DEMENCIJA - IZAZOV DANAŠNJICE

Župarić, Anica

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:184:053430

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository

zir.nsk.hr

UNIRI DIGITALNA KNJIŽNICA

Image not found or type unknown

SVEUČILIŠTE U RIJECI

FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Anica Župarić

Demencija – izazov današnjice

Završni rad

Rijeka, 2020.

UNIVERSITY OF RIJEKA

FACULTY OF HEALTH STUDIES

UNDERGRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING

Anica Župarić

Dementia – challenge of today

Finale work

Rijeka, 2020.

Mentor rada: viši predavač Marija Bukvić, prof. rech., mag. med. teh.

Istraživački rad obranjen je dana _____ u/na _____,

pred povjerenstvom u sastavu:

1. _____

2. _____

3. _____

Izvješće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	**Fakultet zdravstvenih studija Rijeka**
Studij	Preddiplomski stručni studij sestrinstva
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Anica Župarić
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	**DEMENCIJA- IZAZOV DANAŠNJICE**
Ime i prezime mentora	Marija Bukvić
Datum zadavanja rada	2.12. 2019.
Datum predaje rada	28.08.2020.
Identifikacijski br. podneska	1386655136
Datum provjere rada	14.09.2020
Ime datoteke	Završni rad-
Veličina datoteke	86,43 K
Broj znakova	49936
Broj riječi	8271
Broj stranica	34

Podudarnost studentskog rada:

PODUDARNOST	
Ukupno	2%
Izvori s interneta	
Publikacije	
Studentski radovi	

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	**DA**
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	☐
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	

Datum	Potpis mentora
14.09.2020.	Marija Bukvić

Sažetak

Demencija je skup simptoma koji ukazuju na progresivne promjene u mozgu koji se očituju kao kognitivni i funkcionalni poremećaji. Nažalost, demenciju nije moguće izliječiti. Ona je progresivna pojava koja potpuno mijenja bolesnu osobu. Zato je važno znati sve moguće simptome i stadije demencije kroz koje će vjerojatno oboljela osoba proći. Kako bolest napreduje, a time i ozbiljnost simptoma, povećava se i opseg aktivnosti vezanih uz skrb o bolesniku. U posljednjoj etapi bolesti medicinska sestra brine o osobi s demencijom kroz palijativnu skrb koja poboljšava kvalitetu života. Sve etape bolesti i sve poteškoće zahtijevaju prisutnost medicinske sestre koja posjeduje određene sposobnosti u radu s osobama s demencijom. Naglašena je važnost komunikacijskih vještina u pružanju visokokvalitetne skrbi samom pacijentu i članovima njegove obitelji. Edukativna uloga u slučaju oboljelih osoba i njihovih obitelji igra značajnu ulogu u procesu liječenja. Pruža osjećaj sigurnosti i psihološke podrške.

Ključne riječi: demencija, zdravstvena njega, palijativna skrb

Summary

Dementia is a set of symptoms that indicate progressive changes in the brain manifested as cognitive and functional disorders. Unfortunately, dementia cannot be cured. It is a progressive phenomenon that completey changes a sick person. So, it is inportant to know all the possible symptoms and stages of dementia that a sick person is likely to go through. As the disease is progressing, and with it the severity of the symptoms, the range of activities related to patient care is also in creasing. In the last stage of the disease, the nurse cares for the person with dementia through palliativa care that improves the quality of life. All the stages of the disease and all the difficulties require the presence of a nurse who possesses certain abilities in working with people with dementia. The importance of communication skills in members is emphasized. The education in the case of sick people and their families plays a significant role in the treatment process. It provides a sense of security and psychological support.

Key words: dementia, health care, palliative care

Sadržaj

1. Uvod 1

2. Demencija 2

2.1. Delirij i demencija 4

2.2. Depresija i demencija 5

2.3. Vrste Demencije 6

2.3.1. Primarni oblici demencije 6

2.3.2. Sekundarni oblici demencije 8

2.3.3. Ostali oblici demencije 9

2.4. Alzheimerova bolest 9

2.5. Faze Demencije 10

3. Dijagnostika i farmakologija 14

3.1. Dijagnostika 14

3.2. Farmakologija 15

3.2.1. Lijekovi za ranu do umjerenu fazu 15

3.2.2. Lijekovi za liječenje umjerene do teške faze 16

3.2.3. Lijekovi za ublažavanje bihevioralnih simptoma 16

4. Zdravstvena njega osoba s demencijom 19

4.1. Uloga medicinske sestre kod osoba s demencijom 19

4.2. Zdravstvena njega osoba s demencijom u bolnici 21

4.3. Zdravstvena njega osoba s demencijom u kući 22

4.4. Zdravstvena njega osoba s demencijom u palijativnoj skrbi 25

5.Zaključak 28

6.Literatura 29

1.Uvod

Porastom starosne dobi, sposobnost pamćenja se često smanjuje i može se nazvati "tipičnim zaboravljanjem vremešnih ljudi". Međutim kada se prisjećanje, spoznavanje, razmišljanje i rasuđivanje jasno smanjuju u kratkom vremenskom razdoblju i sve značajnije utječu na osnovno funkcioniranje u svakodnevnom životu - takva zaboravnost može ukazivati na nepovratnu bolest. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) demenciju definira kao: „... sindrom koji se javlja kao posljedica bolesti mozga - obično kronične ili progresivne prirode". Predviđa se da će se globalno broj oboljelih od demencije gotovo udvostručiti svakih 20 godina. Trenutno se procjenjuje na 44 milijuna oboljelih u svijetu te da će broj porasti i do 82 milijuna u 2030. godini i do 152 milijuna u 2050. godini.(1) Medicinske sestre igraju ključnu ulogu u prepoznavanju demencije među starijim osobama, procjenjujući znakove tijekom procjene potreba za njegu. Intervencije za demenciju usmjerene su na promicanje funkcije i neovisnosti i samostalnost osobe što je dulje moguće. Ostali važni ciljevi uključuju promicanje sigurnosti pacijenta, neovisnost u aktivnostima, smanjenje anksioznosti i uznemirenosti, poboljšanje komunikacije, osiguravanje socijalizacije i intimnosti, primjerenu prehranu te potporu i obrazovanje obiteljskih njegovatelja.(2)

Terapijski odnos između medicinske sestre i pacijenta ključan je za visokokvalitetnu njegu bolesnika. Topla komunikacija, uvažavanje individualnosti pacijenata i prepoznavanje snage koje osobe u sebi nose mogu pomoći da se oboljeli osjećaju primijećenima i cijenjenima. (3)

Medicinske sestre moraju se koristiti svojim vještinama rješavanja problema kako bi se nosile s tim izazovima i pružile holistički pristup pacijentu. Mogu poboljšati pružanje dostojanstvene skrbi za demenciju pokazujući istinsko poštovanje prema pacijentu, razumijevajući da je oboljeli jedinstvena osoba u posebnoj situaciji i imajući urođenu želju da pomaže postići bolju kvalitetu života posebno u palijativnoj skrbi.(4)

2. Demencija

Demencija zapravo nije bolest nego sindrom - uobličen medicinski naziv za više bolesti, koje ne rijetko dolaze u kombinaciji. Karakterizirana je višestrukim kognitivnim deficitima, dolazi do oštećenja pamćenja, razmišljanja, razumijevanja, učenja, prosuđivanja. Navedena oštećenja dovode do promjena u kontroliranju emocija, socijalnom ponašanju ili motivaciji. Najpoznatija bolest koja dovodi do demencije je Alzheimerova bolest, čija učestalost počinje naglo rasti u dobi iznad 65 godine, ali neočekivano demencija se ponekad pojavljuje i kod mlađih osoba. Mnogi ljudi današnjice misle da je demencija određeni mentalni pad koji dolazi kao prirodni dio starenja, ali to nije istina. Danas je jasno dokazano da je razmišljanje u zdravoj starosnoj dobi svježe i očuvano čak i u vrlo poodmaklim godinama. Zapravo je postupno propadanje kognitivnih sposobnosti i pamćenja značajka većine demencija, no budući mozak kontrolira procese cijelog tijela, osim oštećenja pamćenja pojavljuje se i niz drugih fizičkih i psihičkih simptoma, poput inkontinencije, vizualne halucinacije i dr.(5)

Postoje četiri posebne karakteristike koje su jasni pokazatelji demencije i nikada ne izostaju, posebno kada se radi o Alzheimerovoj bolesti.

Četiri A odnosno četiri naziva koja opisuju neke od glavnih simptoma demencije:

- Amnezija

Amnezija se odnosi na gubitak pamćenja i često je najlakše vidljivi i najčešći znak Alzheimerove bolesti. Gubitak pamćenja kod Alzheimerove bolesti obično započinje kratkotrajnim pamćenjem i napreduje do pada dugoročnog pamćenja.

Postoje različite vrste amnezije, uključujući:

- **Retrogradna amnezija** je gubitak pamćenja koji je ograničen na razdoblje prije ozljede glave ili prije nego što se razvila bolest poput Alzheimerove bolesti. Retrogradna amnezija ometa sposobnost vraćanja uspomena koje su već bile pohranjene u mozgu.
- **Anterogradna amnezija** je gubitak pamćenja koji je prisutan za događaje koji se dogode ili informacije koje se daju nakon ozljede mozga ili razvoja

bolesti. Sposobnost stvaranja novih uspomena oslabljena je u anterogradnoj amneziji.(6)

- Afazija

Afazija je izraz koji se koristi za opisivanje oštećene komunikacije. Afazija se može klasificirati kao izražajna afazija (osoba ne može pronaći prave riječi ili ih može izgovoriti pogrešno) ili receptivna afazija (oštećena je sposobnost razumijevanja, primanja i tumačenja govora. Afazija se obično smatra oštećenjem govora i jezika, ali također može uključivati sposobnost čitanja i pisanja.

Demencija utječe i na izražajnu i na receptivnu afaziju. U ranim fazama demencije može doći do nekih blažih poteškoća s pronalaskom prave riječi. Kako demencija napreduje u kasnijim fazama, govor može postati besmislen i nemoguć za razumijevanje, a možda će biti teško odrediti koliko se onoga što kažete razumije.

Dakle, neverbalna komunikacija - važan aspekt međusobne interakcije kada je spoznaja netaknuta - postaje toliko važnija kada se komunicira s nekim tko živi s demencijom. To može uključivati osnovne taktike poput komunikacije osmijehom kako bi se uvjerilo voljenu osobu da ste tu da joj pomognete, kao i naprednije neverbalne pristupe poput demonstracije zadatka za koji se želi da je osoba dovrši, umjesto da joj se samo usmeno objašnjava što treba raditi.(6)

- Apraksija

Apraksija je deficit dobrovoljnih motoričkih sposobnosti. Iako je demencija prvenstveno poznata po tome što utječe na kognitivno funkcioniranje, ona također utječe na fizičku sposobnost tijela da funkcionira . Kako demencija napreduje, sposobnost obavljanja određenih svakodnevnih aktivnosti poput kupanja i odijevanja mogla bi opadati. Aktivnosti poput hodanja i prehrane postaju teže u kasnim fazama bolesti.

Zbog ovih promjena, ljudi koji imaju neki oblik demencije također imaju visok rizik od pada, a kad padnu, veći je rizik od loma kuka. Ako osoba ostane aktivnija što je dulje moguće, to može odgoditi neke fizičke promjene u apraksiji koje se razvijaju kod demencije.(6)

- Agnozija

Agnozija je oštećenje sposobnosti primanja ili ispravnog razumijevanja informacija od osjetila sluha, mirisa, okusa, dodira i vida. Na primjer, ljudi s Alzheimerovom bolešću često su manje sposobni prepoznati mirise ili razumjeti osjećaj punog mjehura. Oni također možda neće moći prepoznati voljene osobe kako bolest napreduje. Poteškoće u prepoznavanju ili tumačenju vizualnih oblika često su prisutne kod oboljelih.

Agnozija može biti i slušna, gdje je sluh netaknut, ali sposobnost interpretacije značenja zvuka je oslabljena. Prisutnost agnozije često je dio kognitivne procjene. Na primjer, jedan zadatak na ispitu za mini mentalno stanje (MMSE) zahtijeva od polaznika testiranja da preslika figuru petougla koji se presijeca. Poteškoća u ovom zadatku smanjuje ukupan broj bodova koje osoba postiže na ovom testu i može biti znak kognitivnog oštećenja.(6)

2.1. Delirij i demencija

Postoji također poremećaj naziva delirij koji može izgledati poput demencije, jer simptomi delirija i demencije mogu biti slični. Premda je demenciju i delirij teško razlikovati, a osoba može odjednom imati i jedan i drugi poremećaj. Zapravo, delirij se često javlja kod osoba s demencijom, ali epizode delirija ne znače uvijek da osoba ima demenciju. Dakle, procjena demencije ne bi se trebala raditi tijekom epizode delirija jer bi rezultati mogli zavarati.(7)

Demencija je progresivan pad pamćenja i drugih vještina razmišljanja zbog postupne disfunkcije i gubitka moždanih stanica. Razlike između simptoma delirija i demencije:

- **Nastup** - Početak delirija događa se u kratkom vremenu, dok demencija obično započinje s relativno manjim simptomima koji se s vremenom postupno pogoršavaju.
- **Pažnja** - Sposobnost zadržavanja koncentracije ili održavanja pažnje značajno je oslabljena delirijem. Osoba u ranoj fazi demencije općenito ostaje na oprezu i nije lako primjetno da osoba gubi koncentraciju.
- **Fluktuacija** - Pojava simptoma delirija može značajno i često varirati tijekom dana. Osobe s demencijom imaju bolje i lošije doba dana (bolje doba dana je u prijepodnevnim satima, a popodne često dolazi do „sindroma zalazećeg sunca“),

njihovo pamćenje i vještine razmišljanja ostaju na prilično konstantnoj razini tijekom dana.(7)

Delirij nastaje kada se ošteti normalno slanje i primanje signala između neurona u mozgu te može imati jedan ili više uzroka, poput kombinacije zdravstvenog stanja i toksičnosti nekog lijeka, no ponekad se ne može utvrditi točan uzrok. Mogući uzroci :

- Određeni lijekovi ili toksičnost lijekova
- Alkohol, droga
- Medicinsko stanje, poput moždanog udara, srčanog udara, pogoršanja bolesti pluća ili jetre ili ozljede od pada
- Metaboličke neravnoteže, poput niske razine natrija ili niske razine kalcija
- Teška, kronična ili terminalna bolest
- Groznica i akutna infekcija, osobito u djece
- Infekcija mokraćnog sustava, upala pluća ili gripa, posebno u starijih odraslih osoba
- Izloženost toksinu, poput ugljičnog monoksida, cijanida ili drugih otrova
- Pothranjenost ili dehidracija
- Nedostatak sna ili ozbiljna emocionalna nevolja
- Bol
- Operacija ili drugi medicinski postupci koji uključuju anesteziju(7)

Uzrok delirija kod osobe s demencijom je vrlo često prisutnost boli koju osoba ne može opisati, jer se vrlo često ne može sjetiti riječi „bol“, ili više ne zna značenje te riječi.(2)

2.2. Depresija i demencija

Ponekad se iza simptoma koji podsjećaju na simptome demencije zapravo krije depresija. Zbog depresivnog raspoloženja i nedostatka interesa, pacijent se ne koncentrira, ne obraća pažnju, pa se ne može prisjetiti stvari. U ovom slučaju, pacijentova pažnja i koncentracija poboljšavaju se primjenom antidepresiva. Depresivni pacijent upotrebljava vrlo malo napora da riješi jednostavnije probleme i izrazi svoju zaboravnost, osoba s demencijom s druge strane, pokušava i negira postojanje problema, objašnjava posljedice zaboravnosti, trivijalizira ono što se dogodilo, često reagira s bijesom kad se suoči sa svojim nedostacima.

Tipičan odgovor depresivnog pacijenta na pitanja iz testa zbog nedostatka motivacije je: „Ne znam", dok dementni pacijent može čak i pogrešno odgovoriti na pitanja, ali će pokušati surađivati. Depresivan pacijent preuveličava svoje prigovore i detaljno ih opisuje. U depresiji su kratkotrajna i dugotrajna oštećenja pamćenja gotovo jednaka, a kod demencije kratkotrajno oštećenje pamćenja je izraženije. U depresiji su struktura i sadržaj govora postojani i jasni, dok je kod demencije oboje narušeno. Depresivni pacijent može učiti i zapamtiti naučeno, nije zaboravan, što je u suprotnosti s pacijentom oboljelim od nekog oblika demencije.(2)

2.3. Vrste Demencije

Ukupno ima preko 50 različitih oblika demencije. Sudeći po dosadašnjem porastu, broj različitih tipova demencija će još rasti. Razlika između tih oblika se može podijeliti na primarni i sekundarni oblik demencije.(2)

2.3.1. Primarni oblici demencije

Primarni oblici demencije temelje se na neovisnim bolestima mozga. Smatraju se progresivnim i neizlječivim. Primarne demencije uključuju neurodegenerativne oblike, vaskularne oblike i miješane oblike.

- Alzheimerova demencija

Alzheimerova demencija - neurodegenerativni oblik - uzrokovana je abnormalnim naslagama proteina unutar i između živčanih stanica mozga. To dovodi do poremećaja u komunikaciji živčanih stanica, njihove smrti i smanjenja volumena mozga. Obično se javlja nakon 65 godine i polako napreduje. Posebni simptomi: oštećenje pamćenja, jezična oštećenja, učestala neprepoznavanja inače poznatih i bliskih osoba.(6)

- Demencija lewyevih tjelešaca

Slično Alzheimerovoj demenciji, demencija lewyevih tjelešaca također oštećuje mozak zbog štetnih naslaga proteina. Depoziti su ono što je poznato pod nazivom Lewyjeva tijela. Najčešće počinje tek u starosti. Posebni simptomi: fluktuacije pažnje i kognitivne

performanse, privremeni gubitak svijesti i opetovani padovi, vizualne halucinacije, parkinsonski poremećaji.(2)

- Parkinsonova bolest

Demencija Parkinsonove bolesti je pad razmišljanja i rasuđivanja koji se razvija kod mnogih ljudi koji žive s Parkinsonovom bolešću najmanje godinu dana nakon dijagnoze. Ključne promjene mozga povezane s Parkinsonovom bolešću su abnormalne mikroskopske naslage sastavljene uglavnom od alfa-sinukleina, proteina koji se nalazi u mozgu i čija normalna funkcija još nije poznata. Naslage se nazivaju "Lewyjeva tjelešca". Dokazi sugeriraju da su Lewyjeva tjelesna demencija, Parkinsonova bolest i Parkinsonova bolest demencija možda povezane s istim temeljnim abnormalnostima u obradi mozga alfa-sinukleina. Posebni simptomi: halucinacije kod osobe koja još nema druge simptome demencije, pretjerana dnevna pospanost, parkinsonov obrazac simptoma poznat kao posturalna nestabilnost i poremećaj hoda, što podrazumijeva "smrzavanje" u pola koraka, poteškoće u pokretanju koraka, probleme s ravnotežom, padovi.(6)

- Frontotemporalna demencija

Frontotemporalna demencija nastaje zbog degeneracije određenih regija mozga, samo ime otkriva de se radi o frontalnom i temporalnom režnju, najčešće bolest nastupa prije 65. godine. Posebni simptomi: osobnost se mijenja, poremećaji govora, kretanja i ponašanja, stalno ponavljanje pokreta i radnji, promjene navika u prehrani(6)

- Huntingtonova bolest

Huntingtonova bolest (HD) progresivni je poremećaj mozga uzrokovan neispravnim genom. Ova bolest uzrokuje promjene u središnjem dijelu mozga, koje utječu na kretanje, raspoloženje i vještine razmišljanja. Simptomi Huntingtonove bolesti obično se razvijaju između 30. i 50. godine, no mogu se pojaviti već u dobi od 2 ili čak u 80. godini. Posebni simptomi: nekontrolirano kretanje ruku, nogu, glave, lica i gornjeg dijela tijela. Huntingtonova bolest također uzrokuje pad vještina razmišljanja i zaključivanja, uključujući pamćenje, koncentraciju, prosudbu i sposobnost planiranja i organiziranja.(2)

- Vaskularne demencije

Oko 20% svih demencija su vaskularne demencije. Oštećene su živčane stanice zbog poremećaja cirkulacije u cerebralnim žilama, što onima koji su pogođeni ovom bolešću

uzrokuje nepovratno oštećenje mozga. Zbog toga je vaskularna demencija neizlječiva. Vaskularne demencije temelje se na vaskularnim promjenama u mozgu. Te promjene dovode do poremećaja cirkulacije i srčanih udara u pogođenim područjima mozga. To zauzvrat dovodi do smrti ovdje prisutnih stanica. Visoki krvni tlak i druge kardiovaskularne bolesti povećavaju rizik od razvoja vaskularne demencije. Obično počinju iznenada i u starosti. Posebni simptomi: postupno pogoršanje i fluktuacije simptoma, emocionalna nestabilnost, može doći do paralize, poremećaja hodanja i poremećaja govora.(6)

- Mješoviti oblici

Mješoviti oblici neurodegenerativne i vaskularne demencije vrlo su česti, osobito u starosti.(2)

2.3.2. Sekundarni oblici demencije

Oko 10% svih demencija su reverzibilni sekundarni oblici demencije. Nastaju kao posljedica drugih bolesti i izlječive su. Otrovanje, dehidracija, hipotireoza, nedostatak vitamina B12, depresija i moždani tumori mogu biti uzroci reverzibilne sekundarne demencije. Kronični alkoholizam može dovesti i do tih sekundarnih simptoma demencije. Prekomjerna konzumacija alkohola može dovesti do Korsakoffog sindroma.(2)

- Korsakoffov sindrom

Kronični poremećaj pamćenja uzrokovan ozbiljnim nedostatkom tiamina (vitamin B-1), najčešće je uzrokovan zlouporabom alkohola, ali i određena druga stanja također mogu uzrokovati sindrom. Tiamin pomaže moždanim stanicama da proizvode energiju iz šećera. Kada razina padne prenisko, moždane stanice ne mogu generirati dovoljno energije za pravilno funkcioniranje. Liječenje oralnim tiaminom, drugim vitaminima i magnezijem može povećati izglede za povlačenje simptoma. Posebni simptomi: problemi s učenjem novih informacija, nemogućnost pamćenja nedavnih događaja i dugotrajne praznine u pamćenju, konfabulacije, halucinacije. Poteškoće s pamćenjem mogu biti zapanjujuće ozbiljne, ali ne moraju biti prisutne poteškoće s razmišljanjem i socijalnim vještinama.(2)

2.3.3. Ostali oblici demencije

Demencija se može povezati i sa pojedinim bolestima koje napadaju mozak ili neizravno utječu na rad mozga, često u relativno mladoj dobi:

- Pickova bolest je degenerativni poremećaj mozga, do kojeg dolazi uslijed pomanjkanja enzima sfingomijelinaze.
- Creutzfeldt-Jakobova bolest izaziva ozbiljne promjene mozga koje u kratkom vremenu dovode do teške demencije i smrti. Varijanta ovoga je takozvana bolest kravlje ludilo ili BSE (goveđa spongioformna encefalopatija).
- Pacijenti sa AIDS-om mogu razviti stanje demencije kao rezultat izravne infekcije mozga virusom HIV-a.

Demencija se može primijetiti i kod brojnih drugih bolesti poput epilepsije, infekcije bakterijom borelije (prenosi krpeljima), multiple skleroze, nedostatka vitamina B12, izrazito smanjenog rada metabolizma ili u nezgodama (traume) i trovanjima koje za rezultat imaju teško oštećenje mozga. Dugotrajno zlouporaba alkohola često dovodi do demencije, loša prehrana ili bilo što drugo što bi rezultiralo oslabljenom funkcijom mozga.(6)

2.4. Alzheimerova bolest

Sve je više uzroka demencije, ali i dalje je najčešći uzrok upravo Alzheimerova bolest koja čini 60-80% slučajeva. Upravo zbog najvećeg postotka oboljenja od Alzheimerove bolesti koja dovodi do demencije posvećuje se u ovom radu nešto više pažnje i govora o njoj.

Alzheimerova bolest dovodi do smrti neurona i gubitka tkiva u cijelom mozgu. Vremenom se mozak dramatično smanjuje, što utječe na gotovo sve njegove funkcije. Između živčanih stanica nakupljaju se naslage, abnormalne nakupine fragmenata, odnosno plakova beta-amiloidnog proteina, a unutar mrtvog i umirućeg neurona nalaze se nakupine tau proteina. Nakupine mogu blokirati signal od stanice do stanice u sinapsama. Oni također mogu aktivirati stanice imunološkog sustava koje pokreću upalu i proždiru onesposobljene stanice. Plakovi i nakupine imaju tendenciju širenja korteksom u predvidljivom obrascu kako nam je poznato da Alzheimerova bolest napreduje. Stopa napredovanja uvelike varira.(6)

U prosjeku, osoba oboljela od Alzheimerove bolesti živi četiri do osam godina nakon dijagnoze, ali može živjeti i 20 godina, ovisno o ostalim čimbenicima. Tijek bolesti djelomično ovisi o dobi u kojoj je dijagnosticirana bolest te o mogućem postojanju drugih zdravstvenih tegoba. Najprije počinju se stvarati naslage i plakovi u područjima mozga koji su odgovorni za učenje i pamćenje, razmišljanje i planiranje. Kasnije se kod oboljelih osoba razvijaju problemi s pamćenjem ili razmišljanjem dovoljno ozbiljno da ometaju posao ili društveni život. Kako bolest napreduje pojedinci mogu doživjeti promjene u osobnosti i ponašanju i imati problema s prepoznavanjem prijatelja i članova obitelji. Sve češće se javljaju poteškoće u vezi govora i razumijevanja govora, polako se gubi osjećaj percepcije i orijentacije odnosa tijela i predmeta u okolini. U uznapredovanoj Alzheimerovoj bolesti većina korteksa ozbiljno je oštećena. Mozak se dramatično smanjuje zbog sve većeg broja odumrlih neurona. Pojedinci potpuno gube sposobnost komunikacije, prepoznavanja prijatelja i voljenih, javljaju se poteškoće s hranjenjem, pokretljivosti te sve više postaju ovisni o pomoći drugih.(6)

2.5. Faze Demencije

U svakodnevnom govoru uobičajeno je govoriti o razvoju demencije u tri faze: blag, umjeren i težak stupanj demencije, no i ta tri oblika mogu se raščlaniti u još konkretnije faze. Izuzetno je važno za pacijenta, njegovatelje i rodbinu prepoznati u kojoj se fazi demencije oboljela osoba nalazi. O tome ovise i metoda komunikacije, njege i pomoći. Tijek i razvoj demencije može se raščlaniti u pet faza koje se međusobno mogu razlikovati u nekim simptomima ovisno o vrsti demencije s kojom se osoba suočava. U nastavku će se ukratko razmotriti svaki stadij demencije.(2)

- Rana demencija

Neki će simptomi u početku biti teško prepoznati. Poteškoća u apsorpciji novih informacija može se shvatiti kao reakcija na umor. Oboljela osoba također ne priznaje svoje probleme, čini se da ih ne primjećuje. Liječnici ovo stanje nazivaju anosognosia - nemogućnost biti svjestan bolesti. To je neurološko stanje koje je izvan vaše kontrole. Stoga bi njegovatelj to trebao imati na umu i ne pokušavati prisiliti bilo što ili silom dokazivati suprotno od onog što tvrdi osoba s demencijom. To može izazvati frustraciju, pa čak i agresiju. Za vrijeme rane

demencije pravi je čas da se nauči što više o osobi koja boluje od nekog oblika demencije. Primjerice u koje vrijeme voli prati kosu, preferira li tuš ili kadu, što obično jede za doručak i slično. Na taj način njegovatelj može naučiti pacijentovu rutinu i primjenjivati je u vrijeme kada je demencija teža. To omogućava da se oboljela osoba osjeća sigurno - red u kući, u dnevnom rasporedu, može neutralizirati kaos u glavi uzrokovan bolešću. Zbog činjenice da mozak u početnoj fazi ima velikih problema s pamćenjem novih informacija, njegovatelj bi trebao uzeti u obzir da će pacijent postaviti jedno pitanje deset, petnaest ili dvadeset puta dnevno. Prirodna reakcija u takvim situacijama je razdražljivost. Međutim, korisno je da njegovatelj odgovori mirno, kao da je pitanje čuo tek prvi put. Iritacija može izazvati osjećaj krivnje kao i sve veće nepovjerenje od strane pacijenta kad demencija uzme maha.(6)

- Umjerena demencija

Obično se dijagnoza postavlja u fazi umjerene demencije - u ovom trenutku obitelj odlučuje potražiti pomoć stručnjaka. Ovo je vrijeme kada bolesna osoba može izgubiti zaplet, on ulovi samo one jedine riječi koje upućuje tijekom razgovora. Stoga njegove izjave njegovatelju ne moraju imati previše smisla. Uz to, može se primijetiti da se pacijent lako petlja u obavljanju određenih aktivnosti koje su već izvedene. Na primjer, uvijek jedu kad su u kuhinji. Međutim, u ovom trenutku može nastupiti i gladovanje - napomenuti misli da je već pojeo. Umjerena demencija u mozgu počinje stvarati vlastitu stvarnost koja se ne podudara s onim što se zapravo događa. Stoga u ovoj fazi mogu postojati situacije u kojima pacijent počne govoriti o stvarima koje se nisu dogodile. Na primjer, optužiti će susjeda, člana obitelji ili drugu osobu koja ga posjećuje za krađu ako ne može pronaći svoje ključeve, papuče ili daljinski upravljač. Bolesni mozak kombinira činjenice sasvim drugačije od zdravog organa. Njegovatelj može, dakle, doživjeti od strane oboljele osobe uvjeravanja i zaključke koji bi mogli biti vrlo nelogični. U takvim je situacijama potrebno ostati miran, a ne tvrditi da pacijent laže. Dovoljno je odvojiti nekoliko trenutaka i pronaći izgubljeno te pokazati pronađeni predmet osobi s demencijom. To će je sigurno moći smiriti.(6)

Važno je i komunicirati s pacijentom na najjednostavniji mogući način, po mogućnosti pokazati im predmete i ujedno ih imenovati. Isto je i s ljudima. Umjesto predstavljanja riječima: „To sam ja", bolje je reći „To sam ja, Ana, tvoja kći". Na taj način osoba s demencijom prima potrebne informacije bez da se od nje zahtijeva kako bi to trebala i sama

znati. Stadij umjerene demencije jest vrijeme kada je osoba s demencijom vrlo zbunjena. Ne mora nužno prepoznati niti jedan predmet u svojim rukama, a kamoli članove svoje obitelji. Međutim, treba imati na umu da je osoba u ovoj fazi demencije još uvijek u stanju obavljati primjerice osobnu higijenu i ne treba joj pomoć oko osnovnih aktivnosti. Ukoliko joj njegovatelj ili član obitelji ipak pokušava pomagati može izazvati iritaciju i agresivno ponašanje pacijenta.(3)

- Kasna umjerena demencija

Ovdje postaje sve teže komunicirati s nekim tko ima demenciju. Više se ne vraća u prošlost, kao u prethodnoj fazi - živi u sadašnjosti, usredotočujući se samo na podražaje, koji se, međutim, ne mogu apsorbirati u prevelikim količinama. Pacijent se usredotočuje na jedno: okus, dodir ili osjećaj. Stoga nije neuobičajeno primijetiti da ne sudjeluje u razgovoru, već se bavi samo salvetama na stolu. To je ujedno i vrijeme kada je vrijedno ograničiti kontakte sa većim brojem sugovornika. Što je više ljudi u sobi, to je manja mogućnost bilo kakve interakcije. U takvim se situacijama bolesna osoba mora suočiti s previše podražaja, što može izazvati ekstremne reakcije. U kasno - umjerenoj demenciji također se zamagljuju granice takozvanih dobrih manira. Bolesna osoba ne kuca prije nego što uđe u sobu i čak je u stanju izvući predmet prema kojem pokaže zanimanje iz nečijih ruku. Tada nikakav ukor ili opomena neće pomoći, jer osoba djeluje pod utjecajem bolesti i nije svjesna svog stanja i ponašanja. Pacijent također ima sve više poteškoća s izražavanjem. Njegovatelj može u tim situacijama lako uočiti frustraciju i sve veću agresivnost. Stoga mirne reakcije i blag govor mogu biti izuzetno korisni. Iako bolest uma napreduje, oboljeli još uvijek imaju puno energije. U nekim situacijama, koje su obično povezane s emocijama, oboljeli može podići i teže predmete kojima može uzrokovati mnoštvo problema. Stoga bi skrbnik trebao voditi računa o različitim okolnostima i uvijek biti spreman na bilo što. Također je vrijedno zapamtiti da tijelo osobe koja pati od demencije također različito doživljava podražaje. Voda, koja može biti topla za zdravu osobu, biti će recimo ledeno hladna za bolesnu osobu. Stoga su ključni nježnost prilikom pranja i dobar osjećaj za primjećivanje i prepoznavanje reakcija. Ako se primijete česte nervozne reakcije na tuširanje ili kupanje, može se pokušati izostaviti i primijeniti proizvode koji čiste kožu bez upotrebe vode. To može ublažiti ili smanjiti stres prilikom kupanja.(6)

- Napredna demencija

Ovo je faza u kojoj se osoba s demencijom ne može nositi bez stalne pomoći njegovatelja. Čak i najjednostavnije aktivnosti poput hodanja postaju teže. Mozak je odgovoran za slanje poruka mišićima - ali mozak ne radi ispravno. Povezan je i s gubitkom ručnih vještina. Veoma je teško pričvrstiti gumbe ili čak držati vilicu. Stoga je pomoć skrbnika u ovom slučaju nezamjenjiva. Također, možda se neće razumjeti razumijevanje određenih gesta, poput kimanja. Njihovo izvođenje, zauzvrat, može biti mehaničko. Stoga skrbnik mora biti dobar promatrač i tumač postupaka bolesne osobe. To je i vrijeme kada bolesni provode većinu dana u krevetu, a nemaju snage za ustajanje. Inkontinencija mokraće, koja se vjerojatno dogodila i ranije postaje sve mučnije. Stoga je potrebno upotrijebiti upijajuće predmete za laganje, kao što su higijenski ulošci ili anatomske pelene. Upotreba odgovarajućih proizvoda može zaštititi pacijenta od nelagode, iritacije ili opekotina.(6)

- Duboka demencija

U teško dementnom stanju, bolesna osoba više ne prepoznaje stvarnost oko sebe. Ljudi, predmeti - sve se čini čudnim. Međutim, neki poznati mirisi, zvukovi ili glasovi mogu biti utješni. Zato je vrijedno razgovarati s rođacima koji pate od demencije u takvim vremenima. Ovaj stupanj demencije karakterizira značajna neaktivnost i bespomoćnost. Osoba ima poteškoće u kontroli urina i stolice. Mnogi ljudi nisu u mogućnosti kontrolirati svoje pokrete, pa imaju poteškoće s držanjem čaše i prinošenjem ustima. Neki imaju probleme s ravnotežom i poteškoće s hodom i trebaju invalidska kolica. (6)

Vremenom se mogu primijetiti sve veći problemi s gutanjem i disanjem. To je uzrokovano uništenjem drugih centara u mozgu. Pojavljuju se česta gušenja i poteškoće s kašljem. Stoga je potrebno pažljivo promatranje i pomoć. U ovoj fazi, izuzetno je korisna stimulacija cirkulacije kože, kao i nježno tapkanje po leđima kako bi se bolesniku pomoglo iskašljati sekret iz dišnih putova. U tu svrhu njegovatelj može izvesti i nježnu masažu uz korištenje ulja za regeneraciju kože. Masaža ima i smirujući učinak,(6)

Razvoj demencije može potrajati godinama - teško je predvidjeti kada će napredovati u sljedeću fazu. Stoga je vrlo potrebno promatrati pacijenta, što će njegovatelju omogućiti da reagira u svakom trenutku na odgovarajući način, primjereno situaciji. U ovoj fazi većina je bolesnika ovisna o opsežnoj skrbi i većina treba živjeti u ustanovi gdje je omogućena njega kroz 24 sata, jer će teret skrbi biti veći nego što članovi obitelji mogu nositi.(4)

3. Dijagnostika i farmakologija

3.1. Dijagnostika

Dijagnosticiranje demencije nije lako. Promjene ponašanja mogu imati mnogo različitih uzroka. Liječnik obiteljske medicine provodi pregled, identificira pritužbe i po potrebi osobu šalje stručnjaku. Demencija se još uvijek ne može izliječiti. Ipak, važno je dobiti dijagnozu. Potvrđenom dijagnozom, osoba s demencijom ima pravo na pomoć i podršku. Što se prije uspostavi dijagnoza, to bolje. Rana dijagnoza povećava vjerojatnost da će eventualno liječenje pomoći stabilizirati, usporiti ili ublažiti bolest.(6)

- Pregled od strane liječnika obiteljske medicine

Jasnoća oko dijagnoze demencije započinje s liječnikom obiteljske medicine. U mnogim će slučajevima dijagnozu demencije obiteljski liječnik postaviti sam. Postavlja niz pitanja kako bi utvrdio postoje li poteškoće, između ostalog s memorijom, orijentacijom i govorom. Za to može koristiti Mini mental test (MMSE). Ako se pokaže da nešto nije u redu, pokušat će pronaći uzrok. Na primjer, može pretragom urina i krvi utvrditi može li postojati poremećaj hormona štitnjače, nedostatak vitamina, nepravilna upotreba lijekova ili depresija. Ako se te sumnje isključe može se nastaviti na daljnje pothvate za utvrđivanje demencije. U tu svrhu će liječnik sigurno razgovarati s nekim iz obitelji pacijenta i uzeti tako zvanu heteroanamnezu.(2)

Obitelj će kroz razgovor izvijestiti liječnika postoje li problemi u pamćenju, govoru i promjene u ponašanju ako su nešto primijetili kod svojeg člana obitelji. Nakon pregleda i uzimanja heteroanamneze, obiteljski liječnik ponekad ponovi pregled i heteroanamnezu nakon određenog vremena. Time se utvrđuje jesu li poteškoće i poremećaji u pogoršanju. Uvid u postojeće pogoršanje potvrđuje sumnju u postojanje demencije. Ukoliko postoji nedoumica pacijent će se uputiti na specijalističke pretrage, ako obiteljski liječnik smatra da je potreban opsežniji pregled, pacijenta obično upućuje specijalistu na neurološki ili psihijatrijski pregled.(2)

- Pregled od strane specijaliste

Specijalist može potvrditi dijagnozu odnosno može utvrditi bolest koja uzrokuje demenciju, poput Alzheimerove bolesti. Mogu se provesti dodatna istraživanja, primjerice s

MR ili CT mozga. Snimanjem EEG-a se mogu isključiti određene vrste upalnih procesa ili epilepsije uslijed pojave iznenadnih demencija. Također i specijalisti rade testove poput MMSE (Mini Mental Test) ili HIS (Hachinski Ishaemias Scale). Na temelju tih ispitivanja može se isključiti postojanje sekundarne, uglavnom vaskularne demencije, pa tada se može pretpostaviti da pacijent ima primarnu demenciju. Osim utvrđivanja vrste demencije MMSE-om se izračunava stupanj mentalnog oštećenja, što podrazumijeva vrednovanje odgovora na jednostavna pitanja, jednostavne usmene i pisane zadatke za crtanje (poput crtanja sata).(2)

3.2. Farmakologija

Iako ne postoji lijek za demenciju niti način da se zaustavi ili uspori njezino napredovanje, postoje lijekovi koji mogu pomoći bar u ranijim fazama bolesti u ublažavanju ili uklanjanju simptoma poput gubitka pamćenja i zbunjenosti. Razumijevanje dostupnih mogućnosti može pomoći osobama koje žive s bolešću i njihovim skrbnicima da se nose sa simptomima i poboljšaju kvalitetu života. Iako trenutni lijekovi ne mogu zaustaviti štetu koju demencija uzrokuje na moždanim stanicama, oni mogu pomoći u smanjenju ili stabiliziranju simptoma na ograničeno vrijeme utječući na određene kemikalije uključene u prenošenje poruka među živčanim stanicama mozga. (2)

3.2.1. Lijekovi za ranu do umjerenu fazu

Svi lijekovi koji su trenutno odobreni za liječenje simptoma demencije u ranoj do umjerenoj fazi potječu iz klase lijekova koji se nazivaju inhibitori holinesteraze. Inhibitori holinesteraze propisani su za liječenje simptoma koji se odnose na pamćenje, razmišljanje, govor, prosudbu i druge misaone procese.(2)

Uz navedeno, inhibitori holinesteraze:

- Spriječavaju razgradnju acetilkolina važnog za učenje i pamćenje, odnosno podržavaju komunikaciju između živčanih stanica održavanjem acetilkolina visokim.
- Usporava pogoršanje simptoma. Učinkovitost ovog lijeka se razlikuje od osobe do osobe.

- Općenito se dobro podnose. Ako se pojave nuspojave, one obično uključuju mučninu, povraćanje, gubitak apetita i povećanu učestalost stolice. Izričito se preporučuje da liječnik s iskustvom u primjeni ovih lijekova nadgleda pacijente koji ih uzimaju i da se strogo poštuju preporučene smjernice.(2)

Često se propisuju tri inhibitora holinesteraze:

- **Donepezil** koji je odobren za liječenje svih stadija bolesti.
- **Galantamin** odobren za blage do umjerene faze.
- **Rivastigmin** odobren za blagu do umjerenu fazu, kao i za blagu do umjerenu demenciju povezanu s Parkinsonovom bolešću.(2)

3.2.2. Lijekovi za liječenje umjerene do teške faze

Lijek generičkog imena memantin te kombinacija memantina i donepezila se koristi za liječenje umjerene do teške faze demencije. Memantin je propisan za poboljšanje pamćenja, pažnje, govora i sposobnosti za obavljanje jednostavnih zadataka. Može se koristiti samostalno ili s drugim načinima liječenja demencije.(6)

Memantin:

- Regulira aktivnost glutamata, kemijske tvari koja sudjeluje u obradi, pohrani i pronalaženju podataka.
- Poboljšava mentalnu funkciju i sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti kod pojedinih ljudi.
- Može izazvati nuspojave, uključujući glavobolju, zatvor, zbunjenost i vrtoglavicu.(2)

3.2.3. Lijekovi za ublažavanje bihevioralnih simptoma

Neki lijekovi koji se obično koriste za liječenje bihevioralnih i psihijatrijskih simptoma kod demencije, uključuju slijedeće:

Antidepresivi za loše raspoloženje i razdražljivost:

- Citalopram
- Fluoksetin
- Paroksein
- Sertralin
- Trazodon

Anksiolitici za anksioznost, nemir, verbalno ometajuće ponašanje i otpor:

- Lorazepam
- Oksazepam

Antipsihotici – liječenje halucinacije, agresiju, uznemirenost, neprijateljstvo i nekooperativnost:

- Aripiprazol
- Klozapin
- Haloperidol
- Olanzapin
- Kvetiapin
- Risperidon
- Ziprasidon

Odluku o upotrebi antipsihotika treba razmotriti s iznimnim oprezom. Istraživanja su pokazala da su ti lijekovi povezani s povećanim rizikom od moždanog udara i smrti kod starijih odraslih osoba s demencijom. (8)

Na temelju znanstvenih dokaza, osobe s demencijom trebale bi koristiti antipsihotike samo pod jednim od sljedećih uvjeta:

1. Simptomi ponašanja posljedica su manije ili psihoze.

2. Simptomi predstavljaju opasnost za osobu ili druge.
3. Osoba trpi neutješnu ili trajnu nevolju, značajan pad funkcije ili značajne poteškoće u pružanju potrebne njege.(2)

Antipsihotični lijekovi ne smiju se koristiti za smirivanje ili obuzdavanje osoba s demencijom. Minimalnu dozu treba koristiti za minimalno moguće vrijeme. Neželjene nuspojave zahtijevaju pažljivo praćenje.(8)

Iako su antipsihotici najčešće korišteni lijekovi za agitaciju, neki liječnici mogu propisati stabilizator raspoloženja, kao što je Karbamazepin.(2)

4. Zdravstvena njega osoba s demencijom

Unatoč opsežnim istraživanjima, trenutno ne postoji lijek za demenciju i ne postoji učinkovita strategija prevencije, što kvalitetnu njegu čini važnom komponentom liječenja. Medicinske sestre ne mogu na odgovarajući način brinuti o pacijentima bez osnovnog sastojka skrbi - empatije. Jedan od opisa empatije je „razumijevanje, dijeljenje i stvaranje unutarnjeg prostora za prihvaćanje druge osobe, čime im se pomaže da se osjećaju shvaćenima i da nisu same“. Empatija je nužna komponenta svih bližnih odnosa. Ako nedostaje empatije, medicinske sestre nisu u stanju razumjeti pacijentovu perspektivu, stvoriti povjerenje i pružiti skrb orijentiranu na osobu s demencijom. Ukoliko sestra posjeduje tu veliku kvalitetu - empatiju prema osobi o kojoj skrbi, vještinu komunikacije i pridobivanja suradnje osoba s demencijom će lako steći. U ranim fazama demencije s nekima oboljelim osobama se može relativno normalno funkcionirati. Kako demencija napreduje, javljaju se specifičniji simptomi (kao što jesu poteškoće s govorom i jezikom, loša prosudba i nedostatak orijentacije).(5)

Poteškoće sa zadacima osobne higijene (poput kupanja) i ostalim svakodnevnim zadacima (kuhanje, kupovina i upravljanje novcem) mogu postati očigledni. Često postoje trajne promjene i u osobnosti i ponašanju. Osobe s demencijom mogu se smatrati agresivnima, nekooperativnima i nepredvidljivima. Mogu se pojaviti halucinacije i zablude. Ova "zabrinjavajuća ponašanja" i druga najbolje možemo klasificirati kao 'bihevioralni i psihološki simptomi demencije'. Svi znakovi i simptomi su rezultat progresivnog oštećenja mozga. Na primjer, disfunkcija memorije, nestabilne promjene raspoloženja i osobnosti. Promjene koje dovode do neraspoloženog ponašanja nisu namjerni pokušaji da oboljeli budu teški drugima ili da uznemire njegovatelje.(2)

4.1. Uloga medicinske sestre kod osoba s demencijom

Postoji nekoliko koraka po kojima medicinska sestra može pridobiti povjerenje pacijenta i time uvelike olakšati izvršavanje medicinsko-tehničkih zahvata i zdravstvene njege osobama s demencijom. Komunikacija s oboljelom osobom i njezinom obitelji, temelj je za kvalitetnu skrb i njegu. Skrb mora biti usklađena s izborima i voljom pojedinca a ostvaruje se upravo dobrom komunikacijom. Zdravstvena skrb je cjelovita tek kada u njoj sudjeluje uz

samu oboljelu osobu i obiteljski njegovatelj (ili zaposleni njegovatelj) i medicinska sestra. Kulturne perspektive funkcioniranja i ponašanja u raznim stadijima demencije mogu jako varirati. Učinkovitost skrbi ovisi uvelike o sposobnosti komunikacije, što predstavlja izazov, kako medicinskoj sestri tako i onima koji žive s oboljelom osobom. Postoji nekoliko komunikacijskih tehnika koje pomažu i olakšavaju komunikaciju s osobom koja ima demenciju:

• Predstaviti se imenom

• Obratiti se osobi imenom koje ona/on preferira

• Prilaziti osobi sprijeda

• Razgovarati s osobom u razini očiju

• Govoriti polako i smireno koristeći kratke i jednostavne riječi

• Ostaviti dovoljno vremena da osoba odgovori

• Usredotočiti se na osjećaje osobe, a ne na činjenice

• Koristiti ugodan ton glasa

• Biti strpljivi, fleksibilni i razumljivi

• Izbjegavati ometanje osoba dok govore, jer mogu izgubiti tok misli

• Dopustiti osobama s demencijom da prekidaju druge i da zaboravljaju što žele reći

• Ne dopuštati ometanje tijekom komunikacije (npr. može se isključiti radio ili se premjestiti na mirnije mjesto za razgovor)

• Povećati upotrebu gesta i ostalih neverbalnih poruka

• Kada je zdravstvena pismenost niska, jednostavna usmena objašnjenja mogu biti učinkovitija nego pisane informacije.(3)

Medicinska sestra treba imati vještinu promatranja i prepoznavanja značenja ponašanja osoba s demencijom, uključujući i reakcije na svakodnevnu njegu jer sve što oboljela osoba čini može imati oblik komunikacije. Na primjer:

• Kada osoba koja više puta odbija određenu hranu ili piće to može značiti da ne voli baš tu vrstu hrane.

Jednostavna promjena hrane može eliminirati odbijanje jela. Ukoliko se nastavi odbijanje hrane, moguće je da osoba ima problema s gutanjem. Ovo može zahtijevati hranjenje potpomognuto od strane sestre ili njegovatelja.

• Može biti da osoba koja se opire odijevanju ima bolove uzrokovane artritisom. Kontroliranje boli i / ili minimiziranje fizičkih pokreta koji uzrokuju bol mogu umanjiti ovakvo ponašanje.

• Osoba koja kao da puno toga pogrešno razumije ili ne reagira kad se razgovara s njom može značiti gubitak sluha. Uporaba slušnih pomagala može riješiti problem nagluhosti.

• Osoba koja se opire kupki može se osjećati napadnuto kad netko pokuša pomoći skinuti odjeću. Usmjeravajući pogled osobe na kadu, puštajući vodu za kupanje prije svlačenja odjeće, topla kupaonica može pogodno djelovati da se osoba počne sama razodijevati.(5)

4.2. Zdravstvena njega osoba s demencijom u bolnici

Pravilna komunikacija igra ključnu ulogu u uspješnom radu bolničkog osoblja s osobama s demencijom. Osobe s demencijom opetovano pate od pogoršanja zdravstvenog stanja. Primarni fokus zdravstvene njege u bolnici je na akutnoj bolesti ili ozljedama, dok je demencija samo "sekundarna medicinska dijagnoza". Suočavanje s demencijom je još uvijek na mrtvoj točki u bolničkom sustavu. Teško da postoji bilo kakva obuka o tome kako ostvariti suradnju s osobama s demencijom u bolnici.(2)

Bolničko okruženje obično je bučno i ubrzano i stoga je takvo okruženje vrlo teško za ljude s demencijom. Međutim, razni detalji pacijentove okoline se mogu koristiti za pružanje praktične pomoći - na primjer, vjerojatnije je da će pacijenti ostati kontinentni i samostalno obavljati eliminaciju ako su toaleti jasno označeni. Bilo u bolnici ili kući, prilagođavanje okoline može rezultirati povoljnijim uvjetima za osobe s demencijom. Ovo uključuje:

- Usporavanje i smirivanje ritma, na primjer prilikom planiranja njege, zaustavljanje na razgovor s pacijentom i izbjegavanje žurbe u njegovoj blizini;
- Osigurati obilje svjetlosti;
- Osigurati da okolina pacijenta stvara udobnost (npr. korištenjem mekog namještaja prigušenih boja)

- Usmjeravanje pacijenata putem jasnih znakova za zahode, spavaće sobe i kuhinjske prostore.(2)

Dizajn također može olakšati neovisnost: upotreba kontrastnih boja za ocrtavanje okvira vrata i odvojenih područja pomoći će pacijentima da se lakše orijentiraju i kreću po odjelu bez rizika. Slično tome, postavljanje osobnih predmeta poput fotografija kraj kreveta i korištenje natpisa s imenima na vratima spavaće sobe pomoći će im da identificiraju vlastiti prostor. Razumljivo je da se u bolnici preko noći događaju nepredvidive situacije, ali za osobe s demencijom za kvalitetan odmor potrebno je minimizirati nepotrebne smetnje noću koliko je to moguće.(2)

Većina ljudi radije ne bi bila izložena pred neznancem, no kod osoba s demencijom to se traži kada im se pokušava pomoći prilikom osobne higijene. Veliki se doprinos rješavanju ovog zahtjeva krije u tome ako medicinske sestre koriste topao, umirujući pristup i osiguravaju da je pacijentovo tijelo pokriveno što je više moguće. Pacijenti s demencijom često su vrlo ovisni i potrebna im je individualna njega, posebno za prehranu i unos tekućine, a još više kad pate od delirija. Međutim, realnost u hrvatskim bolnicama je takva da mnogi akutni i kirurški odjeli u kojima su starije osobe s demencijom trenutno nemaju dovoljno osoblja, suočeni smo s velikim deficitom medicinskih sestara. Također može biti manjak liječnika i fizioterapeuta u odnosu na broj pacijenata. To može izravno povećati rizik od štetnih događaja - osobito padova, pogrešaka u propisivanju lijekova, loše prehrane, infekcije dišnih putova, dehidracije i dr.(6)

Ukratko, bolesnici s demencijom skloni su nizu okolnosti i faktora u modernim akutnim bolnicama koji rezultiraju štetnim događajima, uključujući gerijatrijske sindrome delirija, padova, nepokretnosti, inkontinenciju i opadanje funkcionalnosti. To može dovesti do nizanja međusobno povezanih problema, što rezultira daljnjom ovisnošću, institucionalizacijom ili smrću u bolnici. Nedostatkom boljih rješenja uputno je osobu s demencijom hospitalizirati samo u najnužnijim slučajevima, kako bi se time smanjili rizici štetnih događaja na najnižu moguću razinu. Najbolji ishod skrbi za osobe s demencijom se postiže da se osoba njeguje u vlastitom domu dok god je moguće ostvarivati kvalitetnu kućnu njegu.(2)

4.3. Zdravstvena njega osoba s demencijom u kući

Jedan od izazova za medicinsku sestru u zajednici jest skrb o osobi s demencijom, uz izvrsno razumijevanje patologije koja se razvija kod demencije, jest i potreba za visokom

razinom vještina procjene - ne samo testova na papiru - već i za promatranje i prepoznavanje potreba bolesnika i okoline u kojoj živi.(3)

Preporuka je da se osobe s demencijom što dulje zadrže u vlastitom domu, stoga je uloga medicinske sestre u patronažnoj službi od ključne važnosti u obliku podrške u organizaciji samoj osobi i njezinoj obitelji. To zahtijeva razne vještine, jer se trebaju uzeti u obzir emocionalne potrebe njegovatelja - obitelji, kao i osobe s demencijom. Jedan od učinaka demencije je da se osoba može osjećati kao da gubi kontrolu, zbog čega može pružati otpor i ne prihvaćati stručnu pomoć. Međutim, prelazak u kućno okruženje za njegu može ubrzati osjećaj gubitka kontrole. Osiguravanje da je osoba profesionalno zbrinuta, u njezinom vlastitom domu, u okruženju u kojem se osjeća ugodno i pod kontrolom i u kojem je u stanju samostalno donositi odluke i održavati poznate rutine, može imati vrlo pozitivne ishode. Profesionalni njegovatelj može raditi zajedno s njima, brinući se o njihovim zdravstvenim potrebama uz dodatnu podršku patronažne sestre kada je to potrebno.(3)

Uvijek treba prepoznati da je odabir za pružanje 24-satne njege kod kuće velika promjena za samu osobu i njezine ukućane, unatoč svim prednostima ostajanja u vlastitom domu i da je potrebna prilagodba svih uključenih osoba.(2)

Tamo gdje su složenosti njege velike, medicinska sestra najbolje je procijeniti potrebe osoba kako s kliničke, tako i s emocionalne strane. Svaki je demencijski bolesnik različit, a mnogi pate i od više tjelesnih bolesti. Potrebna je velika vještina da se uravnoteže lijekovi i različite vrste njege te da se razmotre potrebe svih koji žive u kući.(2)

Dobivanje sveobuhvatne prošlosti osobe i podataka o njenom svakodnevnom životu važan je dio procjene. To može pružiti dragocjene informacije medicinskoj sestri i njegovatelju za kvalitetniju skrb i njegu koja odgovara osobi. Temeljito upoznavanje prošlosti pacijenta je najkorisniji alat koji se može imati u radu s osobama s demencijom, a to zahtijeva vrlo dobrog slušatelja.(3)

Medicinska sestra također pruža podršku tamo gdje postoje promjene u ponašanju kao rezultat progresije stanja. Mogu postojati izazovi u pogledu odgovarajuće prehrane i hidracije te poteškoće s motivacijom i načinima spavanja. Tamo gdje su potrebe za njegom velike, pružanje 24-satne skrbi kod kuće također će uključivati multidisciplinarni rad zajedno s ostalim zdravstvenim i socijalnim radnicima. Medicinska sestra može pomoći u koordinaciji pravilne skrbi redovnom komunikacijom s članovima timova.(2)

Članovi obitelji odnosno njegovatelji osoba s demencijom trebaju pokušati izbjeći situacije koje mogu pogoršati simptome bolesti. Treba biti oprezan, brinuti o okolini pacijenta i djelovati na takav način da se izbjegnu dodatni problemi i neželjeni događaji. Da bi se osigurala pravilna njega i sigurnost pacijenta važno je poduzeti neke mjere predostrožnosti. Ako pacijent zahtijeva intenzivan nadzor, trebalo bi osigurati slijedeće:

- učvrstiti vrata stana kako bi se spriječio bijeg i nestanak oboljele osobe;

- zaštititi prozore tako da ih pacijent ne može otvoriti bez pomoći;

- ukloniti brave s vrata u prostorijama poput kupaonice ili bolesničke sobe;

- ukloniti prostirke, visoke pragove i druge prepreke koji predstavljaju rizik od pada;

- držati oštre, opasne predmete izvan dosega pacijenta,

- zaštititi električne uređaje, plinske peći, utičnice,

- olakšati kretanje po stanu poput pričvršćivanja stuba, ograda, rukohvata ugrađenih u blizini wc školjke za lakše ustajanje;

- upoznati prijatelje i bliske susjede o stanju pacijenta;

- povećati osjećaj orijentacije u prostoru označavanjem bitnih točaka u stanu;

- brinuti o pravilnoj upotrebi pacijentovih lijekova;

- zaštititi dokumente i dragocjenosti jer pacijent može nesvjesno baciti ili sakriti važne predmete.

Glavni ciljevi medicinska sestre trebaju biti:

- održavanje učinkovitosti pacijenta sve dok je moguće;

- odgađanje pojave negativnih simptoma bolesti;

- ulijevanje povjerenja i osjećaja sigurnosti pacijenta i njegovih bližnjih;

- rano otkrivanje i liječenje komorbiditeta(2)

Važno je imati na umu da put njegovatelja nije jednostavan, a stres zbog života s demencijom može utjecati i na fizičko i psihičko zdravlje te osobe. Često rodbina pati više od

samog pacijenta. Demencija ne boli, a uz kvalitetnu njegu pacijenti mogu dugo živjeti, ali obitelj je ozbiljno opterećena stvarnošću jer ostaju nemoćni gledajući kako cijenjeni član obitelji mentalno umire polako, ali nezaustavljivo. Pružanjem 24-satne njege kod kuće može se riješiti neke praktične probleme u obitelji, ali ne ublažava uvijek njihov emocionalni teret i stres. Medicinska sestra također treba biti osposobljena za pružanje psihološke podrške i savjeta članovima obitelji.(3)

Ljudska populacija sve više stari i sve je veći broj ljudi kojima je dijagnosticirana demencija, navedena činjenica pokazuje potrebu za medicinskom sestrom koja bi bila specijalistica za demenciju. Takva bi medicinska sestra mogla pružati usluge samostalno i u suradnji s liječnikom. Briga za osobu oboljelu od demencije je vrlo težak zadatak. Stoga je ljudima koji se brinu o pacijentu potrebna pomoć kompetentnih osoba, a za svaku fazu bolesti podrška stručnjaka je neophodna. Iako je za pružanje odgovarajuće njege važno surađivati sa svim članovima tima (liječnici, medicinske sestre, socijalni radnici, fizioterapeuti, psiholozi, logopedi), uloga medicinske sestre je posebna. Njezina pomoć usmjerena je na smanjenje tereta sa njegovatelja i održavanje pacijentove neovisnosti u svakodnevnom životu što je duže moguće.(2)

U većini slučaja, unatoč sve pomoći terapijskog tima, ostanak osobe s demencijom kod kuće može postati nemoguće ostvariti. Često će biti nužno smjestiti pacijenta u staračkidom uz 24 satni nadzor. Takva je odluka vrlo teška i često je povezana s raznim zabrinutostima, uglavnom dominira osjećaj krivnje kod članova obitelji. Izaziva neugodne emocije i za njegovatelja i za bolesnika. Međutim, njegovatelj treba biti svjestan da ako se pacijentu više ne može ponuditi odgovarajuća skrb, odluka o premještanju pacijenta u ustanovu za njegu može biti najbolje rješenje.(9)

4.4. Zdravstvena njega osoba s demencijom u palijativnoj skrbi

Osobe s demencijom imaju jedinstvenu povijest života koja, u kombinaciji s problemima komorbiditeta i zbog krhkosti postupka procjene, na kraju života može izgledati složeno. Palijativna skrb je njega pacijenta u terminalnom stadiju koja pomaže u ublažavanju simptoma, poput boli i tjeskobe kod bolesti koja se ne može izliječiti.

Tijekom bolesti treba voditi istinski usmjeren i cjelovit pristup skrbi i postupak pružanja njege usredotočujući se na ciljeve njege. Procjena je samo prvi dio tekućeg, cikličkog procesa, gdje

se prikupljaju informacije, planira skrb, sve ovo se provodi i procjenjuje s osobom s demencijom i onima koji su joj važni i to već u ranim fazama bolesti.(4)

Tom Kitwood prvi je put predstavio paradigmu njege usmjerene na osobu 1990-ih godina koja je učinila značajan utjecaj na kulturu i razvoj njege osoba s demencijom tijekom posljednjih nekoliko desetljeća. Fokus njege usmjeren je na osobu, vidi osobu, a ne stanje ili stigmu demencije. Palijativna skrb je isto tako usmjerena na osobu i promatra ju s naglaskom na osobu koja se još uvijek doživljava kao pojedinac, s vlastitim uvjerenjima i vrijednostima do kraja života.(2)

Kitwood (1997) identificirao je 5 osnovnih psiholoških potreba osoba s demencijom koje treba ispuniti u postupku pružanja njege. Kako demencija napreduje, te potrebe postaju sve više važne. Naglašavajući važnost osoba s demencijom koje imaju pravo osjećati se cijenjenima i imaju svoje pojedinačne potrebe, njihova perspektiva treba biti shvaćena i uvažena od strane socijalnog okruženja.

Te su potrebe:

1. Privrženost – potreba osobe da se osjeća sigurna i povezana s nekim
2. Udobnost - osjetiti toplinu, bezbolnost, blizinu i nježnost
3. Identitet - individualnost i sklonosti koje drugi trebaju prepoznati,
4. Zanimanje - aktivnost i svrha
5. Inkluzija - osjećati se dijelom nečega, uključeno i ne izostavljeno

Medicinska sestra treba razmotriti potrebe osoba s demencijom te maksimizirati njihovu kvalitetu života.

Obitelj i njegovatelj često se moraju suočiti s potresnim odlukama kada osoba više ne može jesti. Možda će morati odlučiti hoće li koristiti umjetno hranjenje. Nažalost, medicinska istraživanja pokazuju da ova metoda hranjenja zapravo ne djeluje na produljenje života. Hranjenje kroz sondu ili intravenoznim putem može čak uzrokovati infekcije i upale pluća. Osim ozbiljnog gubitka pamćenja, osobe s uznapredovanom demencijom mogu imati i bol (zbog različitih temeljnih uzroka). Pokazatelji boli kod osoba s demencijom često su nespecifični, odražavaju se u promjenama sna, raspoloženja, promjene u navikama prehrane, pokretljivost, ponašanje i vokalizacija, sve to treba uzeti u obzir kada se procjenjuje prisutnost boli. Često se javljaju značajne poteškoće s jelom i gutanjem, ograničeni govor, pokretljivost i inkontinencija. Osobe s demencijom prestaju prepoznavati glad i žeđ te gube sposobnost unosa hrane i žvakanja. U ovoj fazi potrebna je 24-satna briga. Postavke ove njege variraju - o nekim će se ljudima brinuti kod kuće, o nekima u stambenoj njezi (tj. Odmorišta, dugotrajne bolnice, jedinice za demenciju ili psihogerijatrijske jedinice), dok će drugima možda biti

potrebna specijalna palijativna skrb (bilo na bolničkoj razini hospicij). Neki od simptoma uznapredovale demencije, npr. Poteškoće s gutanjem, inkontinencija i nepokretnost, čine ljude vrlo podložnima dodatnim problemima poput infekcije i pothranjenosti.(2)

Demenciju je ponekad teško uočiti jer sporo napreduje. Ovo je još jedan izazov za njegovatelje. Još je teže jer se članovi obitelji moraju navikavati na polako pogoršavanje općeg stanja. Njegovatelji počinju raditi sve više i više ni ne sluteći da se iscrpljuju.
Opet, ovdje je palijativna skrb toliko važna. Tim može pomoći u dubinskoj komunikaciji i podršci obiteljskim njegovateljima.(9)

Tim za palijativnu skrb pobrinut će se da pacijent dobije njegu u kvalificiranoj ustanovi ako kućna njega više nije moguća. Specijalisti za palijativnu skrb također će pomoći pacijentima i obiteljima da se nose sa složenim sustavom zdravstvene zaštite. Cilj je uvijek kvaliteta života.(9)

6. Zaključak

Rad s ljudima koji boluju od nekog oblika demencije izazovan je ali i ispunjava. Kako stanovništvo stari, pružanje učinkovite specijalizirane njege usmjerene na osobe s demencijom postat će ključno za medicinske sestre. Starenje demografskih skupina znači da su vještine skrbi o demenciji postaju temeljne vještine. Međutim, rad s ljudima s demencijom zahtijeva strpljenje, empatiju, osjetljivost i predanost; kao takvo, važno je da medicinske sestre brinu o sebi i jedna o drugoj pružajući si međusobno podršku, a tu podršku trebaju proširiti i na multidisciplinarne timove.

Vještine koje medicinske sestre razvijaju dok se brinu o osobama s demencijom, poput osjetljivosti, suosjećanja i empatije, ključne su osobine koje bi sve medicinske sestre trebale cijeniti kao profesionalnu snagu. Slično tome, sposobnost slušanja i učinkovite komunikacije, pružanje njege koja udovoljava potrebama pacijenata uz prepoznavanje njihove individualnosti i podrška obiteljskim njegovateljima, ključni su za dobrobit osoba s demencijom.

6. Literatura

1. Msd-priručnici. Dostupno na: http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/

2. Dening KH, Burns A. Evidence-based practice in dementia for nurses and nursing students. London:Jessica Kingsley Publishers; 2019.

3. Devič S, Glamuzuna Lj, Rotim C, Huić T, Jukić MK, Mičuga M, et al. Komunikacija s osobama oboljelim od alzheimerove bolesti i drugih demencija: priručnik za patronažne sestre. Zagreb, Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“

4. Jukić MK, Mimica N. Palijativna skrb o oboljelima od Alzhimerove bolesti i drugih demencija. Medix. Godina 22; 119/120: 179-183

5. Hudson R, Ford P. Dementia Nursing: a guide to practice. Oxon: Radcliffe Medical Press LTD; 2003.

6. Tomek-Roksandić S, Mimica N, Jukić MK. Alzheimerova bolest i druge demencije: rano otkrivanje i zaštita zdravlja. Zagreb: Medicinska naklada 2017.

7. Drmić S, Pongorac T, Mimica N. Delirij i demencija. Neurologia Croatica 61, 148, 2012. Dostupno na: https://www.bib.irb.hr/ pristupljeno 1. Kolovoza 2020.

8. Mimica N. Demencija i psihički poremećaji. Medicus, Vol. 26, 215 -222, 2017. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/ pristupljeno: 8. kolovoza 2020.

9. Mimica N. Demencija i palijativna skrb. Neurol. Croat. Vol. 60, 3-4, 2011.

ŽIVOTOPIS

Zovem se s. Samuela, Anica Župarić, rođena 04. 02. 1981.godine u Vinkovcima. Pripadam redovničkoj družbi Milosrdnih sestara sv. Križa iz Đakova. Srednju medicinsku školu završila sam u Osijeku. Radnog iskustva u struci imam 17 godina od kojih je većina iskustvo gerijatrijske njege – 14 godina. Iskustvo akutne njege; godinu dana pripravničkog stažiranja u Vukovarskoj bolnici, dva i pol mjeseca u Psihijatrijskoj bolnici Lopača, godinu i dva mjeseca na zavodu za Pulmologiju KBC – Rijeka. Fakultet zdravstvenih studija upisala sam 2017. godine; smjer sestrinstvo – izvanredni studij.