

Proces zdravstvene njege dementnih bolesnika - prikaz slučaja

Krištić, Petar

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:428252>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-20**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE DEMENTNIH
BOLESNIKA – PRIKAZ SLUČAJA**

Završni rad br. 87/SES/2022

Petar Krištić

Bjelovar, listopad 2022.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Petar Krištić**

JMBAG: **0135250461**

Naslov rada (tema): **Proces zdravstvene njege dementnih bolesnika - prikaz slučaja**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Ivana Jurković, mag. educ. philol. angl. et germ., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 87/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Objasniti etiologiju, epidemiologiju i vrste demencija
2. Opisati kliničku sliku, liječenje i rehabilitaciju demencija
3. Prikazati slučaj demencije
4. Kroz prikaz slučaja objasniti proces zdravstvene njege dementnog bolesnika
5. Izraditi prikaz literature vezane uz demencije i proces zdravstvene njege dementnih bolesnika

Datum: 28.09.2022. godine

Mentor: **Tamara Salaj, dipl.med.techn.**



Zahvala

Ovom bih prilikom želio zahvaliti svim profesorima Veleučilišta u Bjelovaru te svim sestrama Opće bolnice Bjelovar na razumijevanju, strpljenju, naučenim vještinama i prenesenom znanju stečenih pohađanjem nastave i obavljanjem prakse u sklopu studija.

Jedno veliko hvala mojoj mentorici, profesorici Tamari Salaj, dipl. med. techn. na strpljenju, konstantnoj pomoći i korisnim savjetima tijekom izrade završnog rada.

Zahvaljujem i glavnom tehničaru odjela za psihijatriju Opće bolnice Bjelovar Igoru Gaziću koji mi je pomogao pri prikupljanju podataka za prikaz slučaja.

Posebno zahvaljujem svojoj obitelji na pruženoj podršci, pomoći i motivaciji tijekom cijelog školovanja, a najviše zahvaljujem svojoj djevojci Karli što je bila uz mene sve ove godine i bezuvjetno me podržavala.

Sadržaj

1. UVOD	1
1.1. Epidemiologija.....	2
1.2. Vrste demencije	3
1.2.1. Alzheimerova demencija.....	4
1.2.1.1. Alzheimerova demencija i depresija	6
1.2.2. Vaskularna demencija	7
1.2.3. Demencija Lewyjevih tjelešaca.....	9
1.3. Liječenje	10
2. CILJ RADA	11
3. PRIKAZ SLUČAJA.....	12
3.1. Hospitalizacija	13
3.2. Proces zdravstvene njege.....	14
4. RASPRAVA	27
5. ZAKLJUČAK	29
6. LITERATURA	30
7. OZNAKE I KRATICE	33
8. SAŽETAK	34
9. SUMMARY.....	35

1. UVOD

Demencija je progresivna bolest ili točnije sindrom, odnosno skup simptoma, koji obuhvaćaju cjelokupno funkcioniranje. Ti se simptomi mogu razvijati akutno i kronično te uvelike narušavati život oboljele osobe. Kod bolesti demencije javljaju se poremećaji pamćenja, mišljenja, razumijevanja, računanja, orijentacije i učenja, koji su najčešće popraćeni emocionalnom nestabilnošću, primjetnim promjenama u socijalnom aspektu te gubitkom motivacije (1).

Vrlo često se simptom zaboravljanja pridodaje procesu normalnog starenja, zbog čega se bolest sama po sebi od početka ne tretira na adekvatan način. Demencija se u Hrvatskoj nije pretjerano ozbiljno shvaćala kao medicinski i društveni problem sve do početka 2000. godine, kada se značajno povećao broj oboljelih (2).

Zbog same bolesti demencije te propadanja kognitivnih funkcija, svaka oboljela osoba prije ili kasnije dođe u poziciju u kojoj je ovisna o tuđoj pomoći. Oboljele osobe vrlo često doživljavaju osjećaj panike, straha, odbacivanja, stigmatizacije te emocionalne nestabilnosti pa su upravo iz tih razloga važni holistički pristup, strpljenje, razumijevanje, komunikacija i empatija (3).

Alzheimerova bolest (AB), vaskularna demencija (VD) i demencija Lewyevih tjelešaca najčešće su vrste demencija kod starijih osoba, do kojih dolazi zbog određenog stupnja neurodegeneracije mozga; dok su traumatske ozljede mozga i tumori mozga češći uzroci demencije kod mlađih osoba (4). Također, uzroci nastanka demencije mogu biti i sljedeći: nedostatak vitamina B12, hipotireoza, kronična zloupotreba alkohola, kognitivna disfunkcija uzrokovana kemoterapijom, virusne infekcije (npr. virus humane imunodeficijencije, HIV), teška depresija i anksioznost te mnogi drugi (4).

Demencija je kroničan sindrom koji zahtijeva dugotrajnu skrb, kontinuirano savjetovanje i psihosocijalnu podršku za pacijenta i njegovu obitelj te liječenje niza neuroloških simptoma, koje može uvelike poboljšati kvalitetu života pacijenata (4).

1.1. Epidemiologija

Demencija je sve češće dijagnosticirana bolest među starijom populacijom (od 65 godina nadalje), a očekuje se da će brojke eksponencijalno rasti u nadolazećim godinama. Uzrok tome je progresivno starenje stanovništva, kao i produljenje životnog vijeka ljudi. Alzheimerova demencija (AD) najčešća je vrsta demencije, koji čini 60-80 % svih slučajeva, a slijede vaskularna demencija i druge neurodegenerativne demencije koje imaju učestalost u populaciji manju od 1 % (5). Prevalencija demencije udvostručuje se svakih 5 godina kod pojedinaca u dobi od 65 do 85 godina te nastavlja rasti nakon 90. godine (6).

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (engl. World Health Organization – WHO) procjenjuje se da trenutno više od 55 milijuna ljudi na svijetu boluje od demencije, a svake godine ima gotovo 10 milijuna novih slučajeva (7). Predviđa se da će ta brojka narasti na 130 milijuna u svijetu do 2050. godine (6). Spolna je dispozicija demencija neznčajna; iako više žena boluje od ove bolesti, osobito starijih od 85 godina, smatra se da je uzrok dulji očekivani životni vijek žena (6).

Postoji vrlo malo istraživanja koja su se bavila demencijom kod mladih osoba. Jedno istraživanje provedeno u Ujedinjenom Kraljevstvu pokazalo je da je prevalencija demencije kod osoba starosti između 30 i 65 godina bila 54 na 100 000, a kod osoba starosti između 45 i 65 godina 98 na 100 000. Najčešća dijagnoza kod oboljelih osoba bila je AD, a zatim vaskularna demencija (6). Istraživanje provedeno u Japanu pokazalo je slične stope prevalencije kao u prethodno navedenom istraživanju, iako je kao uzrok većinski prevladavala vaskularna, a zatim Alzheimerova demencija. Također, ustanovljeno je da su traume glave, tumori na mozgu i autoimuni poremećaji najčešći uzroci demencije kod osoba mlađih od 45 godina (6).

Demencija je trenutno u svijetu, gledajući bolesti, sedmi vodeći uzrok smrti te jedan od glavnih uzroka invaliditeta i ovisnosti o tuđoj pomoći među starijim ljudima. Ona donosi fizičke, psihološke, socijalne i ekonomske posljedice, ne samo za osobe koje boluju od demencije, već i za njihove skrbnike, obitelji te društvo u cjelini (7).

U Hrvatskoj ne postoji točan podatak koliko ima aktivnih slučajeva demencije, no pretpostavlja se da je 2014. godine bilo oko 86 000 osoba oboljelih od demencije (8).

1.2. Vrste demencije

Pored najzastupljenijih demencija, kao što su već spomenuti AD i VD, postoje i druge, značajno rjeđe vrste demencija u koje pripadaju demencije uzrokovane Parkinsonovom bolesti, traumom glave, sindromom stečene imunodefijencije (AIDS), Huntintonovom bolesti, Pickovom bolesti te drugim bolestima.

Američki neuropsiholog Gary Groth-Marnat podijelio je demencije prema uzrocima nastanka te ih svrstao u 7 skupina prikazanih u tablici 1.1. (1).

Tablica 1.1. Podjela demencije prema uzrocima nastanka (1)

Kortikalne demencije	Alzheimerova bolest, Pickova bolest, Wilsonova bolest
Subkortikalne demencije	Huntingtonova bolest, Parkinsonova bolest
Kortikalno-subkortikalne (miješane)	vaskularne demencije, bolest Lewyjevih tjelešaca, Binswangerova demencija
Infektivne bolesti	AIDS demencija, Creutzfeldt-Jacobova bolest
Statičke demencije	alkoholna encefalopatija, trovanje teškim metalima, herpes encefalitis, tumori, traume glave
Reverzibilne demencije	Addisonova bolest, tireoidni poremećaj, trovanje lijekovima
Pseudodemencija	Depresija

1.2.1. Alzheimerova demencija

Alzheimerova demencija najčešća je vrsta demencija koja se javlja u 60-80 % svih slučajeva demencija, a radi se o progresivnoj bolesti mozga koju karakterizira subklinički početni stadij bolesti, odnosno stadij bez vidljivih kliničkih znakova. Nadalje, prvi i rani klinički simptomi često se zanemare i previde, poput poteškoća pamćenja nedavnih razgovora, imena ili događaja, zabuna vremena ili mjesta određenih događaja te apatija i depresija. S druge strane, kasni su simptomi klinički uočljiviji pa samim time i sigurniji pokazatelji bolesti, a najčešće se radi o poremećenoj komunikaciji, dezorijentaciji, zbunjenosti, lošoj sposobnosti procjene i rasuđivanja, promjenama u ponašanju te poteškoćama u govoru, pisanju, gutanju i hodaњу (9). Također, oboljele osobe često gube stvari i ne mogu se sjetiti gdje su ih ostavile, povlače se s posla ili društvenih aktivnosti, mijenjaju raspoloženja i osobnosti te pate od povećane tjeskobe, uznemirenosti, razdražljivosti i poremećaja spavanja. Individualna je dispozicija o brzini napredovanja kliničkih simptoma od blagih prema teškima, no jednom kada bolest uznapreduje do težih stadija, oboljelima je uglavnom potrebna doživotna 24-satna pomoć u osnovnim ljudskim potrebama i aktivnostima poput kupanja, odijevanja, hranjenja i korištenja kupaonice. U toj fazi oboljeli najčešće izgube i sposobnost komunikacije (10).

Kako bolest napreduje, tako se kognitivne i funkcionalne sposobnosti smanjuju (9). Iako se AD obično smatra kognitivnim poremećajem, gotovo svi pacijenti kojima je dijagnosticiran AD razviju neuropsihijatrijske simptome (NPS) u nekoj fazi bolesti. Brojna istraživanja pokazuju da je učestalost NPS-a puno veća kod osoba s AD-om nego u općoj populaciji. Od svih neuropsihijatrijskih simptoma, depresija i apatija najčešće su uočeni simptomi kod osoba s kognitivnim oštećenjem i ranim AD-om. Kako bolest napreduje, halucinacije i agresija postaju sve češći klinički simptomi, dok je apatija najzastupljeniji NPS u svim fazama AD-a. U takvim je stanjima potrebno prvenstveno ukloniti izvor uznemirenosti i agresije ako je to moguće. Psihološki i socijalni tretmani, poput muzikoterapije mogu pozitivno djelovati u svrhu simptomatskog liječenja, a lijekovi se mogu upotrijebiti u ekstremnijim slučajevima. Iako antipsihotici imaju pozitivne učinke u simptomatskom liječenju AD-a, moraju se koristiti s velikim oprezom, s obzirom da mogu prouzrokovati i ozbiljne nuspojave, od kojih neke mogu imati fatalni ishod. (11). Klinički simptomi osoba s kognitivnim oštećenjima puno brže napreduju u AD-u ako imaju depresiju, dok s druge strane osobe s blagim oštećenjem ponašanja imaju veću vjerojatnost da će razviti demenciju čak i ako imaju normalnu kogniciju (11).

Prosječni životni vijek nakon početka simptoma kod Alzheimerove demencije obično je 10 – 12 godina (4).

Uzrok nastanka AD-a je nepoznat, no brojna istraživanja pokazala su da postoje čimbenici rizika za nastanak ove vrste demencije, a oni su: dob iznad 65 godina, genetska predispozicija te prisutnost lipoproteina ApoE4 u organizmu (12).

Poremećaji spavanja vrlo se često pojavljuju kod osoba koje boluju od AD-a, pri čemu 25-50 % oboljelih ima velike probleme sa spavanjem, a gotovo 75 % oboljelih spava dugo tijekom dana, što im otežava spavanje tijekom noći. Poremećaji spavanja uzrokuju pretjerano opterećenje njegovatelja i imaju negativan učinak na kogniciju i socijalnu izolaciju i njegovatelja i osobe oboljele od demencije (11).

1.2.1.1. Alzheimerova demencija i depresija

Depresija spada u jedan od najčešćih neuropsihijatrijskih simptoma kod osoba oboljelih od AD-a. Oko 50 % bolesnika s AD-om doživi depresiju i klinički značajne simptome depresije tijekom bolesti. Veliki depresivni poremećaj pogađa približno 20-30 % osoba s AD-om, a osobna ili obiteljska povijest depresije i mlađa dob u kojoj se demencija javila potencijalni su čimbenici rizika (13). Depresija i simptomi depresije povećavaju rizik od poremećaja ponašanja i u konačnici ubrzavaju funkcionalni pad oboljele osobe.

Antidepresivi su glavna metoda liječenja bolesnika s depresijom kod AD-a što je potaknuto nedostatkom alternativnih mogućnosti liječenja i percepcijom populacije da su antidepresivi učinkoviti. Provedeno je nekoliko istraživanja u kojima je testirana učinkovitost antidepresiva u liječenju depresije kod ljudi s AD-om te su dobiveni rezultati pokazali da su bolesnici s neuropsihijatrijskim simptomima, koji su prekinuli liječenje antidepresivima pokazali pogoršanje simptoma depresije, u usporedbi s onima koji su nastavili liječenje. Postoje i proturječni dokazi o učincima antidepresiva na kogniciju pri čemu su neka istraživanja pokazala povoljan učinak, a neka štetan (13).

Korištenje antidepresiva u liječenju depresije kod AD-a, s druge je strane povezano sa značajnim nuspojavama uslijed kojih dolazi do povećane sklonosti krvarenju i poremećaju ravnoteže elektrolita i tjelesnih tekućina, u vidu hiponatrijemije (13).

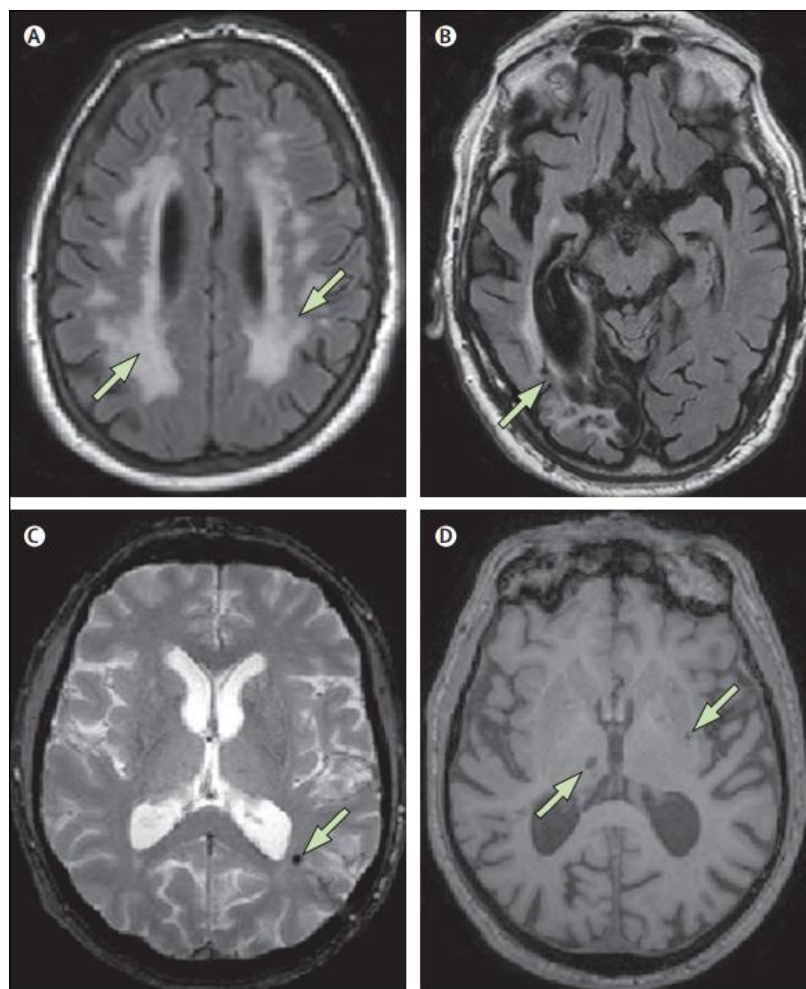
1.2.2. Vaskularna demencija

Vaskularna je demencija vrlo čest oblik demencije kod koje se stope oboljelih otprilike udvostručuju svakih tri do pet godina. Eksponencijalni porast ipak je nešto manje izražen nego kod Alzheimerovog tipa demencije (14). Do ove vrste demencije najčešće dolazi zbog prisutnosti prvenstveno neke cerebrovaskularne bolesti uslijed koje u konačnici dolazi do kognitivnog propadanja. Najučestaliji uzrok koji dovodi do cerebrovaskularne bolesti je moždani udar koji je samim time i najčešći uzrok nastajanja VD-a (15). Osim dobne i spolne dispozicije, koje su orijentirane prema starijim osobama i ženskom spolu, čimbenike rizika također čine i nisko obrazovanje, hipertenzija, pušenje, dijabetes, tjelesna inaktivnost, alkoholizam, pretilost, prisutnost ranije spomenutog lipoproteina ApoE4 u organizmu te druge aterosklerozne promjene. Mnogobrojna istraživanja pokazala su da vrlo često i kasnoživotna depresija može uzrokovati pojavu VD-a (14).

Dijagnosticiranje VD-a često je otežano jer je za pozitivnu dijagnozu ove vrste demencije prvenstveno potrebno ustvrditi vremensku uzročno-posljedičnu povezanost lezije mozga i samog nastupa demencije. Da bi se pacijentu dijagnosticirala VD, mora se ustanoviti neka cerebrovaskularna promjena na mozgu pomoću kompjutorizirane tomografije (CT) ili magnetske rezonancije (MR) na kojem se vide vaskularna oštećenja te se mora ustanoviti pogoršanje ranije spomenutih kognitivnih funkcija (16,17).

Multi-infarktna demencija (MID) podvrsta je VD-a, a nastaje zbog brojnih malih ishemijskih moždanih udara, a može se razvijati postupno ili naglo. Klinički se očituje kroz amneziju, apraksiju, afaziju ili agnoziju (16). Nadalje, vaskularna oštećenja dokazana s MR-om ili CT-om mogu se javiti i zbog ishemije bijele tvari što je najčešće posljedica ateroskleroznih promjena u arterijama i arteriolama u bijeloj tvari. Te se promjene nalaze i kod AD-a i VD-a, bez obzira na uzrok nastanka demencije, a sumnja se da su povezane s dijabetesom i arterijskom hipertenzijom (16).

U usporedbi s AD-om, učestalost gubitka pamćenja značajno je manji kod pacijenata s VD-om, kod kojih se češće javlja poremećeno izvršno funkcioniranje, u vidu smanjene sposobnosti rješavanja određenih problema (17).



Slika 1.1. Vaskularne promjene na mozgu vidljive na MR

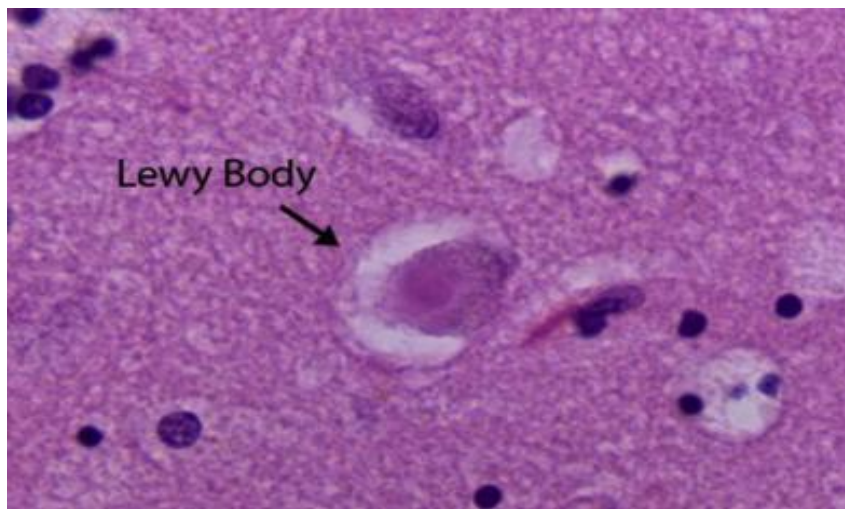
Izvor: O' Brien J.T, Thomas A. Vascular dementia. Lancet [Elektronički časopis]. 2015;386(10004):1698-706.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26595643/> (2.9.2022.)

Za točnu dijagnozu vaskularne demencije potrebna je prisutnost neke cerebrovaskularne bolesti na CT-u mozga kako bi se prikazao moždani udar ili opsežne lezije u bijeloj moždanoj tvari. MR je često poželjnija metoda jer može prikazati točan stupanj, mjesto i opseg cerebrovaskularne bolesti. Na slici 1.1. prikazane su vaskularne promjene na mozgu vidljive na MR. Strelice na slici A označavaju opsežne lezije (>25%) u bijeloj moždanoj tvari. Strelica na slici B prikazuje veliki kortikalni infarkt. Nadalje, strelica na slici C označava mikrokrvarenje, a slika D prikazuje višestruke lakunarne infarkte (14).

1.2.3. Demencija Lewyjevih tjelešaca

Lewyjeva su tjelešca (Sl. 1.2.) citoplazmatske nakupine, najčešće alfa-sinuklein proteina, u neuronina kortikalnih i subkortikalnih područja mozga. Ime su dobila po njemačkom neurologu, dr. Friedrichu Lewyju, koji ih je 1912. godine otkrio, proučavajući u laboratoriju neuropatologiju Parkinsonove bolesti (18,19).



Slika 1.2. Lewyjeva tjelešca u mozgu

Izvor: Sanford AM. Lewy Body Dementia. Clinics in geriatric medicine [Elektronički časopis]. 2018;34(4):603-615.

Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30336990/> (17.9.2022.)

Demencija Lewyjevih tjelešaca progresivna je neurodegenerativna bolest koja se vrlo često klinički preklapa s Alzheimerovom demencijom ili Parkinsonovom bolesti te ju je stoga izrazito teško dijagnosticirati. Za bolest je karakteristična dobna i spolna dispozicija; najčešće se javlja kod osoba starijih od 70 godina te dvostruko češće kod muškaraca. Klinički je tijekom bolesti polagan i postupan, s popraćenim simptomima poremećaja sna, svakodnevnog funkcioniranja, orijentacije i pamćenja te depresivnog raspoloženja, a kasnije i složenim vidnim halucinacijama. Pošto su sve vrste demencije popraćene sličnim ili istim simptomima, često se demencija Lewyjevih tjelešaca zamjenjuje nekom drugom vrstom demencije pa njena učestalost nije poznata. Iako se točna dijagnoza može potvrditi samo obdukcijom pretragom moždanog tkiva, znamenitu sumnju moguće je postaviti i pomoću MR-a te CT-a mozga (20).

1.3. Liječenje

Trenutno ne postoji lijek za demenciju, no postoje različiti tretmani i intervencije koje mogu uvelike poboljšati i unaprijediti kvalitetu života osoba oboljelih od neke vrste demencije. Ukoliko se govori o farmakološkom liječenju, koriste se lijekovi iz sljedećih skupina: antidepresivi, antipsihotici, anksiolitici, antidementivi i hipnotici. Cilj je farmakološkog liječenja ublažavanje kognitivnih simptoma i usporavanje napretka bolesti. Antipsihotici se često prepisuju u kasnijim fazama uznapredovale bolesti, u kojima dolazi do teških halucinacija, problematičnih agresija, sumanutih ideja te stadija nemira. Jedan od tradicionalnih antipsihotika je haloperidol, čije se korištenje mora provoditi uz dozu opreza, s obzirom da može uzrokovati značajne nuspojave, u prvom redu sedaciju, ali i poremećaje kliničkih simptoma te rapidno pogoršanje kognitivnih funkcija oboljele osobe (21).

Acetilkinolin je neuroprijenosnik živčanih impulsa koji igra važnu ulogu u pamćenju. Vrlo često se u liječenju koriste inhibitori kolinesteraze kao što su donepezil, rivastigmin i galantamin koji povećavaju razinu acetilkolina i samim time usporavaju tijek razvoja bolesti. Oni se uobičajeno koriste kod blage i umjerene Alzheimerove demencije i demencije sa Lewyjevim tjelešcima (22).

Najučinkovitija metoda suzbijanja demencija zapravo je prevencija u ranijoj životnoj dobi kroz različite edukacije o hipertenziji, pušenju, lošoj prehrani, konzumaciji alkohola, sjedilačkom načinu života, važnostima fizičke aktivnosti te o ostalim čimbenicima rizika za nastanak demencije. Nadalje, zdrava i mediteranska prehrana te bavljenje nekim oblikom sporta nekoliko puta tjedno također se preporučuje ako je za to oboljela osoba sposobna. Savjetovanje s obiteljskim liječnikom iznimno je važno u svrhu liječenja čimbenika kardiovaskularnih i ostalih rizika gdje je hipertenzija vjerojatno i najbitnija. Također, postoji i prevencija delirija koja je ponekad zanemarena. Bolesnici oboljeli od bilo koje vrste demencije samim time imaju i povećan rizik od nastanka delirija koji je medicinski hitan problem te ga se treba brzo liječiti. Postoje neke intervencije i mjere koje mogu prevenirati delirij, a neke od njih su dosljedna dnevna rutina pacijenta, normalan ciklus spavanja i buđenja te socijalizacija u društvu. Također, potrebno je izbaciti potencijalne nepotrebne lijekove u terapiji zato što neki lijekovi, primjerice iz skupine benzodiazepina, u kombinaciji s dugotrajnom konzumacijom istih i samom AD mogu dovesti do pojave delirija (22).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je, kroz prikaz slučaja, prikazati i opisati proces zdravstvene njege bolesnice s demencijom te objasniti ulogu prvostupnice sestriinstva kroz intervencije.

3. PRIKAZ SLUČAJA

Pacijentica K.B., 1935. godište, umirovljenica, dolazi u Opću bolnicu Bjelovar na Odjel psihijatrije u pratnji udomiteljice kod koje je smještena protekla dva tjedna. Prije toga živjela je s kćeri koja nije više mogla brinuti o njoj pa ju je smjestila u dom za starije i nemoćne. Udomiteljica navodi da je pacijentica došla nepokretna i da je u takvom stanju bila protekla dva tjedna te navodi da ne uzima hranu otkad je smještena u dom. Navodi kako su joj uspjeli davati samo Ensure napitak kada je pacijentica bila bolje volje. Noću je pacijentica bila pretežno budna, a ukoliko bi joj povećali dozu kvetiapina, utoliko bi spavala do jutra. Udomiteljica je zamijetila da se zdravstveno stanje pacijentice unazad tjedan dana pogoršalo. Po dolasku na odjel psihijatrije u Opću bolnicu Bjelovar, K.B. sjedi u kolicima i navodi da nije željela ni piti ni jesti jer smatra da je udomiteljica želi otrovati, ali bi željela otići svojoj kući. Pacijentica je opširnog misaonog tijeka uz konfabulacije. Nije vremenski orijentirana i slabo prepoznaje osobe. U jednom je navratu, u srpnju 2021. godine opservirana na Odjelu radi odbijanja hrane i vode. Tada je propisana terapija bila: Kvetiapin tableta 25 mg 1 navečer, Losartan 1 tableta ujutro i 1 navečer, paracetamol po potrebi i Oksazepam od 10 mg također po potrebi. Bolesnica je u potpunosti ovisna o drugoj osobi, koristi pelene za odrasle te joj je potrebna svakodnevna njega i 24-satna pomoć. Na seriji nativnih MSCT presjeka kroz mozak ne vide se intra- ili ekstraaksijalne hemoragične kolekcije. Također, nije prisutna svježa ishemija. Po pregledu, ventrikularan je sustav simetričan te su vidljivi duboki, slobodni likvorski prostori baze velikog mozga, što u kombinaciji s proširenjem ventrikularnog sustava rezultira izraženim atrofičnim promjenama. Na skeletarnim rekonstrukcijama ne vide se frakture te je uočen hematoma mekog oglavka frontalno lijevo. Pacijentica od lijekova uzima Concor 2,5 mg popodne, Kvetiapin 2x1 25 mg, Oksazepam 10 uvečer, Losartic plus joj se nije davao zbog sniženog krvnog tlaka.

U psihičkom je statusu pri svijesti, opširne je spontane produkcije i vremenski nije orijentirana. Psihomotorno je nemirna, ljuta na udomiteljicu na koju povremeno više, izrazito nezadovoljna te verbalno, također, inkontinentna. Nadalje, verbalno je agresivna, ali nije suicidalna. Pacijentici je dijagnosticirana F06.6 i F06.9. dijagnoza – Neoznačeni duševni poremećaj vezan uz oštećenje i disfunkciju mozga i fizičku bolest. Pacijentica je zaprimljena na kratkotrajnu hospitalizaciju.

3.1. Hospitalizacija

Pacijentica K.B. privremeno je hospitalizirana u Općoj bolnici Bjelovar u periodu od 17.9.2022. do 28.9.2022. Prvo jutro, pacijentica je pretežito dobro spavala te joj je napravljena jutarnja njega. Od terapije je dobila samo 1500 mL infuzije s kalcijem i vitaminima. Postavljen joj je trajni urinarni kateter radi praćenja diureze. Arterijski krvni tlak bio je nižih vrijednosti te je pacijentica bila afebrilna. Uveden joj je Klavocin. Tijekom prvog dana hospitalizacije konstantno je bila konfliktna, iznimno nemirna, neugodna i nesuradljiva. Drugi dan hospitalizacije pacijentica je tijekom noći spavala, konzumirala je malo tekućine na špricu, oskudno je jela te je primila infuzijski 1000 mL fiziološke otopine. Većinu vremena bila je relativno mirna te je povremeno dozivala nasumična imena. Trećeg dana hospitalizacije bila je iznimno smetena i nesuradljiva, konstantno pokušavajući izvući kateter. Pacijentici je toga dana tijelo namazano vitaminskom kremom te joj je ordinirana propisana farmakoterapija. Učinjena je toaleta trajnog urinarnog katetera i postavljena pelena. Pacijentica je mirna te pomalo uzima obroke i tekućinu. Prilikom jutarnje njege primijećen je dekubitus na desnoj peti, radi čega su pete podignute na povišeno. Tijekom naredna tri dana hospitalizacije pacijentica je bila uglavnom mirna te je spavala relativno dobro. Također, provodile su se antidekubitalne mjere te joj se mijenjao položaj ležanja svaka 2 sata. Zbog nesuradljivosti, pacijentica je slabije jela i pila. Sedmog dana hospitalizacije pacijentica je postala verbalno agresivna te odbijala uzeti vodu i odraditi oralnu higijenu. Vrlo je malo mokrila tijekom noći te je, od hospitalizacije, prvi put primijećeno lošije opće zdravstveno stanje. Zadnjih dana pacijentica je iznimno nesuradljiva i smetena. U potpunosti je dezorijentirana u vremenu, ne prepoznaje članove obitelji.

3.2. Proces zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege metoda je koja se sastoji od aktivnosti i intervencija čija je svrha zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba kako bi se u konačnici riješio problem u profesionalnoj sestrinskoj praksi (23). Prilikom procesa zdravstvene njege, medicinska sestra koristi se stečenim znanjem i iskustvom kod procjene stanja pacijenta, odnosno utvrđivanja potreba za zdravstvenom njegom što je ujedno i prva faza u procesu zdravstvene njege. Sljedeća faza podrazumijeva planiranje zdravstvene njege, a potom i njeno provođenje. Zadnju fazu u procesu zdravstvene njege čini evaluacija njene provedbe (23).

Pacijentici je postavljena dijagnoza F06.9 – neoznačeni duševni poremećaji vezani uz oštećenje i disfunkciju mozga i fizičku bolest. Povodom toga postoje brojni sestrinski problemi koji su se javljali tijekom hospitalizacije pa su dijagnosticirane sljedeće sestrinske dijagnoze:

- Anksioznost
- Kronična bol
- Umor
- Bespomoćnost
- Duševni nemir
- Lutanje
- Poremećaj misaonog procesa
- Poremećaj spavanja
- Smanjeno podnošenje napora
- Smanjena mogućnost brige za sebe – oblačenje/dotjerivanje
- Smanjena mogućnost brige za sebe – eliminacija
- Smanjena mogućnost brige za sebe – osobna higijena
- Visok rizik za dekubitus
- Visok rizik za infekciju
- Visok rizik za pad
- Visok rizik za agresivno ponašanje
- Totalna inkontinencija (24,25,26)

Anksioznost

Anksioznost predstavlja osjećaj straha i/ili nelagode praćen psihomotornom napetošću, panikom i tjeskobom

Cilj: Pacijentu će se tijekom hospitalizacije smanjiti osjećaj anksioznosti.

Intervencije:

- Saslušati bolesnicu
- Stvoriti empatijski odnos i odnos povjerenja
- Poticati pacijenta da verbalizira svoje osjećaje
- Osigurati mirnu i tihu okolinu
- Izbjegavati površnu potporu i nepotrebna pitanja koja pacijentici vraćaju osjećaj nelagode i anksioznosti
- Zapaziti izraze anksioznosti kroz komunikaciju i razdražljivost
- Pri komunikaciji govoriti razumljivo i polako te odgovarati na sva postavljena pitanja
- Potaknuti pacijenta da zatraži pomoć od sestre ili drugog medicinskog osoblja kada osjeti anksioznost

Evalvacija: Cilj je postignut djelomično. Pacijentica je ponekad bila raspoložena i sretna, a ponekad povučena i anksiozna (24).

Kronična bol

Kronična bol predstavlja neugodan nagli ili usporeni osjetilni ili čuvstveni doživljaj koji proizlazi iz stvarnih ili potencijalnih oštećenja tkiva.

Cilj: Pacijent će na skali za procjenu boli ocijeniti svoju bol nižom ocjenom nego na početku.

Intervencije:

- Konstantno pratiti vitalne funkcije
- Primjeniti ordiniranu terapiju prema pisanoj odredbi liječnika
- Ukloniti čimbenike koji mogu pojačati bol
- Ohrabriti pacijenta te mu objasniti da zauzme položaj u kojem osjeća manju bol
- Objasniti mu da izbjegava pritisak i napetost bolnog područja

- Podučiti pacijenta tehnikama relaksacije
- Kroz komunikaciju potaknuti pacijenta da verbalizira svoje strahove
- Kroz komunikaciju ublažiti strah
- Odvrćati pažnju pacijentu od boli
- Masirati bolno područje tijela
- Raditi procjenu boli
- Omogućiti pacijentu dostatan odmor
- Potaknuti pacijenta da izrazi svoje osjećaje boli

Evaluacija: Cilj je postignut. Pacijentica je na skali za procjenu boli ocijenila svoju bol manjom ocjenom nego što ju je ocijenila na početku (25).

Umor

Osjećaj iscrpljenosti i smanjene sposobnosti za mentalni i fizički rad.

Cilj: Pacijent neće osjećati umor.

Intervencije:

- Osigurati pacijentu mirnu okolinu bez buke
- Osigurati pacijentu neometano spavanje i odmor
- Izbjegavati nepotreban napor i nepotrebne aktivnosti
- Prilagoditi prioritete aktivnosti
- Provoditi umjerenu tjelovježbu
- Maknuti od pacijenta sve nepotrebne predmete iz okoline kako bi se lakše odmorio
- Smanjiti razinu stresa i anksioznosti kod pacijenta
- Ukloniti čimbenike koji imaju utjecaj na nastajanje umora
- Osigurati pacijentu dovoljnu količinu svježeg zraka u sobi

Evaluacija: Cilj nije postignut. Pacijentica je kroz cijelu hospitalizaciju osjećala umor (25).

Bespomoćnost

Bespomoćnost predstavlja stanje nedovoljnog ili nezadovoljavajućeg odnosa s okolinom.

Cilj: Pacijent će razviti suradljiv odnos s okolinom.

Intervencije:

- Uspostaviti sa pacijentom empatijski odnos i odnos povjerenja
- Biti podrška pacijentu tijekom hospitalizacije
- Ohrabriti pacijenta
- Poticati pacijenta na verbalizaciju svojih osjećaja i strahova
- Poticati pacijenta na komunikaciju
- Poticati pacijenta na uključivanje u grupnu terapiju
- Objasniti pacijentu što je neprihvatljivo ponašanje i koje su posljedice
- Objasniti pacijentu što je prihvatljivo socijalno ponašanje te ga poučiti istom
- Poticati pozitivno mišljenje o interakciji u društvu
- Poticati pacijenta na izražavanje emocija
- Omogućiti pacijentu osjećaj bitnosti u donošenju nekih odluka
- Osigurati rad s radnim terapeutom
- Osigurati rad s multidisciplinarnim timom

Evaluacija: Cilj je djelomično postignut. Pacijentica je nekada ostvarila suradljiv odnos, a nekada je bila nesuradljiva (26).

Duševni nemir

Duševni nemir stanje je narušenog sustava vjerovanja i vrijednosti koji osiguravaju duhovnu snagu i smisao u samome životu.

Cilj: Pacijent će tijekom hospitalizacije izraziti osjećaj optimizma i nade u budućnost.

Intervencije:

- Poticati verbalizaciju emocija
- Slušati pacijenta
- Ne osuđivati pacijenta na osnovu religioznosti, pružiti mu podršku

- Omogućiti pacijentu razgovor sa vjerskim/duhovnim skrbnikom
- Pružiti pacijentu podršku pri zadovoljavanju duhovnih potreba
- Poticati duhovno izražavanje te pritom izbjegavati nametanje vlastitih stavova i promišljanja
- Osigurati privatnost i prostor za dnevne vjerske rituale
- Uključiti pacijenta u socialno okruženje i poticati komunikaciju s okolinom
- Pomoći pacijentu u izradi liste vlastitih vrijednosti i uvjerenja
- Poticati suosjećanje
- Educirati pacijenta o njegovoj bolesti te kako ona utječe na način života
- Educirati i obavijestiti obitelj o promjenama u emocionalnom i psihološkom aspektu

Evaluacija: Cilj nije postignut. Pacijentica nije tijekom hospitalizacije izražavala osjećaj optimizma i nade u budućnost. Imala je izrazito negativan stav prema istome (26).

Lutanje

Lutanje je besciljno ili ponavljano kretanje kojim se pacijent izlaže opasnosti zbog nepoštivanja granica ili prepreka.

Cilj: Pacijent će se što manje besciljno kretati te se neće izlagati opasnostima i sudjelovat će u aktivnostima.

Intervencije:

- Tijekom hospitalizacije pacijenta pratiti i dokumentirati znakove kretanja i pretjerane aktivnosti
- Poticati pacijenta na bavljenje stvarima koje ga ispunjavaju i usrećuju
- Uključiti radnog terapeuta u rad
- Pacijenta sa visokim rizikom za bijeg smjestiti u zatvoreni tip odjela
- Osigurati ključeve vrata
- Kontinuirano nadgledati cijeli odjel i pacijenta
- Primjena sedativa prema propisanoj odredbi liječnika
- Komunicirati sa pacijentom i poticati ga da kaže kakve god potrebe ima
- Poticati verbalizaciju osjećaja i problema sa kojima se susreće
- Smanjiti osjećaj nelagode i anksioznosti

Evaluacija: Cilj je djelomično postignut. Pacijent se nije besciljno kretao i lutao, ali nije sudjelovao u aktivnostima (26).

Poremećaj misaonog procesa

Poremećaj misaonog procesa predstavlja stanje nemogućnosti točne i precizne obrade misli.

Cilj: Pacijent će biti orijentiran u vremenu i prostoru.

Intervencije:

- Osigurati vrijeme za komunikaciju
- Poticati pacijenta da izražava svoje osjećaje
- Prilikom komunikacije govoriti razgovjetno i polakše ukoliko pacijent teže razumije
- Poticati pacijenta da izjašnjava svoje misaone procese te ih dokumentirati
- Orijetirati pacijenta u vremenu i prostoru
- Staviti pacijentu sve osobne stvari nadohvat ruke i ne mijenjati mjesto kako bi se lakše prisjetio
- Omogućiti pacijentu nesmetan odmor
- Ohrabriti pacijenta
- Primijeniti ordiniranu terapiju
- Osigurati nadzor pacijenta
- Osigurati pacijentu zvono nadohvat ruke da može pozvati sestru kada mu zatreba
- Uključiti pacijentu noćno svijetlo tijekom noći
- Uključiti obitelj u brigu o pacijentu

Evaluacija: Cilj nije postignut. Pacijentica nije bila orijentirana u vremenu i prostoru (26).

Poremećaj spavanja

Poremećaj spavanja je nemogućnost pojedinca da zadovolji potrebe za odmorom i spavanjem.

Cilj: Pacijent će spavati cijelu noć i imat će normalan ciklus spavanja.

Intervencije:

- Osigurati pacijentu masažu prije spavanja
- Ukloniti čimbenike iz okoline koji otežavaju proces usnivanja (ugasiti televizor, ugasiti svjetlo, osigurati tišinu)
- Osigurati da pacijent svaki dan ide spavati u isto i adekvatno vrijeme
- Savjetovati pacijentu da izbjegava konzumaciju kofeina
- Planirati primjenu lijekova koji mogu utjecati na spavanje
- Dokumentirati i pratiti dnevnik spavanja
- Educirati pacijenta tehnikama relaksacije
- Poticati pacijenta da verbalizira probleme zbog kojih možda ne može spavati

Evalvacija: Cilj je djelomično postignut. Pacijentica je kroz hospitalizaciju neke dane spavala cijelu noć, a neke dane je imala noćne nemire i poremećene cikluse spavanja (26).

Smanjeno podnošenje napora

Smanjeno podnošenje napora predstavlja stanje u kojem se javlja umor, nemoć i nelagoda prilikom obavljanja i izvođenja svakodnevnih aktivnosti.

Cilj: Pacijent će razumijeti svoje stanje, očuvati samopoštovanje i prihvatiti pomoć drugih.

Intervencije:

- Podučiti i motivirati pacijenta na važnost pasivnih vježbi
- Mjeriti puls, krvni tlak i disanje
- Izbjegavati nepotreban napor
- Osigurati pomagala pacijentu (hodalicu, štap, štake, trapez...)
- Pravovremeno prepoznati uzroke umora kod pacijenta i prevenirati
- Osigurati neometano spavanje i odmor pacijentu

- Ovisno o pacijentovim mogućnostima planirati aktivnosti
- Biti pacijentu podrška u svemu

Evalucija: Cilj je postignut. Pacijentica je bila svjesna svog stanja i prihvatila je pomoć drugih jer samostalno otežano podnosi napor (24).

Smanjena mogućnost brige o sebi – oblačenje/dotjerivanje

Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost odijevanja i brige o svom izgledu.

Cilj: Pacijent će tijekom hospitalizacije uvijek biti uredan, dotjeran i obučen.

Intervencije:

- 30 minuta prije oblačenja ili dotjerivanja primijeniti neku metodu za ublažavanje boli ili analgetik ukoliko je propisan
- Osigurati privatnost pacijentu (po potrebi paravan)
- Poticati pacijenta da što je god više moguće samostalno obavlja aktivnosti (primjereno njegovim sposobnostima)
- Pomoći pacijentu odjenuti odjeću
- Pomoći pacijentu pri korištenju određenih pomagala
- Osigurati dovoljno vremena za oblačenje i presvlačenje
- Odabrati odjeću u kojoj se pacijent osjeća udobno i malo širu radi lakšeg presvlačenja
- Svu potrebnu odjeću, pribor i pomagala staviti pacijentu nadohvat ruke
- Osigurati dobro osvjetljenje u prostorijama, papuče koje se ne kližu, rukohvate u kupaonici...

Evalucija: Cilj je postignut. Pacijentica je tijekom hospitalizacije uvijek bila uredna, dotjerana i obučena (24).

Smanjena mogućnost brige o sebi – eliminacija

Stanje u kojem je osoba u potpunoj ili oslabljenoj mogućnosti obavljanja samostalnog procesa eliminacije urina i stolice.

Cilj: Pacijent će tijekom hospitalizacije biti suh i uredan.

Intervencije:

- Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta
- Sugerirati pacijenta i dogovoriti se kako će pozvati pomoć kada treba obaviti eliminaciju
- Biti podrška pacijentu
- Pripremiti krevet i pomagala za eliminaciju u krevetu (pelene, guske, ulošci, sani kolica, noćna posuda...)
- Ne požurivati pacijenta
- Osigurati privatnost pacijentu
- Osigurati dovoljno vremena pacijentu
- Omogućiti sigurno okolinu

Evaluacija: Cilj je postignut. Pacijentica je tijekom hospitalizacije bila suha i uredna (24).

Smanjena mogućnost brige o sebi – osobna higijena

Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene.

Cilj: Pacijent će sudjelovati u provođenju osobne higijene sukladno stupnju samostalnosti.

Intervencije:

- Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta
- Ustanoviti koje su situacije kada je pacijentu potrebna pomoć
- Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme
- Prilikom obavljanja osobne higijene raditi na tome da se povećava svakim daniom razina samostalnosti pacijenta
- Osigurati privatnost pacijentu
- Potreban pribor i pomagala staviti pacijentu nadohvat ruke i poticati ga da ih koristi

- Educirati pacijenta kako se koristi koje pomagalo
- Pomoći pacijentu pri obavljanju osobne higijene
- Prihvatiti pacijentove želje i osobitosti načina održavanja osobne higijene
- Osigurati pacijentu zvono nadohvat ruke
- Promatrati i uočavati promjene na koži tijekom obavljanja osobne higijene i kupanja
- Biti uz pacijenta tijekom kupanja

Evalvacija: Cilj je postignut. Pacijentica je sudjelovala u provođenju osobne higijene sukladno stupnju samostalnosti (24).

Visok rizik za dekubitus

Visok rizik za dekubitus predstavlja prisutnost brojnih vanjskih i unutarnjih čimbenika rizika za oštećenje tkiva.

Cilj: Pacijent tijekom hospitalizacije neće razviti dekubitus.

Intervencije:

- Mijenjati položaj pacijenta u krevetu svaka 2 sata
- Dokumentirati ranija oštećenja kože i sadašnje stanje
- Osigurati dovoljnu hidraciju pacijenta tijekom hospitalizacije
- Pratiti i zamjetiti znakove i simptome hidracije te pravovremeno reagirati na iste
- Održavati higijenu kože pacijenta
- Održavati osobnu higijenu pacijenta
- Redovito mijenjati posteljinu kreveta
- Podložiti jastuke pod potkoljenice
- Koristiti jastuke koji umanjuju pritisak
- Provoditi aktivne i pasivne vježbe donjih i gornjih ekstremiteta
- Primijeniti propisana sredstva protiv boli
- Educirati pacijenta i njegovu obitelj o mjerama prevencije oštećenja kože

Evalvacija: Cilj nije postignut. Pacijentica je dobila dekubitus 3. dan hospitalizacije na desnoj peti (24).

Visok rizik za infekciju

Visok rizik za infekciju predstavlja stanje u kojem je pacijent izložen riziku za nastanak infekcije koja je uzrokovana patogenim mikroorganizmima.

Cilj: Tijekom hospitalizacije pacijent neće dobiti znakove niti simptome infekcije.

Intervencije:

- Mjeriti vitalne znakove
- Ukoliko je pacijent afebrilan mjeriti ujutro i navečer tjelesnu temperaturu
- Pratiti izgled izlučevina
- Pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima
- Urin iz urinarnog katetera poslati na bakteriološku analizu
- Održavati higijenu ruku
- Održavati higijenu sobe
- Educirati pacijenta i objasniti mu važnosti održavanja higijene ruku
- Provoditi higijenu usne šupljine
- Aseptično previjanje rana
- Pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije
- Održavati njegu katetera

Evaluacija: Cilj je postignut. Pacijentica tijekom hospitalizacije nije dobila znakove niti simptome infekcije (24).

Visok rizik za pad

Visok rizik za pad predstavlja opasnost od pada i ozljeda uslijed mogućnosti pacijenta i uvjeta okoline.

Cilj: Pacijent tijekom hospitalizacije neće pasti.

Intervencije:

- Omogućiti pacijentu zvono nadohvat ruke
- Osigurati pacijentu uporabu noćnog svijetla
- Pacijentov krevet spustiti na adekvatnu visinu

- Poticati pacijenta da traži pomoć tokom noći
- Omogućiti pacijentu prikladnu odjeću i obuću koja se ne kliže
- Omogućiti pacijentu i uputiti ga kako koristiti držače za ruke
- Omogućiti rukohvat u kadi
- Postaviti neklizajuću podlogu u kupaonici
- Učiniti okolinu sigurnom
- Pad dokumentirati u sestrinsku dokumentaciju
- Maknuti sve nepotrebne stvari iz pacijentove blizine
- Naučiti pacijenta uporabi ortopedskih pomagala
- Pomoći pacijentu prilikom ustajanja
- Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta

Evaluacija: Cilj je postignut. Pacijentica tijekom hospitalizacije nije pala (24).

Visok rizik za agresivno ponašanje

Stanje visokog rizika za pojavu fizičkog, psihičkog i/ili nasilnog ponašanja prema drugima.

Cilj: Pacijent se neće ponašati agresivno i nasilno.

Intervencije:

- Osigurati mirnu okolinu
- Smanjiti buku
- Osigurati privatnost pacijentu
- Poticati verbalizaciju osjećaja ukoliko pacijent pokazuje volju za time
- Izbjegavati dugotrajan kontakt očima sa pacijentom
- Uspostaviti empatijski odnos sa pacijentom
- Podučiti pacijenta načinima kontrole ponašanja
- Ukloniti sve opasne predmete iz pacijentove okoline kojima može nauditi sebi ili drugima
- Educirati pacijenta o načinima suočavanja sa stresom
- Poticati pacijenta da verbalizira svoje strahove
- Uključiti pacijenta u grupnu terapiju

Evaluacija: Cilj nije postignut. Pacijentica je većim dijelom hospitalizacije imala agresivne ispade i nasilno ponašanje (26).

Totalna inkontinencija

Totalna inkontinencija predstavlja stanje potpunog i nepredvidljivog istjecanja urina.

Cilj: Tijekom hospitalizacije koža perianalnog područja pacijenta bit će čista i neoštećena.

Intervencije:

- Navečer smanjiti unos tekućine
- Postaviti pacijentu zvono nadohvat ruke
- Educirati pacijenta o važnosti higijene ruku
- Ukoliko je pacijent teže pokretan osigurati mu noćnu posudu pored kreveta
- Nakon svakog mokrenja preianalnu regiju oprati i posušiti

Evaluacija: Cilj je postignut. Pacijentici je tijekom hospitalizacije koža perianalnog područja bila čista i neoštećena (24).

4. RASPRAVA

Proces zdravstvene njege opisan u prikazu slučaja bolesnice izrazito je kompleksan prvenstveno jer se sastoji od šesnaest sestrinskih dijagnoza. Bolesnica je došla na odjel psihijatrije u OB Bjelovar u pratnji udomiteljice gdje je smještena prethodna dva tjedna te je nepokretna. Na skali za procjenu samostalnosti (0 – 4) određenih aktivnosti, primjerice, higijene, oblačenja, hranjenja i eliminacije bolesnica je ocijenjena ocjenom 4 što predstavlja potpunu ovisnost pacijentice o drugim osobama i pomagalima. Iz tih razloga javljaju se i sestrinske dijagnoze smanjene mogućnosti brige za sebe (oblačenje/dotjerivanje, eliminacija, osobna higijena). Prilikom obavljanja intervencija za navedene sestrinske dijagnoze pacijentica pruža otpor, nemirna je i poprilično nesuradljiva, no unatoč tome svi postavljeni ciljevi bili su i postignuti te je pacijentica tijekom cijele hospitalizacije bila uredna, čista, dotjerana i obučena.

Nadalje, tijekom hospitalizacije pacijentice u planu zdravstvene njege također su bile navedene i visokorizične sestrinske dijagnoze od kojih su neke uspješno rješavane intervencijama, a u nekima cilj nažalost nije postignut. Primjerice, evaluacija kod dijagnoze visokog rizika za dekubitus bila je negativna te je pacijentica 3. dan hospitalizacije razvila dekubitus na peti koji je kroz ostatak hospitalizacije kroz intervencije bio adekvatno tretiran. Također, cilj kod dijagnoze visokog rizika za agresivno ponašanje nije postignut jer je pacijentica većim dijelom hospitalizacije imala agresivne ispade. Ostale visokorizične sestrinske dijagnoze uspješno su rješavane preventivnim intervencijama te pacijentica nije razvila znakove ni simptome infekcije te nije pala.

Poremećaj misaonog procesa jedna je od dijagnoza koja je često prisutna kod osoba oboljelih od neke vrste demencije. Kod bolesnice K.B. također je bila prisutna sestrinska dijagnoza poremećaja misaonog procesa gdje pacijentica nepovezano govori i ne dohvaća ciljnu misao. Ne prepoznaje osobe ni obitelj, neprikladno se ponaša, poremećena joj je sposobnost za apstraktno mišljenje te je u potpunosti dezorijentirana. Također, tijekom boravka na odjelu ustanovljena joj je i dijagnoza poremećaja spavanja u kojoj je cilj bio djelomično postignut jer je pacijentica neke dane spavala cijelu noć, a neke je dane imala noćne nemire i poremećene cikluse spavanja.

Pored svih navedenih sestrinskih dijagnoza u planu zdravstvene njege konstantno je bila prisutna i određena razina anksioznosti kod bolesnice. Tu je bila iznimno važna uloga medicinske sestre koja je kroz profesionalan empatijski odnos pacijentici pokazivala razumijevanje njegovih

osjećaja. Zbog stvaranja osjećaja sigurnosti i povjerenja pacijentici je većinski bila smanjena razina anksioznosti, no pojedine dane bila je u tjeskobi i anksioznosti.

5. ZAKLJUČAK

Stanovništvo progresivno stari, a samim time dijagnosticira se sve više demencija, što u konačnici predstavlja velik javnozdravstveni problem. Demencije su kronične bolesti koje zahtijevaju dugotrajnu skrb, farmakološko i nefarmakološko liječenje te psihosocijalnu podršku za pacijente i njihove skrbnike i obitelj. Najpoznatija i najučestalija vrsta je Alzheimerova demencija koja čini i preko dvije trećine slučajeva, a iza nje dolazi vaskularna demencija te ostale, u populaciji manje zastupljene, vrste demencija. Pošto je izlječenje demencija nemoguće, glavni je zadatak očuvati i privremeno usporiti propadanje kognitivnih funkcija te povećati kvalitetu života pacijenata. To se može postići kontrolom čimbenika rizika za nastanak moždanog udara i demencija te jačanje zaštitnih čimbenika kako bi se poboljšala kognicija pacijenta. Također se kroz različite likovne i kreativne radionice mogu poboljšati kognitivne funkcije te kroz fizičku aktivnost zadržati stabilnost i pokretljivost. Nadalje, iznimno je bitna edukacija stanovništva, a pogotovo mladeži u školama, u svrhu osvješćivanja mjera prevencija i faktora rizika za nastanak demencije. Uloga medicinske sestre iznimno je važna jer pacijenti oboljeli od demencije, pogotovo u progresivnom i uznapredovalom stadiju bolesti, ovise u potpunosti o tuđoj pomoći. Medicinska sestra, koja je 24 sata uz pacijenta, svojim znanjem, empatijom, strpljivošću, podrškom, iskustvom i kompetencijama kroz intervencije treba nastojati umanjiti simptome bolesti i poboljšati kvalitetu života pacijenta.

6. LITERATURA

1. Tkalčić M, Pokrajac-Bulian A, Bosanac D, Tomić Z. Procjena kognitivnog statusa pacijenata s demencijom. Psihologijske teme [Elektronički časopis]. 2003;12(1):54-62.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/245853> (20.7.2022.)
2. Štambuk A, Ivančić I. (Anti)stigma osoba s demencijom. Ljetopis socijalnog rada [Elektronički časopis]. 2022;1(29):7-30.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/402868> (20.7.2022.)
3. Fremec M, Kipčić N. Izazovi u sestrinskoj praksi tijekom rada s osobama s demencijom. Socijalna psihijatrija [Elektronički časopis]. 2019;47(3):423-424.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/338270> (20.7.2022.)
4. Gale S.A, Acar D, Daffner K.R. Dementia. The American Journal of Medicine [Elektronički časopis]. 2018;131(10):1161-1169.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29425707/> (25.7.2022.)
5. Garre-Olmo J. Epidemiology of Alzheimer's disease and other dementias. Revue Neurologique Journals [Elektronički časopis]. 2018;66(11):377-386.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29790571/> (26.7.2022.)
6. Lopez O.L, Huller LH. Epidemiology of aging and associated cognitive disorders: Prevalence and incidence of Alzheimer's disease and other dementias. Handbook of Clinical Neurology [Elektronički časopis]. 2019;167:139-148.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31753130/> (29.7.2022.)
7. World Health Organization. Dementia [Online]. 2022.
Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=Worldwide%2C%20around%2055%20million%20people, and%20139%20million%20in%202050> (29.7.2022.)
8. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Alzheimerova bolest [Online]. 2017.
Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/> (30.7.2022.)
9. Alzheimer's Association. 2016 Alzheimer's disease facts and figures. Alzheimers Dement [Elektronički časopis]. 2016;12(4):459-509.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27570871/> (10.8.2022.)
10. Kirk Wiese L, Linger J, Lindauer A. Alzheimer's disease and Lewy body dementia: Discerning the differences. American Nurse Today [Elektronički časopis]. 2021;16(1):10-17.

- Dostupno na: <https://www.myamericannurse.com/alzheimers-disease-and-lewy-body-dementia/> (11.8.2022.)
11. Lyketsos G.C, Carrillo M.C, Ryan J.M, Khachaturian A.S, Trzepacz P, Amatniek J, Cedarbaum J, Brashear R, Miller D.S. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* [Elektronički časopis]. 2011;7(5):532-9.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21889116/> (15.8.2022.)
 12. Folnegović-Šmalc V, Uzun S, Kozumplik O, Folnegović-Grošić P, Henigsberg N, Makarić G, Mihanović M, Mimica N. Farkamoterapija Alzheimerove bolesti. *Medicus* [Elektronički časopis]. 2002;11(2):217-222.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/31274> (15.8.2022.)
 13. Orgeta V, Tabet N, Nilforooshan R, Howard R. Efficacy of Antidepressants for Depression in Alzheimer's Disease: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease* [Elektronički časopis]. 2017;58(3):725-733.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5467718/> (21.8.2022.)
 14. O' Brien J.T, Thomas A. Vascular dementia. *Lancet* [Elektronički časopis]. 2015;386(10004):1698-706.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26595643/> (2.9.2022.)
 15. Tuksor H. Stavovi i znanja opće populacije o osobama oboljelim od demencije (završni rad). Varaždin: Sveučilište Sjever; 2018.
 16. Babić T. Vasakularna demencija. *Acta clinica Croatica* [Elektronički časopis]. 2004;43(3):119-121.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/clanak/23131> (6.9.2022.)
 17. Lipovac A. Proces zdravstvene njege bolesnika oboljelog od vaskularne demencije (završni rad). Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru; 2021.
 18. Sanford AM. Lewy Body Dementia. *Clinics in geriatric medicine* [Elektronički časopis]. 2018;34(4):603-615.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30336990/> (17.9.2022.)
 19. Orlić D. Rad s oboljelima od Alzheimerove bolesti i drugih demencija u domu za starije osobe (završni rad). Pula: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek; 2018.
 20. Orlović I, Vlahović D, Šiško Markoš I, Peitl V. The Enigma of Lewy Body Dementia: a Case Report. *Acta clinica Croatica* [Elektronički časopis]. 2020;59(4):771-775.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/255235> (18.9.2022.)

21. Chu L.W. Alzheimer's disease: early diagnosis and treatment. Hong Kong Medical Journal [Elektronički časopis]. 2012;18(3):228-237.
Dostupno na: <https://www.hkmj.org/abstracts/v18n3/228.htm> (19.9.2022.)
22. Tisher A, Salardini A. A Comprehensive Update on Treatment of Dementia. Seminars in neurology [Elektronički časopis]. 2019;39(2):167-178.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30925610/> (19.9.2022.)
23. Čukljek S. Proces zdravstvene njege (nastavni tekstovi). Zagreb: Zdravstvena veleučilište Zagreb; 2020.
24. Šimunec D. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2011.
25. Šimunec D. Sestrinske dijagnoze 2. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2013.
26. Šimunec D. Sestrinske dijagnoze 3. Zagreb: Hrvatska Komora Medicinskih Sestara; 2015.

7. OZNAKE I KRATICE

AB – Alzheimerova bolest

AD – Alzheimerova demencija

CT – Kompjutorizirana tomografija

HIV – Virus humane imunodeficijencije

MID – Multi-infektna demencija

MR – Magnetska rezonancija

NPS – Neuropsihijatrijski simptomi

VD – Vaskularna demencija

8. SAŽETAK

Demenciju kao sindrom karakterizira dobna dispozicija prema ljudima starijim od 65 godina, koja progresivno raste s dobi, no može se javiti i među mlađim osobama, najčešće posljedično moždanom udaru. Postoje različite vrste demencija, a najpoznatija je Alzheimerova demencija, vrlo spora i progresivna bolest s promjenama u pamćenju i kognitivnim poremećajima, poput agnozije, apraksije i afazije. Uzrok nastanka je nepoznat, no postoje čimbenici rizika, za koje je kroz niz godina i istraživanja dokazana velika uloga u nastanku same bolesti. Jedan od glavnih čimbenika rizika za nastanak Alzheimerove demencije je genetska predispozicija, kao i hipertenzija te pretilost, osobito u srednjoj životnoj dobi. Druga najučestalija vrsta demencija je vaskularna demencija, bolest s izraženim kognitivnim poremećajem, no gubitak pamćenja kod nje manje je izražen nego kod Alzheimerovog tipa. Vaskularna demencija nastaje posljedično nekoj od cerebrovaskularnih bolesti. Pošto sve vrste demencija uzrokuju slabije kognitivno funkcioniranje, kardiovaskularne bolesti i njezini čimbenici rizika vrlo su usko povezani s nastankom demencija. Hipertenzija uzrokuje narušavanje kognitivnih i funkcionalnih sposobnosti pacijenata stoga je terapija visokog sistoličkog tlaka izrazito bitna mjera prevencije za smanjenje rizika od nastanka demencije. Potpuno je izlječenje od demencije nemoguće pa je izrazito važna uloga medicinske sestre koja, kroz edukaciju mladih i svoje intervencije navedene u prikazu slučaja, uvelike može poboljšati život pacijenta i usporiti kognitivno propadanje, što su ujedno i najbitniji ciljevi u liječenju osoba oboljelih od demencija. U radu je opisana pacijentica s dijagnozom F06.9., što predstavlja neoznačene duševne poremećaje vezane uz oštećenje i disfunkciju mozga i fizičku bolest, te je izrađen plan zdravstvene njege. U evaluacijama sestrinskih dijagnoza uočljivo je da su neki ciljevi kroz intervencije postignuti, neki djelomično postignuti, a neki u potpunosti nisu postignuti.

Ključne riječi: demencija, čimbenici rizika, medicinska sestra, plan zdravstvene njege, sestrinske dijagnoze i intervencije


9. SUMMARY

One of the characteristics of dementia is age-related predisposition to people over sixty-five, progressively increasing with age. However, it can also appear in earlier ages when it is mostly caused by the heart stroke. There are many different types of dementia, but the most well-known type is Alzheimer's type of dementia, which is a slow and progressive disease with changes in memory and cognitive disorders such as agnosia, apraxia, and aphasia. The cause of its occurrence is unknown, but there are risk factors that have been proven over several years of research to play a significant role in its occurrence. One of the main risk factors for the development of Alzheimer's dementia is a genetic predisposition, hypertension, and obesity, especially in middle-age people. The second most common type of dementia is vascular dementia, a disease where cognitive impairment is expressed, but memory loss is less noticeable than in Alzheimer's type. The cause of vascular dementia is some cerebrovascular disease. Since all types of dementia cause lower cognitive functioning, cardiovascular disease and its risk factors are very closely related to the cause of dementia. Hypertension causes impairment of the cognitive and functional abilities of the patient. Therefore, the therapy of high systolic pressure is an extremely important preventive measure to reduce the risk of developing dementia. A complete cure for dementia is impossible, hence the role of the nurse, who went through the education of young people and their interventions shown in the case report, is significant. They can improve the patient's life and slow cognitive decline, which is also the most vital goal in the treatment of people suffering from dementia. This paper shows a patient with a diagnosis of F06.9. This diagnosis represents undiagnosed mental disorders related to brain damage and its dysfunction, as well as a physical illness. Therefore, a nursing plan was created. While evaluating nursing diagnosis, it is visible that some goals were achieved through interventions. However, some goals were achieved partially or not at all.

Keywords: dementia, risk factors, nurse, nursing plan, nursing diagnoses and interventions

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>14.10.2022.</u>	PETAR KRIŠTIĆ	

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta 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

PETAR KRŠTIĆ

ime i prezime studenta/ice

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, 14.10.2022.

Petar Kršić

potpis studenta/ice

OPĆA BOLNICA BJELOVAR
ETIČKO POVJERENSTVO
U Bjelovaru 16. rujna 2022.g.

*Klasir: 021-01/22-05/08
ur. br. 2103-72-12-22-02*

PETAR KRIŠTIĆ
Kamešćica 10 F
10000 Zagreb

Predmet: **„Proces zdravstvene njege dementnih bolesnika“**

- suglasnost na provođenje istraživanja, daje se

Na temelju Vaše zamolbe Etičko je povjerenstvo OB Bjelovar razmotrilo plan i način ispitivanja odnosno dostavljenu dokumentaciju o istraživanju pod naslovom „Proces zdravstvene njege dementnih bolesnika“.

Predmetno istraživanje zadovoljava uvjete i u skladu je s Etičkim kodeksom i Bochumskim postupnikom.

Stoga je Etičko povjerenstvo suglasno s provođenjem predmetnog istraživanja u našoj ustanovi.

S poštovanjem,

Predsjednik Etičkog povjerenstva

Darko Novalić
prof. psihologije

DARKO NOVALIĆ
PROF. PSIHLOGIJE
509132