

Posebne potrebe dementnih bolesnika

Šerepec, Mateja

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Technical College in Bjelovar / Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:461423>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-24**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA BJELOVAR

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZAVRŠNI RAD BR.41/SES/2016.

POSEBNE POTREBE DEMENTNIH BOLESNIKA

Mateja Šerepec

Bjelovar, lipanj 2016.

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA BJELOVAR

STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZAVRŠNI RAD BR./SES/2016.

POSEBNE POTREBE DEMENTNIH BOLESNIKA

Mateja Šerepec

Bjelovar, lipanj 2016.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Šerepec Mateja**

Datum: 06.05.2016.

Matični broj:000713

JMBAG: 0314007129

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA OSOBA S POSEBNIM POTREBAMA**

Naslov rada (tema): **Posebne potrebe dementnih bolesnika**

Mentor: **Živko Stojčić, dipl.med.techn.**

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Jasmina Marijan Štefoković, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Živko Stojčić, dipl.med.techn., mentor**
3. **Goranka Rafaj, mag.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 41/SES/2016

Studentica će u radu opisati najznačajnije karakteristike demencija.
Studentica će odrediti koje posebne potrebe zahtijevaju dementni bolesnici te opisati ulogu medicinske sestre/tehničara u prevenciji, liječenju i rehabilitaciji dementnih bolesnika.

Zadatak uručen: 06.05.2016.

Mentor: **Živko Stojčić, dipl.med.techn.**



ZAHVALA

Zahvaljujem se svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju, posebno svojem mentoru Živku Stojčiću na pomoći u izradi ovog rada i na velikoj motivaciji.

Veliko hvala mojim roditeljima bez kojih moje školovanje ne bi bilo moguće.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	2
3. DEMENCIJA	3
3.1. KLASIFIKACIJA DEMENCIJA	3
3.1.1. ALZHEIMEROVA BOLEST	4
3.1.2. VASKULARNA DEMENCIJA.....	6
3.1.3. PICKOVA BOLEST	6
3.1.4. SENILNA DEMENCIJA	7
3.2. KLINIČKA SLIKA DEMENCIJE	8
4. SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE DEMENTNIH BOLESNIKA	12
4.1. MODEL ZDRAVSTVENE NJEGE VIRGINIE HENDERSON	12
4.2. NAČELA MEDICINSKE SESTRE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI	13
4.3. KOMUNIKACIJA S OBOLJELIMA OD DEMENCIJE	15
4.4. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI OD DEMENCIJE	16
4.7. SESTRINSKE DIJAGNOZE I INTERVENCIJE KOD DEMENTNIH BOLESNIKA	18
5. ZAKLJUČAK	21
6. LITERATURA	22
7. SAŽETAK	23
8. SUMMARY	24

1. UVOD

Starenje je ireverzibilan proces u kojem se javljaju degenerativne promjene na organima i organskim sustavima. Zbog porasta broja starih ljudi raste i broj starijih koji pate od degenerativnih bolesti mozga pa to predstavlja veliki problem za javno zdravstvo, a i za medicinsku sestru koja je nositelj zdravstvene njege. Kod degenerativnih bolesti mozga starijih osoba misli se na smanjenje njihovih tjelesnih i duševnih sposobnosti što je u starijoj dobi očekivano i normalno. Te degenerativne bolesti mogu zahvatiti mozak i prije 60-ih godina, ali se mogu manifestirati tek puno kasnije i tu je dominantan simptom demencija.

Demencija predstavlja najveći javno zdravstveni problem kod starije populacije. Može se reći da je demencija bolest zaboravljanja. Demencija je sindrom koji se može javiti uslijed različitih bolesti kojima je glavno obilježje propadanje i gubitak funkcije mozga. Klasični simptomi demencije su zaboravljivost, propadanje osnovnih funkcija bitnih za normalan život, poremećaj koncentracije i orijentacije u vremenu i prostoru. S obzirom na produljenje životnog vijeka demencija je u stalnom porastu.

Od ukupno svih demencija 50% demencija su demencije Alzheimerovog tipa, 20% su vaskularne demencije, 20% mješoviti oblici, a svega 10% je zastupljenost svih drugih demencija i sekundarnih dementnih sindroma (1).

Prema do danas objavljenim rezultatima istraživanja provedenih u Republici Hrvatskoj (RH), od demencije boluje 10% osoba, u životnoj dobi starijoj od 65 godina.

Novija istraživanja pokazuju da svaka druga osoba starija od osamdeset godina ima znatno povećan rizik za nastanak demencije. Postoji i znanstveni podatak da danas 5% ljudi starijih od 65 godina ima težak oblik demencije, a 15% bolesnika boluje od demencije (2).

2. CILJ RADA

U radu će se objasniti što je demencija i koja su njena karakteristična obilježja te kako je zapravo teško živjeti sa osobom koja ima demenciju. Također će se prikazati uloga medicinske sestre/tehničara u prevenciji, liječenju i rehabilitaciji dementnih bolesnika.

3. DEMENCIJA

Pojam demencije odnosi se na promjene u kognitivnim (spoznajnim) sposobnostima u bolesnika s organskom bolesti središnjeg živčanog sustava (SŽS). Demenciju odlikuje progresivno intelektualno propadanje, koje dovodi do nemogućnosti zadovoljavanja osnovnih društvenih, moralnih i radnih obveza zahvaćenog bolesnika. Sveobuhvatna definicija demencije, s obzirom na to da se radi o poremećaju najviših živčanih funkcija, još je uvijek prilično neujednačena. SZO demenciju definira kao poremećaj sposobnosti pamćenja, uz moguće pridružene druge kognitivne deficite: disfaziju, apraksiju, agnoziju te poteškoće u orijentaciji i/ili donošenju svakodnevnih odluka. Ipak, egzaktnija je sljedeća definicija: demencija je sindrom globalnog i progresivnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti prouzročen organskom bolesti središnjeg živčanog sustava, pri očuvanoj svijesti, u kojem su napose oštećene sposobnosti pamćenja, učenja, apstraktnog mišljenja, orijentacije i poimanja vidno-prostornih odnosa (3).

3.1. KLASIFIKACIJA DEMENCIJA

S obzirom na mogućnost oporavka demencije mogu biti reverzibilne i ireverzibilne. Kod reverzibilnih demencija najznačajniji uzroci su nedostatak vitamina B12, endokrinološke, sistemske i psihijatrijske bolesti, kronične ozljede glave, alkoholizam te trovanje toksinima, lijekovima i opojnim drogama.

Demencije se dijele na kortikalne, subkortikalne i miješane demencije. Kortikalne demencije najprije dovode do gubitka pamćenja i poremećaja izvršnih funkcija dok se kod subkortikalnih najprije usporavaju mentalni procesi i razmišljanja.

Podjela na kortikalne i subkortikalne demencije moguća je u početnim stadijima bolesti, ali napredovanjem demencije nastaju različite kombinacije kortikalnih i subkortikalnih simptoma (4).

Također se demencije mogu podijeliti i prema abnormalnom nakupljanju specifičnih proteina: amiloidopatije (nakupljanje amiloida), tauopatije (nakupljanje hiperfosforiliranog tau-proteina) i sinukleinopatije (nakupljanje α -sinukleina).

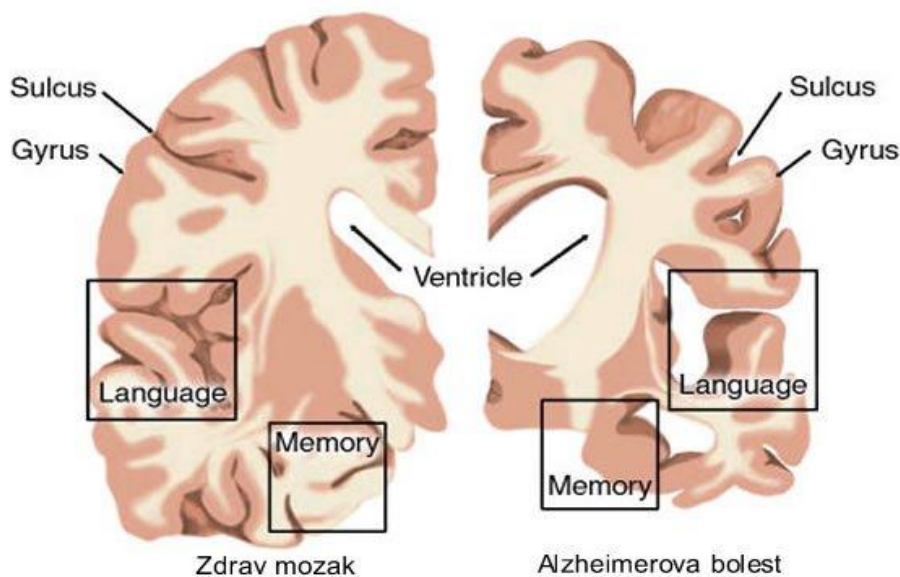
Najčešće demencije su demencija Alzheimerovog tipa i vaskularna demencija.

3.1.1. ALZHEIMEROVA BOLEST

Alzheimerova bolest kronična je, progresivna neurodegenerativna demencija obilježena stvaranjem amiloidnih (neuritičkih, senilnih) plakova i neurofibrilarnih čvorova (nakupina); obično započinje između 50. i 60. godine života dok se kod senilnog tipa javlja između 70. i 80. godine. Bolest je prvi opisao njemački psihijatar Alois Alzheimer godine 1906. Oko 10% osoba starijih od 70 godina ima znatan gubitak pamćenja i u više od polovine uzrok je Alzheimerova demencija (4).

(...) Kad je fiksirao, smrznuo, narezao, obojio i utisnuo tkivo između dva tanka stakalca, Alzheimer je odložio cigaru, skinuo cvikere, nagnuo se nad svoj najusavršeniji Zeissov mikroskop i pogledao. I tada, pri povećanju od nekoliko stotina puta, konačno je ugledao Augusteinu bolest. Izgledala je poput ospica, ili vodenih kozica, mozga. Moždana kora je bila prošarana krastavim smeđim grudicama – plakovima, kojih je bilo previše da bi ih se moglo izbrojati. Razlikovali su se po veličini, obliku i građi i izgledali poput zrnaca i kratkih, uvijenih končića, kao da su ljepljivi magneti za mikroskopski otpad. Plakovi su se smjestili između neurona, u prostor koji inače zauzima potpuno tkivo znano kao glija stanice. Tako su se isticali da ih je Alzheimer mogao vidjeti bez ikakve boje, ali najbolje ih se vidjelo u mješavini magenta crvene, indiga i pikrinske kiseline. Alzheimer je dotada pregledao tisuće i tisuće preparata mozga, ali ove je grudice smatrao „čudnima“ i nije imao pojma što su. Drugo bojilo, izumljeno tek četiri godine ranije, otkrilo je još jedan čudan prodor u mozak Auguste D. U drugom i trećem sloju moždane kore gotovo je trećina neurona bila uništena, preplavljena nečim što je Alzheimer opisao kao „zapletena gvalja vlaknaca“ – vlaknasti, zloslutni sukovi konopca gusto priljubljeni jedno uz drugog. Alzheimeru su čvorići bili isto toliko strani koliko i

plakovi, ali su mu barem sastojci djelovali poznato. Čvorići su se sastojali od vlaknaca, uobičajenog sastojka svakog neurona (5)...



Slika 1. Razlika između zdravog mozga i mozga kod osobe oboljele od Alzheimerera

Najvažniji čimbenici rizika su starija životna dob i pozitivna obiteljska anamneza. Alzheimerova demencija počinje blagim gubitkom pamćenja što se često pripisuje samo običnoj zaboravljivosti, bolesnici se žale na glavobolje, vrtoglavice, popuštaju radne sposobnosti i javlja se depresivno raspoloženje, tek kasnije bolest uzima maha te se javljaju poremećaji u govoru, jači gubitak pamćenja, dezorijentacija, poremećaj motorike itd. Kognitivni problemi ometaju svakodnevne aktivnosti bolesnika pa tako oni imaju poteškoće u obavljanju kućnih poslova, odlazaka u kupovinu, vožnji automobilom. Na kraju ostanu očuvane samo osnovne, prividno automatske, radnje. Neki bolesnici nisu svjesni svoga stanja i nova okolina ih može zbuniti pa se tako u šetnji ili vožnji automobilom mogu izgubiti te tako pogoršati svoje stanje. Za njih je tipično da ostanu vezani samo za jednu misao ili neku riječ. Na kraju dolazi do gašenja govora pa ostanu samo ritmičke kretnje govorne muskulature te se javljaju kretnje koje spadaju u urođene motoričke obrasce: pokreti pranja, trljanja, čupkanja i sličnog. Značajka Alzheimerera je ta da sposobnost socijalnog kontakta i emotivne reakcije ostanu dugo očuvane.

3.1.2. VASKULARNA DEMENCIJA

Dijagnoza vaskularne demencije nekada se vrlo često eksploatirala. Danas se zna da makroangiopatija ne uzrokuje opće zakazivanje moždane cirkulacije. Međutim, mikroangiopatije mogu uzrokovati različite promjene u funkcioniranju mozga, ovisno o lokalizaciji promjena. Dugotrajna arterijska hipertenzija uzrokuje pojavu mikroangiopatije u mozgu s nizom potpuno ili djelomično reverzibilnih moždanih infarkata koji za posljedicu imaju promjene intelektualnog funkcioniranja i promjenu ličnosti. Do smanjenja obrade različitih informacija u mozgu dovodi demijelinizacija bijele tvari u mozgu s posljedicom diskoneksije kortikalnih i subkortikalnih područja. Bolest počinje jedva zamjetnim simptomima, a zatim napreduje polako i na mahove. Presudnu ulogu u napretku bolesti imaju osobito stresne situacije kao što je smrt u obitelji, tjelesne ozljede i slično (6).

Bolest može progredirati u nekoliko tjedana nakon nekog tragičnog događaja. Bolesnici pamte novije događaje uz očuvano sjećanje na starije, javlja se popuštanje koncentracije, bolesnici teško pamte brojeve i imena. Naročito je vidljiva amnestička afazija s traženjem prave riječi. Kako bolest sve više progredira javlja se mrzovoljno i depresivno ponašanje, noćna smetena stanja praćena smetenošću, nemirom i dezorijentacijom, a ponekad i delirantna stanja. U terminalnoj fazi događa se maksimalna redukcija govornih funkcija, a karakteristično je bezvoljno i tupo stanje.

3.1.3. PICKOVA BOLEST

Pickova bolest se još naziva i frontotemporalna demencija (FTD). To je rijetka degenerativna bolest koja se isključivo pojavljuje prije 65. godine života. Pošto je u oko 40% bolesnika pozitivna obiteljska anamneza smatra se da se bolest nasljeđuje autosomno dominantno.

Patološki tu bolest označava jaka atrofija čeonih, nešto manje sljepoočnih režnjeva uz očuvanost parijetalnog korteksa i gornje sljepoočne vijuge. Mikroskopski se

nalazi gubitak neurona u gornjim slojevima moždane kore u vidu spužvaste degeneracije, proliferacija glije te pojava argentofilnih citoplazmatskih inkluzija, tzv. Pickovih tjelešaca. S obzirom na selektivno zahvaćanje čeonog režnja, u kliničkoj slici često dominiraju promjene ličnosti tzv. morija, zatim nesposobnost održavanja pozornosti, gubitak sposobnosti orijentacije, gubitak socijalne inhibicije, devijantno seksualno ponašanje, emocijska hladnoća (3).

Za razliku od demencije Alzheimerovog tipa značajno je očuvan govor, praksija i funkcija parijentalnog režnja te kratkotrajno pamćenje. Klinička slika je jako slična Alzheimeru pa se dijagnoza postavlja na temelju biopsije, a vrlo rijetko na osnovi CT snimka. Tijek bolesti je progresivan, a traje do 10 godina.

3.1.4. SENILNA DEMENCIJA

Senilna demencija obično nastaje oko 70.- te godine života. Češće pogađa žene nego muškarce. Bolest može početi postepeno i neprimjetno pa je teško odrediti kada je zapravo počela, ali može početi i naglo sa psihomotornim nemirom i konfuznim stanjem.

Prvi simptomi senilne demencije su zanemarivanje osobnog izgleda i nehigijena u osoba koje su inače bile pedantne, drugačije ponašanje, slabo pamćenje relativno novih događaja, ali sjećanje na ranije mnogo puta ponavljane događaje ostaje. U podmakloj fazi bolesti oboljeli se ne može sjetiti niti starijih događaja i nekih važnih datuma, kao npr. datum rođenja. Također dolazi i do smetnja u govoru pa tako ne zna imenovati predmete oko sebe makar zna koji su i kako se zovu. Javlja se i vremenska i prostorna dezorijentacija, oboljeli se ne zna vratiti kući ili ne zna uopće kuda je krenuo, ne zna ime mjesta u kojem živi, koji je dan, mjesec i godina. Sumanute ideje paranoidnog tipa i čulne obmane se obično javljaju noću dok preko dana oboljeli u pravilu spava i miran je.

Prezbiofrenija je degenerativno nasljedna bolest i jedan od oblika senilne demencije u kojoj se oboljeli na prvi pogled doima normalno sa korektnim držanjem i lijepim izgledom.

Redoviti znak navedene bolesti je konstruiranje fantastičnih , ekstravagantnih doživljaja koji su različiti od jednog do drugog iskaza navedenog pojedinca za isti događaj. Pogrešno prepoznavanje i česta zamjena poznatih lica i događaja kod navedenih bolesnika česta su pojava. No, unatoč navedenom, u cjelini intelektualne funkcije nisu mnogo oštećene. Rasuđivanje i procjena kod pacijenata su bolje očuvani nego kod drugih oblika demencije (7).

3.2. KLINIČKA SLIKA DEMENCIJE

Demencija počinje blagim gubitkom pamćenja, a tek kasnije, nakon nekoliko godina, nastaje progresivna demencija. Gubitak pamćenja je najčešći za svježije i nove događaje, dolazi do trajnih oštećenja u orijentaciji u vremenu i prostoru, računanju, verbalnoj komunikaciji, donošenju odluka, intelektualnom funkcioniranju i shvaćanju situacije. Također nastaju i promjene u osobnosti oboljelog pa se tako javlja agresivnost, strah, gubitak osjetljivosti za druge i neprimjereno seksualno ponašanje.

Demencija se može razviti u bolesnika s cerebrovaskularnim bolestima s progresivnom ishemijom (mikroinfarkti) ili s moždanim udarima. Neki bolesnici, osobito s lezijama desne moždane polutke, mogu izgledati intelektualno i emocionalno očuvani, a ipak nesposobni da se brinu za sebe zbog manjkavosti predviđanja, planiranja, organiziranja i obavljanja potrebnih zadataka. Depresija s kognitivnim oštećenjem osobito je čest diferencijalno dijagnostički problem (8).

U srednjem stadiju demencije bolesnici nisu sposobni za rad, lako se zbune ili izgube pa tako zahtijevaju nadzor cijelo vrijeme. U kasnom stadiju su prisutne deluzije krađe, nevjere ili pogrešne identifikacije poznate, ali i nepoznate osobe, lutaju bez cilja, poremećena im je ravnoteža te ritam spavanja i budnosti. Napredovanje demencije

također može dovesti do toga da oboljeli sve teže žvače i guta te tako hrana može zaostati u ustima.

3.3. DIJAGNOZA DEMENCIJE

Dijagnoza se postavlja na osnovi minuciozno uzete autoanamneze i hetero anamneze, kliničkog nalaza, laboratorijskih i drugih kliničkih pretraga. Posebnu važnost imaju krvna slika, GUK, ureja, kreatinin, elektroliti, ABS, jetrene probe, funkcionalni testovi štitnjače, serološke pretrage na lues, HIV protutijela, molekularna dijagnostika genske predispozicije za demenciju, EEG, radiološka obradba i CT mozga. Nakon isključenja organskog uzroka (moždani tumor, subduralni hematom, hidrocefalus, infektivna bolest, hipotireoidizam, B12 hipovitaminoza), diferencijalno dijagnostički treba voditi računa o depresiji, napose u starijoj dobi. Katkad se demencija i depresija pojavljuju istodobno. Tada već terapija antidepresivima može dati jasniju sliku ili se učini neinvazivna neuroradiološka obradba (8).

Također postoji mali mentalni test (Mini Mental Status Examination – MMSE) koji pomaže pri utvrđivanju postojanja kognitivnog poremećaja te u praćenju progresije demencije (Tablica 1).

Tablica 1. – MMSE – Mini Mental Status Examination

	Zadatak	Bodovi	Ukupno bodova
Orijentacija	Navesti datum, dan, mjesec, godišnje doba, godinu	1 bod za svaki točan odgovor	5
	Navesti mjesto, kat, ulicu, grad, državu	1 bod za svaki točan odgovor	5
Radno pamćenje	Navesti bolesniku tri predmeta i tražiti da ih ponovi	1 bod za svaki točan odgovor	3
Pažnja i računanje	Zamoliti bolesnika da 5 puta oduzme sukcesivno 7 počevši od 100, tj. 93, 86, 79, 72, 65	1 bod za svaki točan odgovor	5
Kratkotrajno pamćenje	Zamoliti bolesnika da navede tri prije navedena predmeta	1 bod za svaki točan odgovor	3
Govor (jezik)	Pokazati bolesniku dva predmeta i zamoliti ga da im kaže ime	1 bod za svaki točan odgovor	2
	Zamoliti bolesnika da ponovi: bez ako, i, ali	1 bod	1
	Zamoliti bolesnika da izvrši slijed od tri radnje, npr: uzmite papir, savijte ga i stavite na stol	1 bod za svaki točan odgovor	3
	Zamoliti bolesnika da izvrši napisanu uputu, npr. pokazati bolesniku papir s natpisom: zatvorite oči	1 bod	1
	Zamoliti bolesnika da napiše rečenicu	1 bod	1
Vizusopacijalne funkcije (preslikavanje)	zamoliti bolesnika da preslika 2 peterokuta koji se preklapaju	1 bod	1
	UKUPNO		30

3.4. LIJEČENJE DEMENCIJE

Ne postoji specifično liječenje za demencije pa se zato terapija usmjerava na što dulje održavanje kognitalnih funkcija. Tako je boravak kod kuće i u poznatoj okolini dobar za bolesnika, a odlazak u dom ili bolnicu se odgađa što je najdulje moguće.

Općenito, tretmani lijekovima bili su također prilično razočaravajući. U posljednje vrijeme najviše je obećavao pristup koji je uključivao kolinomimetičke agense, bilo same ili u kombinaciji s drugim lijekovima. Iako lijekovi poput physostigmina mogu proizvesti blagi napredak u učenju i pamćenju na kratke staze, posebno kod normalnih i blago pogođenih osoba, dugotrajni tretmani temeljeni na prethodnicima acetilkolina, kolinu i lecitinu, obično nisu imali pozitivan ishod (9).

U novije vrijeme se koristio memantin za liječenje umjerene i teške demencije te su uočeni neki učinci lijeka na ponašanje. Memantin radi prvenstveno preko svog djelovanja na prijenos glutamata te specifičnije na pojedine podtipove receptora unutar sustava glutamata koji se odnose na pamćenje.

4. SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NJEGE DEMENTNIH BOLESNIKA

Zdravstvena njega dementnih bolesnika je specifična po tome što se puno pažnje i rada mora polagati u bolesnika od strane medicinske sestre. Tu se ne ubraja samo njega bolesnika kao npr. hranjenje i higijena, već rad sa bolesnikom, poticanje na samostalnost obavljanja određenih poslova i slično. U sve aktivnosti med. sestra/tehničar mora maksimalno uključiti i bolesnika, odnosno ne smije nikako dozvoliti da sve radnje obavlja ona sama, jer se tako oboljelom stanje može samo pogoršati.

4.1. MODEL ZDRAVSTVENE NJEGE VIRGINIE HENDERSON

Svrha zdravstvene njega bolesnika je ponovno vraćanje njihova zdravlja. Međutim, bolesnicima koji boluju od neizlječivih bolesti, kao što je demencija, potrebna je dobra zdravstvena njega da bi im ostatak života bio što kvalitetniji te da se održi koliko je moguće dobro osjećanje i zadovoljstvo.

Tako je Virginia Henderson nabrojala 14 aktivnosti koje su usmjerene na zadovoljavanje ljudskih potreba:

- | | |
|---------------------|------------------------|
| 1. Disanje | 8. Održavanje higijene |
| 2. Hranjenje | 9. Sigurnost |
| 3. Eliminacija | 10. Komunikacija |
| 4. Kretanje | 11. Religija |
| 5. Odmor i spavanje | 12. Rad |
| 6. Odijevanje | 13. Rekreacija |
| 7. Temperatura | 14. Učenje |

Dementni bolesnici većinu ovih potreba sami ne mogu zadovoljiti i tu onda glavnu ulogu ima medicinska sestra/tehničar koja im pomaže u obavljanju istih. Uloga medicinske sestre/tehničara je ovdje jako važna i velika i što bolje se ta uloga provodi to bolji i ljepši život imaju oboljeli.

4.2. NAČELA MEDICINSKE SESTRE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI

U suvremenoj zdravstvenoj njezi naglašavaju se određena načela koja su temeljno polazište za sve sestrinske intervencije. Osnovna načela sestrinske skrbi za psihijatrijske bolesnike su:

- **Poimanje bolesnika kao cjelovitog bića** u kontekstu njegova socijalnog i kulturnog okruženja. Medicinska sestra brine o osnovnim potrebama bolesnika, a ne o njegovoj bolesti. Bolesnika prihvaćamo prema jednadžbi: BOLESNIK=OSOBA+BOLEST. U središtu zdravstvene njege su dakle bolesnikove ljudske potrebe. One mogu biti biološke, psihološke, socijalne i kulturalne, a odvijaju se tijekom bolesti.
- **Poštivanje bolesnika kao jedinstvene ljudske jedinice.** Prihvaćanje bolesnika onakvim kakav jest, sa svim njegovim vrijednostima, različitostima i osobitostima.
- **Uvažavanje slobode izbora, podržavanje samopoštovanja, čuvanje tajne i slično.** Odnosi se također na poštivanje bolesnika bez obzira na njegovu mentalnu bolest. Ovo načelo može biti narušeno u situacijama akutnog stanja bolesti kada smo zbog zaštite bolesnika i njegove okoline primorani primijeniti postupke sprječavanja i fizičke mobilizacije bolesnika.
- **Pomoć pri usvajanju novih oblika ponašanja.** Poticanje prihvatljivog ponašanja bolesnika u odnosu na liječenje, odnos prema obitelji i okolini, te cjelokupnom stavu i vrijednosnom sustavu.

- **Terapijska komunikacija.** O terapijskoj komunikaciji govorimo kada pridonosi:
 1. Usvajanje novih znanja i stjecanju novih vještina od strane bolesnika
 2. Povećanje uvida bolesnika u problem i u porastu samosvijesti
 3. Porastu samopoštovanja, samopouzdanja i povjerenja bolesnika u sebe i druge
 4. Autonomiji ličnosti bolesnika i njegovoj neovisnosti i samostalnosti
 5. Smanjenju anksioznosti i popravljaju raspoloženja
 6. Otklanjanju auto i heteroagresivnog ponašanja bolesnika
 7. Željenoj promjeni u ponašanju bolesnika
 8. Boljoj orijentaciji bolesnika u vremenu, prostoru i prema drugim osobama (10).

Pristup svakom bolesniku treba biti individualan u skladu sa njegovim potrebama te poštujući načela zdravstvene skrbi. Medicinska sestra prihvaća bolesnika onakvog kakav on je, bez obzira na vjeru, položaj u društvu te osobine bolesnika. Dementni bolesnik je nepovjerljiviji od bolesnika sa somatskim bolestima pa je jako važno da sestra potiče stvaranje povjerenja kod bolesnika. Dementni bolesnik mora vjerovati da mu sestra želi pomoći te se mora osjećati sigurno u okolini u kojoj se nalazi. Pošto dementni bolesnici ne podnose dobro promjenu okoline za njih je mirna okolina i ljubazno osoblje jako bitno da bi se osjećali sigurno. Uloga medicinske sestre je da ima strpljenja kako bi zadobila povjerenje dementnog bolesnik te mu pomogla da se što lakše uklopi u okolinu.

Odnos prema bolesniku treba biti stručan i profesionalan. Kulturno se odnositi spram svakog bolesnika poštujući njegova prava i njegovu ličnost, bez obzira na psihopatološko stanje u kojem se nalazi. Sve aktivnosti moraju biti usmjerene za dobrobit bolesnika. Nužno je kontrolirati svoje emocionalne reakcije (kontratransfer), racionalno se ponašati kad bolesnik pokazuje ljutnju, mržnju, kritiku ili pak divljenje i ljubav (10).

4.3. KOMUNIKACIJA S OBOLJELIMA OD DEMENCIJE

Oboljeli od demencije imaju poteškoća sa kratkotrajnom memorijom, zaborave što su upravo rekli, vidjeli i čuli pa je tako komunikacija s njima podosta otežana. Ali, usporedo s tim pamte relativno dobro događaje koji su se desili prije nekoliko desetljeća. Kako vrijeme prolazi i bolest napreduje, oboljeli trebaju pomoć pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti pa je tako jako bitno znati kako pravilno komunicirati sa njima.

Pravilna komunikacija s oboljelima se temelji prvenstveno na kratkim i jasnim rečenicama upućenima od strane medicinskog radnika. Potrebna je neverbalna komunikacija (smiješak i kontakt očima), omogućiti bolesniku da bolje vidi, čuje i govori, odstraniti smetnje sa strane (TV, radio) koje bi mogle smetati pri komunikaciji, dati bolesniku vremena da odgovori na postavljeno pitanje, držati bolesnika za ruku tijekom cijelog razgovora, posvetiti pozornost na bolesnikov govor tijela, neke bitne stvari zapisati na papir ako to bolesniku pomaže. Koristeći navedene intervencije moguće je komunikaciju sa bolesnikom znatno poboljšati i održavati ju takvom unatoč progresiji bolesti.

Sestra komunicira s bolesnikom kad god je s njim, njeguje ga, dijeli terapiju, razgovara, čak i kad ne razgovara (neverbalna komunikacija), pri čemu ona djeluje u smislu ohrabrenja bolesnika ili zadovoljavanja bolesnikovih potreba za podrškom, slušanjem, svijetom, razgovorom ili socijalnim kontaktom, a ne u smislu psihoterapije i tumačenja njegova ponašanja. Međutim, komunikacija sestra - bolesnik može biti i veoma moćno terapijsko sredstvo. Bolesnik vrlo dobro zapaža i prilično je osjetljiv na neverbalne poruke medicinske sestre i drugih članova terapijskog tima. Prati našu mimiku i prema njoj zaključuje kakvo je naše stvarno mišljenje o onome o čemu govorimo. Hvata poglede i najčešće voli da ga se gleda u oči. Smeta mu podignut kažiprst i bezrazložno gestikuliranje rukama. Reagira na previše i premalo dodira. Nekima dodir treba više, nekima manje, nekim bolesnicima u određenoj fazi bolesti to može jako smetati. Nije mu svejedno kako je medicinska sestra odjevena, koliko profesionalno nosi svoju uniformu. Psihijatrijski bolesnik može imati svoje prostorne i vremenske „zone“ u koje ne smijemo dirati. Nismo uvijek dobrodošli kada im se

približavamo. S njima treba razgovarati u pravo vrijeme i u njihovom „dvorištu“ ako nam dopusti. Svaki sadržaj razgovora traži poseban kontekst i okolinu. Sve su to segmenti neverbalna komuniciranja koji bitno utječu na ono o čemu razgovaramo i na one s kojima razgovaramo (10).

4.4. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U PREVENCIJI OD DEMENCIJE

Pri prevenciji važno je omogućiti ljudima koji ulaze u stariju dob da ostanu što duže aktivni, osobito u intelektualnom, emocionalnom i socijalnom smislu, uz nastojanje za očuvanjem uobičajenog ritma života u obitelji, spolnom životu, socijalnim odnosima, održavanju profesionalnih i drugih aktivnosti. U tome je potrebna organizirana pomoć obitelji, a u slučaju potrebe i kućno liječenje. Treba što više izbjegavati klasične hospitalizacije, već djelovati u stvaranju psihogerijatrije u zajednici. Prevencija socijalne dekompenzacije složen je postupak i zahtjeva multidisciplinarni pristup. Posebno se smatra važnom prevencija klasične hospitalizacije starijih osoba. Pri tome se misli na takvu hospitalizaciju koja započne iz „banalnih“ razloga, ali koja negativno djeluje na preostale psihičke i druge sposobnosti starije osobe te tako smanjuje njihovu sposobnost za samostalni život u zajednici. Hospitalizacija u starijih osoba ima smisla samo kada ima preventivni karakter i kada može spasiti životno ugroženu osobu (11).

Medicinska sestra treba aktivno raditi sa starijim osobama i ne dozvoliti da uobičajene aktivnosti radi umjesto njih. To je glavna smjernica koja se treba poštovati kako bi starija osoba što duže funkcionirala normalno i odgodila demenciju.

4.5. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U LIJEČENJU OBOLJELIH OD DEMENCIJE

Liječenje demencije obuhvaća nefarmakološku i farmakološku terapiju. Demencija je neizlječiva bolest pa se tako lijekovi primjenjuju za liječenje ili ublažavanje

nekih simptoma. Zbog toga je jako bitno nefarmakološko liječenje i razne grupne ili individualne terapije kako bi bolest bila pod kontrolom.

Tu se ubraja socioterapija kako bi se ublažili i smanjili brojni problemi na koje oboljeli naleti te da se što bolje uklopi u novu životnu situaciju. Oboljelima medicinska sestra mora pomoći u tome da očuvaju uobičajen ritam života u obitelji, spolnom životu, socijalnim odnosima te drugim svakodnevnim aktivnostima. To je najbitnija stavka u liječenju demencije.

Uz socioterapiju bitna je i fizikalna terapija, važno je da medicinska sestra svaki dan redovito vježba sa bolesnikom kako se njegova pokretljivost ne bi smanjila i kako bi imao snage za obavljanje svakodnevnih aktivnosti.

Također postoje profesionalne podupirajuće i samopomagajuće grupe, trening za sjećanje i kognitivno aktiviranje, terapija okoline koje pomažu da se posljedice bolesti svladaju i samostalnost održi.

4.6. ULOGA MEDICINSKE SESTRE U REHABILITACIJI OBOLJELIH OD DEMENCIJE

Kod rehabilitacije dementnih bolesnika je najvažnije ukloniti negativne čimbenike koji utječu na mentalne sposobnosti oboljelog. Tako se može značajno poboljšati funkcioniranje osobe te odgoditi potreba za institucionalizacijom. Njima je najviše potrebna velika podrška i ljubav obitelji i bližnjih. Za sve oboljele je najbolje da žive u svom domu u poznatom okruženju jer sve novo za njih predstavlja problem. Stoga je bitno procijeniti sigurnost njihova doma te provesti promjene istog kako ne bi došlo do samoozljeđivanja. Također treba organizirati posjete patronažne sestre i pomoć u kući kako bi se kontroliralo da li oboljeli uzima lijekove te da mu se pomogne dementnu osobu treba poticati na samostalno obavljanje svakodnevnih aktivnosti da bi se što duže održala što bolja funkcija mozga.

Preporučljive smjernice koje bi oboljeli trebao obavljati dokle god njegovo psihofizičko stanje to odobrava:

- Zajednički odlasci u kupovinu
 - Vježbanje čitanja, pisanja i brojanja
 - Svakodnevne zajedničke šetnje u poznatim dijelovima grada
 - Posjećivanje ili pozivanje bliskih prijatelja i srodnika
 - Održavanje dostojanstva ličnosti urednim i primjerenim odijevanjem
 - Prisutnošću oboljelog kod svakog dolaska strane ili poznate osobe u kuću, predstaviti mu tu osobu ili ga podsjetiti tko je poznata osoba
 - Omogućiti oboljelom da dok god to može svojom fizičkom pokretljivošću bude prisutan kod stola prilikom objeda na njegovom uobičajenom mjestu, bilo da je u kući društvo ili ne
 - Poticati oboljelog da što duže hranu konzumira sam uz eventualne manje pripomoći
 - Osigurati primjerenu ishranu; osigurati dovoljno tekućine
 - Posjećivati mjesta i događaje koje je oboljeli tijekom zdravog dijela života volio: izleti, koncerti, izložbe i slično
 - Zadržati ili nabaviti kućnog ljubimca i omogućiti oboljelom česte kontakte s njima
- (12)

4.7. SESTRINSKE DIJAGNOZE I INTERVENCIJE KOD DEMENTNIH BOLESNIKA

1. SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE O SEBI – HRANJENJE

- Poticati bolesnika da se sam hrani koliko je to dulje moguće, poslužiti hranu tako da si bolesnik može sam uzimati, pripremiti hranu koju je bolesnik inače volio i u obliku u kojem je bolesniku najlakše ju pojesti, vrijeme obroka treba biti svaki dan u isto vrijeme te je potrebno bolesniku pružiti dovoljno vremena da pojede obrok.

2. SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE O SEBI – ODRŽAVANJE OSOBNE HIGIJENE

- Poticati bolesnika da sam obavlja osobnu higijenu, nikako dozvoliti da ovisi o drugoj osobi, pomoći u održavanju higijene bolesniku nedostupnih dijelova tijela, osigurati dostupnost prostorija za održavanje higijene te osigurati dovoljno vremena za isto

3. SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE O SEBI – ODIJEVANJE

- Poticati bolesnika da se samostalno odijeva što je dulje moguće, omogućiti pacijentu obuću i odjeću sa patentnim zatvaračima ili odjeću sa gumom, pomoći bolesniku pri odijevanju, omogućiti bolesniku da si sam odabere što će obući ako želi.

4. SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE O SEBI – OBAVLJANJE NUŽDE

- Poticati bolesnika na samostalnost u obavljanju nužde što je dulje moguće, osigurati bolesniku dostupnost sanitarnih prostorija i pomagala, pomoći bolesniku tijekom obavljanja nužde ukoliko je to potrebno, održavati prijašnje pozitivne bolesnikove navike u svezi sa obavljanjem eliminacije te osigurati dovoljno vremena.

5. SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE O SEBI – ODRŽAVANJE DOMAĆINSTVA

- Poticati bolesnika na samostalnost u održavanju domaćinstva, osigurati bolesniku da određuje aktivnosti u održavanju domaćinstva, omogućiti mu dovoljno vremena za to, potrebno je pacijenta nadzirati i pomagati mu u tome

6. SMANJENO PODNOŠENJE NAPORA U/S MIŠIĆNOM SLABOŠĆU

- Prilagoditi okolinu u kojem bolesnik boravi njegovim mogućnostima i njegovom psihičkom stanju, osigurati mu potrebna pomagala za kretanje, izvoditi s bolesnikom svakodnevne aktivnosti, stvari koje koristi staviti mu

na dohvat ruke, omogućiti mu dovoljno vremena za obavljanje pojedinih radnji.

7. VISOK RIZIK ZA PAD U/S POREMEĆENOM MOTORIKOM

- Omogućiti bolesniku potrebna pomagala za kretanje, razmjestiti namještaj u prostoriji tako da ne smeta bolesniku u kretanju, dovoljno osvijetliti prostoriju da bolesnik vidi kuda se kreće, ukloniti iz prostorije sve nepotrebne stvari koje mogu smetati bolesniku, nadzirati i pomoći bolesniku pri kretanju.

8. POTIŠTENOST U/S POREMEĆENIM OPĆIM FUNKCIONIRANJEM

- Okupirati bolesnika aktivnostima koje on može raditi, organizirati radionice koje bi bolesniku mogle biti zanimljive, razgovarati sa njim i poticati ga na razgovor, osigurati socijalne kontakte sa drugima u skladu s bolesnikovim mogućnostima, osigurati bolesniku da sve što može učini samostalno.

9. NEUPUĆENOST OKOLINE

- Educirati obitelj i bolesniku druge bliske osobe kako komunicirati sa njim, objasniti im o napredovanju bolesti i promjenama koje se dešavaju s vremenom, poticati obitelj da ostane u kontaktu sa bolesnikom te da održi topli odnos bez obzira na bolesnikovo ponašanje.

5. ZAKLJUČAK

Na kraju ovoga rada može se zaključiti kako je zapravo teško osobama koje pate od demencije. U jednom trenu si normalna osoba, a već u drugom ne prepoznaješ sam sebe u ogledalu. Dementni bolesnici zahtijevaju posebne potrebe i trebaju posebnu njegu od strane medicinske sestre/tehničara, ali i od strane obitelji i bližnjih.

Na žalost ne postoji lijek koji bi izliječio demenciju, ali zato postoje različite vježbe koje mogu znatno produžiti normalnu funkciju mozga. Također, jedna od najvažnijih terapija je „treniranje“ mozga, odnosno ne dopuštanje mozgu da polako umire. Jasno je da što više oboljele osobe budu i dalje nastavile raditi svakodnevne aktivnosti (odijevanje, osobna higijena, briga o domaćinstvu i slično), mozak će i dalje biti zaposlen, održavati koliko je moguće svoju funkciju i sporije propadati.

Uloga medicinske sestre je prvenstveno pomoć oboljelom u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Medicinska sestra mora biti strpljiva te puna razumijevanja i podrške prema oboljelom. Bitno je ne dopustiti mu da se preda bolesti nego ga poticati na aktivnost. Uz aktivan i svakodnevni rad, ovisnost dementnih bolesnika o tuđoj pomoći se smanjuje, a kvaliteta života znatno povećava.

6. LITERATURA

1. Demarin V. i suradnici, Priručnik iz neurologije, Zagreb, 1998; 95-116
2. Gustin M., Žuvela I., Jerinić A., Roso M., Kunić I. Incidencija demencije u Domu umirovljenika Dubrovnik - čimbenik uključivanja u Mental Health Gap Action program Svjetske zdravstvene organizacije. Sestrinski glasnik 2015; 28.
3. Duraković Z. i suradnici, Gerijatrija – Medicina starije dobi, Zagreb, 2005., 388-393, 414-416
4. Demarin V. i Trkanjec Z., Neurologija, Zagreb, 2008; 147-164
5. Shenk D., Zaboravljanje, Zagreb, 2005; 29-30
6. Sedić B., Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika, Priručnik za studij sestriinstva, Zagreb, 2007; 127-131
7. Skrb o starim i nemoćnim osobama, 28-30
(<http://www.pou-slatina.hr/wp-content/uploads/2013/09/SKRB-O-STARIM-I-NEMOĆNIM-OSOBAMA.pdf>)
8. Čatović A. i suradnici, Gerontostomatologija, Zagreb, 2010; 56-58, 81-84
9. Warner Schaie K. i L. Willis S., Psihologija odrasle dobi i starenja, Zagreb, 2000; 466-467
10. Mimica N., Komunikacija s osobom oboljelom od demencije, 2011.
11. Komunikacija s osobom oboljelom od demencije
(https://bib.irb.hr/datoteka/506203.Mimica_4.pdf)
12. Zdravstvena njega psihijatrijskog bolesnika
(www.mlinarska.hr/sites/default/files/obavijesti_files/PsihijatrijskaNjega.doc)
13. Poredoš D., Alzheimerova bolest i obitelj
(www.psihijatrija.com/psihijatrija/.../PoredosD%20Alzheimer4x.pdf)
14. Perko G., Demencija u psihogerijatrijskog bolesnika
(www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/1632/1622)
15. Štrbenac D., Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti, 2016.
(<https://repozitorij.vtsbj.hr/islandora/object/vtsbj%3A31/datastream/PDF/view>)

7. SAŽETAK

Starenje je ireverzibilan proces u kojem se javljaju degenerativne promjene na organskom sustavu. Jedna od najraširenijih bolesti starije populacije je demencija koja je sve više u porastu.

Demencija je sindrom koji se može javiti uslijed različitih bolesti kojima je glavno obilježje propadanje i gubitak funkcije mozga. Klasični simptomi demencije su zaboravljivost, propadanje osnovnih funkcija bitnih za normalan život, poremećaj koncentracije te orijentacije u vremenu i prostoru.

Ne postoji specifično liječenje za demencije pa se zato terapija usmjerava na što dulje održavanje kognitivnih funkcija.

Svrha zdravstvene njege je ponovno vraćanje bolesnikova zdravlja, ali kada se radi o neizlječivoj bolesti, kao što je demencija, potrebna je kvalitetna zdravstvena njega da bi se koliko je moguće produžio život oboljelog te da mu on bude što kvalitetniji.

Ključne riječi: demencija, Alzheimerova demencija, uloga medicinske sestre, posebne potrebe.

8. SUMMARY

Aging is an irreversible process in which the degenerative changes occur in an organic system. One of the most common diseases of the elderly population is a dementia that is increasingly on the rise.

Dementia is a syndrome which can occur due to various diseases in which the main characteristic is the deterioration and loss of brain function. The classic symptoms of dementia are forgetfulness, deterioration of basic functions essential for normal life, impaired concentration and orientation in time and space.

There is no specific treatment for dementia which is why therapy focuses on the longer maintenance of cognitive function.

The purpose of health care of the patient is returning his health but in the case of incurable disease such as dementia requires a quality health care so that the life of a patient will be extended and that the rest of his life will be better.

Key words: dementia, Alzheimer's dementia, the role of nurse, special needs.

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

MATEJA ŠEREPEC

(Ime i prezime)

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 18.07.2016.

Šerepec

(potpis studenta/ice)