

Specifičnosti skrbi medicinske sestre za osobe oboljele od demencije

Lukačević, Martina

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:122:146652>

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

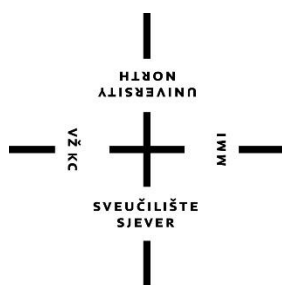
Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-13**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br.696/SS/2016

Specifičnosti skrbi medicinske sestre za osobe oboljele od demencije

Martina Lukačević, 4919/601

Varaždin, Kolovoz 2024. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br.696/SS/2016

Specifičnosti skrbi medicinske sestre za osobe oboljele od demencije

Student

Martina Lukačević,4919/601

Mentor

Dr. sc. Melita Sajko

Varaždin, Kolovoz 2024. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Martina Lukačević	MATIČNI BROJ	4919/601
DATUM	17.02.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Specifičnosti skrbi medicinske sestre za osobe oboljele od demencije		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Specifics nursing care for persons with dementia		
MENTOR	Melita Sajko dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Marijana Neuberg, mag. med. techn., predsjednik		
	2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor		
	3. Marija Božičević, mag. med. techn, član		
	4. Ivana Živoder, dipl.med.techn., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	696/SS/2016
OPIS	<p>Demencija nije normalan dio procesa starenja, to je opći pojam koji je u povijesti korišten za opis poremećaja rada mozga. Ona napada pamćenje i ponašanje oboljele osobe. Bolest uglavnom pogađa osobe iznad 60 godina starosti, razvija se polagano, uz kontinuirano pogoršanje. U početku se bolest teško prepoznaje, a s vremenom dolazi do sve većeg propadanja kognitivnih i fizičkih sposobnosti oboljele osobe. Demencija je napad na kvalitetu života oboljelih osoba kao i njihovih obitelji te veliki izazov za javno zdravlje.</p> <p>U radu je potrebno: *Definirati, klasificirati te prikazati učestalost javljanja demancije *Opisati kliničku sliku, dijagnostiku i princip liječenja svakog oblika demencije *Opisati skrb medicinske sestre za osobu sa demencijom *Definirati sestrinske dijagnoze i intervencije vezane uz pacijenta sa demencijom *Naglasiti važnost komunikacije sa osobom oboljelom od demencije *Iznijeti i objasniti pravne aspekte vezane uz skrb osoba oboljelih od demencije</p>

ZADATAK URUČEN

13.05.2016



Melita Sajko

Predgovor

Izrada ovog rada rezultat je višegodišnjeg rada, učenja i truda tijekom studija, ali i suradnje s osobama koje su svojim savjetima, podrškom i znanjem doprinijele njegovom nastavku. Posebno bih željela istaknuti svog mentora, Melita Sajko dr. sc., koja je svojim stručnim savjetima, smjernicama i razumijevanjem značajno pridonijela razvoju ovog rada. Također, zahvaljujem svojoj obitelji na beskonačnoj podršci i ohrabrenju tijekom mog obrazovanja.

Nadam se da će ovaj rad poslužiti kao korisno štivo i potaknuti daljnja istraživanja u području kojem se bavi.

Sažetak

Demencija je sindrom obilježen stečenim gubitkom kognitivnih i emotivnih sposobnosti koji ometa svakodnevne aktivnosti i smanjuje kvalitetu života. Važno je razlikovati demencije od staračke zaboravnosti jer se očituju vrlo sličnim simptomima, ali im se sami tijekom bolesti bitno razlikuje. Kod staračke zaboravnosti osobe mogu zapamtiti nove informacije, dok kod osoba koje boluju od demencije nije moguće zapamtiti nove informacije. Osobe s demencijom imaju jako slabo sjećanje na događaje koji su se dogodili nedavno, ali se jako dobro sjećaju događaja iz djetinjstva, mladosti ili daleke prošlosti. Danas je poznato više od 50 bolesti koje mogu uzrokovati demenciju, a najpoznatija je Alzheimerova demencija.

Uloga medicinske sestre u njezi bolesnika s demencijom je jako važna i zahtjevna, a obuhvaća sestrinske dijagnoze, sestrinske intervencije, kao i načela kojih se svaka medicinska sestra mora pridržavati prilikom njege bolesnika oboljelih od demencije. Uloga medicinske sestre također je i intenzivan rad s obitelji oboljele osoba kao i njegovateljima u svrhu pružanja kvalitetnih savjeta za njegu oboljele osobe, informacije o samoj bolesti i savjeti za poboljšanje kvalitete života osobe oboljele od demencije. Ponekad obitelj i okolina negativno reagira na saznanje o samoj bolesti, pa zbog toga medicinska sestra mora imati dovoljno strpljenja i razumijevanje prema obitelji oboljelog.

Zdravstvena njega bolesnika je dosta specifična zato što medicinska sestra nije usmjerena samo na njegu bolesnika kao npr. hranjenje i higijena, već je potrebno oboljelu osobu poticati što više na samostalnost tj da osoba samo koliko je u njezinoj mogućnosti obavlja određene poslove.

Demencija danas sve više i više dobiva na značenju kako unutar neurologije i psihijatrije tako i u segmentu obiteljske medicine odnosno javno-zdravstvene problematike.

Najnoviji epidemiološki podatci pokazuju da trenutno na svijetu od demencije boluje oko 47 milijuna ljudi, te da uz svaku oboljelu osobu još najmanje 3 osobe, najčešće kao neformalni njegovatelji, nose to teško breme.

Prognoze u vezi pojavljivanja demencije nažalost nisu nimalo optimistične, pa tako neka istraživanja predviđaju pravu epidemiju ove bolesti, tj. do 2050. godine kada se očekuje da bi globalno na svijetu moglo biti i preko 115 milijuna oboljelih osoba.

Danas se nastoji što ranije dijagnosticirati demenciju, što je bitno oboljelima i njihovim obiteljima kako bi im se moglo ponuditi kontinuirani i što kvalitetniji program liječenja i skrbi.

Nažalost demencija je neizlječivo stanje, ali se sami tijekom bolesti može produljiti upotrebom antidementiva i drugim psihofarmacima, čime je moguće usporiti tijek bolesti, poboljšati kvalitetu života oboljelih i njihovih njegovatelja.

U menadžmentu bolesti potrebno je koristiti i nefarmakološke intervencije jer su se i one pokazale učinkovitima.

Hrvatska je zemlja čije je prosječno stanovništvo jedno od najstarijih u Europi, zbog toga potrebno je napraviti akcijski plan za borbu s demencijom, tj. znatno se ozbiljnije pripremati za nadolazeću epidemiju te bolesti u skoroj budućnosti.

Ključne riječi: demencija, zdravstvena njega, medicinska sestra, komunikacija

Summary

Dementia is a syndrome characterized by the acquired loss of cognitive and emotional abilities, which interferes with daily activities and reduces the quality of life. It is important to distinguish dementia from senile forgetfulness because they manifest themselves in very similar symptoms, but the course of the disease itself differs significantly. With senile forgetfulness, people can remember new information, while people suffering from dementia cannot remember new information. People with dementia have a very poor memory of events that happened recently, but they remember very well events from childhood, youth or the distant past. Today, more than 50 diseases that can cause dementia are known, and the most famous is Alzheimer's dementia.

The role of the nurse in the care of patients with dementia is very important and demanding, and includes nursing diagnoses, nursing interventions, as well as the principles that every nurse must adhere to when caring for patients with dementia. The role of the nurse is also to work intensively with the family of the sick person as well as caregivers in order to provide quality advice for the care of the sick person, information about the disease itself and advice to improve the quality of life of a person with dementia. Sometimes the family and the environment react negatively to learning about the disease itself, so the nurse must have enough patience and understanding towards the patient's family.

The health care of patients is quite specific because the nurse is not only focused on patient care, such as feeding and hygiene, but it is necessary to encourage the sick person to be independent as much as possible, that is, that the person only performs certain tasks as much as is possible.

Forecasts regarding the appearance of dementia are unfortunately not at all optimistic, so some studies predict a real epidemic of this disease, i.e. by 2050, when it is expected that there could be more than 115 million affected people globally.

Today, efforts are being made to diagnose dementia as early as possible, which is important for patients and their families, to be able to offer them a continuous and high-quality treatment and care program.

Today, dementia is gaining more and more importance both within neurology and psychiatry as well as in the segment of family medicine and public health issues.

The latest epidemiological data show that currently around 47 million people suffer from dementia in the world, and that for every person with the disease, at least 3 other people, most often as informal caregivers, bear this heavy burden.

Unfortunately, dementia is an incurable condition, but the course of the disease itself can be prolonged by using antidementia drugs and other psycho pharmaceuticals, which can slow down the course of the disease and improve the quality of life of patients and their caregivers.

In the management of the disease, it is necessary to use non-pharmacological interventions as they have also been shown to be effective.

Croatia is a country whose average population is one of the oldest in Europe, which is why it is necessary to make an action plan for the fight against dementia and prepare much more seriously for the coming epidemic of this disease in the near future.

Key words: dementia, health care, nurse, communication

Popis korištenih kratica

AD – Alzheimerova Demencija

DLT- demencija s Lewyjevim tjelešcima

KBD- kortikalna bazalna degeneracija

PSP- progresivna supranuklearna paraliza

CT- kompjutezirana tomografija

VD- vaskularna demencija

MMSE- mini mental status

CT- kompjuterizirana tomografija

MR- magnetska rezonancija

NMD- receptori-neurotransmiter receptor

FTD- frontotemporalna demencija

CADASIL- Cerebral Autosomal dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy

PET- pozitronska emisijska tomografija

SPEC- kompjuterizirana tomografija emisijom jednog fotona

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Definicija demencije	2
2.1.	Demencija kroz povijest.....	2
2.2.	Klasifikacija demencija	2
2.3.	Učestalost demencije.....	3
3.	Klinička slika,dijagnoza i liječenje demencije.....	4
3.1.	Alzheimerova bolest (AD)	4
3.2.	Vaskularna demencija (VD).....	5
3.2.1.	Multiinfarktna demencija.....	5
3.2.2.	Subkortikalna artero-sklerotična encefalopatija	6
3.2.3.	Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL).....	6
3.3.	Tauopatije.....	7
3.3.1.	Frontotemporalna demencija	7
3.3.2.	Progresivna supranuklearna paraliza (PSP)	8
3.3.3.	Kortikalna bazalna degeneracija (KBD).....	9
3.4.	Sinukleinopatije.....	9
3.4.1.	Demencija s Lewyjevim tjelešcima (DLT).....	9
3.4.2.	Demencija u bolesnika s Parkinsonovom bolešću	10
3.5.	Ostali uzroci demencija.....	10
4.	Skrb medicinske sestre za osobu oboljelu od demencije	15
4.1.	Utvrđivanje potreba za zdravstvenom skrbi kod bolesnika oboljelih od demencije... 15	
4.1.1.	Procjena mentalnog statusa.....	15
4.2.	Zdravstvena skrbi bolesnika oboljelih od demencije	18
5.	Sestrinske dijagnoze i intervencije kod bolesnika sa demencijom	21
5.1.	Socijalna izolacija	21
5.2.	Kronična zbunjenost.....	22
5.3.	Oslabljena verbalna komunikacija	23
5.4.	Poremećaj spavanja	25
5.5.	Poremećeni misaoni proces	25
5.6.	Smanjena fizička pokretljivost	27

5.7. Visok rizik za ozljedu.....	28
5.8. Visok rizik za pad.....	28
5.9. Smanjena mogućnost brige za sebe - eliminacija.....	29
5.10. Smanjena mogućnost brige za sebe-hranjenje i hidracija	30
5.11. Smanjena mogućnost brige za sebe - odijevanje i dotjerivanje	30
5.12. Smanjena mogućnost brige za sebe - osobna higijena	31
6. Komunikacija sa osobama oboljelim od demencije.....	33
6.1. Verbalna komunikacija	33
6.2. Neverbalna komunikacija.....	34
7. Pravni aspekti kod osoba oboljelih od demencije.....	37
8. Zaključak.....	39
9. Literatura.....	40

1. Uvod

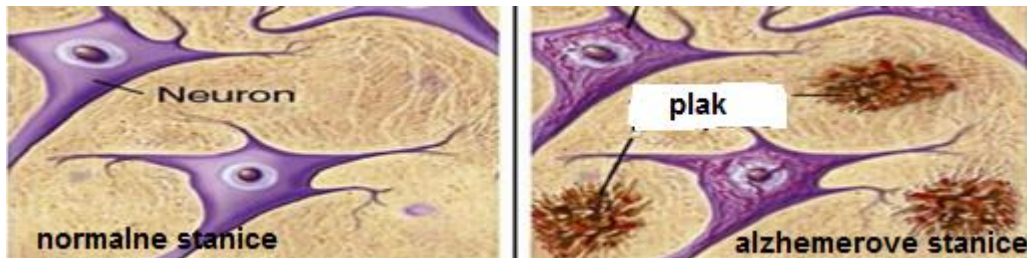
Demencija dolazi od latinske riječi de- bez, ment- um. To je bolest kod koje dolazi do gubitka kognitivne sposobnosti u osoba koje su ranije bile zdrava tj. dolazi do većeg gubitka nego što bi se moglo očekivati normalnim starenjem [1].

Većinom se javlja kod starijih osoba, bolest je nespecifični sindrom koji može zahvatiti pamćenje, jezik, razumijevanje [1].

Demencija je sindrom oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti, koji može biti uzrokovan organskom bolešću samog središnjeg živčanog sustava, pri očuvanoj svijesti, u kojem dolazi do oštećenja sposobnosti pamćenja, učenja, apstraktnog mišljenja, orijentacije i poimanja vidno-prostornih odnosa [2].

Razlikujemo mnogo uzroka demencije, među kojima je najčešći uzrok odumiranje stanica mozga, neurona (slika 1. 1.). Oni nemaju mogućnost da se ponovno obnove u našem tijelu. Mogu se uništiti tijekom neke bolesti ili dolazi do uništenja uslijed ozljede mozga, kada je otežan ili onemogućen dotok krvi u mozak [3].

Istraživanjem se utvrdilo da na demenciju još može utjecati i depresija i alkohol. Više od 50 bolesti može uzrokovati demenciju. Svaka od njih detaljnije su obrađene u razradi ovog završnog rada [3].



Slika 1.1. Usporedba moždanih stanica zdravih osoba i oboljelih od Alzheimerove demencije

Izvor: <https://www.brightfocus.org/alzheimers/infographic/amyloid-plaques-and-neurofibrillarytangles>

2. Definicija demencije

Sama definicija demencije se odnosi na promjene u kognitivnim sposobnostima bolesnika koji boluje od demencije, gdje je uzrok organsko oboljenje središnjeg živčanog sustava. Demencija dovodi do propadanja kognitivnih funkcija koje bolesniku onemogućuje uspješno obavljanje svojih svakodnevnih aktivnosti. Posebno su oštećene sposobnosti apstraktnog mišljenja, učenja pamćenja, orijentacije i poimanja vidno-prostornih odnosa [1].

2.1. Demencija kroz povijest

Naziv demencija dolazi od latinskog *dementia*, što znači „bezumnost, ludilo“. Taj termin je prvi koristio Celsus oko 10-e godine nove ere, no vjerojatno taj termin odnosio se na opis kliničke slike osobe oboljele od manije [2].

Prvi koji je opisao progresivno intelektualno propadanje bolesnika bio je njemački patolog i neurolog Alois Alzheimer. Alzheimer je te simptome povezo sa specifičnim histološkim promjenama u mozgu, takozvanim senilnim plakovima i neurofibrilarnim vretenima. Taj sindrom je nazvan prema autoru Alzheimerova bolest [2].

2.2. Klasifikacija demencija

Demencija se može podijeliti na više načina. S obzirom na mogućnost oporavka bolesti mogu biti potencijalno ireverzibilne i reverzibilne. Najznačajniji uzroci potencijalno reverzibilnih demencija jesu nedostatak nekih B vitamina (npr. Wernickeova encefalopatija i pelagra), endokrinološke bolesti (npr. hipotireoidizam i Addisonova bolest), sistemske bolesti (zatajenje jetre i bubrega), kronične infekcije (npr. neurosifilis), ozljede glave (kronični subduralni hematomi), psihijatrijske bolesti (depresija, konverzivne reakcije), alkoholizam, otrovanje toksinima, lijekovima i opojnim drogama i hidrocefalus normalnoga tlaka [1].

Ireverzibilne demencije mogu se podijeliti na kortikalne i subkortikalne. Kortikalne demencije dovode do gubitka kortikalnih funkcija (apraksija, afazija, agnozija), dolazi do gubitka pamćenja i do poremećaja izvršnih funkcija (organizacija, planiranje, prosuđivanje) što uzrokuje ometanja obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Najznačajnije kortikalne demencije su Alzheimerova demencija i lobarne demencije (frontotemporalna demencija i Pickova bolest). Subkortikalne demencije ponajprije dovode do usporavanja samih mentalnih procesa kao i usporavanja procesa razmišljanja, dolazi do slabog planiranja i procjena i do oštećenja proceduralnog pamćenja. Najčešće se javljaju povezane uz neke druge neurološke bolesti kao simptom kliničke slike (demencija u Huntingtonovoj i Parkinsonovoj bolesti, progresivnoj supranuklearnoj paralizi,

multiplojsistemnoj atrofiji, Creutzfeldt-Jakobovoj bolesti, multiploj sklerozi, nasljednim ataksijama). Imamo također i miješane tipove demencije (kortikalne i subkortikalne) koje uključuju demenciju s Lewyjevim tjelešcima i kortikobazalno degeneracijom [3].

Demencije se mogu podijeliti i prema povezanosti s abnormalnim nakupljanjem specifičnih proteina na različite proteinopatije (amiloidopatije, tauopatije i sinukleinopatije).

Vaskularna demencija nastaje kao posljedica cerebrovaskularnih bolesti [3].

2.3. Učestalost demencije

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije vidi se da 47,5 milijuna ljudi u svijetu boluje od nekog oblika demencije, a procjenjuje se da je u Europskoj uniji 6,4 milijuna osoba oboljelo od te bolesti. Procjenjuje se da u Hrvatskoj boluje od nekog oblika demencije oko 86 000 osoba. Prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije svake godine u svijetu ima 7,7 milijuna novih slučajeva oboljenja od demencije [4].

3. Klinička slika, dijagnoza i liječenje demencije

3.1. Alzheimerova bolest (AD)

AD je najčešći tip demencije čiji uzrok nije poznat. Najvažniji čimbenik je visoka životna dob. Sama bolest u većini slučajeva započinje blagim gubitkom pamćenja. Nakon gubitka pamćenja dolazi do progresije demencije koja se razvija nekoliko godina (slika 3.1.1.). Kognitivne promjene u AD-u počinju poremećajima pamćenja, nakon toga postupno dolazi do poremećaja govora i vizualno-spacijalne sposobnosti [5].

Petina bolesnika ima problem u snalaženju, organizacijske probleme ili poteškoće u pronalaženju riječi. U početku bolesti gubitak pamćenja može proći neopaženo jer se pripisuje benignoj zaboravljivosti, kognitivni problemi utječu na svakodnevne aktivnosti bolesnika na način da se javljaju problemi u održavanju financija, zaposlenja, s vožnjom, kupovanjem i održavanjem kućanstva. U srednjim stadijima bolesti, javljaju se problemi gdje sam bolesnik ne može više raditi, osobe se vrlo lako zbune ili izgube. Osobe s takvim simptomima zahtijevaju cjelodnevni nadzor. Održani mogu biti socijalni status, rutinsko ponašanje i površna konverzacija. Česti su gubitak prosuđivanja i razumijevanja [5].

U kasnijim fazama bolesti bolesnici mogu lutati bez cilja, vrlo često kod oboljelih osoba prisutne su deluzije (pogrešne identifikacije osoba, nevjere ili krađe). Poremećen je ritam spavanja i budnosti. Može doći i do poremećaja ravnoteže, te generalizirana rigidnost mišića, koja je povezana sa sporošću i s čudnim pokretima. U samoj završnoj fazi bolesti osobe mogu postati tihi, dolazi do inkontinencije, rigidnosti, što dovodi do vezanosti oboljele osobe uz krevet [6].

Postavljanje dijagnoza u bolesnika s AD-om započinje obavljanjem MMSE-om i neuropsihijatrijskim testovima. Vrlo je bitno da se u početku bolesti isključe ostali etiološki uzroci demencije. CT i MR pokazuju difuznu kortikalnu atrofiju, na MR se vidi atrofija hipokampusa. PET i SPECT pokazuju hipoperfuziju i hipometabolizam u stražnjem temporoparijetalnom korteksu. U posljednje vrijeme primjenjuje se PET prikaz amiloidnih plakova u mozgu, te određivanje A β , tau-proteina i fosforilizirano gtau-proteina u likvoru“[1]. Na AD upućuje postupan gubitak pamćenja i orijentacija, normalni laboratorijski testovi, te MR i CT- nalaz s difuznom ili predominantnom posteriornom kortikalnom i hipokampalnom atrofijom [6].

Kriteriji za vjerojatni AD su: demencija utvrđena kliničkim pregledom osobe, dokumentirana MMSE-om i potvrđena bolest neuropsihijatrijskim testovima, deficit u dvama područjima ili u više kognitivnih područja, progresivno pogoršanje pamćenja i ostalih kognitivnih funkcija, bez poremećaja svijesti, početak između 40. i 90. godine života [5].

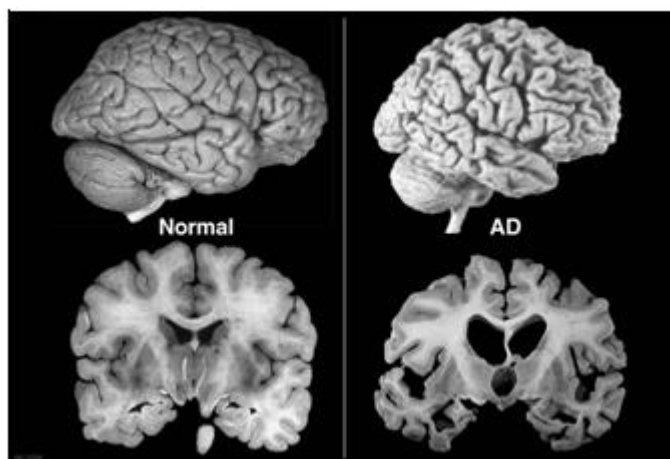
Dijagnozu vjerojatnoga AD-a potkrjepljuju simptomi koju su vezani za poremećeno obavljanje aktivnosti svakodnevnog života i poremećeni obrasci ponašanja, progresivno ponašanje specifičnih kognitivnih funkcija (afazija, apraksija i agnozija), pozitivna obiteljska anamneza, normalni nalaz likvora i EEG-a, CT ili MR- dokaz atrofije mozga s progresijom na snimkama [5].

Postavljanje dijagnoze mogućeg AD-a: prisutnost demencije bez ostalih neuroloških, psihijatrijskih ili sistemnih bolesti, prisutnost oscilacija samih simptoma na početku bolesti ili tijekom razvoja bolesti. Prisutnost neke druge sisteme ili neurološke bolesti koja također može dovesti do pojave demencije. Utvrđivanjem postupno progresivnog kognitivnog uzorka, u nedostatku drugih uzroka koji bi ga mogli objasniti [5].

Kriteriji za definitivni AD su: svi kriteriji za vjerojatni AD, te patohistološki nalaz tipičnih promjena AD-a na uzorku dobivenom na obdukciji ili biopsijom mozga [5].

Liječenje AD-a je usmjereno na primjenu inhibitora acetilkolinesteraze (takrin, donepezil, rivastigmin, galantamin) i antagonista glutamateričkih NMDA-receptora, te simptomatsko rješavanje problema ponašanja. Inhibitori acetilkonesteraze djeluju na taj način da dolazi do povećanja razine acetilkolina što poboljšava kod osobe svakodnevno funkcioniranje i dovodi do smanjenja propadanja kognitivnih funkcija u razdoblju do 3 godine [6].

U kasnom stadiju bolesti studije su pokazale da lijekovi imaju vrlo malo ili uopće nemaju učinka na bolest. U liječenju se također primjenjuje i memantin, anatognist glutamatergičkih NMDA-receptora, za koji je pokazano da može donekle usporiti napredovanje bolesti tijekom 28 tjedana. Primjenom selegilina i α - tokoferola kod bolesnika s umjereno uznapredovalim AD-om pokazano je skromno smanjenje progresije bolesti i smanjenje potrebe za institucionalizacijom. Pripravci Ginkgo bilobe i nikotinamid dinukleotida mogu skromno poboljšati kognitivne funkcije. Selektivni inhibitori ponovnog pohranjivanja serotonina koriste se često u liječenju depresije, psihomotorni nemir može se smanjiti primjenom sedativa i neuroleptika. Posebno treba biti oprezan s doziranjem jer su katkad potrebne velike doze lijekova koje dovode do izražene sedacije, a primjena neuroleptika dovodi do ekstrapiramidnih nuspojava [6].



Slika 3.1.1. Usporedba mozga zdrave osobe i osobe oboljele od AD-a

Izvor: <https://www.treninkpameti.com/news/uf/>

3.2. Vaskularna demencija (VD)

VD nastaje kao posljedica cerebrovaskularnih bolesti.

Liječenje VD-a treba biti usmjereno na rizične čimbenike (hipertenzija, ateroskleroza i dijabetes), te na prevenciju recidiva moždanih udara. Do oporavka izgubljenih kognitivnih funkcija dolazi teško, iako su fluktuacije s razdobljima poboljšanja česte. Djelomično korisni u liječenju vaskularne demencije, kao i u liječenju AD-a, su inhibitori acetilkolinesteraze [3].

3.2.1. Multi infarktna demencija

Nastanak same demencije vrlo često ovisi o ukupnom volumenu oštećenog samog korteksa. Tipične su epizode koje se javljaju kao nagle neurološke deterioracije. Mogu se naći fokalni neurološki deficiti kao što su unilateralni pozitivni Babinskijev refleks, defekt vidnog polja ili pseudobulbarna pareza, hemipareza [4].

Dijagnoza se postavlja na temelju dobivenih anamnestičkih podataka kao i prisutnosti rizičnih faktora koji su vezani za pojavu cerebrovaskularne bolesti, prisutnost neuroloških ispada, relativno dobro očuvane ličnosti bolesnika. U samim rutinskim snimkama CT-a mozga lakunarne lezije se vrlo često ne opaze, te je MR mozga bolji izbor dijagnostičke metode. MR mozga često prikazuje promjene u bijeloj moždanoj masi [5].

3.2.2. Subkortikalnaartero-sklerotična encefalopatija

Demencija može biti u početku teško primjetna, polagano napreduje. Početni simptomi su apatija, blaga konfuzija, depresija, promjene osobnosti, psihoza i defekti u izvršnim funkcijama. Dolazi i do poteškoća u prosuđivanju i snalaženju, javlja se poremećaj ravnoteže i hodanja.

Napredovanjem bolesti pojavljuje se urinarna inkontinencija s/ili bez pseudobulbarnim poremećajima. Kod manjine bolesnika pojavljuju se epileptični napadaji i mioklonusi [4].

Kriteriji za vjerojatnu VD su: demencija s oštećenjem pamćenja u dva ili više kognitivnih područja potvrđena kliničkim pregledom i potkrijepljena neuropsihološkim testiranjem. Cerebrovaskularna bolest definirana prisutnošću fokalnih neuroloških deficita i dokazana cerebrovaskularna bolest na CT-u ili MR-u koji uključuju multiple infarkte u opskrbnom području velikih krvnih žila ili jedan, strateški smješten infarkt, multiple lakune u bazalnim ganglijima i bijeloj tvari ili kada su primijećene opsežne lezije u bijeloj tvari periventrikulatno. Kriterij je također pojava demencije unutar tri mjeseca nakon preboljenog moždanog udara. Kada dolazi do naglog pogoršanja kognitivnih funkcija ili fluktuirajuće, stupnjevito pogoršanje kognitivnih deficita [4].

Klinička obilježja koja su vezana na postavljanje dijagnoze vjerojatne vaskularne demencije su: rana prisutnost poremećaja hoda (hodanje malim koracima), podatak o nestabilnosti čestim padovima, učestalo mokrenje i ostali poremećaji mokrenja koji se ne dovode u vezu s urološkim poremećajima, pseudobulbarna paraliza, abulija, depresija, promjene osobnosti i raspoloženja, emocionalna inkontinencija ili drugi subkortikalni deficiti koji uključuju psihomotornu usporenost i poremećaje izvršenih funkcija [5].

Kod razlikovanja AD-a i VD-a najčešće se primjenjuje Hachinskijev ishemijski zbroj.

3.2.3. Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL)

CADASIL je dominantno nasljedni oblik difuzne bolesti bijele tvari. U kliničkoj slici vidljivo je da ovaj oblik demencije se progresivno razvija od 5.-7. desetljeća života. Kod osobe koje mogu ranije imati migrenu i rekurentni moždani udar bez hipertenzije. Bolest je uzrokovana mutacijom Notch-3 gena. Većina bolesnika ima neurološke ili sistemne poremećaje [4].

Kod ovog tipa demencije teško je postaviti dijagnozu ali u prilog bolesti govore pretrage seruma i likvora, također je primijećena povišena razina laktata i piruvata.

Dijagnoza se potvrđuje biopsijom zahvaćenog tkiva [4]

3.3. Tauopatije

3.3.1. Frontotemporalna demencija

Najraniji simptomi FTD dijele se u poremećaj ponašanja, kognitivne poremećaje (planiranje, rasuđivanje i govor) i poremećaje motorne funkcije. Kod bolesnika primjećuju se slabe poslovne odluke, pojavljuju se teškoće u planiranju poslova i deficit govornog i pisanog jezika. Kod oboljele osobe javlja se kompulzivno ponašanje, apatija, dezinhibicija, euforija i povećanje tjelesne mase. Kliničke manifestacije ovise o samoj bolesti na kojem mjestu je lokalizirana. Ako je asimetrično zahvaćen lijevi frontalni režanj, dolazi do nastanka influentne afazije. Kod anteriorne lijeve temporalne degeneracije karakteristika je gubitak riječi i koncepta koji se odnosi na govor. Influentni bolesnici brzo napreduju do mutizma, dok kod semantičke demencije se razvijaju simptomi vidne anozognozije. U kasnoj fazi bolesti preslikavanje, računanje i orijentacija vrlo često ostaju sačuvani [4].

Diferencijalna dijagnoza se najčešće postavlja na temelju biopsije, a rijetko na osnovi CT snimke. Mikroskopski nalazi uključuju gliozu i gubitak neurona, te balonirane neurone s citoplazmatskim inkluzijama koje se boje bojom za tau-protein. Kod četiri petine bolesnika nalazi se zahvaćenost bazalnih ganglija na biopsiji [4].

Liječenje je simptomatsko, ne postoji liječenje koje bi usporilo progresiju i poboljšalo kognitivne funkcije. Mnoga stanja koja prate FTD (depresija, kompulzivno ponašanje i iritabilnost) mogu se popraviti antidepresivima iz skupine selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina, te primjenom antipsihotika [5].

3.3.2. Progresivna supranuklearna paraliza (Steel-Richardson-Olszewskijev sindrom-PSP)

PSP obilježena je akinetičkom rigidnošću parkinsonizam, vrtoglavicama i nestabilnošću, padovima, usporenošću i pseudobulbarnom parezom, te napreduje do simetrične rigidnosti i demencije. U početku bolesti se pojavljuju supranuklearni poremećaji pokretanja očiju koji najranije zahvaćaju vertikalni pogled prema dolje, nakon toga pogled prema gore, a poslije i horizontalni pogled. Neurološkim se pregledom nalazi nabrane obrve, rigidnost i distonija

aksijalnih i vratnih mišića, te proksimalnih mišića udova i iskolačenost očiju. Glavna obilježja bolesti su: ukočenost, nestabilno držanje s hiperekstenzijom vrata i polaganim hodom s čestim padovima [4].

Dijagnoza PSP-a se postavlja na osnovu povijesti bolesti i neurološkog pregleda. Bolest na samom početku može ličiti na Parkinsonovu bolest što otežava postavljanje dijagnoze. Postavljanje dijagnoze može pomoći MR mozga, definitivni način postavljanje dijagnoze PSP-a je pregled moždanog tkiva tijekom autopsije [3].

3.3.3. Kortikalna bazalna degeneracija (KBD)

KBD sporadična je tauopatija koja najčešće započinje u šestom i sedmom desetljeću života. Obilježena je unilateralnom progresivnom rigidnošću, distonijom, akcijskim tremorom, bradikinezom, mioklonusima, apraksijom i sporo progresivnom demencijom. Kod bolesnika vrlo je česta apraksija jedne ruke, što se naziva „stranom rukom“. Simptomi mogu postati simetrični, kako bolest napreduje dolazi do potpune invalidnosti, a bolesnici umiru tijekom 10.godina [4].

Na temelju CT-a i MR-a se postavlja dijagnoza, pokazuju fokalnu kortikalnu atrofiju frontalnih i parijetalnih režnjeva, poremećaj bijele tvari i atrofiju žuljevita tijela s degeneracijom crne tvari, putamena i talamusa [3].

3.4. Sinukleinopatije

3.4.1. Demencija s Lewyjevim tjelešcima (DLT)

DLT je karakteriziran vidnim halucinacijama, parkinsonizmom, čestim padovima i fluktuirajućim tijekom. DLT se može pojaviti u bolesnika s dugotrajnom Parkinsonovom bolesti bez kognitivnog deficita, kod njih se postupno razvija demencija koja je povezana s vidnim halucinacijama i parkinsonizmom. Bolesnici s DLT-om skloni su metaboličkim promjenama, kod nekih je prva manifestacija bolesti delirij kojem vrlo često prethodi infekcija ili neki drugi sistemni poremećaji. Česte su fluktuacije simptoma tijekom sati ili dana s epizodama konfuzije koje se izmjenjuju s lucidnim intervalima. Bolesnici s DLT-om imaju bolje pamćenje ali izražene vizualno-spacijalne poremećaje. Neuropatološko obilježje jest prisutnost Lewyjevih tjelešca u korteksu, cingulumu, crnoj tvari i amigdalama. Kolinergički deficit je vrlo često prisutan u bolesnika s DLT-om. On može biti odgovoran za fluktuacije i vidne halucinacije. Definitivna

dijagnoza bolesti zahtijeva patološku potvrdu, 10-30% dementnih bolesnika nalazi se Lewyjeva tjelešca na obdukciji [4].

U liječenju DLT-a, zbog kolinergičkog deficita mogu biti korisni inhibitori acetilkolinesteraze. Često se primjenjuju antidepresivi za liječenje depresivnih sindroma koji prate DLT. U manjim dozama se katkad primjenjuju atipični antipsihotici da bi smanjili psihozu, iako mogu povećati ekstrapiramidne simptome [3].

3.4.2. Demencija u bolesnika s Parkinsonovom bolešću

Demencija u Parkinsonovoj bolesti pojavljuje se u oko 20% bolesnika starije životne dobi, uz pojačane ekstrapiramidne simptome, dugo trajanje bolesti i prisutnost depresije [4].

Na CT-u i MR-u imamo kortikalnu atrofiju. Neuropatološki, mogu biti prisutna Lewyjeva inkluzijska tjelešca u korteksu i crnoj tvari ili nespecifične mikroskopske promjene (glioza i gubitak neurona) [3].

3.5. Ostali uzroci demencija

Hidrocefalus normalnog tlaka je rijedak sindrom karakteriziran s poremećajima hoda, blagom do umjerenom demencijom i urinarnom inkontinencijom. Katkad dolazi do prolaznog poboljšanja simptoma nakon serije lumbalnih punkcija. Oko polovine bolesnika može nastupiti poboljšanje nakon ventrikularne drenaže, hodanje se poboljšava znatnije od pamćenja.

Kronični alkoholizam može biti praćen demencijom, kao posljedica malnutricije i deficita vitamina B [1].

Wernickeova encefalopatija nastaje zbog nedostatka tijamina (vitamin B1), čije je obilježje i demencija. Bolest se očituje malnutricijom, konfuzijom, nistagmusom i diplopijama zbog pareze okulomotora i oftalmoplegije, te nereaktivnost zjenica zbog oštećenja ponsa i ataksijom. Oštećenje dorzomedijalnih talamičkih regija korelira s gubitkom pamćenja što može dovesti do ireverzibilne demencije (Korsakowljeva sindroma). Bolesnik se ne može prisjetiti novih informacija usprkos normalno funkciji trenutačnog pamćenja, stupnju svijesti i zadržanoj pažnji. Ne postoji specifično liječenje, parenteralna primjene tijamina može promijeniti tijek bolesti ako se da u prvih nekoliko dana od početka simptoma [5].

Nedostatak vitamina B12 može uzrokovati makrocitnu anemiju i oštetiti živčani sustav. Najčešće oštećuje kralježničku moždinu, oštećenje mijelinskih ovojnica u bijeloj tvari može uzrokovati demenciju [5].

Nedostatak nikotinske kiseline zajedno s ostalim vitaminima B može rezultirati paraparezom, perifernom neuropatijom, slabošću, iritabilnošću, dijareom i demencijom [5].

Neke kronične infekcije središnjeg živčanog sustava mogu rezultirati demencijom (kronični infektivni meningitis, uznapredovala faza infekcije HIV-om) [5].

Neurosifilis je u prošlosti bio česti uzrok demencije prije primjene antibiotika [5].

Primarni tumori središnjeg živčanog sustava i metastaze obično uzrokuju fokalne neurološke simptome i epileptične napadaje. Ako tumor potječe iz temporalnih ili frontalnih režnjeva, u početku bolest se može manifestirati kao gubitak pamćenja i promjena ponašanja [5].

Paraneoplastični sindrom s demencijom povezan je s karcinomom pluća, konfuzija, agitacija, epileptični napadaji, poremećaj kretanja i demencija pojavljuju se sa senzornom neuropatijom.

Mnoge sustavne bolesti mogu izravno ili posredno zahvatiti mozak te uzrokovati kroničnu konfuziju ili demenciju. (hipotireoidizam, vaskulitise, jetrene, bubrežne i plućne bolesti) [4].

Izolirani vaskulitis središnjeg živčanog sustava može povremeno uzrokovati kroničnu encefalopatiju s konfuzijom, dezorijentacijom i zamagljivanjem svijesti [5].

Uzrok demencije može biti kod kronične uporabe nekih lijekova i opioida. Sedativi, anksiolitici i analgetici mogu uzrokovati konfuziju, gubitak memorije i letargiju, posebno kod starijih. Prekid uzimanja lijekova dovodi do poboljšanja bolesnikove mentalne funkcije.

Demenciju mogu uzrokovati i kronična trovanja teškim metalima (olovo, živa, arsen, aluminij) [5].

Kod profesionalnih boksača ponavljane ozljede glave mogu dovesti do demencije. Početak bolesti karakteriziran je promjenom osobnosti povezane sa socijalnom nestabilnošću, katkad i paranojama i deluzijama. Kasnije se javlja gubitak memorije koji progredira do potpune demencije [1].

Kronični subduralni hematoma može biti povezan s demencijom, evakuacija kroničnog subduralnog hematoma neće promijeniti degenerativni proces [1].

Prolazna globalna amnezija karakterizirana je naglim početkom znatna gubitka pamćenja i obično se javlja u osoba koje su starije od 50 godina. Gubitak pamćenja se često pojavi nakon jakog emocionalnog podražaja ili fizičkog napora. Bolesnik je svjestan i kontaktibilan, izgleda zbunjeno i ponavljano ispituje o sadašnjim događajima. Sposobnost formiranja novih sjećanja vraća se nakon nekoliko sati, ali bez sjećanja za to razdoblje i vrijeme oko tog razdoblja. Vjerojatni uzroci su cerebrovaskularne bolesti, srčane aritmije s kratkotrajnim smanjenim protokom krvi kroz mozak, epilepsija i napadaji migrene [1].

Kod kasnog stadija Huntingtonove bolesti, leukodistrofije, bolesti nakupljanja i ostalih genetskih poremećaja može se javiti demencija [1].

Psihogeni amnezija za osobna sjećanja nastaje nesvjesnim potiskivanjem neugodnih sjećanja ili namjernim izbjegavanjem sjećanja na njih (ubojstvo, čin zlostavljanja bliskog člana obitelji ili partnera). Prolongirana psihogeni amnezija često nastupa nakon emocionalnog stresnog događaja i može biti povezana s bolesnikovim bijegom. Bolesnik pati od nagla gubitka identiteta i zaboravlja događaje blisko povezane s osobnom prošlošću, te često odluta od kuće, sposobnost učenja i pohranjivanja novih informacija su očuvani [4].

Izražena depresija može izgledati kao demencija pa se često naziva pseudodemencija. U početku bolesti demenciju i depresiju je teško razlikovati. Bolesnik sa pseudodemencijom može se osjećati zbunjeno, te je nesposoban za obavljanje rutinskih poslova. Vrlo su česti vegetativni simptomi (insomnia, gubitak energije, slabi tek i zabrinutost za probavne funkcije). Bolesnici dobro odgovaraju na antidepresivnu terapiju [3].

Kod nekih kroničnih shizofreničara u kasnijoj životnoj dobi može se razviti progresivna demencija koja nije povezana s demencijom [4].

U sklopu konverzivne reakcije može nastati gubitak pamćenja. Bolesnici se žale na gubitak pamćenja, ali pažljivo kognitivno testiranje ne pokazuje deficit ili pokazuje nekonzistenciju kognitivnih problema [4].

Kod postavljanje dijagnoze teško je razlikovati demenciju, depresiju i demenciju s depresijom jer kod ovih bolesti simptomi se često preklapaju, npr. javlja se apatija, agitacije, oboljele osobe se socijalno izoliraju, javlja se oštećenje kognitivnih sposobnosti, nesаницe i gubitka tjelesne težine (tablica 3.5.1.). Rezultati istraživanja dokazuju povezanost neuroticizma u srednjoj životnoj dobi s povećanim rizikom od demencije, te da stres ima veliki značaj u navedenoj povezanosti [6].

Osim praćenja kognitivnih sposobnosti, važno je pratiti i promjene ličnosti kod osobe. U oboljelih osoba u početku bolesti javlja se anksioznost i depresija te smanjena kontrola emocionalnih reakcija, kako bolest napreduje dolazi potpune nemogućnosti uvida i nekritičnost (slika 3.5.1.). Vrlo je važna emocionalna potpora obitelji, odnosno emocionalna potpora osobi koje se skrbi o bolesnicima. Brojna istraživanja ukazuju da uporaba specifičnih antidementiva dovodi do usporavanja napredovanja demencije, te odgode institucionalizacije osobe oboljele od demencije kao i opterećenja skrbnika [6].

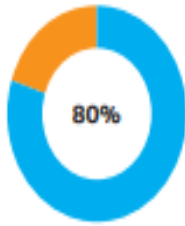
	Depresija	Demencija	Delirij
Karakteristike	tuga i anhedonija	gubitak pamćenja	konfuzija i nepažnja
Početak	polagan	podmukao	akutan
Tijek	jedna ili ponavljane epizode, može biti kroničan	kroničan, progresivan, stabilan tijekom dana	fluktuirajući, pogoršanja noću
Trajanje	tjedni, mjeseci	mjeseci, godine	sati do mjeseci
Svijest	normalna	normalna	promijenjena
Pažnja	može biti oštećena	uredna do posljednjih stadija	oštećena
Orijentacija	normalna	slaba	fluktuirajuća
Govor	uredan ili usporen	prisutne pogreške	inkohherentan
Mišljenje	uredno	osiromašeno	dezorganizirano
Iluzije i halucinacije	nisu uobičajene	rijetko, osim u kasnijim stadijima	česte, vizualne
Percepcija	uredna	promijenjena ili uredna	promijenjena
Psihomotorika	promijenjena	uredna	promijenjena
Reverzibilnost	moguća	vrlo rijetka	uobičajena
EEG	uredan	blago difuzno usporenje	srednje do teško usporenje

Prilagođeno prema Fong i sur. 2009. i Lucijanić i sur. 2016.

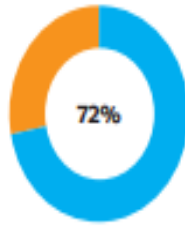
Tablica 3.5.1. Diferencijalna dijagnoza depresije, demencije i delirija

Izvor: https://www.google.com/search?q=diferencijalna+dijagnoza+depresije,+demencije+i+delirija&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwigqp_oy5viAhVMdJoKHcCSCo4Q_AUIDigB&biw=1034&bih=394#imgc=0qO_pMDNreMBKM:

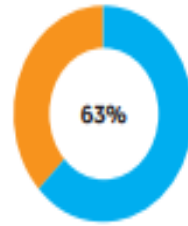
AGRESIJA/AGITACIJA



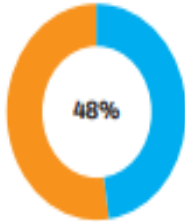
APATIJA



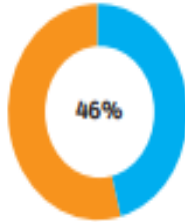
DELUZIJE



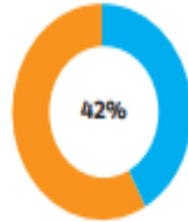
ANKSIJZNOST



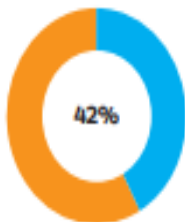
PSIHOMOTORNI NEMIR



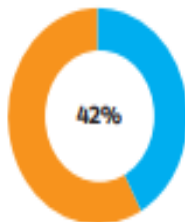
IRITABILNOST/LABILNOST



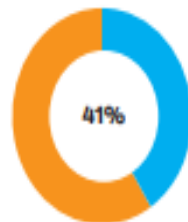
FIZIČKA AGRESIJA



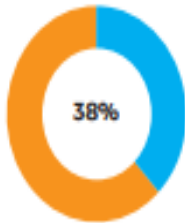
POREMEĆAJI CIKLUSA SPAVANJA



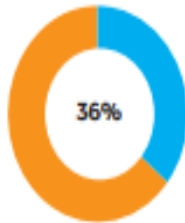
HALUCINACIJE



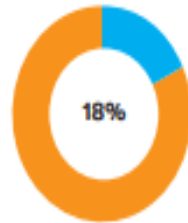
DEPRESIJA/DISFORIJA



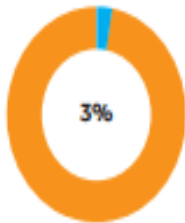
DIZINHIBICIJA



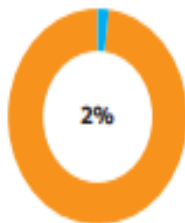
POPODNEVNI NEMIR



HIPERSEKSUALNOST



OPSESIVNO-KOMPULZIVNI SIMPTOMI



Slika 3.5.1. učestalost psihičkih simptoma kod osoba oboljelih od demencije

Izvor: Doc.dr.sc. N. Mimica; *Komunikacija s osobom oboljelom od demencije*, MEDIX, 2011

4. Skrb medicinske sestre za osobu oboljelu od demencije

4.1. Utvrđivanje potreba za zdravstvenom skrbi kod bolesnika oboljelih od demencije

Uloga medicinske sestre je utvrđivanje potreba za zdravstvenom skrbi kod bolesnika, inicijalni korak u procesu zdravstvene njege i uspostavljanje plana zdravstvene njege. Taj korak obuhvaća prikupljanje podataka od bolesnika, analizu dobivenih podataka, nakon toga potrebno je definirati problem i postaviti dijagnozu [4].

Podaci o bolesniku prikupljaju se iz primarnih, sekundarnih i tercijarnih izvora. Primarni izvori podataka se odnose na podatke koje daje sam bolesnik, sekundarni kada podatke daje bliska osoba od bolesnika, a tercijarni podatci pohranjeni iz prethodna dva izvora. Podaci se dobivaju intervjuom, promatra se bolesnik i analizira se medicinska dokumentacija. Prikupljeni podatci mogu biti subjektivni i objektivni, činjenice i interpretacije, te sadašnji i prošli podatci [5].

Najčešći razlog hospitalizacije bolesnika su nalazi nakon dijagnostičke obrade, kada se pojave progredirajući simptomi postojeće bolesti, halucinacije, agresivnost prema drugoj osobi, komorbiditet te nemogućnost člana obitelji da se brine o bolesniku [5].

Vrlo je važno uzimanje anamneze od strane bolesnikove obitelji. Obitelj daje informacije o bolesniku koje se temelje na bolesnikovim navikama, ako je prisutno neko tjelesno oboljenje, koju redovnu terapiju je bolesnik uzimao kod kuće, o njegovoj prehrani te alergijama vezanih za prehranu [5].

4.1.1. Procjena mentalnog statusa

Procjena mentalnog statusa se radi u cilju otkrivanja abnormalnih značajki u bolesnikovom ponašanju, procjenjuje se i stanje svijesti bolesnika. Ona se sastoji od sistematskog promatranja bolesnika tijekom intervjua i njegova razmišljanja, osjećaje, percepcije i kognitivnog funkcioniranja. Promatra se da li je prisutno oštećenje pamćenja, orijentacije i percepcije što je u većini slučajeva razlog hospitalizacije. Tijekom procjene promatra se opći izgled i ponašanje bolesnika, govor, inteligencija, raspoloženje, kognitivne funkcije, stav, koncentracija, pamćenje, misaoni sadržaj, orijentacija, prosudba, zabluda, halucinacije i kakav je odnos bolesnika prema ispitivaču. Procjenu mentalnog statusa vršimo skupom pitanja koji je obuhvaćan u obrascu procjene Mini mental testa (slika 4.1.1.). Poblje objašnjenje se nalazi u slici u prilogu [5].

Opći izgled i ponašanje – abnormalnosti koje smo primijetili tijekom ispitivanja mogu upućivati na neka organska oštećenja, na početnu fazu demencije, nedostatak intelektualne sposobnosti ispitanice osobe te konfuzno stanje. Važno je da bolesnik ograniči svoju djelatnost samo na područje s kojim se može nositi. Kod osobe oboljele od demencije primijeti se da često ponavlja stvari koje je učinio nekoliko puta, bez ikakve svijesti da istu radnju ponavlja nekoliko puta. Kod procjene izgleda bilježi se da li je osoba uredna ili neuredna te prikladno obučena [7].

Kod osoba s demencijom primjećuju se nagle promjene raspoloženja, od mirne i vesele osobe u nekoliko minuta bez ikakvog očitog razloga postaje bijesna ili plačljiva. Nagli eksplozivni ispadi bijesa kao i primijećena tjeskoba kod osobe s demencijom često su potaknuti nemogućnošću osobe da se sjeti ili učini nešto se od njih traži. To je prvi simptom početka organskih oštećenja. Vrlo često se javlja poremećaj u okviru nepodudarne emocije te emocionalne inkontinencije [7].

Kognitivne funkcije se odnose na orijentaciju u prostoru i vremenu, koncentraciju, pamćenje i pažnju.

Orijentacija- vrši se testiranje u vremenu i prostoru. Ispitivanje se sastoji u odgovaranju na slijedeća pitanja: koji je dan ili mjesec ? Tko su svi ovi ljudi oko njega? Gdje se osoba nalazi? Dezorijentacija u vremenu ne treba odmah biti znak organskih oštećenja. Veći ili manji stupanj dezorijentacije mogu uzrokovati zbunjenost i strah u nepoznatom okruženju [7].

Pamćenje - testiranje se vrši na način da se vidi koliko je osoba sposobna prisjetiti se određenog događaja. Testiranje se provodi se na temelju kratkoročnog i dugoročnog zapamćivanja. Za testiranje memorije za nedavne događaje pita se bolesnika: Što ste doručkovali ? Testiranje dugoročne memorije vrši se pitanjem bolesnika: Datum rođenja? Da li je oženjen-udana? Tko je sadašnji predsjednik države? Ispitivanje zadržane memorije vrši se na taj način da osoba s popisa imenica ponovi tri imenice odmah kada je popis pročitao te nakon pet minuta [7].

Koncentracija - sposobnost zadržavanja pažnje, te se ispituje tako da bolesnik nabraja mjesece u godini ili dane u tjednu obrnutim redoslijedom [7].

Govor - ispitivanjem govora primjećuju se razne ili više-manje (ne)specifične anomalije, zajedno s ograničenjem sadržaja, poteškoće osobe u pronalaženju riječi i imenovanja objekata. Govor je u većini slučajeva dosta siromašan, smanjen vokabular i primijeti se često ponavljanje pojedinih riječi [7].

Stav- kod ispitivanja gleda se da li je osoba suradljiva , sumnjičava uplašena ili ima neprijateljski stav prema ispitaniku [8].

Inteligencija - prilikom testiranje inteligencije koriste se verbalni parametri koji se bave govorom, te aritmetičke metode kao i vizualne. Na samom početku bolesti kvocijent inteligencije je dosta dobro sačuvan pa ga je zbog toga teško procijeniti u početnoj fazi bolesti. Kako tijekom bolesti napreduje tako dolazi i do vidljivo značajnog propadanja intelektualnih funkcija [8].

Misaoni sadržaj - prilikom ispitivanja pažnja je usmjerena na sadržaj bolesnikovih misli što podrazumijeva njegov govor i ponašanje, kod ispitivane osobe primjećuje se pad u njegovim intelektualnim funkcijama. Ispitib se provodi na način da ispitanika zamolimo da nam svojim riječima objasni određenu poslovicu [8].

Prosudba - ispituje se na način da ispitanik postavlja pitanja : „Nalazite se u kinu i vidite da se nešto zapalilo: Što biste učinili?“ [8].

Zabluda - organska zabluda je kod osobe oboljele od demencije karakterističan oblik. Primjećuje se da su loše kvalitete, one su često proizvod kombiniranog intelektualnog i emocionalnog osiromašenje funkcija. Zablude znaju često biti prisutne u vrlo kratkom vremenskom periodu i izmjenjivati se u nekoliko puta u danu ili tjednu [9].

Halucinacije - organske halucinacije vizualno se formiraju u obliku stvari, ljudi i životinja.

Odnos bolesnika prema ispitivaču - kako se ispitivanje približava kraju ispitivač treba ocijeniti kakav je odnos ispitanika i ispitivača tijekom testiranja, da li je odnos prijateljski i otvoren, da li je sami ispitanik tijekom ispitivanja bio iskren ili je pokazivao neprijateljski odnos prema ispitivaču te bio dvosmislen ili negativan. Odgovori od strane bolesnika važan su čimbenik za ukupnu kvalitetu ispisa mentalnog statusa [4].

Za samo utvrđivanjem potrebe zdravstvene njege bitno je i odrediti tip, opseg spoznajnih deficita, te promatrati spoznajno funkcioniranje koristeći standardizirane obrasce procjene. Tijekom kliničkog pregleda bolesnika trebamo primjetiti takozvane skrivene simptome to jest one simptome kojih sam bolesnik nije svjestan [8].

MMSE - Mini Mental State Exam.

- | | |
|--|----------|
| 1. Pitajte bolesnika za ime, tekuću godinu, godišnje doba, datum - dan i mjesec | 5 bodova |
| 2. Pitajte bolesnika za zemlju, grad, bolnicu, kat i prostoriju u kojoj se nalazi | 5 bodova |
| 3. Zamolite bolesnika da ponovi tri nepovezana pojma (Zbog pitanja br. 5 te mu pojmove možete ponoviti do ukupno šest puta, a boduje se njegov prvi pokušaj ponavljanja) | 3 boda |
| 4. Zamolite bolesnika da od 100 oduzima 7 do ukupno pet puta (93, 86, 79, 72, 65) ili da pokuša jednostavniju riječ izgovoriti od kraja, slovo po slovo | 5 bodova |
| 5. Zamolite bolesnika da ponovi tri pojma koja je prethodno naučio | 3 boda |
| 6. Pokazati bolesniku ručni sat i pitati ga što je to. Isto ponoviti sa olovkom | 2 boda |
| 7. Zamoliti bolesnika da za nama ponovi tri vrlo jednostavne fraze. (npr. Dobro sam. Nema potrebe. Nemam pojma ili sl.) | 1 bod |
| 8. Naložiti bolesniku slijed jednostavnih radnji: Uzeti papir sa stola u desnu ruku, saviti ga na pola i vratiti na stol | 3 boda |
| 9. Napisati bolesniku: "Zatvorite oči" i zamoliti ga da to pročita i učini | 1 bod |
| 10. Zamoliti bolesnika da spontano napiše rečenicu. (Ona mora biti razumljiva, sadržavati subjekt i predikat, prvenstveno mora imati smisla.) | 1 bod |
| 11. Zamoliti bolesnika da prostoručno kopira dva nacrtana peterokuta koji se sijeku. Svih deset kutova mora biti prisutno i adekvatno položeno. Tremor i rotacija se ignoriraju (Crtež dolje). | 1 bod |



UKUPAN BROJ BODOVA:

Slika 4.1.1. Mini mental test

Izvor: http://zakladaivanovakuca.hr/Datoteke/Tecaj_Alzheimerova_Bolest_Volonteri.pdf

4.2. Zdravstvena skrb bolesnika oboljelih od demencije

Postavljanjem dijagnoze demencije dolazi do povećanja mogućnosti hospitalizacije, dolazi do slabljenja imunološkog sustava i promjene u općem stanju. Zbog same etiologije hospitalizacije, bila ona planirana ili hitna, za obitelj i pacijenta je stresna i ometajuća. Prilagodba na novu bolničku rutinu, kao što je vađenje krvi, odlazak u kupaonicu dovodi do zbunjenosti osobe s demencijom, što može rezultirati ponašanjem izazvanim anksioznošću. Posljedično tome može doći do izlaska iz kreveta ili odbijanja suradnje u liječenju. Osoba oboljela od demencije neće se sjetiti i tražiti pomoć pri ustajanju iz kreveta. Zbog toga može doći do padova [9].

Glavni cilj zdravstvene skrbi za bolesnika oboljelog od demencije trebao bi biti usmjeren da im olakšamo sami život s demencijom i učinimo im život s bolešću što ugodnijim. Naša pomoć trebala bi biti usmjerena na prilagodbu života osobe s demencijom i suočavanje sa stresnim situacijama. Bolesniku možemo pomoći na način da mu olakšamo prilagodbu nakon postavljanje dijagnoze te pokušati da se smanje stresom izazvani poremećaji ponašanja. To ćemo postići na način da se smanjuje prostorna zbunjenost bolesnika, održava fizička sigurnost, koliko je moguće održava optimalna razina psihološkog funkcioniranja, postiže optimalna razmjena ideja između bolesnika i drugih, poboljšava socijalizacija, održava maksimalna neovisnost u aktivnostima i ispunjava potreba za intimnošću [10].

Trebamo biti svjesni da osoba s demencijom ima poteškoće u komunikaciji, prostornoj i vremenskoj orijentaciji, u svakodnevnim aktivnostima, smanjenu mogućnost procjene i promjene raspoloženja. Kako bolest napreduje oboljele osobe više nisu sposobne brinuti se o sebi te im je potrebna pomoć u svim aspektima života. U većini slučajeva jedna osoba iz obitelji preuzima brigu o oboljelom i ta skrb traje 24 sata do smrti oboljelog ili se zbog iscrpljenosti ili nemogućnosti da se osoba dalje brine o oboljelom ne odluči da je tako bolesnu osobu najbolje smjestiti u odgovarajuću ustanovu [11].

Kada obitelj skrbi o oboljeloj osobi mijenja se cijela obiteljska dinamika jer je sve usmjereno i podređeno brizi o oboljeloj osobi. Zbog tog razloga važno je dati podršku obitelji koji se brinu za oboljelu osobu u vidu suosjećanja, slušanja, educiranja obitelji i davanje stručnih savjeta od strane zdravstvenog osoblja. Sama medicinska sestra je glavni zagovornik osobe sa demencijom. Pošto je nemoguće pristupiti unutarnjem svijetu osobe oboljele od demencije, medicinska sestra uz svoje znanje trebala bi koristiti i intuiciju, kao glavni pokazatelj prepoznavanja potreba oboljele osobe i kako bi osjetila što ta osoba proživljava [11].

Kvalitetna zdravstvena njega usmjerena o vještini procjene koju obavlja medicinska sestra i izboru intervencije u zadovoljavanju fizičkih potreba pacijenta. Zdravstvena njega mora biti individualizirana za svaku oboljelu osobu, usmjerena na održanju motoričkih vještina i čuvanju funkcionalnosti. Kod zdravstvene njege osobe s demencijom treba biti stav da to nije njega umiruće osobe već njega života [12].

Zdravstvena njega se ne odnosi samo na njegu oboljele osobe kao na primjer hranjenje bolesnika te obavljanje osobne higijene, već je potreban rad sa bolesnikom, važno je poticati bolesnika da samostalno obavljanja određene poslove koliko je u njegovoj mogućnosti i slično. U sve aktivnosti oko bolesnika medicinska sestra treba maksimalno uključiti i samoga bolesnika [13].

Medicinska sestra ne smije procjenjivati bolesnika na temelju njegove vjere, koji položaj ima u društvu te na temelju njegovih osobina, treba ga prihvatiti onakvog kakav on je. Dementni

bolesnik je nepovjerljiviji od svih ostalih bolesnika sa somatskim bolestima. Oboljela osoba mora vjerovati da mu sestra želi pomoći, te mu medicinska sestra treba omogućiti da se osjeća sigurno u okolini u kojoj se nalazi. Važno je znati da osobe oboljele od demencije ne podnose dobro promjenu okoline, okolina u kojoj se nalaze treba biti mirna i da osoblje s kojima dolaze u kontakt ljubazno, jer se na taj način oni osjećaju sigurno [13].

Odnos prema oboljeloj osobi od strane medicinske sestre treba biti stručan i profesionalan. Medicinska sestra je dužna kulturno se odnositi prema svakom bolesniku, treba imati u vidu da poštuje njegova prava i njegovu ličnost, bez obzira na psihopatološko stanje u kojem se nalazi oboljela osoba. Sve radnje koje medicinska sestra obavlja oko bolesnika trebaju biti usmjerene za njegovu dobrobit. Za medicinsku sestru je jako važno da zna kontrolirati svoje emocionalne reakcije, racionalno se ponašati kad bolesnik iskazuje ljutnju, mržnju, kritiku ili pak divljenje i ljubav [14].

Osobe s demencijom često imaju problema s uzimanjem lijekova zbog slabog kratkotrajnog pamćenja, što znači da ih mogu zaboraviti ili su ih već uzeli i nenamjerno uzeli dodatnu dozu. Potrebno je educirati obitelj o pomoći oko uzimanja terapije [15].

Ponekad osobe s demencijom mogu odbiti lijekove, novu odluku treba poštivati ukoliko imaju sposobnost da je donesu. Ukoliko se smatra da pacijent nema sposobnost donošenja odluke o odbijanju lijeka, medicinska sestra, liječnik i obiteljski skrbnik donose odluke u najboljem interesu pacijenta [15].

Bol kod osoba s demencijom često je nedovoljno prepoznata, nedovoljno liječena i može dovesti do slabog raspoloženja. Zbog nemogućnosti pacijenta da izrazi bol verbalno, moguće je izražavanje kroz ponašanje kao što je zaštita tijela, grimasa ili stenjanje. Na primjer zbog zubobolje često može biti smanjen apetit [15].

Pouzdanim odnosom između medicinske sestre i pacijenta doprinosimo visokokvalitetnoj njezi. Toplim komuniciranjem, uvažavanjem individualnosti pacijenta i prepoznavanje njihovih snaga, vrlo je bitno jer ima može pomoći da se osjećaju uključenim i cijenjenim. Bolnička okruženja su često za bolesnika bučna i brza, pa su stoga teško prihvatljiva osobama s demencijom. Bez obzira na boravak pacijenta, nužno je usporavanje i smirivanje tempa, zaustavljanje radi razgovora s pacijentom, osiguravanje obilje svjetla, osiguranje da sigurnosti i udobnosti korištenjem mekog namještaja i prigušenih nježnih boja, usmjeravanje pacijenata putem jasnih znakova za WC, spavaće sobe i kuhinjske prostore. Postavljanjem osobnih stvari kao što su fotografije na krevetu i uporaba natpisa na vratima spavaće sobe samoj oboljeloj osobi pomoći će da prepoznaju svoj prostor [15].

5. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod bolesnika sa demencijom

Sestrinska dijagnoza je aktualni ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati (M. Gordon 1982). Sestrinska dijagnoza je osnova za odabir intervencija iz zdravstvene njege usmjerenih postizanju ciljeva za koje se odgovorne medicinske sestre. Važno je naglasiti kako sestrinska dijagnoza nikako nije isto što i medicinska dijagnoza. Prvostupnice ili magistre sestrinstva su educirane za planiranje zdravstvene njege oboljele osobe, dok same postupke u zdravstvenoj njezi mogu provoditi sve medicinske sestre sukladno kompetencijama koje imaju [14].

Sestrinske dijagnoze i intervencije za svakog su pacijenta individualne i njemu prilagođene [14].

Sestrinske dijagnoze omogućuju medicinskim sestrama zajednički jezik, pospješuju uspostavu pravilnih sestrinskih intervencija, pomažu u stvaranju standarda sestrinske prakse te, omogućavaju poboljšanje kvalitete provođenja zdravstvene njege [14].

5.1. Socijalna izolacija

Samoća doživljena od strane pojedinca i percipirana kao nametnuta od drugih i kao negativno ili prijeteće stanje. Može se očitovati kroz nekomunikativnost pacijenta, povučenost, poremećaje spavanja, neprijateljsko ponašanje, osjećaji odbijanja, izolacija od drugih i slično.

- CILJ: Pacijent će moći održavati učinkovitu socijalnu interakciju s drugima unutar ograničenja procesa bolesti.

Obitelj će zadržati svoje optimalno zdravlje.

Obitelj će moći pristupiti grupama za podršku, savjetovanju i pomoći po potrebi.

Obitelj će povećati svoje znanje o bolesti i brizi o pacijentu kako bi im omogućila da osjećaju više kontrole nad svojom situacijom

- INTERVENCIJE:

- Procijeniti osjećaje pacijenta o njegovim problemima u ponašanju, negativnim osjećajima o sebi, sposobnosti komuniciranja, tjeskobi, depresiji i osjećaju nemoći. Određuje stupanj usamljenosti i izolacije i razloge za to.
- Obitelj educirati o mogućim sustavima podrške i omogućiti sudjelovanje u društvenim aktivnostima.

- Osigurati diverzivne aktivnosti koje su prikladne za funkcionalne sposobnosti. Pruža podražaje i promiče psihosocijalno funkcioniranje.
- Osigurati razdoblja odmora i spavanja. Izbjegavati situaciju koja uzrokuje frustraciju, uznemirenost ili osjetilno preopterećenje [17].

5.2. Kronična zbunjenost

Kronična zbunjenost je nepovratno, dugotrajno i/ili progresivno pogoršanje intelekta i osobnosti koje karakterizira smanjena sposobnost tumačenja ekoloških podražaja i smanjene sposobnosti intelektualnih misaonih procesa, koji se manifestiraju kao poremećaji pamćenja, orijentacije i ponašanja.

Očituje se smanjenom sposobnosti tumačenja svoje okoline, smanjenom sposobnosti razmišljanja, umanjene memorije, promjene u ponašanje, promjene osobnosti i izmijenjeno tumačenje

- CILJ: Pacijent će imati minimalnu konfuziju, kognitivno oštećenje i druge manifestacije demencije.

Pacijent će imati stabilno i sigurno okruženje s rutinskim rasporedom aktivnosti kako bi se smanjila tjeskoba i zbunjenost.

Pacijent će pokazivati minimalnu ili smanjenu konfuziju, gubitak pamćenja i kognitivne poremećaje, ovisno o stadiju demencije.

Pacijent će biti sposoban tolerirati podražaje kada se uvodi polako u nepredvidljivi način, s jednom stavkom odjednom.

Pacijent će moći biti ometen ili koristiti druge tehnike kako bi izbjegao stresne situacije koje mogu izazvati agresivno, neprijateljsko ponašanje ili frustraciju.

Obitelj će biti u stanju učinkovito iskoristiti informacije u suočavanju s pacijentom s konfuzijom u pogledu ograničenja stimulacije i potvrđivanja misli pacijenta.

Obitelj će moći koristiti informacije kako bi počela donositi odluke za dugoročne planove za pacijenta.

➤ INTERVENCIJE:

- Procijeniti bolesnikove sposobnosti interpretacije okoline, intelektualne misaone procese, gubitak pamćenja, poremećaje orijentacije, ponašanja i socijalizacije.
- Održavati dosljedno planiranje ovisno o potrebi pacijenta i izbjegavati frustrirajuće situacije za pacijenta i smanjiti prekomjernu stimulaciju za pacijenta. Spriječavati uznemirenost pacijenta, nepravilno ponašanje i borbene reakcije.
- Izbjeći i prekinuti emocionalno nabijene situacije ili razgovore. Izbjegavati ljutnju i

očekivanje pacijenta da zapamti ili slijedi upute koje mu daje medicinska sestra. Ne očekivati više nego što je pacijent sposoban učiniti.

- Omogućiti pacijentu dovoljno vremena za prisjećanje ako pacijent to želi. Omogućiti sjećanje na prošla ugodna događanja. Pacijent može ponovno proživljavati događaje u prošlosti, a skrbnik bi trebao prepoznati to ponašanje i poštivati ga.
- Ograničiti senzorne podražaje i samostalno odlučivanje. Čime smanjujemo frustracije i ometanja iz okoline.
- Pomoći u uspostavljanju znakova i podsjetnika za pacijentovu pomoć.
- Utvrditi članove obitelji i/ili sustave podrške za pacijenta. Pomaže odrediti odgovarajuću osobu koja će obavijestiti vas o promjenama, pomoći u njezi i nekoga tko je pacijentu poznat da pomogne u rješavanju njegove konfuzije
- Pitati članove obitelji o njihovoj sposobnosti pružanja skrbi za pacijenta. Identificira obiteljsku potrebu za pomoći.
- Podučiti obitelj i pružite im informacije o uslugama u zajednici i ustanovama za dugoročnu zdravstvenu skrb. Pacijent može zahtijevati stalnu stručnu njegu koju obitelj pacijenta ne može ili ne želi pružiti.
- Objasniti obitelji o izbjegavanju prepirke s pacijentom o onome što misli, vidi ili čuje.
- Objasniti obitelji da razmisle ima li ono što pacijent vjeruje ima neke temelje u stvarnosti. Ponekad pacijent može čuti i pogrešno tumačiti dijelove razgovora.
- Objasniti obitelji da razmisle ima li ono što pacijent vjeruje ima neke temelje u stvarnosti od prije nekoliko godina. Pacijent može proživjeti vremena u prošlosti, a stvarnost može biti prije nekoliko desetljeća.
- Objasniti obitelji da koriste tehnike odvlačenja pažnje, kao što su umirujuća glazba, šetnja ili gledanje albuma s fotografijama ako pacijent ima zablude. Smetnja može biti učinkovita za smirivanje pacijenta ako se dogode stresne situacije [16].

5.3. Oslabljena verbalna komunikacija

Smanjena, odgođena ili odsutna sposobnost primanja, obrade, prijenosa i/ili korištenja sustava simbola. Moguća pojava kod pacijenta zbog zbunjenosti, tjeskobe, nemira, dezorijentacije prema osobi, mjestu, vremenu i okolnostima, uznemirenosti, bijeg ideja, ponavljajući govor, nemogućnost govora, mucanje, ometanje artikulacije, poteškoće s fonacijom, nemogućnost imenovanja riječi, nemogućnost identificiranja objekata, poteškoća u razumijevanju komunikacije, poteškoće u oblikovanju riječi ili rečenica afonija, dislalija, dizartrija, neprikladni verbalizacije, afazija, disfazija, apraksija, disleksija.

- CILJ: Pacijent će moći učinkovito govoriti i razumjeti komunikaciju ili će moći koristiti drugu metodu komunikacije.
- INTERVENCIJE:
 - Procijeniti pacijentovu sposobnost govora, jezični deficit, kognitivno ili senzorno oštećenje, prisutnost afazije, disartrije, afonije, dislalije ili apraksije.
 - Pratiti neverbalnu komunikaciju pacijenta. Poticati korištenje govora kada je to moguće kod pacijenta. Prekomjerno mrmljanje ili ne-verbalizacijski tragovi mogu biti jedini način koji pacijentu preostaje da izrazi nelagodu.
 - Predvidjeti potrebe pacijenta što će nam pomoći u sprječavanju frustracije i tjeskobe. Kada se komunicira s pacijentom, obratiti se pacijentu I održavati kontakt očima, govoriti polako i jasno izražavajući umjerenim ili niskim tonom. Koristiti jasne, sažete govore.
 - Ukloniti natjecateljske podražaje I osigurati mirnu atmosferu za komunikaciju. Umanjiti buku i ometanje što omogućuje pacijentu da smanji frustraciju.
 - Koristiti jednostavna, izravna pitanja koja zahtijevaju odgovore od jedne riječi. Ako se dogodi nesporazum, ponavljati pitanja. To dovodi do samopouzdanja pacijenta koji je u stanju postići neki stupanj govora ili komunikacije.
 - Koristiti olovku I papir za pisanje poruka. Pruža alternativnu metodu komunikacije ako fina motorna funkcija nije narušena; pogodna je i upotreba magične ploče.
 - Potaknuti pacijenta da diše prije govora, stati između riječi i koristiti jezik, usne i vilicu kod govora.
 - Izbjegavati žuriti pacijenta dok se muči izražavati osjećaje i misli. Oslabljena verbalna komunikacija rezultira osjećajem izoliranosti, očaja, depresije i frustracije kod pacijenta. Suosjećanje pomaže u poticanju terapijskog odnosa i osjećaja povjerenja te je važno za kontinuiranu komunikaciju.
 - Potaknuti pacijenta da sudjeluje u društvenim aktivnostima. Pomaže u smanjenju osjećaja izoliranosti, što rezultira daljnjom depresijom i nespremnošću na komunikaciju, čak i ako je pacijent to fizički sposoban učiniti.
 - Uputiti pacijenta s potrebom korištenja naočala, slušnih pomagala, proteza. Pomaže u promicanju komunikacije s osjetilnim ili drugim nedostacima.
 - Ako je potrebno, savjetovati se s logopedom. Pomaže u olakšavanju govornu sposobnost i pruža potencijalne alternative za komunikacijske potrebe.
 - Uputiti pacijenta u izvođenje vježbi mišića lica, kao što su nasmiješenje, mrštenje, ispiranje jezika, pomicanje jezika s jedne na drugu stranu i gore i dolje. Promiče izraze lica koji se koriste za komunikaciju povećavajući koordinaciju i tonus mišića [16].

5.4. Poremećaj spavanja

Vremenski ograničen poremećaj spavanja, a može se očitovati kroz prekinuti san, ranobuđenje, umor, letargija, razdražljivost, nesanica, zijevanje i jutarnja glavobolja.

- CILJ: Pacijent će uspjeti zaspati i nakon buđenja biti odmoren.
- INTERVENCIJE:
 - Procijeniti pacijentove obrasce spavanja i promjene, učestalost, količinu aktivnosti, sedentarni status, broj i vrijeme buđenja tijekom noći, te pacijentove pritužbe zbog umorne apatije, letargije i impotencije. Navedite informacije na kojima se može izraditi plan zbrinjavanja za ispravljanje nedostatka sna. Ako pacijent spava tijekom dana, Sundowning sindrom može biti problem, a dan i noć pacijenta se miješaju. Držeći pacijenta budnog tijekom dana, spavanje noću može se vratiti.
 - Procijenite pacijenta zbog pritužbi ili znakova boli, dispneje. Mogu biti uzroci čestih buđenja i prekida ciklusa spavanja.
 - Pratiti lijekove za pacijente, konzumiranje alkohola i kofeina.
 - Osigurajte mirno okruženje, spavaća soba treba biti bez mirisa i da ima ugodnu temperaturu. Vanjski podražaji mogu ometati spavanje s čestim buđenjem.
 - Educirati obitelj o Sundowning sindromu. Pacijent se možda neće moći vratiti na “normalan” dan-noć ciklus, i bilo skrbnik će morati promijeniti svoj vlastiti uzorak spavanja, najam čuvati tijekom noći vrijeme, ili smještaj u dugoročni objekt [16].

5.5. Poremećeni misaoni proces

Stanje u kojem pojedinac doživljava poremećaj u kognitivnim operacijama i aktivnostima. Može biti povezano s Alzheimerovom bolesti, očituje se promjenama u kognitivnim sposobnostima, oslabljenim pamćenjem, dezorijentiranošću, kemijskom neravnotežom u mozgu, uništavanjem neurona u mozgu. Dokazana je prisutnost dezorijentiranost u vremenu i prostoru, osobe i okolnosti, smanjena sposobnost razmišljanja ili konceptualizacije, nemogućnost razumijevanja, nemogućnost izračunavanja, gubitak pamćenja, smanjen raspon pažnje, laka distrakcija, nemogućnost praćenja jednostavnih ili složenih naredbi, pogoršanje osobne njege i izgleda, dizarija, disfagija, konvulzije, neprikladno društveno ponašanje, paranoja, nemogućnost suradnje, bježanje, poremećaj u prosudbi i apstraktne misli, eksplozivno ponašanje, iluzije, zablude, halucinacije, propadanje intelekta, gubitak seksualnog nagona i želje, smanjena kontrola seksualnog ponašanja, neprikladno ponašanje, nedostatak inhibicija, hipervigilancija ili hipovigilancija, promjena u obrascu spavanja, letargija, egocentričnost.

CILJ: Pacijent će imati adekvatno održavanje mentalne i psihološke funkcije što je duže moguće, a preokret u ponašanju kada je to moguće.

Pacijent će na svojoj optimalnoj razini postići funkcionalnu sposobnost s izmjenama i izmjenama u svojoj okolini kako bi nadoknadio deficite.

Pacijent će poboljšati procese razmišljanja ili će se održavati na početnoj razini.

Pacijentova obitelj moći će pristupiti resursima zajednice i donijeti informirane odluke o skrbi o pacijentu.

➤ INTERVENCIJE:

- Procijeniti kognitivni status, promatrati promjene memorije, promjene u obrascima mišljenja, dezorijentiranost ili poteškoće s komunikacijom.
- Procijeniti razinu kognitivnih poremećaja kao što su promjene orijentacije prema ljudima, mjesta i vremena, raspon, pažnja, vještine razmišljanja
- Procijeniti razinu zbunjenosti i dezorijentiranosti. Zbunjenost se može kretati od male dezorijentacije do agitacije.
- Procijeniti sposobnost pacijenta da se nosi s događajima, interesima u okruženju i aktivnostima i promjenama u načinu pamćenja. Starije osobe mogu imati smanjenje pamćenja za novije događaje i aktivnije pamćenje za prošle događaje i prisjećanje na ugodne. Pacijent može pokazivati asertivnost ili agresivnost kako bi nadoknadio osjećaj nesigurnosti ili razvio sužene interese i teško prihvaća promjene u načinu života.
- Tehnike stvarne orijentacije pomaže poboljšanju svijesti pacijenta o sebi i okolini samo za pacijente s konfuzijom koja je povezana s delirijom ili depresijom.
- Procijeniti pacijenta na osjetilnu deprivaciju, primjenu lijekova za centralni živčani sustav, lošu prehranu, dehidraciju, infekciju ili druge popratne bolesti. Može izazvati zabunu i promjenu mentalnog statusa.
- Održavati redovitu dnevnu rutinu. Predvidljivo ponašanje manje ugrožava pacijenta i ne ograničava sposobnost funkcioniranja s demencijom.
- Omogućiti pacijentu slobodu sjedenja na stolcu pokraj prozora, po želji koristiti knjige ili časopise što potvrđuje pacijentov osjećaj za stvarnost i pomaže pacijentu u razlikovanju dana i noći. Poštovanje osobnog prostora pacijenta omogućuje pacijentu da izvrši određenu kontrolu.
- Označiti ladice, upotrijebiti pisane podsjetnike, slike ili članke za kodiranje boja kako bismo pomogli pacijentu. Pomaže pacijentu u pamćenju korištenje podsjetnika po tome što učiniti.

- Dozvoliti kretanje u kontroliranom okruženju. Povećava sigurnost pacijenta i smanjenje neprijateljstvo i uznemirenost time što dopušta ponašanje koje je teško spriječiti, a koje je dopušteno unutar granica sigurnog okruženja pod nadzorom.
- Pružiti pozitivne primjere i povratne informacije za pozitivno ponašanje. Potiče povjerenje pacijenta i napredak.
- Omogućiti pacijentu interakciju sa društvom. Pomaže u sprečavanju izolacije. Prisilna interakcija obično rezultira zbunjenošću, uznemirenošću i neprijateljstvom.
- Obavijestiti pacijenta o brizi koju treba obaviti, s jednom instrukcijom istodobno. Pacijenti s demencijom zahtijevaju duže vrijeme za obradu informacija. Uklanjanje donošenja odluka može poboljšati usklađenost i osjećaj sigurnosti.
- Poučiti članove obitelji o bolesti, što se može očekivati i pomoći u pružanju popisa resursa zajednice za podršku. Kada se postavi dijagnoza demencije, obitelj mora biti spremna napraviti dugoročne planove kako bi raspravila probleme prije nego što se pojave. Potrebno je riješiti pitanja o reanimaciji, pravnoj sposobnosti i skrbništvu uključujući financijsku odgovornost. Briga o osobi s demencijom je skupa i dugotrajna, iscrpljujuća i emocionalno razorna za obitelj. Resursi zajednice mogu pomoći odgoditi potrebu za smještaje u ustanovu za dugotrajnu skrb.
- Komunikaciju sa pacijentom ostvariti licem u lice. Uzrokuje zabrinutost, osobito kod osoba s perceptivnim poremećajima.
- Obraćati se pacijentu po imenu. Ime je oblik samoindentiteta i dovodi do prepoznavanja stvarnosti i pojedinca. Koristiti tihi glas i govoriti polagano, povećava mogućnost razumijevanja.
- Pomoći obiteljima u procjeni rizika od opasnosti koje se mogu pojaviti, ukloniti ili minimalizirati izvore opasnosti [16].

5.6. Smanjena fizička pokretljivost

Ograničenje u neovisnom, svrshodnom fizičkom kretanju tijela, jednog ili više ekstremiteta. Može se očitovati kroz slabost, nepokretnost, poremećaji hoda, deficite ravnoteže i koordinacije, smanjen je fini motorni pokret, smanjen raspon pokreta, podrhtavanje, dispnejaislično.

- CILJ: Pacijent će održavati funkcionalnu mobilnost što je duže moguće unutar ograničenja procesa bolesti.

➤ INTERVENCIJE :

- Procijeniti funkcionalnu sposobnost pacijenta za mobilnost. Pokretljivost se pogoršava s napredovanjem demencije.
- Procijeniti ipacijentov stupanj kognitivnog oštećenja i sposobnost praćenja naredbi i prilagoditi intervencije prema potrebi. Pomaže u određivanju prisutnosti deficita.
- Pružiti pacijentima dovoljno vremena za obavljanje zadatka vezanog uz mobilnost. Koristiti jednostavne upute. Pacijentu će možda biti potrebna ponavljajuća uputstva i sveobuhvatna pomoć za obavljanje zadatka.
- Osigurati raspon vježbi i pokreta u svakoj smjeni. Potaknuti aktivni raspon vježbi kretanja. Pomaže u sprječavanju zglobnih kontraktura i atrofije mišića.
- Podučiti obitelj o vježbama, metodama prebacivanja pacijenata iz kreveta u kolica i okretanjem u rutinskim intervalima. Sprečava komplikacije nepokretnosti i pomaže članovima obitelji da se bolje pripreme za kućnu njegu [16].

5.7. Visok rizik za ozljedu

Ugroženost pacijenta od nastanka ozljeda kao posljedice ekoloških uvjeta koji su u interakciji s adaptivnim i obrambenim resursima pojedinca, što može ugroziti zdravlje. Zbog progresije bolesti pacijent nije u stanju prepoznati opasnosti u okolišu.

➤ CILJ: Obitelj će osigurati da se mjere sigurnosti poduzimaju i slijede.

➤ INTERVENCIJE:

- Procijeniti stupanj vizualne percepcije. Oslabljena percepcija vida povećava rizik od pada.
- Procijeniti okolinu pacijenta zbog opasnosti i ukloniti ih.
- Pomoći skrbnicima identificirati rizik od opasnosti koje se mogu pojaviti.
- Ukloniti ili minimizirati izvore opasnosti u okolišu.
- Održavati odgovarajuću rasvjetu i jasne puteve. Omogućuje pacijentu da vidi i pronađe put oko sobe bez opasnosti od spoticanja ili pada.
- Obavijestiti obitelj o uklanjanju ili zaključavanju oštrih predmeta, lijekova, sredstva za čišćenje, insekticide, aerosolne sprejeve, oružje, električne alate, male aparate i lomljive predmete od bolesnika. Sprječava tjelesne ozljede od gutanja, opekline, predoziranja ili nezgoda.
- Educirati obitelj o primjeni izaštite preko električnih utičnica, termostata i gumba za peć.
- Objasniti obitelji o održavanju puteve jasnim, pomaknuti namještaj prema zidu, ukloniti sagove, ukloniti kotače na krevetima i stolicama.

- Educirati obitelj o primjeni pacijentovih slušnih pomagala, naočala i drugih ako imaju senzorni deficit.
- Objasniti obitelji da osiguraju obuću bez klizanja i cipele bez vezica kada je to moguće. Pomaže u sprječavanju spoticanja i pada [16].

5.8. Visok rizik za pad

Stanje povećanog rizika za pad uslijed međudjelovanja okoline i pacijenta.

Uloga medicinske sestre je prikupljanje podataka o dobu pacijenta, prijašnjim padovima, stupnju pokretljivosti i procjeni rizika o padu pomoću Morseove ljestvice. Procjenjuje kognitivni status, mogućnost brige o sebi i propisanoj terapiji.

➤ CILJ: Pacijent tijekom boravka u bolnici neće pasti.

➤ INTERVENCIJE:

- Procijeniti kognitivni deficit
- Prikladno smjestiti pacijenta (blizu toaleta)
- Zvono staviti na dohvat ruke pacijenta.
- Maknuti prepreke iz okoline pacijenta
- Upaliti orijentacijsko svjetlo po noći
- Biti uz pacijenta prilikom odlaska na toalet
- Koristiti zaštitne ogradice i druga pomagala
- Evidentirati sve postupke [14]

5.9. Smanjena mogućnost brige za sebe – eliminacija

Medicinska sestra je zadužena za prikupljanje podataka o stupnju samostalnosti samoga bolesnika, o mogućnosti uporabe pomagala prilikom obavljanja eliminacije, procjenjuje mogućnost odlaska na toalet i skidanja odjeće, uočava vizualne, kognitivne i senzorne deficite, procjenjuje postojanje boli.

➤ CILJ: Pacijent će uspješno obaviti eliminacije bez prisutnosti osjećaja neugode

➤ INTERVENCIJE:

- Tijekom eliminacije biti uz pacijenta ili u njegovoj neposrednoj blizini
- Procijeniti kognitivni status
- Ne požurivati pacijenta i osigurati mu dovoljno vremena

- Ako je potrebno upotrebljavati pomagala: povišeno sjedalo za WC školjku, produženi držači za toaletni papir...
- Ukloniti barijere
- Osigurati alarm u blizini pacijenta
- Omogućiti mu privatnost [14]

5.10. Smanjena mogućnost brige za sebe-hranjenje i hidracija

Medicinska sestra uzima od bolesnika ili njegove obitelji podatke vezane uz prijašnji nutritivni status i uspoređuje ga sa trenutnim stanjem, uzima podatke o stanju usne šupljine o stupnju samostalnosti, sposobnosti žvakanja i gutanja hrane i tekućine.

➤ CILJ: Pacijent će zadovoljiti potrebu za pićem i biti nahranjen.

➤ INTERVENCIJE:

- Procijeniti kognitivni deficit
- Približiti stolic s hranom 30 - 40 cm od pacijenta.
- Biti uz samog pacijenta ili u neposrednoj blizini
- Postaviti zaštitnu kompresu ili salvetu pod bradu pacijenta
- Osigurati mu dovoljno vremena za hranjenje, 30 - 40 minuta
- Osigurati hranu primjerenu pacijentovom stanju
- Hrana treba biti odgovarajuće temperature
- Napraviti toaletu usne šupljine prije i poslije uzimanja obroka
- Prije obroka staviti protetska pomagala koje koristi bolesnik: zubnu protezu, naočale
- Staviti pacijenta u odgovarajući položaj za hranjenje: visoki Fowlerov
- Ukloniti sve distraktore [14]

5.11. Smanjena mogućnost brige za sebe - odijevanje i dotjerivanje

Medicinska sestra prikuplja podatke o pacijentovoj samostalnosti, primjenjuje pomagala prilikom odijevanja, prilagođava odjeću pacijentovim potrebama, procjenjuje pacijentovu koordinaciju pokreta, procjenjuje vizualni, kognitivni i senzorni deficit.

➤ CILJ: Pacijent će biti primjereno odjeven, dotjeran i biti će zadovoljan postignutim.

➤ INTERVENCIJE:

- Dopustiti pacijentu da samostalno obavlja radnje što je više moguće, dajući jednostavne upute, korak po korak. Potiče samopouzdanje i samopoštovanje.
- Pomoći pacijentu s odijevanjem i njegom po potrebi. Moguće javljanje poteškoća s odijevanjem zbog potrebe za finom motoričkom vještinom, poremećaj ravnoteže i sposobnosti sekvenciranja.
- Odijevanje je manje teško ako je pacijentova odjeća dovoljno velika i izrađena od materijala koji je mekan, gladak i rastezljiv.
- Educirati obitelj o uklanjanju odjeće koja je izvan sezone ili više ne odgovara; iznijeti odjeću po redosljedu kojim će se obući. Poželjno je koristiti odjeću većih dimenzija sa spajalicama ili čičak trakom koja je lakša za rukovanje.
- Educirati obitelj o provođenju oralne higijene najmanje dva puta dnevno, te korištenje umjetne sline. Svakodnevna oralna njega će znatno smanjiti rizik od potrebe za dodatnom zubnom pomoći. U kasnijim stadijima demencije može biti otežana jer pacijent ne može ispljunuti zubnu pastu ili isprati vodom.
- Savjetovati obitelj o mogućnosti rezanja kose pacijenta i njenom kratkom i jednostavnom stilu. Pomaže održavati izgled pacijenta urednim i urednim [16].

5.12. Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena

Uloga medicinske sestre je prikupljanje podataka o stupnju samostalnosti i pokretljivosti, procjenjuje sposobnost upotrebe pomagala pri obavljanju osobne higijene, mogućnost pranja pojedinih dijelova tijela, odlaska u kupaonu i pripremi vodu odgovarajuće temperature te prisutnosti boli.

➤ CILJ : Pacijent će sukladno stupnju samostalnosti sudjelovati u obavljanju osobne higijene

➤ INTERVENCIJE:

- Procijeniti izgled pacijenta, tjelesne mirise, sposobnost prepoznavanja pribora za pranje i njegu, kao i sve druge nedostatke u njegovanju samopomoći. Procijeniti potrebu i količinu pomoći koju će pacijentu trebati kako bi uspostavio plan skrbi.
- Procijeniti i identificirati bolesnikovu povijest njegovanja i kupanja, pokušati održati sličnu brigu. Promiče poznavanje rutinskog vremena kupanja i vrste kupke ili tuša, te smanjuje daljnju konfuziju i uznemirenost.
- Osigurati da su svi potrebni predmeti prisutni u kupaonici prije dolaska pacijenta. Uvjeriti se da je temperatura vode prikladna

- Dopustiti pacijentu da obavlja što je više moguće zadatke. Potiče neovisnost i promiče samopomoć što je duže moguće.
- Pregledati kožu pacijenta tijekom kupanja. Promatra se prisutnost osipa, lezija, područja pritiska, čireva, modrica, izraslina ili nečistih područja kože, što može zahtijevati više pomoći s higijenom kako bi se spriječilo daljnje pogoršanje kože.
- Uputiti pacijenta u aktivnost s kratkom metodom korak po korak, ne žuriti s pacijentom. Promicati samopoštovanje i osjećaje postignuća; žurba pacijenta uzrokuje frustraciju.
- Upute članovima obitelji u tehniku kupanja i što ih treba promatrati tijekom kupanja. Pruža znanje i smanjuje tjeskobu [16].
- Ograničiti senzorne podražaje i samostalno odlučivanje. Čime smanjujemo frustracije i ometanja iz okoline.
- Pomoći u uspostavljanju znakova i podsjetnika za pacijentovu pomoć.
- Utvrditi članove obitelji i/ili sustave podrške za pacijenta. Pomaže odrediti odgovarajuću osobu koja će obavijestiti vas o promjenama, pomoći u njezi i nekoga tko je pacijentu poznat da pomogne u rješavanju njegove konfuzije
- Pitati članove obitelji o njihovoj sposobnosti pružanja skrbi za pacijenta. Identificira obiteljsku potrebu za pomoći.
- Podučiti obitelj i pružite im informacije o uslugama u zajednici i ustanovama za dugoročnu zdravstvenu skrb. Pacijent može zahtijevati stalnu stručnu njegu koju obitelj pacijenta ne može ili ne želi pružiti.
- Objasniti obitelji o izbjegavanju prepirke s pacijentom o onome što misli, vidi ili čuje.
- Objasniti obitelji da razmisle ima li ono što pacijent vjeruje ima neke temelje u stvarnosti. Ponekad pacijent može čuti i pogrešno tumačiti dijelove razgovora.
- Objasniti obitelji da razmisle ima li ono što pacijent vjeruje ima neke temelje u stvarnosti od prije nekoliko godina. Pacijent može proživjeti vremena u prošlosti, a stvarnost može biti prije nekoliko desetljeća.
- Objasniti obitelji da koriste tehnike odvlačenja pažnje, kao što su umirujuća glazba, šetnja ili gledanje albuma s fotografijama ako pacijent ima zablude. Smetnja može biti učinkovita za smirivanje pacijenta ako se dogode stresne situacije [16].

6. Komunikacija sa osobama oboljelim od demencije

Kako demencija napreduje komunikacija s oboljelom osobom postaje sve teža. Problem se javlja zbog toga jer osobe oboljele od demencije imaju poteškoća u osobnom izražavanju prilikom komunikacije ali teško razumiju i ono što im govori druga osoba. Za što duže održavanje kvalitete života oboljelog od demencije vrlo je važna uspješna komunikacija [17].

U samom početku bolesti javljaju se problemi kod praćenja tijeka razgovora. U toku komunikacije oboljela osoba ne može se sjetiti prave riječi u kontekstu razgovora, i trebat će im puno više vremena za razmišljanje i povezivanje s onim što mu je rečeno, teško povezuju stvari i predmete s normalnim životnim potrebama [17].

Kada se u toku razgovora oboljela osoba ne može odmah odgovoriti na postavljeno pitanje, odgovara netočno ili zbog sugovornikovog nestrpljenja javlja se nelagoda i stid. Zbog toga je bitno da prilikom komunikacije s oboljelom osobom treba imati puno strpljenja i obzira. Oboljelim osobama treba omogućiti dovoljno vremena, poticati ga na nastavak komunikacije te mu pomoći u traženju prave riječi kroz osmijeh i odobravanje [17].

Najčešće problem u komunikaciji javlja se zbog zaboravljanja događaja iz bliže prošlosti, kada je smanjena koncentracija kod oboljele osobe, usporeni odgovor na poticaj iz okoline [17].

6.1. Verbalna komunikacija

Kod komunikacije s osobom oboljelim od demencije bitno je odvojiti osobu od bolesti. Stvarnost osobe koja boluje od demencije se razlikuje od realnosti zdrave osobe, osoba se vraća u svoju prošlost i sami tijek razgovora usmjeren je na prošlost [17].

Radi takvog tipa komunikacije, gdje je oboljela osoba usmjerena na prošlost, tijekom komunikacije kod osobe se javlja uznemirenost dok sugovornik postaje tjeskoban jer ne uspijeva objasniti oboljeloj osobi da se to nije dogodilo sad nedavno. Kod takvog tipa komunikacije važno je da se sugovornik s oboljelom osobom uđe u njegovu stvarnost, odnosno pokušati se snaći u njegovoj istini i trebamo biti svjesni da se stvarnost osobe s demencijom mijenja svaki dan [17].

Trebamo razumjeti da oboljela osoba ne može shvatiti stvarnu orijentaciju, što dovodi do frustracije, tjeskobe, nemira i agresije prilikom komunikacije. Važno je da se tokom komunikacije uspostavi kontakt očima, a na pitanja treba odgovoriti na prikladan način i koristiti se jednostavnijim uputama te koristiti jednostavne rečenice [17].

Ako želimo nešto pitati oboljelu osobu važno je da prilikom komunikacije ne postavljamo nedorečena pitanja kao i pitanja s višestrukim izborom odgovora. Važno je da sugovorniku damo

dovoljno vremena na odgovor, pomoći mu pronaći odgovarajuće riječi. Bitno je da se povežemo s osobom na emotivnoj razini [17].

Kod osoba oboljelih od demencije nisu važne činjenice, važne su emocije, one ostaju dulje očuvane nego govor [17].

Za dobru i kvalitetnu komunikaciju s osobom oboljelom od demencije vrlo je važno ohrabrivati osobu da govori i iznosi svoje mišljenje, čak kada ga ne uspijevamo najbolje razumjeti što na oboljela osoba želi reći ili objasniti. Kod osobe s demencijom bitno je poticati sve aktivnosti koje osoba može sama obavljati, vrlo je važno biti strpljiv i dati dovoljno vremena. Problem se javlja jer osoba neće uspjeti imenovati predmete ali će znati kako se njima koristiti. Ako želimo oboljelu osobu uključiti u samostalno obavljanje neke aktivnosti, važno je da tu aktivnost prethodno najavimo jer osoba je izgubila sposobnost razumijevanja koncepta vremena, ona neće znati koji je dan u tjednu. Kako napreduje demencija kod osoba se smanjuju sposobnosti zbog čega treba i očekivanja u komunikaciji svesti u realne okvire. U toku komunikacije treba očuvati humor i zapamtiti da se osobe s demencijom vole šaliti [17].

6.2. Neverbalna komunikacija

Neverbalna komunikacija je izmjena poruka bez uporabe riječi, to jest komuniciramo izrazom lica, očima, dodirom, gestama, mirisom, tonom glasa, pozama i stavom tijela. U neverbalnu komunikaciju se uvrštava i pisana riječ, korištenjem obiteljskih slika, znakova i signala, zatim hobija (slikanje, heklanje..) i pisanje [17].

Neverbalna komunikacija je jedina vrsta komunikacije koja je moguća u svim fazama demencije, samo je važno da se prilagodi. Kako bismo umirili osobu oboljelu od demencije koristimo se fizičkim dodirom, a da zadržimo njihovu pozornost trebamo osigurati mirno i sigurno okruženje, te eliminirati izvore buke [17].

Osoba koja se brine o oboljeloj osobi treba imati opušteni stav tijela, davati dojam smirenosti, uskladiti govor s usklađenim govorom tijela, što će za oboljelu osobu značiti više od riječi. Kod komunikacije s osobom oboljele od demencije trebamo koristiti jednostavne kratke rečenice, kod razgovora ton glasa mora biti pažljiv ali odlučan. Kad razgovaramo s oboljelom osobom trebamo govoriti polako ali razgovijetno (slika 6.2.1.). Odnos prema oboljelim osobama treba biti ravnopravan, ne ih podcjenjivati, odnositi se prema njima kao prema djetetu [17].

Često se kod osoba s demencijom može primijetiti djetinjasto ponašanje, bez obzira na takvo njihovo ponašanje prema njima se odnosimo kao prema odraslim osobama. Kod komuniciranja osobom s demencijom oslovljavamo ih imenom i prezimenom, na početku razgovora trebamo im se obavezno predstaviti i reći tko smo. Nakon što smo sigurni da smo zadobili pažnju i pozornost

osobe s demencijom nastavljamo komunikaciju dajući osobi dovoljno vremena da pokuša razumjeti tijekom razgovora i dati prikladne odgovore [17].

Kad razgovaramo se osobom s demencijom važno je da joj ne upadamo u riječ, a ako im nedostaje neka riječ, preporuča se da im se ne zamjetno ponudi riječ ili prikladan izraz [17].

Ako želimo objasniti neki postupak ili proceduru koju ćemo obavljati oko oboljele osobe govorit ćemo kratkim i jasnim rečenicama prije njegove realizacije. Usput je bitno pratiti znakove neverbalne komunikacije oboljele osobe.

Trebamo biti svjesni koliko veliki utjecaj ima neverbalna komunikacija na osobu oboljelu od demencije, verbalna komunikacija čini samo 7% poruka koje prenosimo riječima, dok neverbalna čini ostalih 93% . Kod neverbalne komunikacije važnu ulogu ima govor tijela ono je ogledalo emocija, trebamo biti svjesni da 80% naših emocija iskazujemo neverbalnim signalima [17].

Oboljele osobe i u uznapredovanom stadiju bolesti imaju sačuvanu sposobnost neverbalnog izražavanja osjećaja te mogu razumjeti neverbalne izraze drugih ljudi. Najbolje ćemo razumjeti osobu oboljelu od demencije ako pratimo njezin govor tijela na taj način možemo kod nje primijetiti da li joj je neugodno, da li se boji ili je nešto boli [17].

Dolazimo do zaključka da je vrlo važno razumjeti govor oboljelog, da prepoznamo kontekst razgovora i kako pravilno reagirati na njega. Komunikacija će biti uspješna ako je temeljimo na pretpostavci da će oboljela osoba biti sposobna razumjeti našu poruku ako ih mi uspijemo prilagoditi njima jer oni više nisu sposobni se prilagoditi zdravim osobama [17].

Praktični savjeti za poboljšanje komunikacije s oboljelim od demencije

- Omogućite oboljeloj osobi da bolje vidi, čuje, govori (naočale, slušni aparat, zubalo)
- Privucite pozornost bolesnika prije nego što mu nešto kažete (npr. tako da ga nježno dotaknete za ruku)
- Uklonite druge ometajuće izvore (npr. kažite da ćete isključiti TV ili radio kako biste mogli bolje razgovarati)
- Kada se obraćate bolesniku, neka vaša glava bude u istoj ravnini s njegovom
- Probajte uspostaviti kontakt očima
- Držite bolesnika za ruku tijekom cijelog razgovora
- Potrudite se govoriti jasno
- Govorite u kratkim rečenicama i samo o jednoj stvari ili temi
- Dajte bolesniku dovoljno vremena za odgovor
- Zapišite neke stvari na papir ako vidite da to bolesniku pomaže
- Pratite i potrudite se razumjeti govor tijela bolesnika
- Koristite neverbalnu komunikaciju (smiješak, zagrljaj)

Slika 6.2.1. Praktični savjeti za poboljšanje komunikacije s oboljelim od demencije

Izvor: https://www.google.hr/search?q=prakti%C4%8Dni+savjeti+za+pobolj%C5%A1anje+komunikacije+s+oboljelim+od+demencije&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj3nLrMzJviAhUDzIUKHdpHAnMQ_AUIDigB&biw=1366&bih=625#imgsrc=AtZmorYa-MErrM

7. Pravni aspekti kod osoba oboljelih od demencije

Postoje brojne nejasnoće, dileme, i pitanja vezano uz skrb osoba s demencijom. Problemi se obično javljaju u srednjem stadiju bolesti kada je oboljeloj osobi potrebna danonoćna njega. Skrbnik koji se brine o oboljeloj osobi prisiljen je prekinuti radni odnos i ostaje pitanje financijske stabilnosti. Sukladno zakonskim člancima socijalne skrbi, oboljele osobe imaju pravo na pomoć za troškove stanovanja, savjetovanja, njegu i pomoć u kući, skrb izvan svoje obitelji te na jednokratnu financijsku pomoć. Glavni razlog neiskorištavanja tih prava je neupućenost obitelji i oboljelih osoba, ali također i slaba inicijativa ustanova i stručnjaka koji tu pomoć mogu pružiti oboljelima. U Hrvatskoj kvaliteta života i standarda osobe oboljele od demencije je dosta nepovoljna u usporedbi s ostatkom svijeta. U većini europskim zemalja osnovane su nacionalne udruge za demenciju, njihova uloga je davanje informacija i podrške oboljelim i njihovim obiteljima. Nedavno provedena anketa pokazuje da kod postavljanje dijagnoze samo 41% njegovatelja prima informaciju o postojanju udrugama za demenciju. Europska udruga za demenciju radi na tome da se oboljele osobe i njihovi njegovatelji obavijeste o postojanju udruge i poziva medicinske organizacije da obavještavaju novooboljele osobe o potpori koje udruge pružaju ljudima s demencijom i njihovim njegovateljima [19].

Dokazano je da njega i skrb ljudi s demencijom bitno utječe na kvalitetu života njegovatelja. U novijoj anketi primijećeno je velika većina njegovatelja provode više od 10 sati na dan njegujući osobu oboljelu od demencije [19].

Proces njegoivanja osobe oboljele od demencije predstavlja znatno financijsko opterećenje za njihove njegovatelje. Većina ljudi su nespemni i neupućeni za nošenje s pravnim i financijskim posljedicama. Pravni i medicinski stručnjaci potiču da što prije korigiraju svoje financijske i zdravstvene aranžmane. Osim njih u pitanje se dovode i osnovni pravni i financijski dokumenti, kao što su oporuka i unaprijed doneseni propisi, a kako bi se osiguralo najbolje donošenje odluka o zdravstvenoj zaštiti i financijskim odlukama osobe u kasnoj fazi ili na kraju životnog vijeka [20].

Članovi obitelji koji započinju proces zakonskog planiranja planiraju niz strategija i pravnih dokumenata. Odvjetnik poznavajući važeće državne zakone može uvesti neke od sljedećih dokumenata kako bi pomogao u ovom procesu:

- Dokumenti o zdravstvenim željama oboljelog
- Dokumenti o željama financijskog upravljanja i plana nekretnina oboljelog
- Smjernice za zdravstvenu skrb

U pravilu svi ti dokumenti moraju biti pripremljeni dok ih je osoba zakonski sposobna izvršiti. Davanjem trajne punomoći za zdravstvenu skrb osigurava oboljeloj osobi ovlasti za donošenje

zdravstvenih odluka kada sama više to ne može učiniti. Također postoje i drugi dokumenti koji opisuju darivanje organa i tkiva, dijalizu i transfuziju krvi.

Trajna punomoć za financije daje ovlasti o donošenju financijske odluke kada oboljela osoba više ne može [20].

Osim odvjetnika i voditelji gerijatrijske skrbi adekvatno su obučeni koji mogu pomoći osobama s demencijom i njihovim obiteljima [20].

8. Zaključak

Dvadeset i prvo stoljeće je stoljeće u kojem dolazi do naglog porasta starijeg stanovništva. Treba raditi na osiguranju da se starijim osobama osigura siguran i dostojan proces starenja i starosti, omogućiti kvalitetniji život, uz nastavak društvene aktivnosti, te očuvanje svih njihovih ljudskih prava bez obzira na njihovu dob.

Važno je pružiti pomoć kako oboljelim osobama tako i članovima njihove obitelji u vidu savjeta i konkretnih akcija. Problem se javlja jer obitelj i oboljeli ubrzo ostaju sami, zbog toga što ih napuštaju prijatelji ali i šira obitelj. Od oboljele osobe udaljavaju se prijatelji i bivši suradnici. Važan je zadatak pripremiti oboljelu osobu i njegovu obitelj na promjene u daljnjem životu, trebat će se reorganizirati dosadašnje aktivnosti i uloge. Osoba koja preuzima glavnu ulogu u brizi o oboljelom treba biti spreman da će morati u potpunosti promijeniti način dosadašnjeg života i podrediti ga potrebama oboljelog. Bitna je i fizikalna terapija jer kako bolest napreduje dolazi do postepenog gubitka tjelesnih sposobnosti, snage i pokretljivosti.

Svakodnevni rad s osobama oboljelim od demencije izazovan je i ispunjava. Starenjem stanovništva ukazuju se potrebe za pružanjem učinkovite skrbi. Specijalistička područja za osobe s demencijom postat će neophodna za medicinske sestre kako bi im olakšalo rad i povećala se kvaliteta skrbi za oboljele. Rad sa osobama s demencijom zahtijeva izrazito strpljenje, empatiju, osjetljivost i predanost. Medicinske sestre osim što vode brigu o pacijentu, također brinu o sebi i drugima putem vršnjačke podrške i mentorstva. Osim toga nužno je postojanje sposobnosti slušanja i učinkovite komunikacije, kao i adekvatne skrbi, poštovanje pacijentove individualnosti, te pružanje podrške obiteljskim skrbnicima.

9. Literatura

- [1] V. Demarin, Z. Trkanjec: Neurologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2008.
- [2] K. M. Fortinash, P. A. Holoday Worret: Psychiatric Nursing Care Plans, Mosby, 2003.
- [3] N. Čop Blažić: Demencija- rastući medicinski i socijalni problemi/ Gdje smo u neurologiji? Medicina temeljena na dokazima/V. Delimar, Z. Trkanjec (ur.), Zagreb: KB „Sestre milosrdnice“ 2004. str. 9-13.
- [4] K. Warner Schaie, S.L. Willis: Psihologija odrasle dobi i starenja, Slap, Jastrebarsko, 2001.
- [5] M. Havelka: Zdravstvena psihologija II. izdanje, Slap, Jastrebarsko, 1998.
- [6] S. Uzun, I. Todorčić Laidlaw, M. Kušan Jukić, O. Kozumplik, D. Kalinić, N. Pivac, N. Mimica: Od demencije češće boluju žene, Socijalna psihijatrija, 46, 2018, str. 58 – 76.
- [7] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, 2007.
- [8] R. McKie: Dementia whit women hardest- studi, The Guardian, 2015.
- [9] <https://caregiver.com/articles/hospitalization-and-dementia/>, dostupno 14.04.2019
- [10] N. Mimica, M. Kušan Jukić: Demencija i psihički poremećaji, Medicus, 26 (2), 2017, str. 219 – 222.
- [11] D. Smilović: Demencije i hipokampus, Gyrus 2, 2014, str. 64 - 68.
- [12] I. Lušić: Demencije/Gerijatrija-Medicina starije dobi/Z. Duraković (ur.), Zagreb: C.T.-poslovne informacije, 2007. str. 388 – 393.
- [13] M. Boban: Demencije s početkom u mlađoj životnoj dobi, MEDIX 18, 2018, str. 101 – 102.
- [14] Sestrinske dijagnoze, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2011.
- [15] <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/dementia/dementia-4-the-nurses-role-in-caring-for-people-with-dementia/7006087.article>, dostupno 14.04.2019.
- [16] Sestrinske dijagnoze 2, Hrvatska komora medicinskih sestara, Zagreb, 2013.
- [17] <https://nurseslabs.com/alzheimers-disease-nursing-care-plans>, dostupno 12.04.2019
- [18] N. Mimica: Komunikacija s osobom oboljelom od demencije, MEDIX 91, suppl. 1, 2011, str. 28 – 30.
- [19] <https://alzheimer.hr/huab/povelje-i-deklaracije/pariska-deklaracija/pariska-deklaracija-prioriteti-skrbi-i-drustvene-podrske/>, dostupno 08.02.2019.
- [20] <https://www.nia.nih.gov/health/legal-and-financial-planning-people-alzheimers>, dostupno 25.04.2019.

Popis slika i tablica

1. Slika 1. 1. Prikaz zdravih i stanica zahvaćenih Alzheimerovom bolešću
Izvor:<https://www.brightfocus.org/alzheimers/infographic/amyloid-plaques-and-neurofibrillarytangles>, dostupno 09.02.2019.1
- 2 Slika 3.1.1. <https://www.treninkpameti.com/news/uf/>, pristupano 31.03.2018.6
- 3 Tablica br. 3.5.1. difrencijalna dijagnoza depresije, demencije i delirija
Izvor:https://www.google.com/search?q=diferencijalna+dijagnoza+depresije,+demencije+i+delirija&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwigqp_oy5viAhVMdJoKHcCSCo4Q_AUIDigB&biw=1034&bih=394#imgrc=0qO_pMDNreMBKM:.....22
- 4 Slika 3.5.1. Učestalost psihičkih simptoma kod osoba oboljelih od demencije, N. Mimica; Komunikacija s osobom oboljelom od demencije, MEDIX, 201123
5. Slika 4.1.1 Mini mental test
Izvor: http://zakladaivanovakuca.hr/Datoteke/Tecaj_Alzheimerova_Bolest_Volonteri.pdf.....26
6. Tablica 6.2. 1. Praktični savjeti za poboljšanje komunikacije s oboljelim od demencije
Izvor:https://www.google.hr/search?q=prakti%C4%8Dni+savjeti+za+pobolj%C5%A1anje+komunikacije+s+oboljelim+od+demencije&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj3nLrMzJviAhUDzIUKHdpHAnMQ_AUIDigB&biw=1366&bih=625#imgrc=AtZmorYa-MErrM:...47



IZJAVA O AUTORSTVU

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 LUPAČEVIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom SPECIFIČNOSTI SLEDEĆI MEDICINSKE SESIJE ZA OSOBE OSUJELE OD DEGENERACIJE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

MARTINA LUPAČEVIĆ
(vlastoručni potpis)

Sukladno čl. 83. 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.

Sukladno čl. 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 znanstvena i umjetnička djelatnost i visoko obrazovanje.