zdravstvene njege počinje prikupljanjem i analizom podataka. Kod prikupljanja podataka važno je razgovarati s bolesnikom bez obzira na njegova ograničenja u komunikaciji. Podaci se prikupljaju i od bolesnikove bliske osobe radi dobivanja heteroanamnestičkih podataka. Razgovor može biti i bez prisutnosti bolesnika, no nikada se ne smije se razgovarati o bolesniku kao da njega nema te zanemarivati njegove riječi. Od članova obitelji dobro je saznati koji su trenutni problemi oboljele osobe te kada su primijećeni prvi simptomi demencije [3].

Prije komunikacije procjenjuju se sposobnosti oboljele osobe:

- senzorne sposobnosti (stanje vida i sluha)
- psihosocijalne potrebe (aktivno slušanje)
- sposobnost suočavanja s problemima
- emocionalno stanje
- potreba za pomoći

Mjesto za razgovor treba biti tiho kako ne bi uznemirilo osobu. Kod komunikacije s osobom oboljelom od demencije izrazito je važno predstaviti se i objasniti razlog razgovora. Potrebno se ispričati i razgovarati kasnije ako osoba ne želi razgovarati. Kod komunikacije s osobom oboljelom od demencije potrebno je govoriti polako te isto tako dati osobi vremena za odgovor. Pitanja bi trebala biti postavljena tako da osoba može kratko odgovoriti. Medicinska sestra može pokazati interes kroz facijalnu ekspresiju i položaj tijela. Vrlo je važno obratiti pažnju na moguće oštećenje sluha ili vida te se prilagoditi. Na kraju razgovora potrebno se zahvaliti na informacijama i odvojenom vremenu. Iz razgovora sa bolesnikom i obitelji potrebno je saznati koje su dnevne

aktivnosti bolesnika, procijeniti opasnosti i ispitati postojanje simptoma koji su specifični za neke oblike demencija. Etiološka anamneza daje podatke o vaskularnim bolestima, postojanju ozljede glave, poremećajima mentalnog zdravlja, uzimanju alkohola, duhanskih proizvoda i alkohola i sl. U ustanovama za skrb o starijim osobama medicinske sestre kod prikupljanja podataka koriste se obrascima sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u izdanju Referentnog centra Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske za zaštitu zdravlja starijih osoba. Dokumentacija je propisana u svim ustanovama skrbi za starije osobe u Hrvatskoj.

Proces zdravstvene njege prema navedenoj dokumentaciji izvodi se u šest koraka.

1. korak – prikupljanje podataka (važno za otkrivanje problema i postavljanje ciljeva)
2. korak – otkrivanje problema i resursa gerijatrijskih osiguranika
3. korak – postavljanje ciljeva
4. korak - izrada plana mjera/intervencija gerijatrijske zdravstvene njege
5. korak - provedba mjera/intervencija gerijatrijske zdravstvene njege
6. korak – evaluacija ocjena i vrednovanje djelovanja

Planiranje intervencija za osobe oboljele od demencije je specifično u odnosu na one za druge bolesnike. Kod demencije nema intervencija koje bi pridonosile izlječenju bolesti i oporavku. Kako bolest napreduje i pogoršava se stanje bolesnika intervencije je potrebno mijenjati. Sve intervencije usmjerene su poboljšanju kvalitete života. Jedna od najvažnijih intervencija je edukacija bolesnikove obitelji [3].

2.10.2. Procjena boli kod osoba s demencijom

Jedna od mogućih sestrinskih dijagnoza je bol. Često je pojava kod starijih osoba, pa tako i kod osoba oboljelih od demencije, a koje su smještene u raznim ustanovama za njegu i domovima za starije osobe. Osobe s demencijom mogu imati različite izvore boli tj. kontrakture kao posljedica nepokretnosti ili bol nakon pada i fraktura, zatim infekcije, dekubitusi i sl. U uznapredovanom stadiju osoba ne može jasno reći što i gdje ih boli te kakvog je karaktera i jačine sama bol. Problem boli je ponekad neprepoznat, što dovodi do toga da oboljeli pojačano pate, ne samo zbog osjećaja boli, već ista bol može dovesti i do pogoršanja simptoma demencije [3].

Od iznimnog je značaja da medicinske sestre prepoznaju neverbalne znakove odnosno da osoba s demencijom pati od boli. Napetost mišića lica (stiskanje zubi) ili grimase mogu ukazivati na bol kod bolesnika koji se ne može izraziti riječima. Također, javljaju se repetitivni i neobični pokreti te stiskanje ruku. Osobe mogu imati iznenadni otpor prema pomoći od drugih osoba, javljaju se poremećaji spavanja i smanjeni apetit. Dolazi do crvenila ili bljedila lica te se povećava frekvencija pulsa, disanja i krvnog tlaka. Ponekad osobe verbaliziraju bol uzdisanjem, stenjanjem ili plakanjem. Ako medicinska sestra posumlja na bol kod osoba s demencijom, trebala bi napraviti procjenu boli i obavijestiti liječnika o tome kako bi joj se pomoglo. Medicinska sestra treba kontinuirano pratiti vitalne funkcije (krvni tlak, puls, tjelesnu temperaturu) te postaviti bolesnika u odgovarajući položaj, ukloniti uzroke koji uzrokuju bol, primijeniti nefarmakološke metode smanjivanja boli te dati propisane lijekove za bol [16,17].

Alati za procjenu boli koriste se u domovima za starije osobe, no nije potvrđena njihova pouzdanost.

Neki od alata za pomoć kod procjene boli su:

PAINAID (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale) – može biti korisna u procjeni ponašanja povezanih s boli kod pacijenata s kognitivnim oštećenjima u rasponu od blagih do teških, osobito kada je izgubljena sposobnost komunikacije. Bolesnik se promatra prije nego što se ocijeni ponašanje. Pacijent može biti promatran različitim situacijama (kod mirovanja, tijekom ugodne aktivnosti, tijekom njege, nakon davanja lijekova protiv bolova). Ocjenjuje se disanje, vokalizacija (vikanje), facijalna ekspresija, govor tijela i suradljivost. Raspon bodova je od 0 do 10. Bodovi u rasponu od 1 do 3 označavaju blagu bol, od 4 do 6 umjerenu bol te od 7 do 10 jaku bol.

ABBEY PAIN ASSESSMENT SCALE – osmišljena je kako bi pomogla u procjeni boli kod osoba koje pate od posljednjeg stadija demencije. Također se promatra pacijentovo ponašanje u različitim situacijama. Ocjenjuju se verbalizacija, facijalna ekspresija, promjene u govoru tijela, promjene kod ponašanja, fiziološke promjene te fizičke promjene. Raspon bodova je od 0 do 18. Veći broj označava veću bol.

DOLOPLUS 2 – Procjenjuju se somatske reakcije pacijenta (zaštita bolnih područja, pritužba na bol, ekspresija, obrazac spavanja) pa zatim psihomotorne reakcije (pranje, odijevanje,

komunikacija, problemi ponašanja, socijalni život. Raspon bodova je od 0 do 30 te veći broj označava veću bol [3].

2.10.3.Sestrinske dijagnoze u ranom stadiju demencije

Osobe u ranoj fazi demencije mogu se nastaviti brinuti o sebi kod kuće, ako i dalje mogu obavljati svakodnevne aktivnosti. Njega u kući može biti prikladna za one kojima je potrebna dodatna pomoć. Takvi bolesnici nisu hospitalizirani, a u dom za starije osobe mogu biti smješteni zbog starosti i drugih bolesti. Dijagnoza demencije izuzetno je stresna za bolesnika i njegovu obitelj. Prilikom uzimanja anamneze medicinska sestra/tehničar procjenjuje potrebe bolesnika, a isto tako i potrebe njegove obitelji [18].

□ Anksioznost

Strah je odgovor na primijećenu prijetnju koju osoba prepoznaje kao opasnu.

Vodeća obilježja: smanjena komunikativnost, verbaliziranje straha, panika, nervoza, uzbuna, razdražljivost, umor [19]

Ciljevi:

- Pacijent verbalizira strah i verbalizira i pokazuje metode suočavanja sa stresom
- Smanjiti anksioznost

Sestrinske intervencije:

- Ostvariti s pacijentom odnos povjerenja
- Koristiti razumljiv jezik kod informiranja pacijenta
- Educirati pacijenta o demenciji, kliničkoj slici i terapijskim intervencijama
- Biti uz pacijenta kada osjeća strah, pružiti mu podršku verbalno i neverbalno
- Poticati pacijenta na razgovor o emocijama
- Ohrabrivati vježbanje da bi poboljšali fizičke sposobnosti i pokretljivost
- Predvidjeti terapiju životinjama

- Predvidjeti kognitivno bihevioralne terapije
- Predvidjeti masažu kao opuštajuću tehniku
- Promatrati promjene ako pacijent uzima lijekove za smanjenje anksioznosti [3,10]

□ **Socijalna izolacija**

Socijalna izolacija je iskustvo samoće pojedinca koje je nametnuto od drugih ili kao negativno ili kao prijeteće iskustvo

Vodeća obilježja: želja da osoba bude sama, nedostatak kontakta očima, osjećaj neprijateljstva u glasu ili ponašanju, smanjena komunikacija.

Cilj: Pacijent će biti u interakciji s drugima

Sestrinske intervencije:

- Uspostaviti s pacijentom terapijski odnos
- Razgovarati s pacijentom o uzrocima izolacije
- Prepoznati dostupne sustave podrške i uključiti te osobe u skrb o pacijentu
- Upoznati pacijenta s grupama podrške
- Podržavati izražavanje osjećaja
- Predvidjeti terapiju glazbom
- Pomoći pacijentu da upozna druge ljude sa sličnim interesima [3,20]

□ **Neupućenost okoline**

Predstavlja nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu.

Vodeća obilježja: nepostojanje specifičnih znanja, netočno izvođenje određene vještine

Cilj: Bolesnikova će obitelj biti upoznata s problemima i tijekom bolesti te će prihvatiti pacijenta kao ravnopravnog člana zajednice

Sestrinske intervencije:

- Pružiti psihološku podršku obitelji

- Educirati obitelj o kliničkom tijeku demenciji, kliničkoj slici i terapijskim intervencijama
- Educirati obitelj o važnosti očuvanja samostalnosti pacijenta
- Educirati obitelj o načinima komunikacije s pacijentom
- Educirati obitelj o važnosti pridržavanja propisanog liječenja
- Poticati obitelj da se ravnopravno i toplo odnosi prema pacijentu [10]

2.10.4.Sestrinske dijagnoze u srednjem stadiju demencije

U srednjem stadiju demencije narušena je samostalnost bolesnika. Tada postaje neophodno osigurati stalni nadzor kako bi se osoba s demencijom zaštitila. Mnogo bolesnika u srednjem stadiju bolesti smješteno je u dom za starije osobe. Medicinska sestra mora evidentirati sve simptome bolesti kako bi se patila progresija bolesti. Ukoliko bolesnik živi kod kuće sa svojom obitelji, medicinska sestra mora educirati o znakovima koji ukazuju na progresiju bolesti. Gubitak tjelesne težine, dehidracija i pothranjenost česte su komplikacije kod demencije. Medicinska sestra/tehničar dužna je pratiti vlažnost sluznica i stanje pacijenta kako bi pravovremeno reagirala na mogućnost pojave dehidracije. Pacijenta treba prisjećati na učestalo uzimanje tekućine. Medicinska sestra/tehničar treba poticati pacijenta na što veću samostalnost kod unosa hrane i tekućine. Hrana treba biti prilagođena problemima sa žvakanjem ili gutanjem. Važno je dati pacijentu dovoljno vremena te ga nadzirati za vrijeme obroka kako ne bi došlo do gušenja hranom ili aspiracije. Osobe često ne mogu biti dovoljno dugo psihomotorno mirne kako bi završile započeti obrok. Kod hranjenja oboljele osobe često mogu odbijati otvarati usta ili pljuvati hranu iz straha da će se otrovati. Medicinska sestra/tehničar može kroz razgovor navesti pacijenta na unos hrane i tekućine. Ukoliko razgovor ne pomogne, pacijent može jesti uz prisutnost obitelji ili promijeniti vrijeme obroka. Kod pacijenta koji na temelju intervencija nema zadovoljen unos hrane i tekućine primjenjuje se enteralna prehrana, odnosno hranjenje putem sonde. Kod procjene hranjenja bolesnika više od 4 tjedana, primjenjuje se PEG. Kod bolesnika u terminalnoj fazi demencije koji su nepokretni i potpuno ovisni, enteralna prehrana se ne preporučuje. Kod gerijatrijskih bolesnika s depresijom enteralna prehrana može se koristiti tokom prevladavanja teške faze anoreksije i nedostatka motivacije. Kod potrebe dodatne količine energije može se posegnuti za namirnicama poput vrhnja, maslaca, mlijeka s niskim udjelom masti, meda. Postoje i komercijalni

modularni pripravci koji se sastoje od jedne vrste makronutrijenata (bjelančevina, masti, ugljikohidrata) u obliku praha ili tekućine [10,21].

Pacijenta se što je dulje moguće treba poticati na samostalnost prilikom korištenja toaleta. Medicinska sestra/tehničar pomaže koliko je pacijentu potrebno. Važno je osigurati privatnost i dati dovoljno vremena. Kod osoba oboljelih od demencije često se javlja urinarna inkontinencija. Medicinska sestra/tehničar mora pitati pacijenta ima li potrebu otići do toaleta. Zbog smanjene pokretljivosti i nedovoljnog unosa prehrane i tekućine, kod osoba oboljelih od demencije često se javlja i opstipacija. Važno je pratiti količinu stolice kako bi se izbjegle daljnje komplikacije. Prije primjene laksativa, pacijenta je dobro potaknuti na kretanje i povećano uzimanje tekućine. Osim toga, redovita tjelesna aktivnost dovodi do očuvanja samostalne pokretljivosti pacijenta. Tjelesna aktivnost može dovesti do lakšeg podnošenja napora i smanjenja rizika za pad [10, 18].

□ **SMBS: hranjenje**

Predstavlja stanje u kojem osoba ima smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog uzimanja tekućine i hrane.

Vodeća obilježja: poteškoće kod samostalnog pripremanja hrane, nemogućnost samostalnog rukovanja priborom za jelo, nemogućnost prinošenja hrane ustima ili nemogućnost žvakanja hrane

Ciljevi:

- pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom hranjenja
- pacijent će zadovoljiti potrebu za jelom bez obzira na ograničenja

Sestrinske intervencije:

- procijeniti stupanj samostalnosti
- procijeniti kognitivni deficit
- postaviti pacijenta u odgovarajući položaj
- osigurati mirnu okolinu

- nadzirati pacijenta za vrijeme hranjenja da ne bi došlo do aspiracije
- osigurati dovoljno vremena
- paziti na temperaturu hrane
- nakon hranjenja ostaviti pacijenta trideset minuta u istom položaju
- omogućiti toaletu usne šupljine prije i poslije obroka
- pacijentu ne servirati nož ili vilicu
- pomoći pacijentu kod jela
- u slučaju boli primijeniti analgetik trideset minuta prije hranjenja
- poticati pacijenta na unos tekućine [3,19]

□ **SMBS – osobna higijena**

Predstavlja stanje u kojemu osoba ima smanjene sposobnosti za izvođenje i obavljanje aktivnosti održavanja higijene.

Vodeća obilježja: osoba ne može oprati cijelo tijelo ili pojedine dijelove, ne može regulirati temperaturu i protok vode, ne može doći do kupaonice

Ciljevi:

- pacijent će sudjelovati u provođenju osobne higijene u skladu sa svojim mogućnostima i primjereno vlastitom stanju
- pacijent će biti čist, bez neugodnih mirisa i očuvanog integriteta kože
- pacijent će se osjećati ugodno

Sestrinske intervencije:

- procijeniti stupanj samostalnosti
- procijeniti kognitivni deficit
- prikupiti podatke o mogućnosti korištenja pribora za osobnu higijenu (četkica za zube, sapun)
- prikupiti podatke o postojanju boli
- obavljati aktivnosti uvijek u isto vrijeme

- primijeniti propisani analgetik ili nefarmakološke metode ublažavanja boli trideset minuta prije kupanja
- davati jednostavne upute
- pomoći pacijentu da se okupa
- pomoći pacijentu koristiti pomagalo
- koristiti pH neutralan sapun
- ne koristiti grube trljačice i ručnike
- utrljati losion po završenom kupanju
- oprati kosu pacijentu
- kupati pacijenta u krevetu
- presvući krevet nakon kupanja [3,22]

□ **SMBS – eliminacija**

Predstavlja stanje u kojem postoji smanjena ili potpuna nemogućnost za izvođenje aktivnosti obavljanja nužde.

Vodeća obilježja: pacijent ne može otići do zahoda ili sani kolica, ne može se samostalno premjestiti na školjku ili sani kolica, ne može napraviti higijenske postupke nakon eliminacije, ne može pustiti vodu.

Ciljevi:

- pacijent će koristiti pomagala uz pomoć sestre
- pacijent će biti uredan i suh

Sestrinske intervencije:

- procijeniti kognitivni deficit
- procijeniti stupanj samostalnosti
- procijeniti stupanj pokretljivosti
- procijeniti mogućnost uporabe pomagala kod eliminacije
- poticati na obavljanje nužde prema dogovorenom ritmu (nakon obroka, prije spavanja)
- biti uz pacijenta tijekom eliminacije, osigurati privatnost i dovoljno vremena

- pripremiti krevet i pomagala za eliminaciju u krevetu (ulošci, pelene, guske, kondom kateteri, nepropusne podloge, sani kolica, noćna posuda...)
- osigurati dovoljno vremena
- osigurati pomagala (produženi držači za toaletni papir, povišeno sjedalo)
- učiniti okolinu sigurnom
- pratiti mokrenje i defekaciju radi utvrđivanja učestalosti potrebe za eliminacijom
- osigurati hranu koja dobro utječe na pacijentov probavni sustav i ne dovodi do opstipacije [3,10]

□ **Visok rizik za opstipaciju**

Predstavlja rizik od smanjene učestalosti ili izostanka stolice.

Kritični čimbenici: neadekvatan unos hrane ili tekućine, dehidracija, smanjen unos prehrambenih vlakana, prekomjerna upotreba laksativa, zatumljivanje osjećaja za defekaciju

Cilj: Osigurati redovitost stolice, unutar 3 dana

Sestrinske intervencije:

- osigurati dovoljan unos tekućine
- osigurati hranu bogatu vlaknima
- svakodnevno evidentirati stolicu
- primijeniti prehranu koja je prirodni laksativ
- ako pacijent nema stolicu, primijeniti farmakološke intervencije ili klizmu
- poticati na kretanje
- raditi masaže trbuha [10]

□ **Visok rizik za ozljede i pad**

Nastaje zbog nemogućnosti osobe da se prilagodi okolini. Osoba se više ne snalazi u okolini i ona postaje opasna za njega.

Problem se prepoznaje na osnovi čimbenika rizika: poremećaj spavanja, opća slabost, uzimanje lijekova, bolesti sustava za kretanje

Cilj: Spriječiti ozljeđivanje i pad pacijenta.

Sestrinske intervencije:

- pomoću alata procijeniti rizik za pad (gerijatrijski obrazac za prevenciju pada S.Huhn)
- procijeniti stabilnost i pokretljivost pacijenta
- biti oprezan pri podizanju nepokretnih pacijenata
- postaviti krevet na najnižu poziciju, koristiti krevete s jednom četvrtinom ili polovinom bočne stranice, osigurati da su krevet i ormarić zaključeni
- odjel treba biti prilagođen osobama s kognitivnim oštećenima, zaključana vrata odjela, alarmni sustavi za krevete i kolica
- pojačani nadzor pacijenta
- koristiti jastuke ili madrace koji podsjećaju pacijenta da ostane u krevetu
- ako pacijent ima delirij neotkrivenu konfuziju (uzrok može biti posljedica lijekova ili fiziološki) uspostaviti orijentaciju, zamoliti obitelj da donese pacijentu poznate stvari koje će pomoći kod orijentacije
- pacijenta s rizikom za pad smjesti blizu sestrinske sobe
- izbjegavati kolica
- pohvaliti pacijentovu sposobnost da opiše kako spriječiti pad [3,10]

2.10.5. Sestrinske dijagnoze u kasnom stadiju demencije

Osobe koje imaju uznapredovani stadij bolesti potreban je 24-satni nadzor te su smještene u ustanove za palijativnu skrb ili domove za starije osobe. Osoba nije u mogućnosti adekvatno komunicirati s okolinom, te zbog značajno smanjene pokretljivosti dolazi do rizika za ozljede i pad. Javljaju se poteškoće poput delirija, anoreksije, infekcija i oštećenja kože kao posljedica dugotrajnog ležanja. Zdravstvena njega odnosi se na kvalitetu života bolesnika, odnosno na prevenciju komplikacija, uklanjanje boli i očuvanje dostojanstva. U kasnom stadiju demencije prisutne su sve navedene sestrinske dijagnoze (kao i u umjerenom stadiju bolesti) uz značajno

pogoršanje. Zbog nepokretnosti te dugotrajnog ležanja dolazi i do visokorizičnih dijagnoza [23, 24].

□ **Visok rizik za oštećenje kože**

Predstavlja stanje obilježeno ozljedom epidermalnog ili dermalnog tkiva nastalo zbog pritiska, trenja, razvlačenja, maceracije. Problemi se prepoznaju na osnovi čimbenika rizika: bolesti mišića, zglobova, živčanog sustava, skala za procjenu rizika za razvoj dekubitusa, zabrane kretanja zbog bolesti ili stanja

Cilj: Očuvati integritet pacijentove kože

Sestrinske intervencije:

- identificirati čimbenike kod pacijenta za nastanak oštećenja kože
- osigurati optimalnu hidraciju pacijenta
- promatrati stanje kože jednom dnevno – promjena boje, teksture, lezije
- procjenjivati postojanje čimbenika rizika za dekubitus (Braden skala)
- okretati i mijenjati položaj pacijenta minimalno svaka 2 sata
- podložiti jastuke pod natkoljenice/podlaktice/leđa/između koljena
- pomicati pacijenta da se izbjegne povlačenje, trljanje po koži
- razmotriti korištenje pomagala poput specijalnih madraca i jastuka
- stimulirati cirkulaciju „čupkanjem“ kože oko ugroženog područja
- izbjegavati masiranje
- provjeriti nutritivni status- pojačati unos bjelančevina i ugljikohidrata
- redovito provođenje zdravstvene njege i higijene kože
- koristiti losione i ulja za prevenciju oštećenja kože [3,10]

□ **Visok rizik za urinarnu i respiratornu infekciju**

Stanje u kojem je pacijent izložen riziku nastanka infekcije uzrokovane patogenim

mikroorganizmima koji potječu iz endogenog i/ili egzogenog izvora.

Kritični čimbenici: nedovoljan unos tekućine, neadekvatna higijena urogenitalnog područja, urinarni kateter, oslabljen imunostni sustav, dugotrajna uporaba antibiotika, kontakt s infektivnim tvarima

Sestrinske intervencije:

- osigurati dovoljan unos tekućine
 - redovito provoditi higijenu urogenitalnog područja i mijenjati pelene nepokretnih pacijenata
 - izbjegavati uporabu urinarnih katetera ili ih svesti na minimum
 - promatrati boju, količinu i miris urina
- svakodnevno promatrati ritam, dubinu i zvukove kod disanja
- provoditi vježbe disanja i poticati pacijenta da ih izvodi svaka 2 sata
 - ako je potrebno, aspirirati pacijenta
 - redovito provjetravati prostoriju [10]

□ **Visok rizik od tromboze dubokih vena**

Trombozom se bave druge sveobuhvatnije dijagnoze:

- visok rizik za komplikacije smanjene pokretljivosti
- oštećenje periferne cirkulacije

Trombozu najčešće uzrokuju: povećana koagulabilnost krvi, usporena cirkulacija kod pacijenata čija bolest zahtjeva dugotrajno ležanje

Cilj: Prevencija tromboze dubokih vena

Sestrinske intervencije:

- često mijenjati položaj bolesnika u krevetu
- aktivne i pasivne vježbe donjih ekstremiteta
- podizanje nogu iznad razine srca radi boljeg pražnjenja površinskih vena
- izbjegavanje uske odjeće

- izbjegavanje dugotrajnog stajanja i sjedenja [10]

2.11. Liječenje demencije

2.11.1. Provođenje farmakoterapije kod pacijenata s demencijom

Kod terapije bolesnika često se primjenjuju psihoaktivni lijekovi poput antidepresiva, antipsihotika, anksiolitika i stabilizatora raspoloženja kako bi se umanjilo neželjeno ponašanje. Od demencije najčešće oboljevaju osobe starije životne dobi pa tako lijekovi mogu izazvati neželjene popratne pojave koje su medicinske sestre dužne prepoznati. Važno je da ona prati nuspojave i učinak lijeka mnogo intenzivnije od preporučenih smjernica. Kod uvođenja antipsihotika kod starijih osoba, lijek treba uvoditi sporije i postupno te u nižim dozama nego kod odraslih. Učinkovita doza lijeka treba biti i minimalna doza kod koje se primjećuje pozitivan učinak. Na pozitivan učinak lijeka ponekad je potrebno čekati duže nego kod mlađih osoba. Kako bi se izbjegle ozljede i padovi važno je izbjegavati psihofarmake sedirajućeg učinka [3].

Neke od najčešćih nuspojava antidepresiva su:

- Pospanost
- Nemir, nervoza
- Nesanica
- Delirantna stanja
- Problemi s mokrenjem
- Miklonizmi
- Ortostatska hipotenzija
- Suhoća usta [3]
-

2.11.2. Nefarmakološko liječenje demencije

Ako je to moguće, preporuča se uključiti različite nefarmakološke pristupe, poput multisenzorne ili glazbene terapije, art terapije, terapije sa životinjama, aklimatizacije na okoliš, radne terapije, vježbanja itd. Nefarmakološke metode mogu pomoći u smirivanju

bolesnika. Odnosno, smanjiti razdražljivost i agresiju, održati i produžiti sposobnost obavljanja svakodnevnih samostalnih aktivnosti, poboljšati raspoloženje i regulirati svakodnevni život. Stoga se terapija glazbom, individualna ili grupna, pasivna ili aktivna (pjevanje, sviranje), pokazala učinkovitom u smirivanju bolesnika i smanjenju uznemirenosti. Aromaterapija putem inhalatora ili putem kupanja i masaže (najčešće uljem lavande) pokazala se dobrom pri smirivanju uznemirenih pacijenata. Likovna terapija, poznata i kao art terapija, pokazala je rezultate u poboljšanju samopouzdanja pacijenata. Svjetlosna terapija pozitivno djeluje na poremećaje spavanja, posebice na kaotična i nemirna razdoblja koja dementne osobe često doživljavaju u večernjim i noćnim satima. Različite vrste tjelovježbe, poput tjelesne aktivnosti i plesa, pokazale su se učinkovitima u smanjenju uznemirenosti, osobito tijekom noći, te smanjenju padova kod osoba s demencijom [25, 26].

2.12. Profesionalan i individualiziran pristup osobi oboljeloj od demencije

2.12.1. Komunikacija s osobom oboljelom od demencije

Dobra komunikacija s osobom oboljelom od demencije pomaže kod zbrinjavanja, umanjuje razinu stresa, poboljšava kvalitetu života te zbrinjavanja težih poremećaja u ponašanju poput agresivnosti i anksioznosti [10].

Medicinske sestre trebaju imati razvijene komunikacijske vještine koje pružaju sveobuhvatnu skrb osobama oboljelim od demencije. Važno je prethodno educiranje medicinskog osoblja, a u prvom redu medicinskih sestara. Prema Junaid i Hegde komunikacija medicinske sestre s osobom koja ima demenciju definira se „sophisticiranom umjetnosti“. Naomi Feil zaslužna je za terapiju prihvaćanja koja se naziva integrativna validacija [17].

Integrativna validacija je način komunikacije i ophođenja sa poštovanjem gdje su resursi oboljele osobe u prvom planu. Prihvaća se unutarnji svijet osobe koja boluje od demencije. Svaka oboljela osoba ima svoju životnu priču. Kod integrativne validacije, u središte pozornosti stavlja se osoba, njezina biografija i njezini individualni resursi [3].

Osobu oboljelu od demencije ne treba se pokušavati mijenjati. Korištenjem validacijskih metoda interakcije zadržavaju se kognitivne funkcije što je dulje moguće. Slušanje osobe s razumijevanjem te njezina verbalizacija brige i strahova može pomoći kod neutraliziranja negativnih emocija. Najveći učinak postiže se u razgovoru jedan na jedan [13].

Osobi koja boluje od demencije, medicinska sestra treba pristupiti sprijeda. Ako osoba ne vidi da netko dolazi, može se javiti agresija. Prije početka razgovora važno je da se predstavi i nazove osobu imenom kako bi joj se privukla pozornost. Ako je potrebo, osobi uključiti slušni aparat i staviti naočale. Važno je da u sobi bude mirno i tiho. Ujutro je potrebno razmaknuti zastore ili podignuti rolete te reći osobi koji je dio dana. Osobu se može nježno dotaknuti za ruku. Preporuča da glava medicinske sestre bude u razini istoj kao kod bolesnika. Kod komunikacije uvijek se koriste kratke i jednostavne rečenice, koje bi se trebale više puta ponoviti ako osoba ne razumije. Kod komunikacije potrebno je usmjeriti svu pažnju na bolesnika te mu dati dovoljno vremena. Medicinska sestra trebala bi oblikovati rečenice tako da odgovor bude da ili ne. Tijekom cijelog razgovora medicinska sestra može držati bolesnika za ruku. Vrlo je važno da se on osjeća sigurno pored medicinske sestre te da ona razgovara s njim kao s odraslom osobom. Nikako se ne smije govoriti ljupkim glasovima ili na način koji bi osobu mogao učiniti umanjenom. Kako bi se osoba potaknula na razgovor medicinska sestra može se izraziti: "Važno mi je čuti što imate za reći. Samo uzmite vremena." Bolesniku je potrebno davati jednostavne upute, jednu po jednu. Po potrebi mu ponoviti. Važno je ohrabriti osobu da radi ono što može, nježno ju podsjećati da napravi ono što je zaboravila te joj pomagati kod njege koju više nije sposobna samostalno obavljati. Osobe ponekad ne znaju imenovati predmete, ali znaju kako ih koristiti. Dobro je korištenje vizualnih znakova tj. pokazivanje na tanjur kada je vrijeme za obrok ili pokazivanje na četkicu za zube kada je vrijeme za higijenu. Izuzetno je važna strpljivost. Nikako se ne smije požurivati osobu u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Uvijek je potrebno koristiti pozitivne, a ne negativne izraze. Na primjer, umjesto "Ne tako" treba se izraziti "Probajte ovako." Osobu je potrebno slušati uz uvažavanje te joj pokazati da se sluša i razumije ono želi reći. Medicinska sestra treba održavati kontakt s očima te odgovarati na prikladan način. Govor treba biti jasan, nježan, miran i odlučan. Potrebno je ohrabriti pacijenta da iznosi svoje mišljenje iako nije razumljivo. Ako se pacijent muči s odgovorom, medicinska sestra mu smije pomoći, tj. predložiti neke riječi. Kroz razgovor treba obratiti pažnju na neverbalne znakove i osjećaje koji leže u onome što je bolesnik rekao. Potreban je fokus na osjećaje, a ne na činjenice. Vrlo je važno da medicinska sestra bude puna empatije, ima vještine slušanja i da poštuje osobu. Nepoželjno ponašanje je dio bolesti, a ne pacijentove osobnosti. Realnost oboljelog se razlikuje od prave realnosti. Osoba oboljela od demencije živi u svom svijetu i istini. Logika i realna orijentacija ne pomaže. Realnost oboljelog je upravo sada.

Ako oboljela osoba vjeruje da ima 10 godina, medicinska sestra mora ući u njegovu stvarnost i pokušati razumjeti njegovu istinu, a ona se mijenja svaki dan. Nikako se ne smije uvjeravati pacijenta da je u krivu. Potrebno je izbjegavati pitanja koja su povezana s kratkoročnim pamćenjem. Najbolje je postavljati pitanja koja se odnose na pacijentovu prošlost, njegove interese, glumce, stare pjesme. Šale se nikad ne smiju koristiti na račun bolesnika, ali su vrlo važne jer osobe s demencijom zadržavaju svoje socijalne vještine [17,27].

2.12.2. Suočavanje s agresivnim ponašanjem

Agresivno ponašanje je gotovo uvijek nečim potaknuto. Jedan od čimbenika koji osobu s demencijom može navesti na agresivno ponašanje može biti okolišni čimbenik poput buke u sobi, mračne prostorije ili osjećaja hladnoće. Ako osoba ne razumije ili ne čuje što medicinska sestra govori, također može doći do agresije. Razlog mogu biti i zdravstveni čimbenici poput boli, infekcije (npr. infekcija mjehura) [17].

U slučaju agresije medicinska sestra treba održati sigurnu udaljenost, napraviti korak unatrag. Medicinska sestra mora kontrolirati svoju reakciju te pokušati ostati smirena. Svaki odgovor ljutnjom pogoršava situaciju. Važno je da se priznaju osjećaji osobe jer ona može pogrešno vjerovati da postoji zadatak koji treba izvršiti. Umjesto ispravljanja ideja potrebo je pokušati promijeniti temu. Poželjno je otići iz sobe te pokušati sa komunikacijom kasnije da bi se situacija smirila [22].

Osobe s demencijom pamte pjesme jer su glazba i melodije pohranjene u dijelu njihovog mozga koji nije zahvaćen bolešću. Dokazano je da terapija glazbom pomaže kod nekoliko simptoma demencije, a pjesma u pravo vrijeme može smiriti nekoga tko je uzrujan. Zajedničko slušanje omiljenih pjesama također može biti korisno [28].

2.12.3. Očuvanje samostalnosti

U srednjem stadiju bolesti potrebno je davati verbalno ohrabrenje i znakove kod pružanja pomoći u dotjerivanju. Prije se krene s nekom aktivnosti, poput pranja zubi, osobu je potrebno obavijestiti što će raditi. Također, mogu se koristiti vizualne upute, kao što je predstavljanje potrebnih predmeta za pranje zubi. Ako medicinska sestra obavlja većinu posla, treba zamoliti osobu da sudjeluje u aktivnosti. Na primjer, medicinska sestra može reći pacijentu da stavi pastu na četkicu za zube. Medicinska sestra mora biti na dominantnoj strani te osobe, pa ako je osoba dešnjak, medicinska sestra trebala bi stajati s desne strane. Taktilni znakovi također su korisni kada se nudi pomoć u dotjerivanju. Koristeći pomoć ruka-pod-ruku, medicinska sestra može držati i pomicati četkicu za zube dok je osoba također drži. Za neke zadatke, kao što je češljanje kose, vođenje pojedinca kroz akciju češljanja njegove ili njezine kose može biti dovoljno da osoba nastavi taj zadatak sama. Međutim, mogu biti potrebni taktilni znakovi, poput dodirivanja dijela glave koji bi sljedeći trebali počesljati [29].

Kod komunikacije s bolesnikom u kasnom stadiju demencije, dobro je održavati fizički kontakt s osobom. Ovo pomaže u stvaranju svijesti da za bolesnika da je medicinska sestra još uvijek prisutna. Medicinska sestra može držati osobu za ruku dok spušta ogradu kreveta. Iako se može činiti da osoba u kasnoj fazi demencije ne reagira na svoje ime ili komentar usmjeren prema njoj, često vrijeme reakcije može biti vrlo sporo. Kod promjene položaja bolesnika ključno je pomicati osobu pažljivo, ne upotrebljavajući previše sile ili prebrzo. Medicinska sestra glavna je kod obavljanja njege. Kod pranja lica medicinska sestra može reći da drži krpu i kako će osobi pomoći oprati lice. Tada može postaviti ruku bolesnika tako da bude u njezinoj. Bolesniku se mogu davati jasne upute i ohrabrenje tijekom cijelog procesa [30].

2.13. Poboljšanje edukacije medicinskih sestara/tehničara

Skrb za osobe s demencijom zahtijeva visoko obrazovano osoblje za skrb sa posebnim znanjem i vještinama u području skrbi za demenciju. Potrebe za njegom osoba s demencijom variraju tijekom vremena, iz dana u dan, pa čak i tijekom dana; stoga su potrebne stalne prilagodbe kako bi se pružila optimalna njega. Osoblje za njegu mora posjedovati spremnost da kontinuirano istražuje potrebe osoba s demencijom i kako ih zadovoljiti. Stoga je za osoblje koje skrbi provoditi optimalnu skrb izazovno. Kada osoblju za njegu nedostaje znanje, povjerenje, vještine i druge kompetencije za pružanje optimalne skrbi; osoblje se ne može nositi s određenim problemima specifičnim za demenciju, kao što su fizička i verbalna agresija i drugi simptomi demencije. Kada

se osoblje osjeća neadekvatno vještima kod komunikacije s osobama oboljelim od demencije, to doprinosi manjem zadovoljstvu poslom. Zdravstvene projekcije predviđaju da će prevalencija demencije rasti tijekom nadolazećih desetljeća, a posljedično će rasti potreba za pružanjem odgovarajuće edukacije osoblja koje skrbi o demenciji [31].

Trebalo bi osigurati virtualne programe edukacije koji bi se bavili potrebama i izazovima skrbi za starije pacijente s demencijom. Svrha edukacije medicinskih sestara/tehničara bila bi osigurati da su kompetentni u pružanju skrbi koja je usmjerena na osobu i da mogu vidjeti dalje od dijagnoze demencije. Edukacija bi trebala pomagati medicinskim sestrama/tehničarima prevladati prepreke i prepoznati kako pristup usmjeren na osobu može poboljšati dobrobit štićenika, njegove obitelji i osoblja. Obrazovanje bi se trebalo manje baviti patofiziologijom demencije, a više jednostavnim stvarima koje medicinske sestre/tehničari mogu učiniti kako bi poboljšali kvalitetu života bolesnicima. To bi moglo uključivati zapisivanje životne priče osobe koja živi s demencijom kako bi se olakšala terapija prisjećanja, otkrivanje hrane i pića koje osoba voli kako bi poboljšala svoje iskustvo objedovanja ili isprobavanje smanjenja antipsihotika ili sedativa jer su često pretjerano propisivani u skrbi za demenciju. Bilo bi dobro kad bi se edukacija radila po manjim grupama kako bi svi mogli aktivno sudjelovati [32, 33].

3. Zaključak

Svjetsko stanovništvo znatno stari zbog pada stope plodnosti i produljenja očekivanog životnog vijeka. Kako broj starijeg stanovništva raste, broj osoba oboljelih od demencije se povećava. Najistaknutiji simptomi demencije su poremećaji pamćenja, koncentracije, pažnje i orijentacije u vremenu i prostoru. Alzheimerova bolest je najčešći uzrok demencije, a drugi najčešći je vaskularna demencija. Alat koji se može koristiti kod procjene je Mini Mental test. Rana dijagnostika i otkrivanje uzroka demencije je vrlo važno kako bi se očuvala kognitivna sposobnost pacijenta općim mjerama i simptomatskim lijekovima. Degeneracija moždanih stanica je nepovratna, tako da se liječenje odnosi na povećanje kvalitete života.

Vještine kao što su suosjećanje, osjetljivost i empatija, jedne su od temeljnih kvaliteta koje bi sve medicinske sestre trebale imati. Sposobnost učinkovite komunikacije i slušanje, pružanje pacijentu njege koja zadovoljava njegove potrebe uz uvažavanje individualnosti i podrška njegove obitelji ključne su vještine za dobrobit osoba koje boluju od demencije. Građenje povjerenja prema medicinskim sestrama je složen proces koji kreće od uspostavljanja komunikacije, utjehe te stvaranja ozračja sigurnosti. Prema tome, kod dolaska bolesnika i njegove obitelji u dom za starije, važno je da medicinska sestra bude empatična te da pruži informacije koje su potrebne. Medicinska sestra može educirati o samom tijeku bolesti, simptomima te je glavna kod pružanja podrške u razdoblju žalovanja obitelji. Rad s osobama koje imaju demenciju izazovan je i ispunjava. Važno je da se svakom pojedincu pristupi individualno te se promatra holistički. Dokazano je da postoji potreba za povećanjem stupnja edukacije medicinskih sestara, najviše zbog povećanja kvalitete života bolesnika i sprječavanja nastanka neželjenih komplikacija. Jačanje samoučinkovitosti medicinskih sestara uključuje poboljšanje vještina i znanja za bolje komuniciranje simptoma, liječenja i mogućih rješenja za pacijente i njihove obitelji.

4. Literatura

- [1] G. Grande, C. Qiu, L. Fratiglioni: Prevention of dementia in an ageing world: Evidence and biological rationale, *Ageing Res Rev*, 2020.
- [2] PD Emmady, C. Schoo, P. Tadi: *Major Neurocognitive Disorder (Dementia)*, 2022.
- [3] M. Sajko: *Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije*, Sveučilište Sjever 2020.
- [4] M. Fremec i N. Kipčić: Izazovi u sestrinskoj praksi tijekom rada s osobama s demencijom, *Socijalna psihijatrija*, vol.47, br. 3, 2019., str. 423-424
- [5] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, dostupno 1. 10. 2022.
- [6] SA Gale, D Acar, KR Daffner: *Dementia*, *Am J Med*, 2018.
- [7] M. Gustin, I. Žuvela, A. Jerinić, M. Roso i I. Kunić: Incidencija demencije u Domu umirovljenika Dubrovnik - čimbenik uključivanja u Mental Health Gap Action program Svjetske zdravstvene organizacije, *Sestrinski glasnik*, vol.20, br. 2, 2015., str. 128-132
- [8] V. Folnegović-Šmalc: Farmakoterapija Alzheimerove bolesti, *Medicus*, vol.11, br. 2 *Psihofarmakologija*, 2002., str. 217-222
- [9] Letak: Što je demencija i kako živjeti s njom? https://alzheimer.hr/files/8615/1957/0610/Letak_aCROsSLO_HR-web.pdf
- [10] S. Tomek-Roksandić, N. Mimica, M. Kušan Jukić i suradnici: *Alzheimerova bolest i druge demencije*, Medicinska naklada, Zagreb, 2017.
- [11] T. Frančišković, Lj. Moro i suradnici: *Psihijatrija*, Zagreb, 2011.
- [12] https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/pdf/factsheet_the_progression_of_alzheimers_disease_and_other_dementias.pdf, dostupno listopad 2020.
- [13] L. Cramer, Care Specialist Alzheimer's Association California Central Chapter: Seven Tips for a Successful Move to Dementia Care, *California Central Chapter*, br. 22, str: 1-2
- [14] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27806743/>, dostupno 29.2.2017.
- [15] <https://www.hmpgloballearningnetwork.com/site/altc/article/3507>, dostupno prosinac 2004.

- [16] https://journals.lww.com/painrpts/fulltext/2020/02000/pain_in_dementia.8.aspx, dostupno siječanj 2020.
- [17] S. Repovečki i M. Džinić: Palijativni pristup medicinske sestre kod osoba s demencijom, *Socijalna psihijatrija*, vol.47, br. 3, 2019., str. 394-404
- [18] I. Strika: Uloga medicinske sestre u skrbi o bolesniku s demencijom, *Završni rad*, Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci, 2021.
- [19] S. Šepec, B. Kurtović, T. Munko, et al.: *Sestrinske dijagnoze*, Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara, 2011.
- [20] M. Kadović, D. Abou Aldan, D. Babić et. al.: *Sestrinske dijagnoze*, Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara 2013.
- [21] GA Pivi, PH Bertolucci , RR Schultz. Nutrition in severe dementia. *Curr Gerontol Geriatr Res.*, 2012
- [22] B. Sedić: *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*, Priručnik za studij sestrinstva. Zagreb, Zdravstveno veleučilište 2007; 128-33
- [23] D. Švegar: *Najbolja skrb za osobe s demencijom u bolničkim uvjetima - praktični vodič*, *Sestrinski glasnik*, 2019.
- [24] J. Štefan: *Palijativna skrb pacijenta oboljelog od demencije*, *Završni rad*, Sveučilište Sjever, Koprivnica, 2019.
- [25] M. Fremec: *Multidisciplinarni pristup u liječenju i skrbi osoba oboljelih od demencije*, *Diplomski rad*, Sveučilište Sjever, 2021.
- [26] I. Abraha, JM Rimland, FM Trotta: Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia, *The SENATOR-OnTop series*, 2017.
- [27] Jootun D, McGhee G: Effective communication with people who have dementia, *Nursing Standard*. vol. 25, str. 40-46, 2011.
- [28] JT van der Steen, HJ Smaling, JC van der Wouden, et.al: Music-based therapeutic interventions for people with dementia, *Cochrane Database Syst Rev*, 2018.
- [29] Izvor [Internet]. Dostupno na :<https://www.dementiacarecentral.com/video/grooming/>
- [30] Izvor [Internet]. Dostupno na: https://www.dementiacarecentral.com/video/late_stages/

- [31] BM Rasmussen, PT Andersen, FB Waldorff, et. al.: Effectiveness of dementia education for professional care staff and factors influencing staff-related outcomes: An overview of systematic reviews, *International Journal of Nursing Studies*, 2023.
- [32] <https://rcni.com/opinion/importance-of-education-dementia-care-29621>, dostupno 19.5.2015.
- [33] M. Evripidou, A. Merkouris, A. Charalambous: Implementation of a training program to increase knowledge, improve attitudes and reduce nursing care omissions towards patients with dementia in hospital settings: a mixed-method study protocol, 2019.

Sveučilište
SjeverSVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

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

Ja, Monika Lulić (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog/specijalističkog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Utjecaj stresa na razvoj i oblikovanje od demencije (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Monika Lulić
(vlastoručni potpis)

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

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