

Zdravstvena skrb za neurološkog bolesnika s demencijom

Šostar, Milica

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:144:072713>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**ZDRAVSTVENA SKRB ZA NEUROLOŠKOG
BOLESNIKA S DEMENCIJOM**

Završni rad br. 111/SES/2022

Milica Šostar

Bjelovar, rujan 2023.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Milica Šostar**

JMBAG: **0284009157**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena skrb za neurološkog bolesnika s demencijom**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **Sabina Bis, univ. mag. admin. sanit.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **Marina Friščić, mag. med. techn., predsjednik**
2. **Sabina Bis, univ. mag. admin. sanit., mentor**
3. **dr. sc. Marija Kudumija Slijepčević, član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 111/SES/2022

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. Istražiti literaturu vezanu uz zdravstvenu njegu neurološkog bolesnika s demencijom
2. Analizirati prikupljene podatke vezane uz zbrinjavanje neuroloških bolesnika s demencijom
3. Cjelovito prikazati tijek nastanka demencija kroz faze bolesti te mogućnosti liječenja neuroloških bolesnika s demencijom
4. Opisati procese zdravstvene skrbi specifične za neurološke bolesnika s demencijom
5. Kritički objasniti važnost timskog rada te ulogu obitelji kod zbrinjavanja neurološkog bolesnika s demencijom
6. Objasniti ulogu medicinske sestre u zdravstvenoj skrbi neurološkog bolesnika s demencijom

Datum: 04.11.2022. godine

Mentor: **Sabina Bis, univ. mag. admin. sanit.**



SADRŽAJ

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	2
3. METODE	3
4. RASPRAVA	4
4.1. Demencija	4
4.1.1. Epidemiologija	6
4.1.2. Etiologija, patofiziologija i histopatologija demencije.....	7
4.1.3. Postupak i postavljanje dijagnoze	11
4.1.4. Liječenje bolesnika s demencijom	16
4.1.5. Edukacija obitelji i utjecaj demencije na obitelj	19
4.2. Zdravstvena njega i uloga medicinske sestre	21
4.2.1. Timski rad i obitelj	30
5. ZAKLJUČAK.....	32
6. LITERATURA	33
7. OZNAKE I KRATICE.....	36
8. SAŽETAK.....	37
9. SUMMARY.....	38

1. UVOD

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) demencija je pojam kojim se označava više različitih bolesti, a koje imaju jednake ili slične utjecaje na razmišljanje, pamćenje i sposobnosti pojedinca za provođenje aktivnosti svakodnevnog života (1). Demencija opisuje sveukupni pad pamćenja i drugih kognitivnih vještina koji je ozbiljan u tolikoj mjeri da narušava sposobnost i samostalnost pojedinca, što rezultira povećanjem potreba za specifičnom zdravstvenom skrbi (2, 3). Neurološki bolesnici s demencijom suočavaju se s gubitkom pamćenja, pri čemu najčešće nisu svjesni vlastitih ograničenja i deficita (3). Kao najznačajniji simptomi demencije koji utječu na kvalitetu života oboljelih smatraju se bihevioralni i kognitivni simptomi, koji se razvijaju kod 97 % osoba s demencijom (2). Ovi simptomu najčešći su razlog smještanja bolesnika u ustanove za dugotrajnu skrb. Skrb za oboljele može se provoditi u obiteljskom okruženju, što zahtjeva visoku educiranost članova obitelji (primarni njegovatelji), kontinuirani nadzor zdravstvenih djelatnika i visoku razinu sudjelovanja bolesnika (4). Postavljanje dijagnoze demencije temelji se na prikupljanju anamnestičkih podataka i procjeni simptoma, te provođenju slikovnih pretraga (2). Bolesnike i njihove obitelji važno je savjetovati o bolesti i njezinim posljedicama, očekivanjima i kako reagirati u slučaju pojave simptoma. Bolesnike i njihove obitelji također treba poticati da traže konzultacije socijalne službe i da se učlane u grupe podrške te poticati ih da sudjeluju u društvenim aktivnostima na razini zajednice. Edukacija članova obitelji o vještinama pružanja skrbi za bolesnika s demencijom nužna je kako bi se ublažili simptomi demencije i smanjio negativan utjecaj bolesti na obitelj bolesnika s demencijom (2).

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je prikazati zdravstvenu skrb za neurološkog bolesnika s demencijom.

Specifični ciljevi ovog završnog rada su:

- Istražiti literaturu vezanu za zdravstvenu njegu neurološkog bolesnika s demencijom.
- Analizirati prikupljene podatke vezane uz zbrinjavanje neurološkog bolesnika s demencijom.
- Cjelovito prikazati tijek nastanka demencija kroz faze bolesti te mogućnosti liječenja neuroloških bolesnika s demencijom.
- Opisati procese zdravstvene njege specifične za neurološke bolesnike s demencijom.
- Kritički objasniti važnost timskog rada te ulogu obitelji kod zbrinjavanje neurološkog bolesnika s demencijom.
- Objasniti ulogu medicinske sestre u zdravstvenoj skrbi neurološkog bolesnika s demencijom.

3. METODE

Završni rad izrađen je na temelju pretraživanja stručne literature i analize prikupljenih podataka. Literatura je pretražena na temelju postavljenih ključnih riječi na hrvatskom i engleskom jeziku, koje su uključivale slijedeće: demencija, obitelj, timski rad, zdravstvena njega, dementia, family, health care, teamwork. Literatura je pretražena korištenjem elektroničkih baza podataka i portala, koji uključuju Pubmed, Google znalac, EBSCO, Scopus i Hrčak srce. Osim navedenih izvora, u izradi rada korištene su knjige i internetske stranice relevantnog izvora.

4. RASPRAVA

Zdravstvena skrb za neurološkog bolesnika s demencijom je kompleksna i zahtijeva visoku razinu znanja, vještina, strpljenja i razumijevanja usmjerenih prema bolesniku i članovima njegove obitelji. Zdravstvena skrb temelji se na edukaciji bolesnika (u skladu s njegovim mogućnostima), članova njegove obitelji i bliskih osoba o demenciji, tijeku bolesti, posljedicama i očekivanjima. Kroz proces skrbi bolesniku i njegovoj obitelji potrebno je pružiti podršku i olakšati im prihvaćanje ovog stanja koje značajno narušava kvalitetu života i obiteljske odnose (2, 5). Osnovno obilježje demencije je pad kognitivnih sposobnosti u minimalno jednoj domeni, što dovodi do toga da se demencija najčešće povezuje sa starijom životnom dobi (2, 3). Pad kognitivnih sposobnosti rezultira smanjenjem razine samostalnosti i funkcionalnosti bolesnika, povećanjem potreba za zdravstvenom skrbi, a samim tim povećava se potreba za smještanjem bolesnika u specijalizirane ustanove ili ustanove za dugotrajnu skrb (4). Gubitak samostalnosti u izvođenju svakodnevnih životnih aktivnosti povećava kompleksnost skrbi i visoku razinu opterećenja članova obitelji, koji se smatraju primarnim njegovateljima oboljelih od demencije, stoga se zdravstvena skrb ne usmjerava samo na bolesnika već i članove njegove obitelji. Medicinske sestre koje sudjeluju u pružanju skrbi za oboljele od demencije trebaju imati visoku razinu znanja o bolesti i o tome kako ona utječe na obitelj i odnose unutar obitelji, te pokazati razumijevanje i pružiti podršku. Provođenje postupaka usmjerenih na oboljelu osobu i obitelj pozitivno utječe na održavanje razine samostalnosti i povećanje kvalitete njihova života (1, 2).

4.1. Demencija

Definicija demencije ažurirana je u DSM-5 (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje). Poremećaj se više ne naziva pojmom demencija već veliki neurokognitivni poremećaj, no pojam demencija se još uvijek koristi u stručnoj literaturi i medicinskoj praksi (6). Pojam se povezuje najčešće sa starošću i često se koristi kao sinonim za Alzheimerovu bolest. Neovisno o navedenom, demencija može također utjecati na osobe mlađe životne dobi i ne podrazumijeva uvijek Alzheimerovu bolest kao etiologiju kognitivnog pada (2, 3).

Demencija se karakterizira značajnim padom u barem jednoj domeni kognicije koja uključuje:

- izvršnu funkciju,
- kompleksnu pažnju,
- jezik,
- učenje,
- pamćenje,
- perceptivno-motorne vještine,
- socijalne vještine (2).

Pad kognicije predstavlja promjenu u odnosu na prethodnu razinu kognitivnih sposobnosti bolesnika, postojan je i progresivan tijekom vremena i nije povezan isključivo s epizodom delirija. Osim kognitivnog pada, kod bolesnika mora postojati i pad funkcionalnih sposobnosti i smanjenje sposobnosti za obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti. Svakodnevna funkcionalnost bolesnika često se procjenjuje u smislu mogućnosti obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti, kao što je upravljanje financijama ili uzimanje lijekova, a u težim slučajevima procjenjuje se gubitak sposobnosti za obavljanje svakodnevnih životnih aktivnosti, kao što je oblačenje, održavanje osobne higijene, hranjenje i sl. (3, 6).

Sedam je faza u razvoju demencije:

1. normalno ponašanje –promjene u mozgu bez vidljivih simptoma i znakova demencije,
2. zaboravljivost – lako zaboravljanje i gubljenje stvari po kući do te mjere da se poremećaj pamćenja teško razlikuje od normalnog pogoršanja pamćenja povezanog s procesom starenja,
3. blagi pad funkcionalnosti – faza koja može trajati i do sedam godina, a manifestira se zaboravljanjem važnijih stvari i događaja, npr. zaboravljanje sastanaka, ključeva i sl.,
4. umjereni pad funkcionalnosti – faza koja u prosjeku traje oko dvije godine, manifestira se otežanim donošenjem odluka i raspolaganja financijama, učestalom zaboravljivošću (npr. osoba zaboravi što je doručkovala), u ovoj fazi se najčešće postavlja opravdana sumnja i vjerojatna dijagnoza demencije,

5. umjereni do teški pad funkcionalnosti – faza koja u prosjeku traje oko jednu i pol godinu, a osoba pokazuje povećane potrebe za pomoći u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, a gubitak pamćenja može uključivati zaboravljanje vlastite adrese ili broja telefona,
6. teški pad funkcionalnosti – faza koja u prosjeku traje oko dvije i pol godine, osoba u ovoj fazi zahtjeva kontinuirani nadzor i pomoć pri obavljanju osobne higijene, a javljaju se promjene u osobnosti i ponašanju (uznemirenost, agresija), no osobe još uvijek poznaju članove obitelji i bliske osobe,
7. potpuno pad funkcionalnosti – posljednja je faza demencije, koju oboljele osobe najčešće ne dožive, a karakterizira se gubitkom sposobnosti govora, nepokretljivošću i potpunom pomoći za skrbi od strane članova obitelji i zdravstvenih djelatnika, a skrb se najčešće pruža unutar specijalizirane ustanove za dugotrajnu skrb (7).

Demencija ima fizičke, psihološke, socijalne i ekonomske učinke, ne samo na oboljele osobe, već i na njihove skrbnike, obitelji i društvo u cjelini. Često postoji nedostatak svijesti i razumijevanja demencije, što rezultira stigmatizacijom i preprekama u postavljanju dijagnoze i pružanja pravovremene i kvalitetne skrbi (1).

4.1.1. Epidemiologija

Demencija je progresivan poremećaj, a oboljele osobe često nisu svjesni težine stanja i nemaju saznanja o svojim ograničenjima. Trenutno ne postoji lijek ni za jedan od uzroka demencije, što predstavlja značajan problem ako se u obzir uzme da prevalencija poremećaja raste u korelaciji s povećanjem životne dobi svjetskog stanovništva (2, 3). U svijetu je u 2019. godini bilo oko 47 milijuna ljudi koji su oboljeli od demencije (8), a prema SZO u 2023. godini taj broj iznosi 55 milijuna (1). Također, SZO naglašava da se u svijetu svake godine pojavi oko 10 milijuna novih slučajeva, a do 2050. godine se očekuje da će u svijetu biti oko 131 milijun oboljelih osoba od demencije (1, 8).

Alzheimerova bolest je uzrok demencije u oko 60 % do 70 % slučajeva (1), može se pojaviti sporadično ili biti uvjetovana genetskim čimbenicima (2, 9). Vaskularna demencija čini približno 15 % svih slučajeva demencije, a učestalost ove vrste demencije se povećava s povećanjem godina života. Čimbenici rizika za vaskularnu demenciju uključuju šećernu

bolest, hiperkolesterolemiju, hipertenziju i pušenje (10). Demencija s Lewyjevim tjelešcima čini otprilike 5 % slučajeva demencije (11). Demencija uzrokovana Parkinsonovom bolešću čini otprilike 10 % slučajeva demencije (12). Frontotemporalnoj demenciji pripisuje se 25 % slučajeva demencije u bolesnika starijih od 65 godina, no također je drugi najčešći uzrok demencije u bolesnika mlađih od 65 godina (13). Creutzfeldt-Jakobova bolest je rijetka i javlja se u oko 1 do 2 slučaja na milijun demencija godišnje na globalnoj razini (14). Mješovita demencija je stanje u kojem pacijenti imaju više od jedne vrste demencije. U ovom stanju, Alzheimerova bolest s vaskularnom demencijom najčešća je koegzistentna demencija (2, 3).

Demencija je trenutno sedmi vodeći uzrok smrti u svijetu. Jedan je od glavnih uzroka morbiditeta i povećane potrebe za pomoći u izvođenju aktivnosti svakodnevnog života, uključujući i aktivnosti samozbrinjavanja (1, 2). Prema statističkim podacima, žene značajno češće obolijevaju od demencije i imaju više godina života prilagođenih invalidnosti i veću smrtnost zbog demencije. Skrb o neurološkom bolesniku s demencijom zahtjeva kontinuirani nadzor i u prosjeku minimalno pet sati intenzivne skrbi tijekom 24 sata (1). Demencija je značajan javnozdravstveni teret i značajno povećava troškove skrbi, kako za pojedinca tako i za društvo. Individualni životni troškovi skrbi za pojedinca s demencijom bili su gotovo 200.000 dolara veći u odnosu na bolesnike bez demencije u istoj dobnoj skupini, što pokazuju procjene na području Sjedinjenih Američkih Država (SAD) u 2017. godini (15).

4.1.2. Etiologija, patofiziologija i histopatologija demencije

Demencija je sindrom koji može biti uzrokovan nizom bolesti koje tijekom vremena uništavaju živčane stanice i oštećuju mozak, obično dovodeći do pogoršanja kognitivnih funkcija (sposobnosti obrade misli) iznad razine onoga što se može očekivati od uobičajenih posljedica biološkog starenja. U ranoj fazi bolesti, dok svijest još uvijek nije zahvaćena, oštećenje kognitivnih funkcija obično je popraćeno promjenama raspoloženja, smanjenom sposobnošću emocionalne kontrole, ponašanja ili motivacije. Čimbenici rizika koji se ističu kada se govori o demenciji su dob, hipertenzija, šećerna bolest, pretilost, pušenje, alkoholizam, fizička neaktivnost, društvena izoliranost i depresija (1).

Kada se govori o uzrocima, niz je različitih stanja koja mogu dovesti do razvoja demencije, a najčešći uzrok je Alzheimerova bolest. Prema DSM-5, postoji 13 etioloških podtipova koji mogu ukazivati na moguću etiologiju poremećaja (2, 6). Kod bolesnika može biti prisutan veći broj navedenih etiologija, no može biti prisutna samo jedna od slijedećih navedenih:

- Alzheimerova bolest,
- vaskularna bolest,
- frontotemporalna lobarna degeneracija,
- bolest Lewyjevih tjelešaca,
- Parkinsonova bolest,
- HIV (engl. *Human Immunodeficiency Virus*) infekcija,
- Huntingtonova bolest,
- prionska bolest,
- korištenje tvari i/ili lijekova,
- traumatska ozljeda mozga,
- druga medicinska stanja,
- višestruke etiologije,
- neodređeni uzrok (3).

Ostala medicinska stanja koja mogu dovesti do demencije uključuju:

- progresivnu supranuklearnu paralizu,
- kortikobazalni sindrom,
- višestruku atrofiju sustava (3).

Razlikovanje etiologije često zahtjeva vrijeme i procjenu različitih simptoma i znakova provođenjem dijagnostičkih pretraga. U procesu utvrđivanja demencije provode se slikovne i laboratorijske pretrage, te genetsko testiranje i prikupljanje detaljne anamneze koja uključuju postojeće bolesti i komorbiditete, lijekove koje bolesnik uzima, osobnu i obiteljsku povijest bolesti, te detaljan klinički pregled (3, 6).

Patofiziologija demencije, varira ovisno o podtipu. Većina vrsta demencije, osim vaskularne demencije, uzrokovana je nakupljanjem prirodnih proteina u mozgu. U odnosu na etiologiju, patofiziologija demencije uključuje:

- Alzheimerova bolest – karakterizirana je raširenom atrofijom korteksa i taloženjem amiloidnih plakova i neurofibrilarnih spletova hiperfosforiliranog tau proteina u neuronima koji pridonose degeneraciji (9);
- Demencija Lewyjevih tjelešaca i demencija Parkinsonove bolesti – karakterizirane su intracelularnim nakupljanjem Lewyjevih tjelešaca, koja su netopljivi agregati proteina alfa-sinukleina u mozgu (11);
- Frontotemporalna demencija – karakterizirana je različitim mutacijama koje dovode do taloženja ubikvitiniranih TDP-43 i hiperfosforiliranih tau proteina u frontalnim i temporalnim režnjevima što dovodi do demencije, te uključuje rane promjene osobnosti i ponašanja i afaziju (ovisno o podtipu) (13);
- Huntingtonova bolest – uzrokovana je autosomno dominantnom nasljednom mutacijom gena (3);
- Demencije povezane s prionima – uzrokovane su pogrešno presavijenim prionima, koji su proteinske čestice infektivne prirode i šire se same, a prionske demencije uključuju Creutzfeldt-Jakobovu bolest (14);
- HIV infekcija – povezana je s razvojem neurokognitivnih poremećaja, dijelom zbog aktivacije makrofaga i toksične upale koja dovodi do neurodegeneracije u mozgu;
- Konzumacija alkohola (visoke doze i dugotrajna uporaba) – povezana je s višestrukim citotoksičnim procesima u mozgu (2, 3);
- Vaskularna demencija – uzrokuje ju ishemijska ozljeda mozga (npr. moždani udar), koja dovodi do trajne smrti neurona (10).

Patološke promjene u mozgu bolesnika s različitim tipovima demencije mogu biti različite, no često se poklapaju, slični su i dovode do poteškoća u prezentaciji nalaza. Navedeno predstavlja najveći ograničavajući čimbenik u razlikovanju tipa i vrste demencije s kojom se bolesnik suočava. Neurodegeneracija i vaskularne promjene vidljive su u mozgu bolesnika s vaskularnom demencijom, no manifestacije poremećaja su povezane s osnovnom etiologijom vaskularnog oštećenja. Postoji značajno preklapanje neuropatoloških nalaza između demencije s Lewyjevim tjelešcima i Parkinsonove bolesti, a neki od simptoma i znakova se također preklapaju i s Alzheimerovom bolešću.

Demenciju Lewyjevih tjelešaca i Parkinsonovu bolest karakterizira prisutnost Lewyjevih tjelešaca u neokorteksu, moždanom deblu i limbičkim regijama mozga. Lewyjeva tjelešca su unutarstanični agregati proteina, pretežno sastavljeni od proteina alfa-sinukleina, koji se mogu istaknuti različitim mrljama ovisno o lokaciji u mozgu. Alzheimerovu bolest karakteriziraju neuritski plakovi koji se sastoje od taloženja izvanstaničnog amiloidnog beta proteina i neurofibrilarnih čvorova, no kod ove vrste demencije se također mogu uočiti i znakovi vaskularnog ishemijskog oštećenja i hipokampalne skleroze. Frontotemporalnu demenciju karakterizira atrofija frontalnog i/ili temporalnog režnja. Postoji gubitak neurona, mikrovakuolacija i gubitak mijelina. Degeneracija se nalazi u kortikalnim i bazalnim ganglijima (2, 3).

Kada se govori o etiologiji bihevioralnih i psiholoških simptoma u literaturi je predložen biopsihosocijalni model koji pripisuje neuropsihijatrijske simptome interakcijama između biologije pojedinca, prethodnih iskustava i trenutnog okruženja. Uznemirenost, dezinhibicija i psihoza povezane s demencijom, a isto tako su povezani sa:

- smanjenjem volumena,
- smanjenim metabolizmom u dijelovima mozga koji posreduju emocionalnu regulaciju,
- smanjenim metabolizmom u dijelovima mozga koji posreduju samosvijest,
- smanjenim metabolizmom u dijelovima mozga koji posreduju percepciju (16).

Kod bolesnika s demencijom, apatija se povezuje s bolešću bijele tvari malih krvnih žila (16). Bihevioralni i psihološki simptomi također su povezani s promjenama u kolinergičkoj, noradrenergičkoj, dopaminergičkoj, serotonergičkoj i glutamatergičkoj neurotransmisiji (17). Osim navedenih, kod bolesnika s demencijom također su prisutne i slijedeće etiologije povezane s bihevioralno psihološkim simptomima:

- premorbidni neuroticizam (osobina ličnosti koju karakterizira sklonost da na izazove odgovori pretjerano negativnim emocijama kao što su tjeskoba, depresija i ljutnja),
- premorbidni posttraumatski stresni poremećaj,
- problematični stilovi komunikacije njegovatelja i čimbenici okoline (npr. senzorna pretjerana ili premala stimulacija ili okolina koja je prevruća, hladna ili glasna) (18).

Tri su glavne kategorije doprinosa okoliša:

- nezadovoljene potrebe (npr. za hranom, tekućinom, društvom),

- ponašanje/učenje (npr. kada se neželjeno ponašanje nesvjesno pojačava, kao što je pružanje pažnje kada bolesnika pokazuje neprilagođeno ponašanje),
- nesklad između bolesnika i okoline (npr. kada očekivanja njegovatelja premašuju sposobnosti bolesnika) (4).

4.1.3. Postupak i postavljanje dijagnoze

Prikupljanje anamnestičkih podataka kod postojanja sumnje na demenciju je ključno u potvrđivanju poremećaja. Prilikom prikupljanja podataka, oni se moraju uzeti od bolesnika, članova njegove obitelji, prijatelja i bliskih osoba, te se mora napraviti detaljan uvid u medicinsku dokumentaciju bolesnika. Važno je procijeniti genetsku komponentu, koja se smatra najznačajnijom kod Alzheimerove demencije (3).

Da bi se postavila sumnja na demenciju, kod bolesnika moraju biti prisutni određeni karakteristični simptomi i znakovi, od kojih najznačajniji uključuju:

- promjene u ponašanju,
- gubljenje u poznatom susjedstvu,
- gubitak pamćenja,
- promjene raspoloženja,
- agresivnost,
- socijalno povlačenje, socijalna izolacija,
- samozanemarivanje,
- kognitivne poteškoće,
- promjene osobnosti,
- poteškoće u obavljanju zadataka,
- probleme pamćenja, zaboravljanje,
- poteškoće u komunikaciji,
- gubitak neovisnosti (3).

Sumnja na demenciju najčešće se postavlja na temelju izjava obitelji ili prijatelja bolesnika, koji prvi uočavaju promjene koje bolesnik doživljava, a iste zahtijevaju provođenje detaljne procjene kognitivnih i funkcionalnih sposobnosti. Također, obavezno se provodi procjena sposobnosti bolesnika u obavljanju svakodnevnih aktivnosti i zadataka. Fizički pregled treba biti sveobuhvatan, uključujući potpuni neurološki pregled i analizu hoda. Tijekom procjene, vitalnom komponentom se smatra procjena utjecaja navedenih poremećaja na svakodnevno funkcioniranje bolesnika, sigurnost i kvalitetu života (2, 3).

Pitanja koja se postavljaju u svrhu navedene procjene uključuju (3):

- Da li je bolesnik sposoban voziti automobil i da li vozi na siguran način?
- Da li bolesnik može samostalno koristiti telefon?
- Da li se bolesnik do sada izgubio ili zalutao?
- Da li je bolesnik ranjiv na fizičko zlostavljanje?
- Postoji li kod bolesnika ranjivost povezana s financijskim statusom?
- Ima li bolesnik u vlastitom domu vatreno oružje, a ako ima, da li ima pristup oružju?

Uz simptome demencije, sljedeći atipični simptomi mogu se vidjeti u sljedećim stanjima:

- dobro oblikovane vizualne halucinacije, poremećaji ponašanja u REM fazi spavanja, tipični simptomi parkinsonizma i fluktuirajuća kognicija, pažnja i budnost (demencija s Lewijevim tjelešcima),
- promjene u ponašanju, uključujući dezinhibiciju i apatiju, te poteškoće s govorom (frontotemporalna demencija),
- simptomi mioklonusa, promjene vida, ataksija te promjene pamćenja i ponašanja (Creutzfeld-Jakobova bolest),
- simptomi koreje, razdražljivosti i depresije (Huntingtonova bolest),
- deficiti u postupnom opadanju (vaskularna demencija),
- simptomi parkinsonizma karakterizirani bradikinezijom, tremorom u mirovanju i rigidnošću mišića, vizualne halucinacije i iluzije, osobito u kasnim fazama bolesti (demencija Parkinsonove bolesti) (2, 3).

Postoje također slučajevi u kojima se kod bolesnika javlja atipični parkinsons sindrom uz druge karakteristične manifestacije, a ovi slučajevi uključuju:

- multiplu sistemsku atrofiju – simptomi zatajenja autonomnog živčanog sustava i cerebralne ataksije uz simptome parkinsonizma,
- progresivnu supranuklearnu paralizu – česti padovi (najčešće unatrag) i okomita supranuklearna paraliza pogleda uz parkinsonizam,
- kortikobazalni sindrom – progresivna asimetrična mišićna rigidnost i fenomen stranog uda uz simptome parkinsonizma (3).

Definitivna dijagnoza demencije, posebno kada se govori o tipu demencije se može postaviti tek obdukcijским nalazom. Vjerojatna dijagnoza postavlja se korištenjem prikupljenih podataka, snimanjem mozga i dodatnim laboratorijskim procjenama (3).

Moraju se procijeniti sva područja kognicije, što se provodit korištenjem različitih alata i instrumenata, od koji su najdostupniji:

- Mini pregled mentalnog statusa (engl. *Mini-mental status examination* MMSE),
- Montrealska skala za kognitivnu procjenu (engl. *Montreal Cognitive Assessment* MoCA) – provodi se u trajanju od 10 minuta i najprikladniji je alat za otkrivanje blagog kognitivnog poremećaja kod demencije,
- Skala za procjenu mentalnog statusa Sveučilišta Saint Louis (engl. *Saint Louis University Mental Status*, SLUMS),
- Addenbrookov kognitivni pregled – revidirani (engl. *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised*, ACE-R)
- modificirani mini pregled mentalnog stanja,
- Mini-Cog ili skala za brzi pregled za rano otkrivanje demencije – provodi se u trajanju od otprilike tri minute i najčešće se koristi za provjeru težih oblika demencije,
- Rowlandova univerzalna skala za procjenu demencije (engl. *Rowland Universal Dementia Assessment Scale*, RUDAS) – koristi se kod potrebe za međukulturalnom evaluacijom, a u velikom broju slučajeva zahtjeva suradnju s prevoditeljem (2, 3).

Niti jedan od navedenih alata za kognitivnu procjenu sam po sebi ne može se smatrati preciznim alatom za postavljanje dijagnoze demencije, jer za ispunjavanje dijagnostičkih

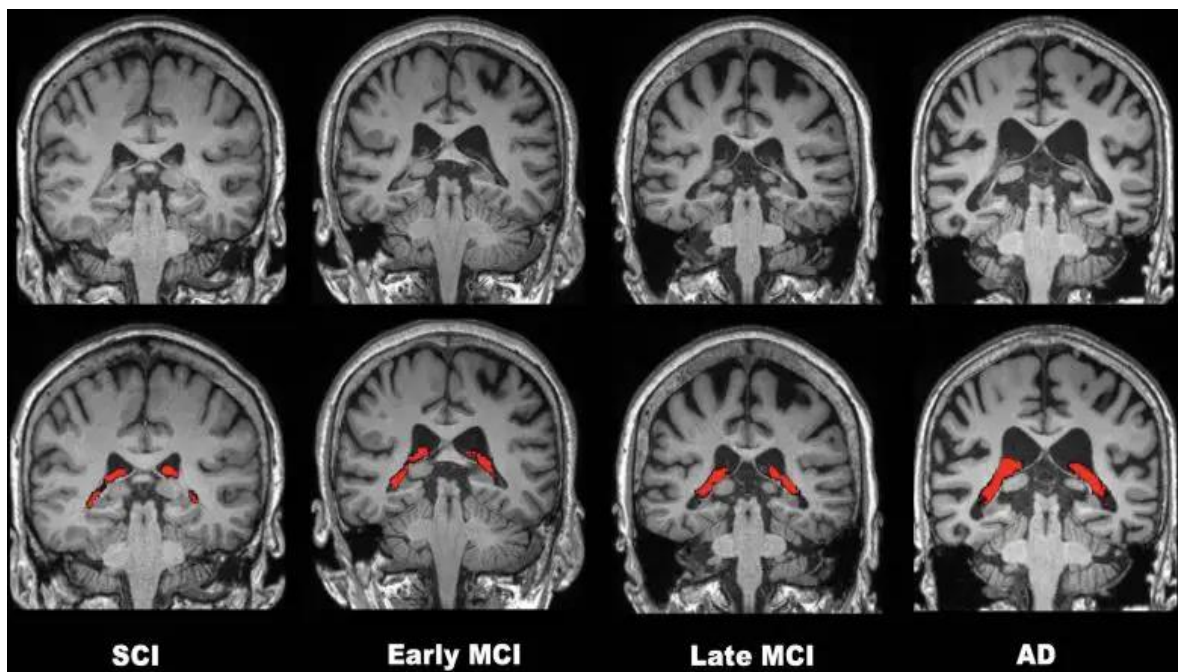
kriterija kod bolesnika također treba biti prisutno smanjenje funkcionalnosti u svakodnevnom obavljanju zadataka i postupaka samozbrinjavanja. Procjena pomoću skala i instrumenata može se ponavljati tijekom vremena kako bi se dokumentiralo napredovanje pada bolesnika u kognitivnom funkcioniranju (pad kognicije). Korištenjem navedenih alata može se dobiti uvid u to koje su kognitivne domene zahvaćene, no daljnje testiranje i dijagnostička obrada su nužni kako bi se uočile razlike i prepoznali slučajevi demencije koji se teško dijagnosticiraju (3).

Laboratorijske pretrage i testovi koji se provode u svrhu procjene demencije uključuju:

- kompletnu krvnu sliku,
- analizu urina,
- metabolički test,
- vitamin B12,
- folnu kiselinu,
- testove funkcije štitnjače,
- serološke testove na sifilis i HIV.
- brzinu sedimentacije eritrocita,
- provjeru razine teških metala,
- razine ceruloplazmina,
- titar lajmske bolesti
- elektroforezu proteina u serumu (2).

Kod bolesnika se provodi lumbalna funkcija i analiza uzorka. Magnetska rezonanca (MR) bez kontrasta je korisna za procjenu znakova vaskularne ili ishemijske bolesti, kao i lokaliziranih regija ili globalne atrofije koja se može vidjeti. PET (pozitronska emisijske tomografija) skeniranje pomaže u razlikovanju patologije koje uključuje gubitak strijatalnog dopaminergičkog puta, uključujući Parkinsonovu bolest, višestruku atrofiju sustava, progresivnu nuklearnu paralizu, kortikalno-bazalnu degeneraciju i demenciju Lewyjevih tjelešaca od drugih sindroma. Funkcionalno slikanje mozga s PET-om i MR-om može pomoći u ranoj dijagnozi, razlikovanju etiologije i praćenju bolesnika s demencijom, posebno s Alzheimerovom bolesti. Slikovne pretrage se ne provode rutinski, a razlog navedenog je visoka cijena pretrage (2, 3).

Na slici 4.1. prikazana je usporedba četiri MR skeniranja mozga. Prikazan je volumen koroidnog pleksusa (crveno) prema stadiju bolesti u spektru kognitivnog oštećenja. Volumen koroidnog pleksusa veći je u bolesnika s Alzheimerovom bolešću nego u onih sa subjektivnim kognitivnim oštećenjem ili blagim kognitivnim oštećenjem. Svi su bolesnici bili u dobi od 75 godina. Volumen i propusnost koroidnog pleksusa povezani su s težinom kognitivnog oštećenja na MR mozga. Volumen koroidnog pleksusa je veći u bolesnika s Alzheimerovom demencijom nego u bolesnika bez Alzheimerove demencije. Veći volumen koroidnog pleksusa negativno je povezan s pamćenjem i ima negativne učinke na izvršnu funkciju, mentalne vještine koje upravljaju vještinama samokontrole, planiranja i donošenja odluka (19).



Slika 4.1. Prikaz usporedbe MR skeniranja mozga kod demencije (19)

Kada se govori o utvrđivanju prisutnosti bihevioralnih simptoma, oni se mogu pratiti i dokumentirati promatranjem bolesnika uz stavljanje naglaska na praćenje problematičnih ponašanja, koja se u početku bolesti javljaju povremeno. Primarna uloga fizičkog pregleda u procesu praćenja i potvrđivanja ovih simptoma je identificirati čimbenike koji mogu pridonijeti njihovom pogoršanju, kao što su delirij ili kontinuirani osjećaj neugode ili nervoze kod bolesnika. Pregledom se može otkriti promijenjena razine svijesti, što uključuje najčešće somnolenciju ili pretjeranu budnost bolesnika. Ovi su poremećaji česta

karakteristika delirija. Također, mogu se uočiti neverbalni znakovi, izrazi lica i zauzimanje poštenog položaja, što može ukazivati na to da je kod bolesnika prisutna bol (4).

Akutna stanja koja mogu dovesti do delirija kod bolesnika s demencijom uključuju također:

- vrućicu,
- hipoksiju,
- osjetljivost abdomena,
- preopterećenje tekućinom,
- akutni upalni proces,
- novi lokalizirani neurološki deficiti (4).

4.1.4. Liječenje bolesnika s demencijom

Lijekovi koji se primjenjuju kod bolesnika s demencijom uključuju inhibitore kolinesteraze i memantin. Inhibitori kolinesteraze sprječavaju razgradnju acetilkolina i imaju za cilj usporiti ili odgoditi pogoršanje simptoma. Ovi lijekovi uključuju:

- memantin – smanjuje aktivnost glutamina, smanjuje neurotoksičnost i prekomjeren dotok kalcija u neurone, primjenjuje se kod umjerenih do teških stadija Alzheimerove bolesti,
- donepezil – primjenjuje se u svim stadijima Alzheimerove bolesti,
- rivastigmin – primjenjuje se u svim stadijima Alzheimerove bolesti u obliku flastera, a u ranim stadijima se primjenjuje peroralno,
- galantamin – primjenjuje se u blagim do umjerenim stadijima Alzheimerove bolesti (3).

Inhibitori acetilkolinesteraze dovode do različitog odgovora kod bolesnika, no korist od primjene lijekova nije uočena kod svih bolesnika. Za primjenu farmakološke terapije u liječenju demencije postoje određene kontraindikacije, koje uključuju značajne nuspojave, poput:

- kardiovaskularne komplikacije,
- peptički ulkus,
- gubitak težine (3).

Aducanumab je rekombinantno monoklonsko protutijelo čije je djelovanje usmjereno protiv beta amiloida i koristi se u liječenju blagog oblika Alzheimerove bolesti. Primjena ovog lijeka smatra se kontroverznom zbog visoke cijene i nejasnih dokaza kliničkih prednosti (3).

Kako bi se očuvala kvaliteta života oboljelih, potrebno je pravovremeno prepoznati i liječiti oštećenje i gubitak sluha i/ili vida, te provoditi redovite kontrole kod liječnika kako bi se uočilo pogoršanje kognitivnih sposobnosti i pad funkcionalnih sposobnosti bolesnika (20).

Kao jedna od najvažnijih komponenti u liječenju demencije navodi se modifikacija i optimizacija stila života, odnosno promjena životnih navika. Pridržavanjem zdravih životnih navika moguće je postići poboljšanje kognitivnih funkcija, a ove preporuke uključuju:

- svakodnevnu tjelesnu aktivnost,
- zdravu prehranu (preporučuje se mediteranska dijeta),
- izbjegavanje izloženosti stresorima,
- održavanje optimalne razine šećera u krvi, kolesterola i krvnog tlaka (20).

Pojava bihevioralnih simptoma zahtjeva primjenu farmakološke terapije koja uključuje primjenu antidepresiva i antipsihotika. Bihevioralni simptomi uključuju najčešće simptome depresije, razdražljivost, nemir i tjeskobu. U kontroli simptoma moraju se koristiti pristupi koji uključuju nefarmakološke metode, poput:

- treninga pamćenja,
- programa tjelesnog vježbanja,
- mentalne stimulacije,
- socijalne stimulacije (3).

Liječenje bihevioralnih simptoma uključuje odgovarajuće okruženje, liječenje nelagode, provedbu nefarmakoloških intervencija, a ako je potrebno primjenjuje se i farmakološka terapija. Prije početka liječenja bihevioralnih i psihičkih simptoma, potrebno je procijeniti njihov uzrok, posebno kada se govori o nelagodi i ponašanju koje može biti uzrokovano boli, zatvorom, retencijom urina i utjecajem okolinskih čimbenika (buka, jako svijetlo, visoka ili niska temperatura zraka u prostoru u kojemu bolesnik boravi (4).

Osim ako bolesnik ne ugrožava sebe ili druge, intervencije bi trebale započeti tek nakon utvrđivanja osnovne vrijednosti identificiranjem i kvantificiranjem simptoma koji se moraju liječiti. Prvi korak u liječenju je osiguravanje sigurne okoline, posebno kada se govori o bolesnicima kod kojih je prisutan delirij. U ovoj situaciji bolesnik se treba hospitalizirati i liječiti u bolničkoj ustanovi, pod kontinuiranim nadzorom zdravstvenih djelatnika i uz primjenu parenteralne terapije. Bolesnici koji su zdravstveno stabilni ali ponašanjem ugrožavaju sebe ili druge (agresija ozljeđivanjem ili sposobnost ozljeđivanja, odbijanje tekućine ili osnovne higijene, suicidalno ponašanje) trebaju biti hospitalizirani na odjelu psihijatrije, osobito ako se farmakološka terapija pokazala neučinkovitom ili je bolesnik odbija uzimati. Prije hospitalizacije, bolesnici koji ugrožavaju vlastitu i tuđu sigurnost zahtijevaju nadzor s promatranjem, a liječenje antipsihoticima obično se ordinira nakon razgovora s bolesnikom i obitelji, te nakon procjene rizika i koristi (što se procjenjuje u suradnji s članovima obitelji ili skrbnicima bolesnika) (4).

Provođenje nefarmakoloških intervencija preporučeno je kod blažih oblika bihevioralnih i psiholoških simptoma, a provode se neovisno o tome da li se kod bolesnika primjenjuje farmakološka terapija. Nefarmakološke metode najčešće ne pokazuju uspješnost u suzbijanju ovih simptoma kod bolesnika s teškim oblikom demencije (21).

Neke od nefarmakoloških metoda u liječenju bolesnika s demencijom uključuju:

- glazbenu terapiju,
- aromaterapiju,
- terapiju jakim svjetlom za smanjenje cirkadijlnih poremećaja,
- masažu,
- multisenzornu stimulaciju,
- reminiscencijsku terapiju u kojoj se bolesnici potiču na razmišljanje o svojoj prošlosti putem razgovora, fotografija ili glazbe (22).

Neke intervencije s anegdotalnom učinkovitošću za agitaciju uključuju davanje jednostavnih zadataka bolesnicima, poput slaganja rublja. Općenito, nefarmakološki se pristupi dobro podnose, no važno je napomenuti da provođenje terapije glazbom može dovesti do pogoršanja agitacije, stoga se ova metoda ne preporučuje kod bolesnika kod kojih je prisutna agitiranost (4).

Psihotropni lijekovi često se koriste za liječenje bihevioralnih i psiholoških simptoma, iako su nuspojave značajne, a korist u suzbijanju simptoma je minimalna. Lutajuće misli i ponavljajući izrazi, fraze i rečenice rijetko se smanjuju primjenom farmakoterapije i najbolje se rješavaju nefarmakološkim metodama. Farmakološki pristupi razlikuju se ovisno o prirodi i težini simptoma, no primarni je fokus liječenja postavljen na rješavanje simptoma agitacije, agresije i psihoze, jer su ova tri simptoma najproblematičnije manifestacije demencije (4).

Neurostimulacijske terapije mogu imati ulogu kod bolesnika kod kojih su prisutni refraktorni bihevioralni i psihološki simptomi. Ponavljana transkranijalna magnetska stimulacija pokazuje uspješnost u suzbijanju simptoma, a ujedno se karakterizira minimalnim nuspojavama i štetnim učincima (23). Elektrokonvulzivna terapija vrlo je učinkovita i sigurna u liječenju depresije u gerijatrijskoj populaciji, a također je učinkovita i u liječenju depresije, agitacije i agresije kod bolesnika s demencijom (24). Dostupnost ovih terapija često je ograničavajući faktor a njihovo provođenje, stoga se ne provodi rutinski (4).

4.1.5. Edukacija obitelji i utjecaj demencije na obitelj

Edukacija članova obitelji i njegovatelja oboljelih od demencije obično se fokusira na:

- razumijevanje poremećaja u ponašanju kao odgovora na nelagodu,
- nezadovoljene potrebe ili pokušaje komunikacije,
- stvaranje umirujućeg okruženja s optimalnim razinama stimulacije,
- reagiranje i odgovaranje bolesniku na načine koji deeskaliraju problematična ponašanja (npr. odvratanje pažnje, davanje jasnih uputa i jednostavnih izbora pacijentima, ne nagrađivanje ponašanja) (25).

Edukacije obitelji i bliskih osoba o demenciji mogu se provoditi kroz organizirana savjetovališta, grupni ili individualni rad, te putem online tečajeva. Bolesnici i članovi obitelji trebali bi se učlaniti u udruge koje pružaju pomoć i podršku za kroz razmjenu iskustava i podršku od strane educiranih stručnjaka. Ove edukacije olakšavaju njegovateljima pružanje skrbi za oboljele, što uključuje olakšano provođenje postupaka samozbrinjavanja, prvenstveno hranjenja i provođenja osobne higijene (24).

Demencija ima značajan učinak na obitelj oboljele osobe, jer oni se smatraju primarnim njegovateljima koji se u cjelokupnom procesu skrbi suočavaju sa značajnim emocionalnim, psihičkim i fizičkim opterećenjem. Izazovi skrbi za osobe koje su oboljele od demencije su izrazito visoki i zahtijevaju visoku razinu pomoći od strane stručnih osoba, prvenstveno medicinskih sestara koje su zaposlene u djelatnosti patronažne službe, zdravstvene njege u kući i u djelatnosti palijativne skrbi (26, 27).

Prva pojava simptoma demencije sama po sebi predstavlja izazov za cijelu obitelj, a predstavljaju značajne stresore koji utječu na smanjenje funkcionalnosti obitelji. Primarnim stresorima kojima su izloženi članovi obitelji smatraju se svakodnevni događaji, koji mogu uključivati:

- provođenje osobne higijene,
- hranjenje i uzimanje tekućine,
- uzimanje lijekova i pridržavanje preporuka liječenja,
- oblačenje bolesnika,
- izraženi simptomi koji mogu ugroziti vlastitu sigurnost bolesnika,
- izraženi simptomi koji mogu ugroziti sigurnost osoba u okolini bolesnika (27, 28).

Kao sekundarni stresor s kojim se suočavaju obitelji bolesnika oboljelih od demencije navodi se promjena načina života. Ova promjena odnosi se na promjene u životnim navikama, u rutini i raspodjeli vremena i obaveza (27, 29). Kod članova obitelji mogu se pojaviti emocije kao što su krivnja, ogorčenost i tuga, koje se javljaju neovisno o uloženom trudu, a često su povezane s unaprijed očekivanim gubitkom člana obitelji. Kao rezultat navedenom kod članova obitelji bolesnika dolazi do razvoja depresije, anksioznosti i neizvjesnosti u planiranju budućnosti. Percepcija demencije od strane članova obitelji od velike je važnosti kada se govori o prihvaćanju stanja bolesnika i prilagodbi na promjene u

načinu života, a percepcija ovisi o kvaliteti edukacije i razini podrške od strane zdravstvenih djelatnika (27).

4.2. Zdravstvena njega i uloga medicinske sestre

Zdravstvena njega neuroloških bolesnika s demencijom trebala bi biti usmjerena na promicanje sigurnosti i poboljšanje kvalitete života bolesnika. Medicinske sestre trebaju kontinuirano provoditi procjenu simptoma demencije, što uključuje sveobuhvatnu procjenu s ciljem praćenja kognitivnog pada i pada funkcionalnosti kod bolesnika (28, 29). U pružanju zdravstvene skrbi za oboljele od demencije, definirana su područja i postupci koji mogu olakšati upravljanje simptomima, a što uključuje:

- poticanje bolesnika da ostane fizički aktivan,
- poticanje bolesnika na konzumaciju zdravih namirnica i konzumiranje zdrave prehrane,
- poticanje bolesnika da prestane pušiti i konzumirati alkohol,
- poticanje bolesnika na odlazak na redovite kontrole kod liječnika,
- poticanje bolesnika na vođenje dnevnika i podsjetnika kako bi lakše zapamtio stvari i svakodnevne zadatke,
- poticanje bolesnika da nastavi sa svojim hobijima i aktivnostima koje voli, a koje je radio prije postavljanja dijagnoze demencije,
- poticanje bolesnika na pronalaženje novih aktivnosti koje će održati njegove sposobnosti pamćenja i razmišljanja na optimalnoj razini,
- poticanje bolesnika na provođenje vremena s obitelji, prijateljima i na uključivanje u društvene aktivnosti na razini zajednice,
- poticanje bolesnika na prihvaćanje podrške i pomoći, te na korištenje učinkovitih strategija suočavanja sa stresom koji je povezan sa simptomima demencije,
- poticanje bolesnika na planiranje unaprijed (npr. upoznavanje obitelji i prijatelja s preferencijama i željama o načinu pružanja skrbi u naprednoj fazi bolesti) (1, 29).

Medicinske sestre od bolesnika oboljelih od demencije u prvoj fazi procesa pružanja zdravstvene skrbi trebaju prikupiti detaljnu anamnezi i podatke, koji su važni za procjenu i utvrđivanje prisutnih problema zdravstvene njege. Komponente sestrinske procjene uključuju:

- procjenu neurološkog statusa i stanja svijesti,
- procjenu pokretljivosti,
- procjenu raspoloženja,
- procjenu ponašanja,
- procjenu i utvrđivanje postojanja poremećaja spavanja,
- procjenu nutritivnog statusa,
- procjenu orijentiranosti bolesnika,
- procjenu sposobnosti provođenja postupaka samozbrinjavanja,
- procjenu sposobnosti izvođenja svakodnevnih životnih aktivnosti,
- procjenu interakcije s drugima,
- procjenu sposobnosti i vještina komunikacije,
- procjenu pridržavanja preporuka terapije,
- procjenu vitalnih funkcija,
- procjenu boli (30, 31).

Karakteristične promjene povezane s demencijom najčešće se spominju poremećaji sposobnost obavljanja motoričkih aktivnosti, poremećaji pamćenja, apstraktnog mišljenja, jezičnih sposobnosti i osobnosti, lutanje, dezorijentiranost i deluzije (31, 32).

Medicinske sestre kroz prikupljanje i analizu podataka kod oboljelih od demencije najčešće postavljaju slijedeće sestrinske dijagnoze:

- Visok rizik za pad i ozljede u/s oštećenjem motoričke funkcionalnosti 2° demencija.
- Visok rizik za samoozljeđivanje u/s deluzijskim razmišljanjem 2° demencija.
- Visok rizik za samoozljeđivanje u/s invalidnošću i poremećajem osobnosti 2° demencija.
- Visok rizik za gušenje u/s smanjenom sposobnosti gutanja 2° demencija.
- Visok rizik za oštećenje integriteta kože u/s smanjenom pokretljivošću 2° demencija.
- Smanjena mogućnost brige o sebi u/s kognitivnim padom 2° demencija što se očituje nemogućnošću bolesnika da se samostalno okupa, obuče, pripremi i konzumira hranu.
- Poremećaj spavanja u/s poremećajima u uobičajenim životnim obrascima funkcioniranja 2° demencija što se očituje učestalim buđenjem tijekom spavanja i promjenama u dnevnoj razini aktivnosti.

- Socijalna izolacija u/s kognitivnim padom 2° demencija što se očituje nesigurnošću bolesnika u društvenim situacijama, osjećajem tuge i nekomunikativnošću.
- Smanjena socijalna interakcija u/s gubitkom tjelesne funkcije i kognitivnim padom 2° demencija što se očituje osjećajem odbačenosti, usamljenošću i neprihvatljivim društvenim ponašanjem.
- Kronična bol u/s neaktivnošću 2° demencija što se očituje razdražljivošću bolesnika, zauzimanjem poštenog položaja, nemirom i promjenama u obrascu spavanja.

U odnosu na postavljene sestrinske dijagnoze, mogu se postaviti slijedeći ciljevi:

- Bolesnik neće pasti.
- Bolesnik se neće ozlijediti.
- Bolesnik će koristiti pomagala za kretanje na siguran način.
- Kod bolesnika neće biti prisutni znakovi rizika za samoozljeđivanje.
- Bolesnik će se suočiti s invalidnošću i prihvatiti promjene u načinu života.
- Bolesnik će prihvatiti psihološku podršku kako bi se smanjio rizik od samoozljeđivanja.
- Kod bolesnika neće doći do gušenja tijekom uzimanja obroka.
- Bolesnik će konzumirati hranu i tekućinu na siguran način.
- Kod bolesnika neće doći do oštećenja integriteta kože.
- Bolesnik će biti okupan i čist.
- Bolesnik će unijeti adekvatnu količinu hrane u skladu s njegovim nutritivnim potrebama.
- Bolesnik će dnevno konzumirati minimalno 1500 ml do 2000 ml tekućine.
- Bolesnik će pokazati volju za sudjelovanjem u pripremi obroka u skladu sa svojim mogućnostima.
- Bolesnik će spavati minimalno sedam sati u kontinuitetu.
- Bolesnik će pokazati povećanu razinu sudjelovanja u dnevnim aktivnostima.
- Neće doći do socijalne izolacije bolesnika.
- Bolesnik će pokazati volju za sudjelovanjem u društvenim aktivnostima.
- Bolesnik će pokazati volju za interakcijom i komunikacijom s drugima.
- Bolesnik će pokazati volju za uspostavljanjem komunikacije s drugima.
- Bolesnik se neće osjećati odbačeno i usamljeno.

- Bolesnik će usvojiti obrazac društveno prihvatljivog ponašanja.
- Kod bolesnika će doći do smanjenja razine boli.
- Kod bolesnika neće biti prisutni neverbalni znakovi boli.
- Bolesnik neće biti nemiran.

Intervencije medicinske sestre specifično su usmjerene na rješavanje problema koji su prokazani kroz prethodno formulirane sestrinske dijagnoze. U provođenju postupaka prvenstveno je važno voditi računa o sigurnosti bolesnika, jer se demencija karakterizira prisutnim rizikom za pad, ozljede, samoozljeđivanje, gušenje i aspiraciju tijekom konzumiranja hrane i tekućine. Razumijevanje važnosti sigurnosti, ali i emocionalnih i mentalnih izazova s kojima se oboljeli od demencije suočavaju ključno je postizanju kvalitete pruženih usluga zdravstvene skrbi. Bolesnici s demencijom zahtijevaju strpljenje i provođenje specifičnih strategija koje su usmjerene na povećanje njihove motivacije za sudjelovanje u skrbi. Bolesnika je potrebno poticati da prihvati podršku i pomoć, te ga motivirati na interakciju, komunikaciju i izražavanje (32).

Promicanje sigurnosti i sprječavanje ozljeda kod bolesnika s demencijom od velike je važnosti, jer rizik za pad kod demencije je visok zbog kognitivnih i funkcionalnih oštećenja. Demencija može rezultirati gubitkom pamćenja, zbunjenošću, dezorijentiranošću i poteškoćama s prosuđivanjem, što povećava rizik od pada i ozljeda. Kod bolesnika je potrebno procijeniti prisutna oštećenja vida i sluha, koja također povećavaju rizik od pada. U slučaju postojanja istih, bolesniku je potrebno osigurati pomagala za vid (naočale) i sluh (slušni aparat), što posljedično povećava sposobnost orijentacije i uočavanja prepreka u okolini, te smanjuje rizik od pada i ozljeda. Kod bolesnika je važno procijeniti svijest o potencijalnim opasnostima u okolini. Važno je ukloniti sve potencijalne i očite opasnosti kako bi se pacijentu omogućilo što slobodnije kretanje. U prostoru gdje se bolesnik kreće potrebno je postaviti rukohvate, te educirati obitelj o važnosti sigurne okoline. Medicinska sestra treba educirati obitelj bolesnika o tome da staze i prostor gdje bolesnik hoda moraju biti slobodni, namještaj je potrebno pomaknuti uza zid, kotačići s kreveta i stolaca moraju biti uklonjeni. Uzimajući u obzir da bolesnici s demencijom često budu dezorijentirani i mogu odlutati izvan poznatog okruženja, potrebno je ključati vrata, prozore i područje bazena, te osigurati zvučne alarme koji su osjetljivi na pritisak na vrata, što onemogućava bolesnike da slobodno izađu i da se ozlijede. Bolesnici u napredovanoj fazi bolesti moraju biti pod kontinuiranim razdobljem

tijekom 24 sata. Potrebno je osigurati odgovarajuću rasvjetu u hodnicima, na stubištima, u kupaonici kako bi se spriječile ozljede. To će također omogućiti pacijentu da vidi i da se snalazi u sobi bez opasnosti od spoticanja ili pada. Ugradnja noćnih svjetiljki je korisna, posebno ako se bolesnik noću ustaje iz kreveta, odnosno pokazuje znakove zbunjenosti i ima poremećaje spavanja (32, 33).

Medicinska sestra treba educirati obitelji o važnosti uklanjanja ili zaključavanja noževa i oštrih predmeta na mjestu koje nije dostupno bolesniku. Navedeno uključuje i sredstva za čišćenje, insekticide, druge kućanske kemikalije, lijekove, aerosolne sprejeve, oružje, električne alate, male kućanske aparate, materijale za pušenje i lomljive predmete. Također potrebno je staviti zaštitu na utičnice, izbore struje, termostate i štednjak. Navedene mjere smanjuju rizik od fizičkih ozljeda, opekline, predoziranja i ozljeda, te smanjuju mogućnost da će se doći do samoozljeđivanja bolesnika (32).

Bolesnika s demencijom često je potrebno orijentirati i usmjeravati prema stvarnosti i okolini, te mu dopustiti da upozna stvari oko sebe, te ga poticati da koristi kalendar, sat i da stvori rutinu u provođenju aktivnosti. Navedeno potiče održavanje orijentacije prema stvarnosti i smanjuje učestalost situacija u kojima bolesnik pokazuje dezorijentiranost u vremenu i prostoru. Bolesniku je potrebno dati povratne informacije o tome kada su njegova razmišljanja primjerena, te da određene ideje koje iznosi nisu temeljene na stvarnim događajima i situacijama, odnosno da nisu utemeljene na stvarnosti. Davanje pozitivnih povratnih informacija pomaže bolesniku u razvijanju samopoštovanja i samopouzdanja, te povećava njegovu želju za ponavljanjem primjerenih ponašanja, a izbjegavanjem ponavljanja ponašanja koja nisu primjerena (31).

Demencija postupno smanjuje sposobnost i vještine komunikacije oboljele osobe. Verbalna komunikacija uključuje korištenje riječi, bilo da su izgovorene, napisane ili potpisane, kao sredstvo prenošenja informacija. Jasnoća je ključna u verbalnoj komunikaciji, u prijenosu informacija i u osiguravanju razumijevanja, širenju ideja i rješavanju bilo kakvih nejasnoća. Izazovi mogu nastati zbog poremećene komunikacije, a odgovornost medicinske sestre je prepoznati neučinkovitu komunikaciju i primijeniti strategije za poboljšanje prijenosa informacija i razumijevanja, bilo u bolnici, društvenom ili obiteljskom okruženju. Oštećenje komunikacije se pogoršava napredovanjem demencije, što se očituje kroz smanjenje sposobnosti jezičnog zaključivanja i izražavanja. Receptivna i ekspresivna afazija glavni su simptomi demencije i utječu na govor, čitanje, pisanje i

računanje. Mehanika proizvodnje govora obično je netaknuta do zadnjih faza demencije, no bolesnik ima poteškoća u koncentraciji na ono što je rečeno, razumijevanju i procesuiranju rečenog, te u pripremi odgovora. U prvoj fazi demencije, vokabular se smanjuje i bolesnik ima problema s pronalaženjem točne riječi za korištenje, što rezultira zamjenom riječi. Bolesnik obično može razumjeti većinu poruka, ali ih zaboravlja zbog nedostatka pamćenja. Kako se bolest razvija, sposobnost razumijevanja pisanog i govornog jezika se smanjuje. Mogu se izmisliti lažni detalji o prošlim događajima kako bi se kamuflirala nemogućnost pamćenja (konfabulacija), a u posljednjoj fazi bolesti bolesnik potpuno gubi sposobnost govor. Bolesnika je potrebno poticati na korištenje alternativnih metoda komunikacije (papir i olovka, kartice sa slovima, kartice sa riječima, ploča sa slikama, treptanje očima, pokreti glave), koje se odabiru ovisno o sposobnosti bolesnika. Tijekom komunikacije potrebno je pokazati strpljenje i razumijevanje. Bolesnika je potrebno pažljivo i aktivno slušati te mu dati dovoljno vremena da izrazi ono što želi. Taktilni podražaji (zagrljaji, dodiri, držanje za ruke) djeluju umirujuće na bolesnika koji može biti uplašen zbog poteškoća u komunikaciji i mogu se protumačiti kao znakovi privrženosti, zabrinutosti i sigurnosti. Korištenje taktilnih podražaja prvenstveno zahtjeva procjenu potencijalne situacije, odnosno da li će oni djelovati umirujuće ili razdražujuće na bolesnika. U skrb za bolesnika važno je uključiti logopeda, koji će kroz provođenje govornih i jezičnih vježbi utjecati na poboljšanje komunikacijskih vještina bolesnika (33). U komunikaciji s bolesnikom važno je koristiti jednostavna objašnjenja i interakciju licem u lice, a naglaskom da se ne bi trebali koristiti visoki tonovi i izgovaranje poruke bolesniku u uho. Polagano izgovaranje riječi i miran govor u položaju licem u lice je najučinkovitiji, posebno kada je komunikacija usmjerena prema osobama starije životne dobi koje su oboljele od demencije. Tijekom komunikacije važno je uočiti kada bolesnik pokazuje sumnjičavost u izrečeno, te kada izražava deluzijska razmišljanja i ideje, koje mogu rezultirati neželjenim događajima. Prepoznavanje navedenog važno je kako bi se pravovremeno osigurala sigurna okolina i za bolesnika i njemu bliske osobe (31).

Bolesniku se ne smije dopustiti razmišljanje o lažnim i nestvarnim idejama, već ga kroz razgovor treba usmjeriti na stvarne ljude i stvarne događaje. Bolesnika je važno promatrati tijekom razgovora i u interakciji, posebno ako su prethodno zabilježene faze agresije i agitiranosti. Medicinska sestra treba provesti intervencije usmjerene na sigurnost bolesnika, te ga poticati na pozitivno razmišljanje kako bi se minimizirao rizik od nasilnog ponašanja. Uvid u promjene u razmišljanju bolesnika, uključujući i prethodne faze agresije

medicinske sestre stječu kroz razgovor s obitelji i bliskim osobama, koji verbaliziraju načine na koje bolesnik usmjerava razmišljanje prema stvarnosti (31).

Kod bolesnika je važno kontinuirano procjenjivati razinu umora, uznemirenosti, tjeskobe, agresije i zbunjenosti. Važno je educirati obitelj o uklanjanju stimulirajućih čimbenika koji mogu dovesti do pretjerane stimulacije. Bolesnik na stimulirajuće čimbenike može reagirati vrištanjem, plakanjem ili neprimjerenim ponašanjem, što je jedan od načina izražavanja nesposobnosti da se nosi s okolinom. U ovim situacijama bolesnika je potrebno odvesti u poznatu okolinu ili ukloniti čimbenike koji dovode do pretjerane stimulacije. Odstupanje od uobičajene rutine može uzrokovati stres i tjeskobu, stoga je važno pridržavati se strukturiranog dnevnog rasporeda. S bolesnikom je potrebno stvoriti prijateljski odnos koji povećava osjećaj bliskosti, te poticati njegov boravak u poznatoj okolini, u okolini bez buke i stimulirajućih čimbenika (32, 33).

Validacija i uvažavanje osjećaja i zabrinutosti osoba s demencijom može pomoći u ublažavanju tjeskobe. Bolesniku je potrebno pružiti utjehu, pokazati empatiju i stvoriti osjećaj sigurnosti, čak i u situacijama u kojima se njihovi zahtjevi i strahovi čine iracionalnim. Emocije bolesnika ili raspravljanje o njihovoj percepciji stvarnosti važno je izbjegavati, jer isto može povećati osjećaj tjeskobe i uznemirenosti. Uvođenje tehnika opuštanja je učinkovito u smanjenju tjeskobe kod bolesnika s demencijom. Tehnike kao što su vježbe dubokog disanja, vođene slike, masaža ili puštanje umirujuće glazbe mogu potaknuti osjećaj smirenosti, no ove tehnike moraju biti individualno prilagođene preferencijama i mogućnostima bolesnika. Bolesnika je važno uključivati u smislene i ugodne aktivnosti, što pomaže u preusmjeravanju njihovog fokusa i smanjenju tjeskobe. Aktivnosti kao što su slušanje poznate glazbe, pregledavanje albuma s fotografijama, bavljenje jednostavnim rukotvorinama ili provođenje vremena u prirodi mogu pomoći bolesniku da se osjeća opušteno (33).

Uključivanje bolesnika u društvene aktivnosti važno je kako bi se smanjio osjećaj izoliranosti i povećala motivacija bolesnika za interakcijom i komunikacijom s drugim osobama. Navedene aktivnosti smanjuju razvoj depresije i potiču bolesnikovu spremnost za komunikaciju. Sudjelovanje bolesnika u društvenim aktivnostima promiče neovisnost i samopoštovanje, posebno u situacijama u kojima je bolesniku dopušteno kontroliranje situacije (33).

Kod bolesnika s demencijom prisutna je smanjena mogućnost brige za sebe u svim aktivnostima, uključujući hranjenje, kupanje, odijevanje, dotjerivanje, briga o kućanstvu i eliminacija. Bolesniku je potrebno pružiti podršku, te mu pomoći u provođenju navedenih aktivnosti. Bolesnici s demencijom imaju poteškoća s odijevanjem zbog potrebe za finom i grubom motorikom, ravnotežom, sposobnošću odabira i sposobnošću razlikovanja desno od lijevo i gore od dolje. Oblačenje je manje teško ako se bolesniku osigura odjeća dovoljno velika i mekana, glatka i rastezljiva. Provođenje oralne higijene nužno je kako bi se odstranili ostatci hrane, spriječio razvoj karijesa i pospješila dentalna higijena. Bolesnici s demencijom možda neće moći razumjeti upute kako ispljunuti pastu za zube ili ispirati usta vodom i možda neće moći otvoriti usta tijekom čišćenja zubnim koncem. Ova aktivnost zahtjeva strpljenje i vrijeme, te korištenje primjerenih uređaja i pomagala za provođenje oralne higijene. Stvaranje dnevne rutine u provođenju aktivnosti samozbrinjavanja i poticanje bolesnika na samostalnost u provođenju istih ključno je za održavanje autonomije i neovisnosti bolesnika. Bolesnika i obitelj je važno educirati o prehrani i unosu tekućine kako bi se smanjile probavne tegobe i dehidracija, koje mogu posljedično dovesti do pogoršanja bihevioralnih simptoma. Obitelj je potrebno upoznati s preporučenim namirnicama, načinu pripreme i važnosti unosa optimalne količine tekućine tijekom dana (33).

Poboljšanje obrazaca spavanja kod bolesnika s demencijom ključno je za postizanje opće dobrobiti i poboljšanje kognitivnog funkcioniranja. Demencija može poremetiti obrasce spavanja, uzrokujući poremećaje spavanja, učestalo buđenje noću, poteškoće s usnivanjem, nesanicu i pretjeranu pospanost tijekom dana. Poboljšanje higijene spavanja i provedba strategija za promicanje boljeg sna od velikog su značaja za bolesnika s demencijom. Dobra higijena spavanja može se postići stvaranjem rutine u vremenu odlaska na spavanje, izbjegavanjem spavanja tijekom dana, izbjegavanjem uzimanja hrane i tekućine u večernjim satima. Također, kod bolesnika je potrebno procijeniti probleme koji mogu utjecati na san, od kojih se najčešće ističu nemir, tjeskoba i bol (33).

Kod oboljelih je potrebno kontinuirano procjenjivati prisutnost boli, što se provodi korištenjem skale za procjenu boli kod demencije (28). Abbey-skala procjenjuje bol kod bolesnika s teškom demencijom, kod kojih ne postoji mogućnost verbalnog izražavanja i pomaže u procjeni i praćenju učinka provedenih metoda suzbijanja boli. Sve domene koje se ispituju boduju se ocjenom od 0 do 3 (0 – odsutno, 1 – blago prisutno, 2 – umjereno prisutno, 3 – prisutno u velikoj mjeri). Veći broj bodova označava veću razinu boli (34).

Abbey-skala ispituje slijedeće domene:

- vokalizacija (plač, prigušeni glasovi)
- izraz lica (napeto, namršteno, s grimasama, uplašeno),
- govor tijela (nemir, ljuljanje, pošten položaj, povlačenje),
- fiziološke promjene (povišena tjelesna temperatura, puls ili krvni tlak, dijaforeza, bljedilo, crvenilo),
- tjelesne promjene (poderotine kože, dekubitusi, artritis, kontrakture, prethodne ozljede bolesnika) (34).

U odnosu na postavljene ciljeve, mogu se utvrditi slijedeći ishodi:

- Nije došlo do pada bolesnika.
- Nije došlo do ozljede bolesnika.
- Bolesnik koristi pomagala za kretanje na siguran način.
- Kod bolesnika nisu prisutni znakovi rizika za samoozljeđivanje.
- Bolesnik se suočava s invalidnošću i prihvaća promjene u načinu života.
- Bolesnik je prihvatio psihološku podršku, što je smanjilo rizik od samoozljeđivanja.
- Kod bolesnika nije došlo do gušenja tijekom uzimanja obroka.
- Bolesnik konzumirati hranu i tekućinu na siguran način.
- Kod bolesnika nije došlo do oštećenja integriteta kože.
- Bolesnik je okupan i čist.
- Bolesnik unosi adekvatnu količinu hrane u skladu s njegovim nutritivnim potrebama.
- Bolesnik dnevno konzumira minimalno 1500 ml do 2000 ml tekućine.
- Bolesnik pokazuje volju za sudjelovanjem u pripremi obroka u skladu sa svojim mogućnostima.
- Bolesnik spava minimalno sedam sati u kontinuitetu.
- Bolesnik pokazuje povećanu razinu sudjelovanja u dnevnim aktivnostima.
- Nije došlo do socijalne izolacije bolesnika.
- Bolesnik pokazuje volju za sudjelovanjem u društvenim aktivnostima.
- Bolesnik pokazuje volju za interakcijom i komunikacijom s drugima.
- Bolesnik pokazuje volju za uspostavljanjem komunikacije s drugima.
- Bolesnik se ne osjeća odbačeno i usamljeno.

- Bolesnik je usvojio obrazac društveno prihvatljivog ponašanja.
- Kod bolesnika je došlo do smanjenja razine boli.
- Kod bolesnika nisu prisutni neverbalni znakovi boli.
- Bolesnik nije nemiran.

4.2.1. Timski rad i obitelj

Kompleksnost potreba osoba oboljelih od demencije rezultira potrebom za pružanjem skrbi koja se temelji na multidisciplinarnom pristupu i timskom radu. Tim koji skrbi za oboljele od demencije treba biti strukturiran na način da maksimizira vještine i sposobnosti svakog člana tima, čiji je rad usmjeren na jasne ciljeve i postizanje vidljivih i mjerljivih rezultata. Modeli suradničke skrbi pružaju pragmatičnu strategiju za pružanje integrirane zdravstvene i medicinske skrbi koja u fokus stavlja i bolesnika i obitelj. Modeli suradničke skrbi obuhvaćaju višekomponentne intervencije temeljene na poboljšanju skrbi usmjerene na bolesnika. Navedeno uključuje:

- potporu organizacijskog vodstva,
- korištenje pristupa utemeljenih na dokazima donošenju medicinskih odluka,
- iskorištavanje kliničkih informacijskih sustava,
- uključivanje bolesnika i članova njihovih obitelji u cjelokupan proces skrbi kroz podršku i edukacije,
- povezivanje sa svim dostupnim resursima na razini zajednice,
- uključivanje društvenih organizacija u skrb za oboljele od demencije (35).

Timski rad i suradnja također su usredotočeni na zajedničko donošenje odluka što uključuje razgovor, procjenu štetnosti i koristi od provođenja određenih postupaka i intervencija, a odluke se donose kroz suradnju liječnika, medicinskih sestara, bolesnika i njegove obitelji. Donošenje odluka o skrbi na ovaj način ključno je u planiranju individualne skrbi i prilagodbu smjernica liječenja preferencijama bolesnika. Zajedničko donošenje odluka pruža okvir zdravstvenim djelatnicima za odabir metode liječenja, daje im uvid u povezane rizike i koristi, te razumijevanje preferencija bolesnika i obitelji u cjelokupnom procesu zbrinjavanja bolesnika (35). Suradnja s obitelji bolesnika od velike je

važnosti u postizanju skrbi usmjerene na bolesnika, koja ujedno osigurava optimalnu kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji (28).

Uloga obitelji u skrbi za bolesnika s demencijom uključuje pružanje kontinuirane skrbi i sudjelovanje u donošenju odluka. Obitelj je važno educirati o vrsti demencije s kojom se bolesnik suočava, te im prezentirati važnost koncepta sigurnosti okruženja u kojemu bolesnik boravi. Medicinske sestre moraju imati razumijevanje i strpljenje za obitelj bolesnika, te im pomoći u prihvaćanju novih životnih navika i suočavanju s novim izazovima. Članovima obitelji oboljele osobe potrebno je preporučiti uključivanje u grupe podrške kako bi se spriječio osjećaj izoliranosti i pružila adekvatna psihološka pomoć i podrška (36). Uloga obitelji u skrbi za osobu s demencijom često je obilježene negativnim aspektima, a oni se u literaturi često nazivaju sekundarnim bolesnicima, jer se nalaze pod visokim psihičkim i fizičkim opterećenjem, što posljedično dovodi do razvoja poremećaja mentalnog zdravlja. Kao primarni njegovatelji, članovi obitelji se suočavaju s nizom prepreka i poteškoća u organizaciji vremena, karijere i održavanja odnosa, jer najveći dio vremena posvećuju brizi za oboljelog člana obitelji. Članovima obitelji potrebno je pružiti podršku i pomoć, te ih educirati o načinu organizacije i pružanja skrbi koji će dovesti do najmanje razine opterećenja i pomoći im da sačuvaju samopoštovanje, zdravlje i kvalitetu života (37).

5. ZAKLJUČAK

Demencija je stanje koje ima značajan negativan utjecaj i na bolesnika i na njegovu obitelj, jer članovi obitelji postaju primarni njegovatelji koji najviše vremena provode uz bolesnika, što im daje izrazito važnu ulogu u skrbi za bolesnika. Pružanje skrbi za bolesnika s demencijom zahtjeva multidisciplinarni pristup, odnosno timski rad i međusobnu suradnju svih koji su uključeni u skrb za bolesnika. Učinkovitim timskim radom osigurava se pružanje skrbi koja je adekvatna i visokokvalitetna i koja posljedično povećava kvalitetu života bolesnika. Medicinske sestre pružaju skrb za oboljele od demencije u svim fazama razvoja bolesti, a planiranje i provođenje skrbi temelji se na procjeni individualnih potreba, mogućnostima bolesnika i uvažavanju njegovih preferencija. Skrb je potrebo pružati na način da se stvori rutina u provođenju postupaka, što pomaže u kontroli bihevioralnih i psihičkih simptoma, te olakša bolesniku snalaženje u vremenu i prostoru. Uzimajući u obzir da je skrb za bolesnika s demencijom često emocionalno iscrpljujuća za njegovu obitelj, važno je osigurati adekvatnu razinu psihološke podrške koja se usmjerava i na bolesnika i na članove njegove obitelji i bliske osobe.

6. LITERATURA

1. Dementia. World Health Organization; 2023. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (Datum pristupa: 15.5.2023.).
2. Emmady PD, Schoo C, Tadi P, Pozo ED. Major Neurocognitive Disorder (Dementia) (Nursing). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
3. Emmady PD, Schoo C, Tadi P. Major Neurocognitive Disorder (Dementia). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
4. Cloak N, Khalili YA. Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
5. Heale R. Dementia care and treatment issues. Evid based Nurs. 2020;23(2):40-42
6. Sachdev PS, Blacker D, Blazer DG, Ganguli M, Jeste DV, Paulsen JS, i sur. Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. Nat Rev Neurol. 2014;10(11):634-42.
7. How many stages of Dementia are there? IvyPalmer; 2023. Dostupno na: <https://www.ip-live-in-care.co.uk/7-stages-dementia/> (Datum pristupa: 29.5.2023.)
8. Arvanitakis Z, Shah RC, Bennett DA. Diagnosis and Management of Dementia: Review. JAMA. 2019;322(16):1589-99.
9. Kumar A, Sidhu J, Goyal A, Tsao JW. Alzheimer Disease. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
10. Uwagbai O, Kalish VB. Vascular Dementia. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
11. Haider A, Spurling BC, Sanchez-Manso JC. Lewy Body Dementia. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
12. Zafar S, Yaddanapudi SS. Parkinson Disease. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
13. Khan I, De Jesus O. Frontotemporal Lobe Dementia. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
14. Sitammagari KK, Masood W. Creutzfeldt Jakob Disease. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
15. Jutkowitz E, Kane RL, Gaugler JE, MacLehose RF, Dowd B, Kuntz KM. Societal and Family Lifetime Cost of Dementia: Implications for Policy. J Am Geriatr Soc. 2017;65(10):2169-75.

16. Alves GS, Carvalho AF, de Amorim de Carvalho L, Sudo FK, Siqueira-Neto JI, Oertel-Knochel V, i sur. Neuroimaging Findings Related to Behavioral Disturbances in Alzheimer's Disease: A Systematic Review. *Curr Alzheimer Res.* 2017;14(1):61-75.
17. Vermeiren Y, Le Bastard N, Van Hemelrijck A, Drinkenburg WH, Engelborghs S, De Deyn PP. Behavioral correlates of cerebrospinal fluid amino acid and biogenic amine neurotransmitter alterations in dementia. *Alzheimers Dement.* 2013;9(5):488-98.
18. Kolanowski A, Boltz M, Galik E, Gitlin LN, Kales HC, Resnick B, i sur. Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: A scoping review of the evidence. *Nurs Outlook.* 2017;65(5):515-29.
19. Volume of Choroid Plexus in Brain Linked to Alzheimer's Disease. *Radiological Society Of North America*; 2022. Dostupno na: https://scitechdaily.com/volume-of-choroid-plexus-in-brain-linked-to-alzheimers-disease/?expand_article= (Datum pristupa: 1.6.2023.)
20. Dominguez LJ, Ceronese N, Vernuccio L, Catanese G, Inzerillo F, Salemi G, i sur. Nutrition, Physical Activity, and Other Lifestyle Factors in the Prevention of Cognitive Decline and Dementia. *Nutrition*; 2021;13(11):4080.
21. Na R, Yang JH, Yeom Y, Kim YJ, Byun S, Kim K, i sur. A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonpharmacological Interventions for Moderate to Severe Dementia. *Psychiatry Investig.* 2019;16(5):325-35.
22. Scales K, Zimmerman S, Miller SJ. Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Gerontologist.* 2018;58(1):S88-S102.
23. Vacas SM, Stella F, Loureiro JC, Simões do Couto F, Oliveira-Maia AJ, i sur. Noninvasive brain stimulation for behavioural and psychological symptoms of dementia: A systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2019;34(9):1336-45.
24. van den Berg JF, Kruithof HC, Kok RM, Verwijk E, Spaans HP. Electroconvulsive Therapy for Agitation and Aggression in Dementia: A Systematic Review. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2018;26(4):419-34.
25. Gozalo P, Prakash S, Qato DM, Sloane PD, Mor V. Effect of the bathing without a battle training intervention on bathing-associated physical and verbal outcomes in nursing home residents with dementia: a randomized crossover diffusion study. *J Am Geriatr Soc.* 2014;62(5):797-804.

26. Uzun S, Mimica N, Kozumplik O, Kušan Jukić M, Todorović Laidlaw I, Kalinić D, i sur. Alzheimerova bolest – utjecaj na život i psihičko zdravlje njegovateljica. *Soc. psihijat.* 2019;47:86-101.
27. Lindeza P, Rodrigues M, Costa J, Guerrwiro M, Rosa MM. Impact of dementia on informal care: a systematic review of family caregivers' perceptions. *BMJ Support Palliat Care.* 2020;bmjpcare-2020-002242.
28. Mimica N. Demencija i palijativna skrb. *Neurol Croat.* 2011;60(3-4):119-123.
29. Shaji KS, Sivakumar PT, Rao GP, Paul N. Clinical Practice Guidelines for Management of Dementia. *Indian J Psychiatry.* 2018;60(3):S312-28.
30. Kumar A, Sidhu J, Goyal A, Tsao JW, Doerr C. *Alzheimer Disease (Nursing).* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
31. Belleza M. Dementia. *Nurseslabs;* 2023. Dostupno na: <https://nurseslabs.com/dementia/> (Datum pristupa: 1.6.2023.)
32. Wagner M. Alzheimer's Disease and Dementia Nursing Diagnosis & Care plan. *NurseTogether;* 2023. Dostupno na: <https://www.nursetogether.com/alzheimers-disease-dementia-nursing-diagnosis-care-plan/> (Datum pristupa: 1.6.2023.)
33. Vera M. 15 Alzheimer's Disease and Dementia Nursing Care Plans. *Nurseslabs;* 2023. Dostupno na: <https://nurseslabs.com/alzheimers-disease-nursing-care-plans/> (Datum pristupa: 1.6.2023.)
34. Abbey Pain Scale for Dementia Patients. *MD+Calc;* 2023. Dostupno na: <https://www.mdcalc.com/calc/3627/abbey-pain-scale-dementia-patients#why-use> (Datum pristupa: 1.6.2023.)
35. Galvin JE, Valiois L, Zweig Y. Collaborative transdisciplinary team approach for dementia care. *Neurodegener Dis Manag.* 2014;4(6):455-69.
36. Rodgers K. Taking a team approach to dementia care. *Aspen Senior Care;* 2023. Dostupno na: <https://aspenseniorecare.com/taking-a-team-approach-to-dementia-care/> (Datum pristupa: 2.6.2023.)
37. Brodaty H. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009;11(2):217-28.

7. OZNAKE I KRATICE

ACE-R – Addenbrookov kognitivni pregled – revidirani, engl. *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised*

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje

HIV – Virus humane imunodeficijencije, engl. *Human Immunodeficiency Virus*

Mini-Cog – skala za brzi pregled za rano otkrivanje demencije

MMSE – Mini pregled mentalnog statusa, engl. *Mini-mental status examination*

MoCa – Montrealska skala za kognitivnu procjenu, engl. *Montreal Cognitive Assessment*

MR – magnetska rezonanca

PET – pozitronska emisijska tomografija

RUDAS – Rowlandova univerzalna skala za procjenu demencije, engl. *Rowland Universal Dementia Assessment Scale*

SAD – Sjedinjene Američke Države

SLUMS – Skala za procjenu mentalnog statusa Sveučilišta Saint Louis, engl. *Saint Louis University Mental Status*

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

8. SAŽETAK

Demencija je pojam kojim se označava više različitih bolesti koje imaju jednake ili slične utjecaje na razmišljanje, pamćenje i sposobnosti pojedinca za provođenje aktivnosti svakodnevnog života. Demencija opisuje sveukupni pad pamćenja i drugih kognitivnih vještina koji narušava sposobnost i samostalnost pojedinca i rezultira povećanjem potreba za specifičnom zdravstvenom skrbi. Neurološki bolesnici s demencijom suočavaju se s gubitkom pamćenja i sniženom svijesti o vlastitim ograničenjima i deficitima. Kao najznačajniji simptomi demencije koji utječu na kvalitetu života oboljelih smatraju se bihevioralni i kognitivni simptomi koji su najčešći razlog smještanja bolesnika u ustanove za dugotrajnu skrb. Skrb za oboljele u obiteljskom okruženju zahtjeva visoku educiranost članova obitelji koji su primarni njegovatelji, kontinuirani nadzor zdravstvenih djelatnika i visoku razinu sudjelovanja bolesnika. Bolesnike i njihove obitelji važno je savjetovati o bolesti i njezinim posljedicama i očekivanjima, te ih poticati da traže konzultacije socijalne službe, te da se učlane u grupe podrške i sudjeluju u društvenim aktivnostima na razini zajednice.

Ključne riječi: demencija; obitelj; timski rad; zdravstvena njega.

9. SUMMARY

Dementia is a term used to denote several different diseases that have equal or similar effects on thinking, memory, and an individual's ability to carry out activities of daily life. Dementia describes an overall decline in memory and other cognitive skills that impairs an individual's ability and independence and results in increased needs for specific health care. Neurological patients with dementia face memory loss and reduced awareness of their own limitations and deficits. Behavioral and cognitive symptoms, which are the most common reason for placing patients in long-term care facilities, are the most significant symptoms of dementia that affect the quality of life of patients. Caring for patients in a family environment requires high education of family members who are the primary caregivers, continuous supervision of health professionals and a high level of patient participation. It is important to advise patients and their families about the disease and its consequences and expectations, and encourage them to seek social service consultations, and to join support groups and participate in social activities at the community level.

Keywords: dementia; family; health care; teamwork.

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

MILICA ŠOSTAR

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponuđenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon _____ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 31.08.2023.

Milica Šostar

potpis studenta/ice

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>31.09.2023.</u>	MILICA ŠOSTAR	Milica Šostar