

Proces zdravstvene njege bolesnika oboljelog od vaskularne demencije

Lipovac, Anja

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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:144:701352>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-28**



Repository / Repozitorij:

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



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE BOLESNIKA OBOLJELOG OD
VASKULARNE DEMENCIJE**

Završni rad br. 102 /SES/2021

ANJA LIPOVAC

Bjelovar, listopad 2021.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Lipovac Anja** Datum: 20.09.2021. Matični broj: 001921
JMBAG: 0067419626

Kolegij: **ZDRAVSTVENA NJEGA STARIJIH OSOBA**

Naslov rada (tema): **Proces zdravstvene njege bolesnika oboljelog od vaskularne demencije**

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. **Ksenija Eljuga, mag.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 102/SES/2021

Demencija postaje sve veći problem modernoga društva zbog produljenja životne dobi pučanstva. Definira se kao neurološki sindrom koji se sastoji od poremećaja kognicije dovoljno teškoga da poremeti svakodnevno funkcioniranje bolesnika. Incidencija i prevalencija demencije raste sa starenjem stanovništva. Vaskulama je demencija najčešći oblik demencije u starijih osoba, druga je po učestalosti i čini oko 20 % demencija. Spada u sekundarne demencije, a nastaje kao posljedica poremećenog dotoka krvi u mozak.

U procesu liječenja vrlo je bitna uloga medicinske sestre koja prati, nadzire, educira, motivira i pruža podršku oboljelima od navedene bolesti.

Studentica će u radu opisati kliničku sliku Vaskularne demencije, metode liječenja i rehabilitacije s posebnim osvrtom na proces zdravstvene njege bolesnika oboljelih od Vaskularne demencije.

Zadatak uručen: 20.09.2021.

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



Zahvaljujem svim dragim ljudima koji su bili uz mene tijekom studiranja. Od srca zahvaljujem članovima moje obitelji, Andreju, Filipu, Marinu i Eli, koji su vjerovali u mene i strpljivo podnosili moje odlaske na fakultet. Zahvaljujem dedama i bakama koji su preuzeli dio mojih obaveza u kući .

Posebnu zahvalu upućujem svojoj mentorici Tamari Salaj, dipl.med.techn. koja je u ključnim trenucima savjetima i uputama pomogla da pisanje završnog rada privedem kraju.

Zahvaljujem svim profesorima Veleučilišta u Bjelovaru koji su me svojim inspirativnim predavanjima učinili osobom koja je u potpunosti spremna pomoći osobama kojima je potrebna sestrinska skrb.

Sadržaj

1. UVOD.....	4
1.1. Vaskularna demencija	5
1.1.1. Epidemiologija i čimbenici rizika	6
1.1.2. Demografski čimbenici i nasljeđe kao nepromjenjivi čimbenici rizika.....	7
1.1.3. Promjenjivi čimbenici rizika	7
1.2. Dijagnosticiranje bolesti.....	8
1.3. Klinička slika	10
1.4. Progresija bolesti.....	11
1.5. Liječenje vaskularne demencije	12
1.6. Komunikacija s osobama oboljelim od vaskularne demencije	13
1.7. Zdravstvena njega	14
1.7.1. Intervencije u neprimjerenim obrascima ponašanja	15
1.7.2. Intervencije sestre kod agresivnog dementnog bolesnika	16
1.7.3. Intervencije sestre kod pojave krize	16
1.7.4. Intervencije sestre kod prodromije.....	17
1.7.5. Procjena stanja i potreba dementnih bolesnika	18
2. CILJ RADA	20
3. PRIKAZ SLUČAJA	21
3.1. Proces zdravstvene njege	22
4. RASPRAVA	32
5. ZAKLJUČAK	34
6. LITERATURA:	36
7. SAŽETAK	38
8. SUMMARY.....	39

1. UVOD

Starenjem stanovništva, bolesti povezane s kognitivnim poteškoćama su u značajnom porastu kako u razvijenim zemljama u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj. Demencije su najveći problem, prepoznaju se kao javnozdravstveni problem i manifestiraju se kao više kognitivnih defekata koji uključuju oštećenje pamćenja bez oštećenja svijesti. Oštećenje utječe na inteligenciju, učenje i pamćenje, govor, rješavanje problema, orijentaciju, percepciju, pažnju, koncentraciju, prosuđivanje i društvene sposobnosti uz postojanje značajne promjene u osobnosti i u funkcioniranju u aktivnostima svakodnevnog života. Demencija je klinički sindrom karakteriziran propadanjem stečenih mentalnih funkcija tj. gubitak mentalnih sposobnost. Posljedica demencije je smanjenje i nemogućnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti. To je ozbiljan poremećaj koji pogađa starije osobe ugrožavajući im život. Važno je razlikovati demenciju od staračke zaboravljivosti jer ponekad se očituju vrlo sličnim znakovima, ali im se tijekom jako razlikuje, takve osobe mogu zapamtiti nove informacije dok kod oboljelih od demencije to nije tako. Dementni bolesnici imaju jako blijedo ili gotovo nikakvo sjećanje za stvari koje su se dogodile u bliskoj prošlosti, ali relativno dobro očuvano sjećanje za događaje koji su se dogodili prije dosta vremena npr. u mladosti, ili prije desetak godina. Bolest je bila rijetka krajem devetnaestog i početkom dvadesetog stoljeća. U drugoj polovici dvadesetog stoljeća njezina učestalost postaje sve izraženija. Prema statistikama SZO –e , u svijetu je 25,5 milijuna bolesnika koji boluju od demencije. Procjena govori da će ih do 2030 biti 63 milijuna. U Hrvatskoj ima 76 000 oboljelih od demencije, a najčešće su to Alzheimerova i vaskularna demencija. Tijekom bolesti 10 do 20 % bolesnika pokazuje akutna pogoršanja, najčešće je to delirantna dekompenzacija (1).

Demencija je progresivni klinički sindrom kojeg mogu uzrokovati brojni čimbenici (2):

- Srčani infarkt : jedan ili višestruki infarkt većeg područja
- Cerebrovaskularna bolest, multipli infarkti mozga
- Prirođene- nasljedne bolesti: Huntingtonova bolest, metakromatska leukodistrofija
- Fiziološke: epilepsija, hidrocefalus
- Degenerativne demencije: Alzheimerova bolest, Parkinsonova bolest, Wilsonova bolest i Pickova bolest
- Infekcije: sifilis, Creutzfeldt- Jakobova bolest

- Primarno psihijatrijske: pseudodemencije
- Metaboličke: kronična stanja anoksije, deficit vitamina
- Demijelinizacije: multipla skleroza
- Trauma: posttraumatska demencija, hematomi
- Tumor: primarno cerebelluma
- Lijekovi i toksini: zračenje, teški metali, alkohol, trovanje ugljičnim monoksidom

1.1. Vaskularna demencija

Vaskularna demencija je najčešći oblik demencije kod osoba starijih od 65. godina. Dijagnoza se postavlja na osnovu tri specifična simptoma: prisutnost kognitivnog poremećaja, prethodno dijagnosticirana cerebrovaskularna bolest i logičan slijed prethodnih dvaju simptoma. Kod osoba s vaskularnom demencijom izražen je generaliziran kognitivni poremećaj, pri čemu je gubitak pamćenja manji nego kod bolesnika s Alzheimerovom demencijom. Najčešći oblik kognitivnog poremećaja povezan s vaskularnom demencijom uključuje poremećeno izvršno funkcioniranje koje se očituje kao ponašanje usmjereno prema cilju, zatim, problem u započinjanju slijeda radnji i smanjena sposobnost rješavanja problema. Muićević definira vaskularnu demenciju kao poremećaj koji smanjuje amnestičko intelektualne sposobnosti, toliko da interferira sa socijalnim i profesionalnim statusom, a uzrok joj je cerebrovaskularna bolest(3).

Tijekom vremena definicija vaskularne demencije značajno se mijenjala. Krajem 19. stoljeća opisivane su aterosklerotička i senilna demencija kao dva različita sindroma. Prije oko 30 godina u literaturi se spominje termin multiinfarktna demencija (MID), a označivao je bolesnike koji su razvili demenciju nakon nekoliko moždanih udara. Navedeni se naziv koristio i za bolesnike koji su razvili demenciju nakon samo jednoga moždanog udara, a neki su autori takvu demenciju nazivali: demencija nakon moždanog udara (post-stroke dementia)(2).

Kasnije je uveden naziv vaskularna demencija koji je označivao demenciju nastalu nakon vaskularnih lezija, bez obzira na patogenezu vaskularne lezije (ishemija ili hemoragija) te bez obzira na to radi li se o jednoj ili više vaskularnih lezija. Razlikuje se i difuzna bolest bijele tvari (supkortikalna arterosklerotička encefalopatija ili Binswangerova bolest), a u vaskularne se

demencije može ubrojiti i CADASIL (cerebralna autosomna dominantna arteriopatija sa supkortikalnim infarktima i leukoencefalopatijom)(4).

Međutim, cerebrovaskularna bolest može uzrokovati i blage kognitivne poremećaje pa je za bolest u takvih bolesnika predložen naziv vaskularni blagi kognitivni poremećaj (engl. vascular mild cognitive impairment – VaMCI), koji bi odgovarao blagom kognitivnom poremećaju kao predstadiju Alzheimerove bolesti(5). Nedavno je predložen naziv vaskularni kognitivni poremećaj (engl. vascular cognitive impairment – VCI) koji obuhvaća sve kognitivne poremećaje povezane s cerebrovaskularnom bolešću, od blagih kognitivnih poremećaja do jasne demencije. Vaskularni kognitivni poremećaj je sindrom u kojemu postoje dokazi o moždanom udaru ili supkliničkim vaskularnim lezijama i kognitivno oštećenje koje zahvaća barem jednu kognitivnu domenu, bez obzira na patogenezu cerebrovaskularne bolesti. Najteži oblik vaskularnoga kognitivnog poremećaja je vaskularna demencija(6).

1.1.1. Epidemiologija i čimbenici rizika

Vaskularna demencija je drugi najčešći oblik demencije i 20% svih demencija otpada na vaskularnu demenciju. Nastaje gubitkom i propadanjem živčanih stanica, kao posljedica bolesti krvnih žila u mozgu. Najčešće se javlja između 60 i 70 godine života. Vaskularna demencija nastaje naglo, a može je pratiti djelomična uzetost zbog neuroloških ispada. Klinički se očituje kao amnezija, agnozija, apraksija ili afazija.

U slučaju da su simptomi već nastupili provodi se fizikalna terapija zbog motornog deficita, u slučaju afazije vježbe logopeda, te neizostavno farmakološko liječenje bolesti. Ukupna prevalencija demencije u bogatim zemljama iznosi 5–10% u osoba starijih od 65 godina. Prevalencija Alzheimerove bolesti udvostručuje se svakih 4,3 godina, dok se prevalencija vaskularne demencije udvostručuje svakih 5,3 godina. Populacijska epidemiološka ispitivanja i neuropatološki podaci potvrđuju da je vaskularna demencija odgovorna za oko 20% slučajeva demencije te da se vaskularna oštećenja često nalaze u bolesnika s Alzheimerovom demencijom.(3) Uloga vaskularnih čimbenika rizika i moždanog udara u Alzheimerovoj demenciji područje je intenzivnog istraživanja, a smanjena incidencija Alzheimerove

demencije i vaskularne demencije zabilježena je uz regulaciju arterijske hipertenzije te uz uporabu statina(7).

Postoje brojni čimbenici rizika koji su povezani s VCI, a mogu se podijeliti na nepromjenjive i promjenjive.

1.1.2. Demografski čimbenici i nasljeđe kao nepromjenjivi čimbenici rizika

Starija dob jedan je od najznačajnijih čimbenika rizika za nastanak VCI. Zbog starenja populacije očekuje se porast broja pacijenata s demencijom sa 36 milijuna koliko ih je bilo 2010. godine na 115 milijuna u 2050. godini(8).

U studijama kojima se željela dokazati razlika u incidenciji između muškaraca i žena, nije pronađena razlika. Također nisu pronađeni dokazi o učestalosti vaskularne demencije s obzirom na geografsku rasprostranjenost iako stanovništvo zemalja s niskim i srednjim dohotkom može imati veći rizik nego pojedinci u zemljama s visokim dohotkom prvenstveno zbog slabije dostupnosti liječenja vaskularnih rizičnih čimbenika(9). Nasljedni čimbenici mogu rezultirati vaskularnim kognitivnim poremećajem, pri čemu je najučestaliji dominantno nasljedni oblik difuzne bolesti bijele tvari, poznat i pod nazivom cerebralna autosomno dominantna arteriopatija sa subkortikalnim infarktima i leukoencefalopatijom (CADASIL), koji nastaje kao posljedica mutacije 19. kromosoma(10).

1.1.3. Promjenjivi čimbenici rizika

Hipertenzija i kronična hiperlipidemija povezane su sa funkcionalnim poremećajima u moždanim krvnim žilama dovodeći do oštećenja neurona, što je povezano s narušenim kognitivnim funkcijama i slabijim kognitivnim funkcioniranjem. Epidemiološka istraživanja potvrđuju o dobi ovisnu povezanost povišenog krvnoga tlaka i pada kognitivne funkcije. Visoki se krvni tlak u srednjoj životnoj dobi povezuje s razvojem kognitivnih poremećaja i demencije u kasnijem razdoblju. Također, visoka razina ukupnog kolesterola u srednjoj životnoj dobi povezana je s lošijim kognitivnim funkcioniranjem u kasnijem razdoblju, dok je sniženje

ukupnog kolesterola nakon srednje životne dobi također povezano s lošijim kognitivnim funkcioniranjem(8).

Šećerna bolest, hiperinzulinemija i oštećena tolerancija glukoze su u Rotterdamskoj studiji povezane sa slabijim kognitivnim funkcioniranjem i dvostruko većim rizikom za Alzheimerovu bolest i Vaskularnu demenciju.(6)

Tjelesna aktivnost može poboljšati moždanu perfuziju, smanjiti odgovor na stres i pospješiti plastičnost mozga. Dugoročna redovita tjelesna aktivnost povezana je s boljom fizičkom kondicijom, boljim kognitivnim funkcioniranjem i manjim gubitkom kognitivnih funkcija.

Pojedine studije pokazuju povezanost učestalog **pijenja alkohola** u velikim količinama s kognitivnim poremećajem i visokim rizikom za razvoj demencije.

Kalantarian i sur.(6) analizirali su 21 studiju i analiza je pokazala da postoji povećan rizik za razvoj kognitivnog poremećaja i demencije u pacijenata s **fibrilacijom atrijske**. Fibrilacija atrijske je rizični čimbenik za moždani udar, a studije su pokazale povezanost fibrilacije atrijske i vaskularne demencije (6).

Kao promjenjivi čimbenik za nastanak vaskularne demencije, u stručnoj literaturi se spominje i **pretilost** pa su istraživanja pokazala da ispitanici s najnižim i najvišim vrijednostima BMI (Body Mass indeks) imaju veću učestalost demencije u usporedbi s ispitanicima s normalnim BMI.

1.2. Dijagnosticiranje bolesti

Poeck je vaskularnu demenciju opisao kao stanje za koje, da bi se dijagnosticiralo moraju biti prisutna dva uvjeta: subkortikalna aterosklerotična encefalopatija ili Biswangerova bolest i prošireni teritorijalni infarkti. Stoga se izrazom vaskularna demencija identificiraju bolesnici s teškim spoznajnim gubitkom zbog cerebrovaskularne bolesti, bilo nakon većeg ishemijskog ili hemoragijskog moždanog udara, mikroskopskih kortikalnih infarkta, ili zbog srčanih i cirkulacijskih bolesti koje uzrokuju infarkte bijele tvari(10).

U razlikovanju vaskularne demencije i Alzheimerove bolesti primjenjuje se Hachinskijeva ishemijska ljestvica koja uzima u obzir čimbenike udružene s vaskularnim razvojem demencije,

kao što je nastup kognitivnog poremećaja, čimbenici rizika povezani s moždanim udarom, neuobičajeno ponašanje poput depresije i emocionalne nestabilnosti te žarišni neurološki simptomi i znakovi. Zbroj bodova manji od 4 govori u prilog dijagnozi Alzheimerove demencije, dok zbroj bodova veći od 7 govori u prilog multiinfarktnoj demenciji, a zbroj bodova od 5 do 6 može upućivati na tzv. mješovitu demenciju, tj. Alzheimerovu demenciju i vaskularnu demenciju(11).

Tablica 1. Hachinskijev ishemijski zbroj(7)

	Broj bodova
Nagli početak	2
Stupnjevito pogoršanje	1
Fluktuirajući tijek	2
Noćna smušenost (konfuzija)	1
Relativno očuvanje osobnosti	1
Depresija	1
Somatske pritužbe	1
Emocionalna inkontinencija	1
Prisutnost hipertenzije	1
Podatak o preboljenim moždanim udarima	2
Prisutnost ateroskleroze	1
Fokalni neurološki simptomi	2
Fokalni neurološki znakovi	2
Ukupno	18

Izvor: Demarin V, Trkanjec Z. Neurologija. Zagreb: Medicinska Naklada; 2007.

Bolesnik s vaskularnom demencijom mora pokazivati neki oblik cerebrovaskularnih patoloških promjena na slikovnim prikazima mozga (kompjutorizirana tomografija /CT/ ili magnetska rezonancija /MR/). Pretrage slikovnog prikazivanja mozga pokazuju vaskularna oštećenja koja se mogu razlikovati u veličini, ovisno o stupnju vaskularnih patoloških promjena. Ta se oštećenja kreću od pojedinačnoga lakunarnog moždanog udara do višestrukih kortikosupkortikalnih moždanih udara i ishemijske periventrikularne bijele tvari.

Radna grupa stručnjaka okupljenih u Institut za neurološke bolesti i cerebrovaskularni inzult objelodanila je kriterije za dijagnozu vaskularne demencije koji uključuju:

- demenciju s oštećenjem pamćenja u dva ili više kognitivnih područja
- cerebrovaskularnu bolest definiranu prisutnošću fokalnih neuroloških bolesti i dokaz cerebrovaskularne bolesti na CT-u i Mr-u koji uključuju multiple infarkte u području velikih krvnih žila(7)
- početak demencije unutar 3 mjeseca nakon moždanog udara(11)
- naglo pogoršanje kognitivnih funkcija ili stupnjevito pogoršanje kognitivnih deficita(11)

1.3. Klinička slika

U većini slučajeva klinička slika bolesti odnosi se na anatomsku raspodjelu oštećenja. Vaskularna demencija može sličiti drugim primarnim demencijama. Najčešća klinička slika vaskularne demencije očituje se kao poremećaj funkcije čeonog režnja iako prefrontalni korteks nije zahvaćen patološkim promjenama. Tipična vaskularna demencija za razliku od Alzheimerove demencije ima rane simptome poremećaja motorike i percepcije, javlja se u mlađoj dobi i to između 40. i 50. godina, a onda opet češće nakon 70 godine starosti uz slabije oštećeno pamćenje. Češće obolijevaju muškarci, javlja se naglo, ima tendenciju epizodičnog napredovanja i fluktuacije u tijeku bolesti koja može trajati i do desetak godina. Vaskularna demencija je povezana s povećanim krvnim tlakom, koronarnom, kardiovaskularnom i cerebrovaskularnom bolešću, žarišni neurološki simptomi javljaju se rano tijekom bolesti, a trombotički, embolički ili hemoragični infarkti javljaju se uglavnom u bijeloj tvari(12). Prvi znakovi bolesti vezani su uz ometanje subkortikalnih neuralnih krugova koji kontroliraju izvršne funkcije: kratkotrajno pamćenje, organizaciju, raspoloženje, pozornost, sposobnost djelovanja, donošenje odluka i primjereno ponašanje. Jedno od karakterističnih obilježja vaskularne demencije je psihomotorička usporenost koja se očituje kao povećanje potrebnog vremena za neku radnju. Ostali znakovi poremećaja uključuju zaboravljivost (iako ne tako izraženu kao kod Alzheimerove demencije), promjene u govoru, nestabilnost u održavanju položaja tijela, česte padove i nespretnosti, promjene raspoloženja u obliku apatije,

iritabilnosti i depresije te urinarne simptome koji nisu uzrokovani urološkim poremećajima (13).

1.4. Progresija bolesti

Bolest može uznapredovati od nekoliko tjedana do nekoliko mjeseci nakon cerebrovaskularnog incidenta. U početku se primjećuje insuficijentno pamćenje za novije događaje uz očuvana sjećanja na starija zbivanja. Oboljeli se okreću prošlosti koje se bolje sjećaju. Uz poremećaj pamćenja uočava se i značajno slabljenje koncentracije. Oboljeli teško pamte brojeve, imena i promjenjive podatke što često rezultira frustracijom. Posebno je uočljiva amnestička afazija s traženjem prave riječi. Daljnjom progresijom bolesti dolazi do popuštanja stvaralačkog razmišljanja, moći prosudbe i pregleda situacije. Uz izraziti napor primaju i prerađuju nove sadržaje, javlja se mrzovoljno, depresivno raspoloženje, afektivna labilnost i hipohondrija u odnosu na lakše zdravstvene probleme. U podmakloj fazi česta su noćna smetena stanja praćena nemirima i dezorijentiranošću, a mogu se javiti i delirantne epizode praćene anksioznošću. U terminalnoj fazi bolesti dolazi do maksimalne redukcije govora uz bezvoljno tupo stanje s trajnim poremećajem orijentacije(13). Ovisno o mjestu oštećenja mogu se pojaviti žarišni ispadi kao centralne hemipareze.

Prema dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (DSM-V) Dijagnostički kriteriji za Vaskularnu demenciju uključuju:

- A. Razvoj višestrukih kognitivnih nedostataka koji se manifestiraju:
 - 1. Oštećenjem pamćenja (oštećena sposobnost učenja novih informacija ili prisjećanja prethodno naučenih informacija)
 - 2. Jednim ili više kognitivnih poremećaja:
 - a. Afazija (poremećaj govora)
 - b. Apraksija (oštećena sposobnost izvođenja motoričkih aktivnosti iako su motoričke funkcije neoštećene)
 - c. Agnozija (nemogućnost prepoznavanja i identificiranja predmeta iako su osjetne funkcije neoštećene)

- d. Poremećaji izvršnog funkcioniranja (planiranje, organizacija, redanje, oduzimanje)
- B. Kognitivni nedostaci iz prethodnih kriterija uzrokuju znatna oštećenja u društvenom i profesionalnom funkcioniranju
- C. Fokalni neurološki znaci i simptomi (pojačani duboki tetivni refleksi, odgovor plantarnih ekstenzora poremećaji držanja, slabost u jednom od udova) ili laboratorijski nalazi tipični za cerebrovaskularne bolesti(14).

1.5. Liječenje vaskularne demencije

Liječenje vaskularne demencije usmjerava se na prateće čimbenike poput hipertenzije, ateroskleroze i dijabetesa te na prevenciju moždanih udara. Do oporavka izgubljenih kognitivnih funkcija dolazi rijetko, iako su fluktuacije u razdobljima poboljšanja česte. Postoje dokazi da bi inhibitori kolinesteraze mogli biti korisni u liječenju vaskularne demencije(7). U novije vrijeme u skrbi za oboljele sve se češće primjenjuju i nefarmakološke metode:

- **KOGNITIVNO BIHEVIORALNA TERAPIJA (KBT)**
Oblik je psihoterapije koji se temelji na znanstvenoj činjenici da su misli i način razmišljanja uzrok onome što osjećamo i kao se ponašamo. KBT u većini slučajeva provode liječnici i psiholozi, terapeut pomaže bolesnicima da nadvladaju poteškoće mijenjajući svoje misli, ponašanje i emocionalne odgovore(15).
- **BAZALNA STIMULACIJA**
Bazalna stimulacija je neverbalna komunikacija s oboljelim od teškog oblika demencije. Koncept ove vrste terapije proizlazi iz stajališta da i osobe s velikom oštećenjima percepcije mogu ipak nešto percipirati iako nam to ne mogu dati do znanja nekom vidljivom reakcijom.
Terapija se ostvaruje kroz dodir, vid, sluh, okus, i miris(16).
- **INTEGRATIVNA VALIDACIJA**
Integralna validacija predstavlja način komunikacije koji je pun poštovanja te u prvi plan stavlja mogućnosti oboljele osobe. U središte pozornosti stavlja oboljelu osobu, njene probleme i životne poteškoće.

Cilj komunikacije je da se stvori sigurna atmosfera u kojoj će se bolesnik osjećati ugodno(16).

Briga za oboljele od demencije zahtjeva mnogo kreativnosti i strpljenja. Medicinska sestra je s bolesnikom 24 sata i zbog toga je njena uloga jako važna. Sestra mora biti strpljiva, mirna, nikako ne ulaziti u sukobe s bolesnikom, te posjedovati komunikacijske vještine koje uvelike mogu pomoći u radu sa oboljelim. Važno je izgraditi odnos povjerenja, znati ga umiriti, da se oboljeli u njenoj prisutnosti osjećaju sigurno i da ima povjerenja u nju. Dementni bolesnici su često somnolentni, delirantni i smeteni pa zahtijevaju stalni nadzor i pomoć kod obavljanja osnovnih aktivnosti. Sestra je ta koja promatra pacijenta i na temelju prikupljenih podataka utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege. Također provodi prilagođene intervencije, odnosno plan zdravstvene njege koji je prilagođen svakom bolesniku zasebno. Treba naglasiti da sestra predstavlja pacijenta, zagovara njegove potrebe, te stvara poveznicu između obitelji i pacijenta.

1.6. Komunikacija s osobama oboljelim od vaskularne demencije

Kako kognitivni poremećaj napreduje, pacijenti sve teže shvaćaju i bivaju shvaćeni. Propadanjem kognitivnih funkcija, okolina sve teže razumije oboljelu osobu jer svakim danom ima sve više poteškoća s jasnim verbalnim izražavanjem (gubitkom pamćenja smanjuje se rječnik, specifični pojmovi zamjenjuju se općim, u kasnijoj fazi bolesti osoba gotovo odmah zaboravlja poruke koje prima). Svako ljudsko biće ima potrebu za komunikacijom, unatoč kognitivnim poteškoćama i smanjenom sposobnošću za komuniciranje ova je fiziološka potreba i dalje prisutna. Kako bolest napreduje tako se i oblici komunikacije mijenjaju(15).

Kada dođe do kognitivnih oštećenja, osoba sve teže može verbalno izraziti svoje emocije i potrebe, te ih tada izražava svojim ponašanjem. Promatranjem i traženjem uzroka medicinska će sestra pokušati razumjeti što joj pacijent govori ovakvim oblikom komunikacije. Prije nego se neuobičajeno ponašanje pripiše moždanim oštećenjima, treba utvrditi postoje li neki drugi uzroci. Fizički uzroci kao što su bol, umor, dehidracija, glad, nemogućnost mokrenja, opstipacija mogu djelovati na raspoloženje i kod pacijenta dovesti do uznemirenosti i iznenadnih promjena

u ponašanju. Uzroci promjenama u ponašanju također mogu biti i psihički, poput stresa, tjeskobe ili nesigurnosti. Lijekovi koje koristi oboljela osoba mogu imati popratne nuspojave, a često je to nemir, drhtanje, pospanost, nesanica i drugo. Ponekad je uzrok promjena u ponašanju samo okruženje u kojem se pacijent nalazi, previše buke, svijetla, posjetitelja, napeta atmosfera mogu dodatno uznemiriti pacijenta. U obzir treba uzeti i dosadašnju osobnost pacijenta, jer demencija ne uništava temeljne karakterne crte već ih može istaknuti, čak i u kasnijim fazama bolesti. Neuobičajeno ponašanje često je uzrokovano nekim od navedenih čimbenika, stoga ukoliko se želi promijeniti pacijentovo ponašanje, treba otkriti uzrok i pokušati na njega djelovati. Ta je metoda učinkovitija od primjene psihofarmaka koji bi uklonili simptome, ali uzrok problema ostao bi i dalje prisutan(13).

Kada je komunikacija uspostavljena potrebno ju je prilagoditi pacijentovu stanju, a savjetuje se sljedeće(17):

- pričati polagano, blagim i toplim tonom
- uspostaviti kontakt očima
- najaviti osnovnu poruku i inzistirati na važnim terminima
- ne mijenjati naglo temu razgovora
- upotrebljavati kratke, jednostavne rečenice, izbjegavati duga objašnjenja
- izbjegavati sugestivna pitanja
- pokazivati predmete vezane uz razgovor koliko god je to moguće
- postavljati jasna pitanja, upotrebljavajući konkretne riječi
- dati više vremena da razumije i odgovori, izbjegavati vršenje pritiska
- uskladiti verbalne i neverbalne poruke
- koristiti prijedloge umjesto naredbi
- potvrditi razumijevanje poruke osmjehom ili kimanjem glavom
- pomoći osobi da se prisjeti što je htjela reći, ponavljajući njezine zadnje riječi

1.7. Zdravstvena njega

Zdravstvena njega je djelatnost u sustavu zdravstva koju samostalno obavljaju medicinske sestre u suradnji sa liječnicima i ostalim medicinskim osobljem(17).

„ Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu zdravom ili bolesnom, u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi obavljao samostalno kad bi imao potrebnu snagu, volju i znanje. Pomoć je potrebno pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju njegove samostalnosti“ *Virginia Henderson*(17)

Starenje je ireverzibilan proces praćen degenerativnim promjenama na svim organskim sustavima(10). Zbog porasta broja starih ljudi povećava se i incidencija kognitivnih poremećaja koji predstavljaju svojom brojnošću javnozdravstveni i ekonomski problem. Među kognitivnim poremećajima ističe se Alzheimerova i vaskularna demencija koje se očituju promjenom karakternih osobina, dezorijentiranošću i vremenu i prostoru poremećajem sna, depresijom, i agresivnošću(10). Briga za osobu s demencijom, težak je i iscrpljujući posao. Njegovatelji se trebaju suočiti s činjenicom da unatoč velikom trudu koji ulažu, a s progresijom bolesti potreban je sve veći trud, osoba se neće izliječiti već će biti sve lošije. Umijeće je pronaći motivaciju i ravnotežu između njege za oboljelu osobu i očuvanja sebe u tom procesu(18). Naročito su uočljivi i za okolinu neprihvatljivi, neprimjereni obrasci ponašanja koji zahtijevaju visok stupanj empatije i specifičnu edukaciju tima za zdravstvenu njegu

1.7.1. Intervencije u neprimjerenim obrascima ponašanja

Uznemirenost je stanje koje se često javlja kod osoba oboljelih od demencije, a u komunikaciji s oboljelim ima značenje da nešto nije u redu. Osim moždanih oštećenja na koja se ne može utjecati, veći je broj uzroka koje se mogu otkloniti. Neki od unutarnjih čimbenika mogu biti; glad, žeđ, bol, poteškoće s mokrenjem, umor, nedovoljno sna i drugo. Osobe oboljele od vaskularne demencije vrlo su osjetljive na emocionalna stanja njihove okoline, stoga njihova uznemirenost može biti odraz uznemirenosti osobe koja o njoj skrbi. Uzroci mogu biti vanjski čimbenici poput temperature u prostoriji, novo okruženje u kojem se osoba ne snalazi, nerazumijevanje savjeta od strane medicinskog osoblja, napeta atmosfera i drugo. Nakon promatranja pacijentova ponašanja i uzimajući u obzir potencijalne čimbenike koji su uzrokovali uznemirenost, potrebno je pronaći rješenje. Najbolje je spriječiti uznemirenost otklanjanjem uzroka, na taj će se način poboljšati kvaliteta života oboljele osobe, ali i medicinskom će se osoblju olakšati njego vanje i smanjiti stres. Za smanjenje uznemirenosti savjetuje se povremeno osigurati tišinu tijekom dana, dati bolesniku ruku, nježno mu pričati, gledati ga u oči tijekom

razgovora, stvoriti rutinu jednostavnih fizičkih aktivnosti, posjesti bolesnika pored sebe, saslušati bolesnika i dati mu vremena da završi rečenice . Nažalost, uznemirenost nije uvijek moguće spriječiti, čak i kada se medicinska sestra vodi svim savjetima i načelima. Unatoč tome, medicinska sestra treba ostati smirena i ne razbjesniti se, ne ulaziti u rasprave s osobom, pustiti ju da izrazi svoje frustracije. Kada se osoba malo smiri, treba joj odvratiti pažnju nekom aktivnošću koju voli.

1.7.2. Intervencije sestre kod agresivnog dementnog bolesnika

Na agresiju se može gledati kao na ispad uzrokovan uznemirenošću, budući da uznemirenost, ukoliko se na nju ne reagira, lako može prijeći u agresivnost. Osim toga može biti odraz kognitivnih oštećenja ili unutarnjih i/ili vanjskih čimbenika. Istraživanja su pokazala kako se 89% agresivnih ispada u institucijama događa za vrijeme trajanja zdravstvene njege, odnosno kada postoji najviše fizičkog kontakta.(19) Agresivni ispad je znak da se osoba boji, osjeća se nesigurno i ne razumije situaciju u kojoj se nalazi. Načini sprječavanja isti su kao i kod uznemirenosti. Važno je kada dođe do agresivnosti, ne uzvraćati agresijom, ne raspravljati o događajima koji su se dogodili, ne kriviti pacijenta, njegovo ponašanje ne shvaćati kao napad i pokušati smanjiti dramatičnost situacije. Savjetuje se dopustiti osobi da izrazi svoj bijes, saslušati ga, jer kada osjeti da ga netko sluša i razumije umanjiti će se napetost. Zbog sigurnosti valja ukloniti sve opasne predmete iz pacijentova okruženja.

1.7.3. Intervencije sestre kod pojave krize

Krizna reakcija je stanje panike, porast uznemirenosti u kojem osoba postaje tjeskobna, tužna, prestrašena, a može se ljutiti, vrištati, plakati, bacati predmete, vrtjeti se u krug itd. Ukoliko osoba prolazi kroz uznemirenost, koja prelazi u agresiju, a pritom joj nije pružena nikakva pomoć, može doći do ovakve reakcije. Stoga, vrlo je važno naučiti prepoznati početak uznemirenosti i agresije, kako bi se izbjegla krizna situacija. Ako unatoč svim mjerama dođe do krizne reakcije, važno je ostati smiren i ne pokazivati strah, polagano se približiti osobi te uspostaviti kontakt očima, ne dodirivati ju, jer bi u ovakvoj situaciji oboljela osoba dodir mogla protumačiti

kao napad. Tek nakon uspostavljanja kontakta očima, dotaknuti ju i dati joj do znanja da je na sigurnom, te da joj se pokušava pomoći(20). Kada se osoba počne smirivati, odvratiti joj pažnju nekom aktivnošću koju voli.

1.7.4. Intervencije sestre kod prodromije

Stanje koje se naziva „lutanje“ ili „šetnja“, obično se javlja kod osoba s umjerenim ili teškim kognitivnim oštećenjima. Progresijom bolesti to se stanje smanjuje zbog motoričkih gubitaka. Hodanje ne predstavlja uvijek problem, ako bolesnik nije u opasnosti i izgleda sretno, hodanje može poslužiti kao dobra vježba. Promatrajući navedeni obrazac ponašanja treba pokušati otkriti koju potrebu bolesnik iskazuje, primjerice osoba možda želi obaviti nuždu i uzaludno traži toalet. U većini je slučajeva lutanje odraz dosade ili nesigurnosti(21), Savjetuje se svakodnevno otići u šetnju s pacijentom, osigurati mu bavljenje aktivnostima koje voli. Svakako se pobrinuti da je prostorija u kojoj pacijent boravi sigurna, ukloniti predmete koji bi mogli uzrokovati pad ili ozljede.

Zbog sigurnosti pacijenta, bijeg i samostalan izlazak pacijenta treba prevenirati. Pretpostavlja se da su neki od razloga za bijeg; ako je osoba izgubljena „u vremenu“ (npr. misli kako treba otići na posao), ako je osoba izgubljena u „u prostoru“ (npr. misli da nije kod kuće i da se treba vratiti svojoj), ne osjeća se dobro tamo gdje se nalazi, traži nekoga. Bijeg je izrazito opasno ponašanje za koju unaprijed treba isplanirati postupke prevencije. Oboljeloj osobi svakodnevno omogućiti šetnju i izlazak na svjež zrak (21). Urediti prostorije u kojima pacijent boravi, ukloniti iz vidokruga kaput, čizme ili druge odjevne predmete zbog kojih bi pacijent mogao pomisliti na izlazak iz kuće. Ako osoba ustraje u svojoj želji za odlaskom, ponuditi joj da zajednički odlazak u šetnju, a ako to nije izvedivo pokušati joj odvratiti pažnju nekom aktivnošću koju osoba voli. Ako pacijent izražava želju za odlaskom, treba s njime razgovarati o motivu zbog kojeg želi otići, ne pogoršavati situaciju dramatisiranjem. Kroz razgovor s osobom potaknuti ju da izrazi svoje osjećaje i uspomene, a osobu polagano udaljavati od vrata prema drugom kraju kuće. Vrata treba držati zaključanima. Koristiti identifikacijske narukvice koje pacijenti ne mogu sami skinuti, a trebaju sadržavati; ime, prezime, njegovo stanje (dijagnozu), broj telefona i ime osobe za kontakt. (15)

1.7.5. Procjena stanja i potreba dementnih bolesnika

Kod bolesnika koji boluju od demencije, prvenstveno se procjenjuju osnovne ljudske potrebe, pa se sestrinska skrb usmjerava prema određenim potrebama.

Procjena uključuje osobnu higijenu, odijevanje, disanje, eliminaciju urina i stolice, unos hrane i tekućine, kretanje, aktivnosti, odmor i spavanje te komunikaciju(17).

Kod procjene osobne higijene utvrđuje se je li oboljeli u mogućnosti sam obavljati svakodnevnu osobnu higijenu, ako nije, određuje se u kojem stupnju je potrebna pomoć druge osobe. Dementne bolesnike potrebno je gotovo uvijek poticati na održavanje osobne higijene, jer zbog prirode bolesti često zanemaruju brigu o sebi, a to je posebno izraženo u kasnoj fazi bolesti.

Kod odijevanja procjenjuje se ima li bolesnik poteškoća u odabiru prikladne garderobe i samom odijevanju, te se prema tome određuje u kojem stupnju treba tuđu pomoć.

Bolesnici se često odjenu neprikladno za doba godine ili neprikladno u određenoj prilici ili se jednostavno zaborave uopće odjenuti što je vrlo često u kasnoj fazi bolesti.

Kada se procjenjuje sposobnost za nesmetanu eliminaciju urina i stolica promatra se postojanje inkontinencije ili opstipacije te se intervencije prilagođavaju situaciji i potrebama.

Kada se procjenjuje kretanje promatra se sposobnost kretanja i pokretljivosti.

Važno je odrediti u kojoj mjeri je bolesnik samostalno pokretan, jer što bolest više napreduje pokretljivost je sve teža i pomoć je bolesniku potrebna u potpunosti.

Kod procjene aktivnosti u obzir moramo uzeti da se radi o osobi treće životne dobi te da nije dobro poticati prevelike i opsežne aktivnosti. U većini slučajeva dovoljna je šetnja, igranje društvenih igara, rješavanje križaljka.

Kada se procjenjuje spavanje i odmor potrebno je procijeniti spava li bolesnik tijekom noći, koliko spava i spava li kvalitetno.

Važno je utvrditi potrebu za odmorom tijekom dana. Kako bolest odmiče česta je pojava nesаницe u gotovo svih bolesnika.

Kod procjene komunikacije utvrđuje se sposobnost izražavanja i razumijevanje rečenog.

U ranijim fazama bolesti komunikacija je zadržana na zadovoljavajućoj razini, ali kako bolest

napreduje bolesnici se sve teže izražavaju i pronalaze prave riječi.

Na temelju procjene medicinska sestra definira sestrinske probleme, ciljeve i intervencijakako bi bolesniku olakšali tijek bolesti i pomogli u rješavanju nastalih problema i poteškoća(17).

2. CILJ RADA

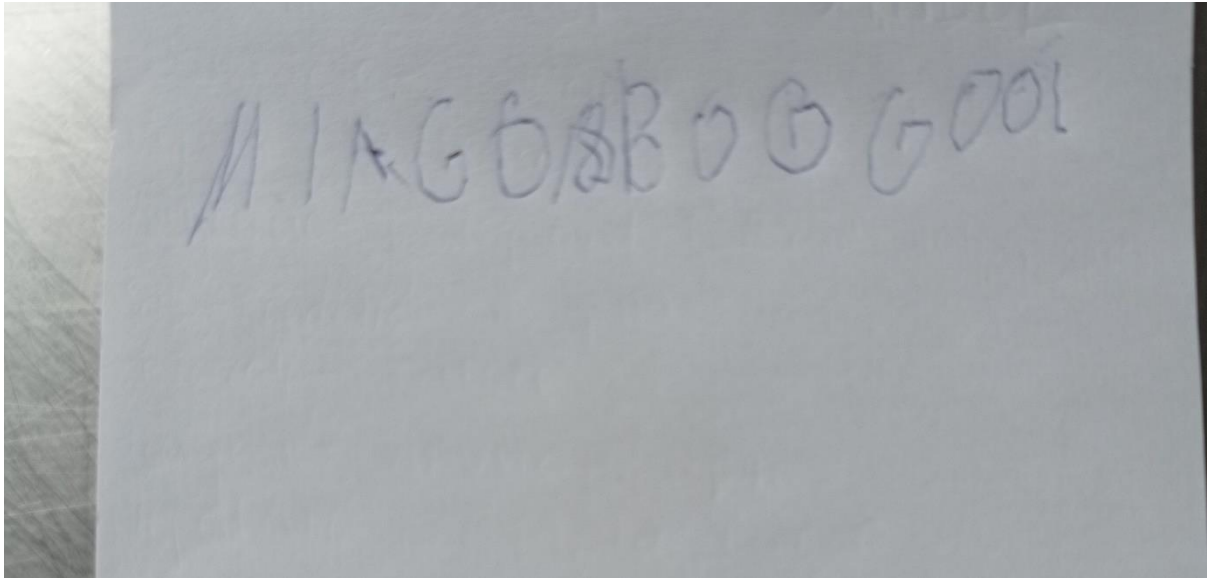
Cilj rada je prikazati i opisati zdravstvenu njegu bolesnice s vaskularnom demencijom kroz prikaz slučaja. Poseban naglasak stavlja se na značaj komunikacije, te na zadatke procesa zdravstvene njege kroz holistički pristup, podršku obitelji u suočavanju s kognitivnim poremećajima oboljelog člana obitelji, na sudjelovanje medicinske sestre u brizi za bolesnicu i edukaciju obitelji.

3. PRIKAZ SLUČAJA

Pacijentica M.D. 1936. godište, udovica, majka dvoje djece, domaćica koja je vodila poljoprivredno gospodarstvo. M.D. je živjela sama u izoliranom naselju u Lici te je bila potpuno samostalna. Bolovala je od hipertenzije, hiperlipidemije, bubrežne insuficijencije i fibrilacije atrijske te je u kratko vrijeme preboljela dva moždana udara. Prvi je bio ishemijski 2016. godine, nakon čega ostaje lagana hemipareza lijevo, ali je pacijentica u stanju i dalje sama voditi brigu o sebi, lijekovima i domaćinstvu, uz povremenu pomoć susjeda i obitelji. Od lijekova dobiva Martefarin, Carvelol, ISMN, Edemid, Controloc, Pinox Folacin, Kalinor i Alopurinol uz preporuku redovnih kontrola stanja protrombinskog vremena (PV) u krvi, redovitu kontrolu arterijskog tlaka i kontrolu lipida uz preporuku mediteranske prehrane.

2017. nađena na podu, verbalizira udarac glavom u stol, jaku glavobolju mučninu i povraćanje te je hitno prevezena u KBC Zagreb na liječenje. Magnetnom rezonancom se ustanovi hemoragijski moždani udar sa intracerebralnim hematomom temporalno desno s prodorom krvi u lateralnu komoru desno. Po otpustu se smješta u ustanovu za skrb starijih i nemoćnih osoba. Po dolasku u ustanovu se smješta u trokrevetnu sobu. Nekoliko puta je pokušavana vertikalizacija osobe, međutim zbog hemipareze, ali i nikakve suradnje, nije bilo uspjeha, te osoba ostaje u krevetu zbog svog stanja. Javljaju se i problemi s opstipacijom, te se stolica izazove svaka 3 dana. Bolesnica se može samostalno postaviti u sjedeći položaj, odnosno preseliti na invalidska ili toaletna kolica uz pomoć, ali ne može/ ne zna kako se osoviti na svoje noge. Osoba je izuzetno snažna, iako se uz godine i prethodne dijagnoze to ne očekuje, ali kada krenu noćni nemiri ili kada ne spava 3 noći i dana uzastopce ili je jednostavno agitirana iz nepoznatih razloga, pri pokušajima smirivanja postaje agresivna. Budući da je bolesnica u potpunosti ovisna o tuđoj pomoći često pri pokušaju njege, hranjenja, davanja tekućine, udara rukama i nogama, štipa, čupa kosu, trga robu i viče, gura osoblje, vrijeđa i na sve načine pokušava spriječiti te aktivnosti. U aktivnosti oblačenja, higijene, prebacivanje u toaletna kolica kako bi je okupali, mora se mobilizirati osoblje u timu od troje ili četvero pri čemu jedan drži ruke, jedan noge, a ostali rade oko pacijenta kako bi obavili osnovne radnje koje situacija nalaže, te zadovoljili osnovne ljudske potrebe za održavanjem higijene tijela i prostora, kao što su: mijenjanje posteljine, postavljanje pelene, čišćenje fekalija, skupljanje posuđa i slično.

M.D zbog oslabljenih kognitivnih funkcija te odumiranjem moždanog tkiva ne može ostvariti osnovnu komunikaciju, verbalizirati u jednostavnim rečenicama žeđ, glad niti bol. Kada su joj ponuđeni papir i olovka, krenula je pisati svoje ime, ali slova i redosljed su neprepoznatljivi.



Izvor: Privatna galerija slika – prikaz potpisa bolesnice M. D.

Također je prisutna i poremećena motorika pri čemu osoba može pomicati rukama i nogama, ali radnje su nesuvisle i nepotrebne, tako da stalno kida pelene, odjeću i posteljinu. Nakon jela nastavlja pokrete kao da jede ili traži tekućinu, a kada joj se da, ne zna što bi radila s bocom, ili sve prolije po sebi jer ne može procijeniti udaljenost boce i usta. Obitelj često dolazi u posjetu, ali sve rjeđe prepoznaje kćerku i sina, nekada mijenja kćerku za svoju majku, a sina za svog pokojnog supruga. Obitelj je upućena u njeno stanje, te s njom svakodnevno komuniciraju putem video poziva ili posjetama, kada Covid situacija dopušta.

3.1. Proces zdravstvene njege

Proces zdravstvene njege označava pristup u otkrivanju i rješavanju pacijentovih problema iz područja zdravstvene njege, koji je utemeljen na znanju, logičan, racionalan, sustavan i zahtjeva intervenciju medicinske sestre(17).

Demencija je bolest sa brojnim simptomima isto tako su brojni i sestrinski problemi. U navedenom slučaju dijagnosticirane su sljedeće sestrinske dijagnoze

Smanjena mogućnost brige za sebe – hranjenje(22)

Cilj : bolesnica će sudjelovati u hranjenju u skladu sa svojim mogućnostima, bolesnica će pokazati interes za samostalno hranjenje i interes za jelo, povećati stupanj samostalnosti kod uzimanja hrane, zadovoljit će svoje nutritivne potrebe.

Intervencije:

- procijeniti refleks gutanja i sposobnost bolesnice da sama uzima hranu
- osigurati mirnu i ugodnu atmosferu za bolesnicu
- saznati podatke o prehranbenim navikama bolesnice, kada jede, što voli jesti, obratiti pozornost ako postoji koja propisana dijeta, poštivati želje koje su u skladu sa vjerskim ili kulturološkim navikama bolesnice
- smjestiti bolesnicu u odgovarajući položaj, najbolje posjesti za stol da jede sa drugima ako to njeno zdravstveno stanje dozvoljava, druženje tijekom obroka pozitivno utječe na apetit
- dati analgetik ako je potrebno prije obroka
- hranu servirati prije početka obroka
- osigurati visokoproteinsku hranu
- pripaziti na temperaturu servirane hrane te zabilježiti unos tekućine tijekom obroka
- estetski posložiti hranu kako bi se potaknuo apetit
- opisati položaj hrane i pribora za jelo
- nikada ne požurivati bolesnika
- ukoliko je potrebna pomoć kod hranjenja uvijek biti u razini bolesničinih očiju, najbolje sjesti za stol sa njom
- poticati je da jede koliko može, tokom obroka pohvaliti bolesnicu
- provjeriti da li bolesnik hranu guta ili je zadržava u ustima
- dati propisanu terapiju uz obrok
- hranu servirati u obliku u kojem će je bolesnica najlakše konzumirati
- obratiti pozornost na namirnice koje bolesnica ne voli jesti te ih izbjegavati
- nikako ne prije spavanja davati napitke koji potiču budnost
- ograničiti unos tekućine prije spavanja

Evaluacija:

Cilj postignut. Bolesnica, sama jede uz kontrolu osoblja. Pribor za jelo i posuđe se odmah pospremaju nakon završetka jela.

Smanjena mogućnost brige o sebi – higijena(22)

Cilj : bolesnica će biti čista i uredna te zadovoljiti potrebe za higijenom bez komplikacija, kosa i kože biti će čista i neoštećena, bolesnica će aktivno sudjelovati u provođenju osobne higijene.

Intervencije :

- procijeniti samostalnost bolesnice kod obavljanja osobne higijene
- osigurati dovoljno vremena za održavanje higijene
- osigurati privatnost bolesnice
- temperaturi vode prilagoditi bolesnici
- pribor za kupanje staviti nadohvat ruke
- pomoći bolesnici tijekom kupanja, pomoći joj oprati dijelove tijela koje ona sama ne može
- poučiti bolesnicu da promatra kožu i primijeti promjene koje nisu uobičajene
- prilikom kupanja koristiti pomagala koja povećavaju samostalnost bolesnice
- stalno biti uz bolesnicu i paziti da ne padne
- za vrijeme kupanja bolesnici davati kratke i jasne upute kako upotrebljavati tuš i pribor za kupanje
- ukoliko bolesnica može sama obaviti osobnu higijenu potrebno joj je osigurati signalno zvono nadohvat ruke

Evaualacija: Cilj djelomično postignut. Bolesnica je čista, samostalno se umiva i pere ruke.

Smanjena mogućnost brige o sebi – odijevanje i dotjerivanje(22)

Cilj : bolesnica će sudjelovati u oblačenju i dotjerivanju sukladno sa svojim mogućnostima, bit će lijepo, uredno i prikladno odjevena.

Intervencije :

- procijeniti sposobnost bolesnice da se sama odjene i dotjera
- poticati je da se samostalno odijeva što je duže moguće

- osigurati privatnost i dovoljno vremena
- bolesnici davati kratke i jasne upute
- odjeću birati u dogovoru s bolesnicom
- odjeću staviti nadohvat ruke
- poticati bolesnicu da je tijekom dana u dnevnoj odjeći a da spava u pidžami
- sve postupke provoditi u približno isto doba radi lakše orijentacije u vremenu
- osigurati bolesnici odjeću koja se lakše oblači, (majice na patent, cipele na čičak)

Evaluacija: Cilj nije postignut. Bolesnica se stalno skida i trga odjeću sa sebe.

Smanjena mogućnost brige o sebi – eliminacija otpadnih tvari(22)

Cilj : povećati stupanj samostalnosti kod eliminacije otpadnih tvari, bolesnica će se osjećati bolje.

Intervencije :

- procijeniti sposobnost bolesnice za obavljanje nužde
- poticati i održavati samostalnost u obavljanju nužde što je duže moguće
- poticati bolesnicu na odlazak do toaleta
- označiti vrata kupaonice radi lakšeg snalaženja
- osigurati privatnost
- ne požurivati bolesnicu - dati joj dovoljno vremena
- tijekom cijelog dana osigurati dovoljan unos tekućine u organizam da bi se olakšala eliminacija
- pomoći bolesnici u kod obavljanja nužde
- noćnu posudu staviti što bliže bolesnici
- na poziv bolesnice doći što prije bez odgode
- provesti postupke za sprečavanje pada
- signalno zvono staviti nadohvat ruke bolesnice
- kod inkontinencije što češće provjeravati pelenu kako bi se spriječila oštećenja kože bolesnika

Evaluacija: Cilj nije postignut. Bolesnica ne može samostalno obavljati nuždu, bez pomoći.

Visok rizik za ozljedu i pad(17)

Nastaje zbog nemogućnosti bolesnice da se prilagodi okolini, te ona postaje opasna za nju jer se ona u njoj više ne snalazi.

Cilj : bolesnica se neće ozlijediti

Intervencije :

- iz okoline bolesnice maknuti sve predmete koji bi mogli zasmetati tijekom hodanja
- osigurati dovoljno svjetlosti u prostorijama u kojima se kreće, posebno je važno diskretno noćno svijetlo
- iz okoline maknuti sve oštre i opasne predmete
- podove održavati suhima
- ako je potrebno koristiti pomagala prilikom hodanja
- bolesnicu obući prikladnu obuću koja se ne kliže, paziti da obuća bude prikladne veličine
- noću podići ogradicu kreveta ako je potrebno

Evaluacija: Cilj je postignut. Bolesnica nije pala niti se ozlijedila.

Oštećena verbalna komunikacija(19)

Napredovanjem demencije sve su izraženiji problemi u verbalnoj komunikaciji.

Cilj : verbalna komunikacija između bolesnice i sestre biti će što duže održana na zadovoljavajućoj razini

Intervencije :

- govoriti razgovijetno i polako, kod govora biti okrenuta prema bolesnici, obratiti pažnju na neverbalnu komunikaciju
- biti strpljiva, osigurati dovoljno vremena za razgovor
- koristiti dodatna pomagala prilikom komunikacije
- davati kratke i jasne upute
- osigurati mir i tišinu u sobi, maknuti sve predmete koji mogu odvući pažnju, pa tek onda započeti razgovor
- pokazati zanimanje prema onome što nam bolesnica govori

Evaluacija: Cilj je djelomično postignut. Određenih dana pacijentica razumije kratke i jasne upute, a nekada ne može razumjeti verbalnu uputu.

Visok rizik za oštećenje kože(17,22)

Cilj : koža bolesnice neće biti oštećena

Intervencije :

- svaka dva sata mijenjati položaj u krevetu a po potrebi i češće
- izbjegavati pritisak na rizična mjesta postavljanjem kolutova i jastuka
- upotrijebiti antidekubitalni madrac
- izbjegavati trenje kože prilikom presvlačenja
- prilikom svake njege i promjene položaja ugrožena mjesta namazati sa zaštitnom kremom
- ne previše pokrivati bolesnicu
- izbjegavati majice koje se nagužvaju na leđima
- obavezno navečer skinuti čarape ako bolesnica izrazi želju da ih tijekom dana ima obučene
- osigurati dovoljan unos tekućine i hrane tijekom dana

Evaluacija: Cilj je postignut, integritet kože je očuvan.

Visok rizik za urinarne infekcije(22)

Cilj : bolesnica će mokriti na socijalno prihvatljiv način, održavati će suhe periode između dva mokrenja

Intervencije :

- svakodnevno održavati higijenu urogenitalne regije
- poticati bolesnicu da mokri u sjedećem položaju ako to dozvoljava tjelesno stanje
- osigurati dovoljan unos tekućine tijekom dana
- izbjegavati urinarne katetere, a ako je potreban, postupak provesti prema pravilima asepsa, te svaki dan održavati higijenu katetera i bilježiti sve promjene
- svakodnevno promatrati izlučeni urin, njegovu boju, količinu i miris

Evaluacija: Cilj je postignut. Bolesnica nije razvila urinarnu infekciju.

Visok rizik za respiratorne infekcije(19)

Cilj : bolesnica će održati normalnu funkciju dišnog sustava

Intervencije :

- poučiti bolesnicu vježbama dubokog disanja te ih provoditi svaka dva sata
- postavljati bolesnicu u drenažni položaj a po potrebi aspirirati je
- svakodnevno promatrati ritam, dubinu i zvukove pri disanju, te evidentirati svaku promjenu

Evaluacija: Cilj je postignut, bolesnica čak ni kada je bolovala od Korona infekcije nije razvila težu respiratornu infekciju.

Visok rizik za opstipaciju(22)

Cilj : bolesnica će imati redovitu stolicu, unutar svaka 3 dana

Intervencije :

- osigurati dovoljan unos tekućine
- konzumirati hranu bogatu vlaknima
- omogućiti bolesnici obavljanje nužde u sjedećem položaju
- svakodnevno pratiti da li je bolesnica imala stolicu i to evidentirati
- u slučaju opstipacije dati klistir ili laksativ
- za vrijeme kupanja masirati trbušnu stijenku u kružnim pokretima u smjeru kazaljke na satu
- poticati kretanje bolesnice što je više moguće
- uvesti u prehranu namirnice koje su prirodni laksativi

Evaluacija: Cilj je djelomično postignut, stolica se izazove pomoću laksativa.

Visok rizik za trombozu dubokih vena(17)

Cilj : bolesnica neće dobiti trombozu dubokih vena

Intervencije :

- svaki dan provoditi aktivne i pasivne vježbe donjih ekstremiteta
- pratiti i bilježiti svaku promjenu obujma ili boje kože
- uključiti fizioterapeuta
- podignuti noge iznad razine srca kada bolesnica leži u krevetu, kao bi se ispraznile površinske vene
- ukloniti sve što usporava cirkulaciju

Evaluacija: Cilj je postignut.

Nesanica(19)

Cilj : bolesnica će imati normalan ciklus spavanja, spavat će cijelu noć najmanje sedam sati

Intervencije :

- bolesnica će odlaziti na spavanje uvijek u isto vrijeme
- osigurati mirnu, tihu i zamračenu prostoriju te udoban krevet
- bolesnica treba izbjegavati kofein, pogotovo u kasno poslijepodne
- omogućiti bolesnici aktivnosti tokom dna, te kvalitetan odmor između aktivnosti
- prije spavanja obaviti osobnu higijenu
- umanjiti stres uzrokovan promjenom okoline

Evaluacija: Cilj je djelomično postignut. Nekoliko dana u mjesecu bolesnica ima noćne nemire, ostalih dana kvalitetno spava.

Visok rizik za agresivno ponašanje(10)

Bolesnici teško prihvaćaju promjenu okoline i osjećaju se uplašeno i nesigurno, te često svoje stanje ispoljavaju kroz odbijanje suradnje i agresivno ponašanje.

Cilj : bolesnica se neće ponašati agresivno

Intervencije :

- obaviti razgovor s bolesnicom te saznati što je može uplašiti
- prije obavljanja svake radnje bolesnici objasniti što će joj se raditi
- uvažavati bolesničko mišljenje
- zamoliti je za pomoć i motivirati je da sama obavi aktivnost
- pohvaliti je
- uključiti bolesnicu u grupnu terapiju

Evaluacija: Cilj nije postignut, bolesnica i dalje ima agresivne ispade.

Visok rizik za sumnjičavost(19)

Demencija je bolest za koju je karakteristična nepovjerljivost prema novim osobama sa kojima se susreću.

Cilj : stvoriti odnos povjerenja

Intervencije :

- davati bolesnici jasnu i potpunu informaciju prilikom odgovaranja na njena pitanja
- izbjegavati šaputanja ili tihi razgovor u blizini bolesnice
- pozorno slušati ono što bolesnica govori
- informirati bolesnicu o eventualnim promjenama u planu i programu njena zbrinjavanja
- iskreno razgovarati s bolesnicom, te uvažavati njeno mišljenje

Evaluacija: Cilj nije postignut, bolesnica ne prepoznaje osoblje niti korisnike pa je sumnjičava prema njima.

Anksioznost(22)

Cilj : smanjiti anksioznost zbog promjene okoline i novonastalih situacija

Intervencije :

- obratiti se bolesnici isključivo dogovorenim načinom oslovljavanja
- kod prvog kontakta obavezno joj se predstaviti
- govoriti polako, mirnim tonom
- govoriti jasno, davati kratke upute
- odgovarati na sva njena pitanja
- biti strpljiva s bolesnicom
- saslušati bolesnicu kada god ona to želi
- izbjegavati nepotrebna pitanja koje bi je mogla podsjetiti na prošlost ili na okolinu iz koje je došla
- u početku zamoliti obitelj da dolaze u kraće posjete
- izbjegavati nesuglasice s bolesnikom

Evaluacija: Cilj je djelomično postignut, bolesnica je nekada tužna i zabrinuta, a nekada vesela.

Neupućenost okoline(17)

Demenciju kao i druge teške i kronične bolesti prati stigma. Zdrave osobe slabo komuniciraju s oboljelima, jer ih ne smatraju ravnopravnim članom zajednice.

Cilj : okolina bolesnice biti će upućena u tijek bolesti i njeno liječenje, neće izbjegavati kontakte s bolesnicom već će je prihvatiti kao ravnopravnog člana zajednice.

Intervencije :

- okolinu bolesnice i obitelj educirati o bolesti
- educirati bližnje o komunikaciji s bolesnicom
- obitelj educirati o tijeku bolesti
- educirati ih o mogućim komplikacijama koje mogu nastati za vrijeme liječenja i bolesti
- obitelji ukazati važnost uzimanja propisane terapije
- poticati obitelj na pomoć oboljeloj u obavljanju svakodnevnih aktivnosti
- poticati ih da joj budu potpora u svim situacijama koje ih očekuju
- redovito razgovarati s bolesnicom, poticati je na komunikaciju s osobama izvan obitelji
- prihvatiti bolesnicu unatoč negativnim interakcijama

Evaluacija: Cilj je postignut. Obitelj i bližnji prihvaćaju i razumiju stanje bolesnice.

4. RASPRAVA

Proces zdravstvene njege za navedenu bolesnicu je izuzetno složen i zahtjevan. Najveću brigu tim zdravstvene njege posvećuje aktualnim sestrinskim dijagnozama, kao što su sindrom smanjene mogućnosti brige za sebe, nesanica, anksioznost i oštećena verbalna komunikacija. Bolesnica je četiri godine smještena u dom za starije i nemoćne osobe i svakodnevno praćenje stanja bolesnice predstavlja imperativ za tim sestara i njegovatelja. U situacijama kupanja, odijevanja i dotjerivanja bolesnica pruža otpor, ali bez obzira na njeno ponašanje intervencije usmjerene zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba moraju se provoditi.

Nesanica je jedna od dijagnoza koja je često prisutna kod osoba s kroničnom smetenošću (23) i može doprinijeti pojavi delirija. Kod bolesnice MD se radi o mješovitom tipu smetenosti u kojoj je bolesnica mirna tijekom dana, a tijekom noći pokušava ustati iz kreveta, pokušava hodati, ponekad galami i doziva ili samo pjeva, ali uznemiruje ostale korisnike doma. Takvi pokušaji mogu završiti padom i stoga je važno bolesnica bude u krevetu s ogradama i po potrebi, u dogovoru s obitelji i liječnicima, humano sputana. Komunikacija s bolesnicom je otežana i ponekad na osnovu uznemirenosti pacijentice i neprimjerenog ponašanja koje se očituje trganjem ili bacanjem stvari koje su joj nadomak ruke, sestre pokušavaju prepoznati što bolesnica želi.

U planu zdravstvene njege kroz vrijeme provedeno u domu bile su navedene i visokorizične dijagnoze koje su također uspješno rješavane preventivnim intervencijama. Članovi zdravstvenog tima posebno naglašavaju sestrinsku dijagnozu „Visok rizik za dekubitus“ koja je uspješno rješavana i bolesnica nije imala dekubitus kroz cijelo razdoblje boravka u domu. Budući da je dekubitus indikator kvalitete sestrinske skrbi tim sestara i njegovatelja posebno su ponosni na činjenicu da je unatoč smanjenoj nepokretnosti koža bolesnice neoštećena.

Posjete obitelji predstavljaju tužno i stresno iskustvo za djecu jer ih ne prepoznaje ili ih mijenja i misli da je kćerka sestara, a sin pokojni suprug, ali se primjećuje i povećana razina anksioznosti i kod bolesnice. U pojedinim trenucima lucidnosti primjećuje se da se dosjeća nekih detalja iz prošlosti i tada je tužna i plače, ali iako je period dosjećanja kratak tjeskobno raspoloženje traje i do nekoliko sati. Pri dolasku novih korisnika ili djelatnika bolesnica se povlači u sebe,

promatra nove osobe, djeluje sumnjičavo i prestrašeno pa se nastoji da u početku uvijek uz nove osobe bude i netko koga bolesnica poznaje.

Kroz četiri godine boravka i domu i sestrinske skrbi za nju sestre i njegovateljice, M.D. doživljavaju kao simpatičnu gospođu koja ih povremeno i nasmijava svojim ponekad nepovezanim pričama i radnjama. Demencija je zasigurno u velikoj mjeri promijenila njenu osobnost što se očituje kroz povremenu anksioznost, ali crte ličnosti na osnovu kojih se može zaključiti da je bila radišna, dobra i topla osoba ostale su prisutne.

5. ZAKLJUČAK

Životni vijek ljudi se produžuje, ali kvaliteta tog života često nije na dovoljno visokoj razini i sve češće se razvijaju bolesti specifično vezane uz dob. Povećava se broj oboljelih od različitih tipova demencija te se narušava standard života i za oboljelog, ali i njegovu obitelj. U posljednjih nekoliko desetljeća stanovništvo Republike Hrvatske karakterizira demografsko starenje, odnosno povećanje udjela stanovništva starog 65 i više godina. Produljenjem životnog vijeka povećava se incidencija nastanka demencija, od kojih su najčešće Alzheimerova i vaskularna demencija. Demencija je neizlječivi sindrom i predstavlja veliki javnozdravstveni problem. Također, demencija predstavlja veliko opterećenje za skrbnike, uključujući socijalne, psihološke i ekonomske aspekte njihova života. Vaskularna demencija ima progresivan tijek, koji se očituje kontinuiranim kognitivnim propadanjem; dovodi do gubitka pamćenja, poremećaja mišljenja te promjena u ponašanju i osobnosti bolesnika. Tijekom progresije bolesti osobe su sve više ovisne o tuđoj pomoći. Bolest se za sada ne može izliječiti, ali znanjem, strpljivošću, ljubaznošću i potporom oboljeloj se osobi nastoji pružiti osjećaj zaštite i sigurnosti. Stoga je u zbrinjavanju oboljelih vrlo važna uloga medicinske sestre, koja svoje intervencije usmjerava prema bolesniku sa ciljem umanjivanja simptoma bolesti i poboljšanju kvalitete života.

Vaskularna demencija je duga i teška bolest, iscrpljujuća za oboljelog, ali i njegovu obitelj. Bolest dovodi do potpune ovisnosti bolesnika o drugoj osobi. Oboljeli od demencije često su socijalno izolirani zbog svog, za okolinu neprihvatljivog ponašanja.

Liječenje demencije se svodi na ublažavanje simptoma bolesti koji se javljaju u određenim fazama. Obitelj prva uočava promjene na oboljelom i jako je važno oboljelog što prije uputiti kod liječnika, već kod pojave prvih simptoma. Obitelj je potrebno dodatno educirati i informirati o samom tijeku, ali i prognozi bolesti.

U svakodnevnoj praksi medicinska sestra se susreće s ljudima starije životne dobi, pa tako i sa osobama oboljelim od demencije. Primarna uloga medicinske sestre je pomoć bolesniku da zadovolji svoje osnovne životne potrebe. Medicinska sestra mora biti psihički jaka, strpljiva i puna razumijevanja jer samo takva može biti od velike pomoći bolesniku. Nužno je da bude dobro educirana o brojnim metodama skrbi za bolesnika.

Dobro educirana medicinska sestra bit će u stanju odgovoriti na brojne izazove u skrbi za bolesnika oboljelog od demencije te tako doprinijeti poboljšanju kvalitete života oboljelog i njegove obitelji. Rješavanje problema prvenstveno je usmjereno pacijentu, zaštiti njegova interesa i dobrobiti.

6. LITERATURA:

1. Duraković Z, i sur. Gerijatrija: Medicina starije dobi. Zagreb: CT-poslovne informacije; 2007.
2. Begić D, Jukić V, Medved V. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2015.
3. Trkanjec Z. Vaskularna demencija, Medix, dostupno na www.kardio.hr/wpcontent/uploads/2014/09/Pages... · PDF file - pristupljeno 07.10.2021.
4. Demarin V, Trkanjec Z. Vaskularni kognitivni poremećaji. Medix 2012; 101/102:195-201.
5. Pedelty I, Nyenhuis DL. Vascular cognitive impairment. Curr Trea Options cardiovasc Med 2006;8(3) 243-50
6. Hackinski VC, Lassen NA, Marshall J. Multi-infarct demntia. A cause of mental detioration in the elderly. Lancet 1974;304 (7874):207-9 dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4135618> pristupljeno 06.10.2021
7. Demarin V, Trkanjec Z. Neurologija za stomatologe. Zagreb: Medicinska naklada; 2008.
8. Rađenović M. Prevencija, prepoznavanje i prognoza vaskularnog kognitivnog poremećaja (diplomski rad). Zagreb: Medicinski Fakultet Sveučilišta u Zagrebu.2018. <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:355993> pristupljeno 05.10. 2021.
9. Khatib R, McKee M, Shannon H, Chow C, Rangarajan S, Teo K, et al. Availability and affordability of cardiovascular disease medicines and their effect on use in high-income, middle-income, and low-income countries: an analysis of the PURE study data. Lancet [Internet]. 2016 Jan 2 [cited 2018 Jun 8];387(10013):61–9. dostupno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26498706> pristupljeno 06.10.2021.
10. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2007.
11. Poeck K. Neurologija. Zagreb: Školska knjiga; 2000.

12. Brinar V. Neurologija za medicinare. Dostupno Na: [Http://library.foi.hr/m#kd1.php?sqlx=61360&sqlid=20&=20&H=](http://library.foi.hr/m#kd1.php?sqlx=61360&sqlid=20&=20&H=) pristupljeno 07.10.2021.
13. Tvrdenić I, Kopačević L, Sedić B. Binswangerova bolest (subkortikalna vaskularna demencija). Opatija: Zbornik radova 6. kongresa UMSTHN; 2014. str.21-24.
14. Dijagnostički i statistički priručnik za psihičke poremećaje (DSM V). Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
15. Fremec M., Kipčić N.: Izazovi u sestrinskoj praksi tijekom rada s osobama s demencijom, 2019. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=338270 pristupljeno 18.10 2021.
16. Srebačić Đ. Intervencije sestre u zbrinjavanju bolesnika s kognitivnim deficitom (završni rad. Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2018.
17. Čukljek S. Proces zdravstvene njege (nastavni tekstovi). Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2016.
18. Razvrstavanje pacijenata u kategorije ovisno o potrebom za zdravstvenom njegom. HKMA; 2006. dostupno na: [microsoft Word - kategorizacija-cb.rtf \(hkms.hr\)](#) pristupljeno 20.10.2021.
19. Sedić B. Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika nastavni tekstovi). Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2014.
20. Kolarić B, ur. Priručnik za formalne njegovatelje – komunikacija s osobama oboljelih od Alzheimerove bolesti i drugih demencija. Dostupno na: [Priručnik za formalne njegovatelje – Komunikacija s osobama oboljelim od alzheimerove bolesti i drugih demencija \(wordpress.com\)](#) pristupljeno 20.10.2021.
21. Mimica N. Komunikacija s osobom oboljelom od demencije. Medix.2011;91:28-30.
22. Šimunec D,ur. Sestrinske dijagnoze. Zagreb: HKMS; 2011.
23. Puzak S. Akutna smetenost kod neurološkog bolesnika (diplomski rad). Zagreb: Zdravstveno veleučilište; 2013.

7. SAŽETAK

Starenjem stanovništva povećava se incidencija i prevalencija različitih kognitivnih poremećaja. Najčešći poremećaji koji imaju značajnu kognitivnu redukciju su Alzheimerova i vaskularna demencija. Vaskularna demencija javlja se u velikoj mjeri nakon 70 godine i nastaje zbog cerebrovaskularne bolesti i multiplih infarkta mozga. Vaskularna demencija pogađa sve aspekte funkcioniranja osobe: kao što je radno, obiteljsko i socijalno funkcioniranje. Budući da je još uvijek nepoznat uzrok bolesti ne postoji kauzalno liječenje, stoga se predlaže farmakološko liječenje pojedinih simptoma te različite metode nefarmakoloških oblika liječenja. U radu je opisana pacijentica s vaskularnom demencijom i izrađen plan zdravstvene njege. U evaluaciji je vidljivo da su ciljevi pojedinih dijagnosticiranih problema postignuti, neki su u fazi poboljšanja dok kod nekih nema značajnih promjena. The evaluation shows that the goals of some diagnosed problems have been achieved, some are in the improvement phase, while some have no significant changes.

Ključne riječi: Vaskularna demencija, zdravstvena njega, sestrinski problemi i dijagnoze

8. SUMMARY


As the population ages, the incidence and prevalence of various cognitive disorders increase. The most common disorders that have a significant cognitive reduction are Alzheimer's and vascular dementia. Vascular dementia occurs to a large extent after the age of 70 and occurs due to cerebrovascular disease and multiple cerebral strokes. Vascular dementia affects all aspects of an old person's life such as work, family and social functioning. Since the cause of disease is still unknown, there is no treatment, but we can use pharmacological treatment for certain symptoms, and non-pharmacological for the rest. This paper is describing a patient with vascular dementia, and nursing plan.

KEY WORDS: Vascular dementia, nursing plan, nursing diagnoses and problems.

IZJAVA

Ja, Vera Vuković dajem dopuštenje studentici Anji Lipovac za korištenje medicinske dokumentacije moje majke Mande Dumenčić, u svrhu pisanja završnog rada na Veleučilištu u Bjelovaru, preddiplomski stručni studij sestrinstva.

Vera Vuković



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>20. listopada 2021</u>	ANJA LIPOVAC	Anja Lipovac

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

ANJA LIPOVAC

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, 20. listopada 2021.

Anja Lipovac
potpis studenta/ice