Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi bolesnika sa demencijom

Šalinović, Antonija

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:176:576136

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

Repository of the University Department for Health Studies, University of Split

zir.nsk.hr

UNIVERSITY OF SPLIT

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Antonija Šalinović

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI BOLESNIKA S DEMENCIJOM

Završni rad

Split, 2015. godina

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVA

Antonija Šalinović

ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ZDRAVSTVENOJ NJEZI BOLESNIKA S DEMENCIJOM / THE NURSE'S ROLE IN HEALTH CARE OF PATIENT WITH DEMENTIA

Završni rad / Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc. prim. dr. sc. Trpimir Glavina

Split, 2015. godina

SADRŽAJ

1. UVOD 1
1.1. Definicija i pojavnost demencije 1
1.2. Dementna osoba 2
1.3. Karakteristična ponašanja dementnih osoba 2
1.4. Faze demencije 3
1.4.1. Jedva primjetljiv stadij 3
1.4.2. Jako blagi stadij 3
1.4.2. Blagi stadij 3
1.4.3. Srednji stadij 4
1.4.4. Ozbiljniji srednji stadij 4
1.4.5. Ozbiljan stadij 5
1.4.6. Jako ozbiljan stadij 5
1.5. Tipovi demencije 5
1.5.1. Demencija Alzheimerova tipa 5
1.5.1.1. Epidemiologija 6
1.5.1.2. Etiologija 6
1.5.1.3. Tijek i prognoza 7
1.5.1.4. Liječenje 7
1.5.1.5. Skrb za roditelja koji boluje od DAT-a 7
1.5.2. Vaskularna demencija 8
1.5.2.1. Epidemiologija 9
1.5.2.2. Diferencijalna dijagnoza 9
1.5.2.3. Liječenje 10
1.5.3. Pickova bolest 10
1.5.4. Creutzfeldt-Jakobova bolest 10
1.5.5. Huntingtonova bolest 11
1.5.5.1. Dijagnoza 11
1.5.5.2. Popratni psihijatrijski simptomi i komplikacije 11
1.5.5.3. Epidemiologija 11
1.5.5.4. Diferencijalna dijagnoza 12
1.5.5.5. Tijek i prognoza 12

1.5.5.6. Liječenje 12
1.5.6. Parkinsonova bolest 12
1.5.6.1. Epidemiologija 12
1.5.6.2. Etiologija 13
1.5.6.3. Liječenje 13
1.5.7. Druge demencije 13
2. CILJ RADA 14
3. RASPRAVA 15
3.1. Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi bolesnika s demencijom 15
3.2. Odnos medicinskog osoblja prema bolesniku 17
3.3. Sestrinske dijagnoze u bolesnika s demencijom 18
3.3.1. Sindrom smanjene mogućnosti brige o sebi(stupanj samostalnosti) u/s osnovnom bolešću 2° demencija 18
3.3.2. Smanjen unos hrane u/s osnovnom bolešću 2° demencija 19
3.3.3. Socijalna izolacija u/s osnovnom bolešću 2° demencija 20
3.3.4. Anksioznost u/s osnovnom bolešću 2° demencija 20
3.3.5. Totalna inkontinencija u/s osnovnom bolešću 2° demencija 21
3.3.6. Zabrinutost obitelji u/s ishodom bolesti 21
3.3.7. VR za samoubojstvo u/s osnovnom bolešću 2° demencija 21
3.3.8. VR za pad u/s osnovnom bolešću 2° demencija 22
3.4. Terapije demencije bez lijekova 22
3.4.1. Radna terapija 22
3.4.2. Psihoterapija 24
3.4.3. Samo-pomagajuće grupe 25
3.4.4. Treniranje pamćenja 25
3.4.5. Trening za orijentiranje u stvarnosti 25
3.4.6. Terapija za samoodržanje 26
3.4.7. Tjelesni trening 26
3.4.8. Umjetne terapije 27
3.4.9. Specijalne terapije kod teške demencije 27
3.5. Otpust dementnog bolesnika 28
4. ZAKLJUČAK 29
5. LITERATURA 30

6. SAŽETAK 31
7. SUMMARY 32
8. ŽIVOTOPIS 33

1. UVOD

Prosječna životna dob se s vremenom produljuje i broj starijeg stanovništva je u porastu. Većina tih ljudi nisu iznemogli starci, naprotiv, zbog boljih životnih uvjeta čine aktivan i sve zahtjevniji sloj stanovništva. Međutim, mentalne smetnje organskog porijekla javljaju se kod relativno velikog broja ljudi. Prijetnja demencije visi kao Damoklov mač nad zdravljem starijih ljudi jer se boje da će oboljeti i tako se preobraziti u dijete. Već pri malim smetnjama pamćenja pitaju se nije li to početak demencije. Mnogi negiraju smetnje, umjesto da ih pokušaju smanjiti ili spriječiti.

Medicinska sestra danas na psihijatrijskom odjelu mora dobro poznavati duševni poremećaj, mogućnosti liječenja i prepoznati bolesnikove potrebe koje ona s gledišta zdravstvene njege može zadovoljiti.

1.1. Definicija i pojavnost demencije

Duševni poremećaj obilježen općim oštećenjem intelektualnog funkcioniranja, često s oštećenim pamćenjem, smetenošću, promjenama raspoloženja i emocija, oštećenjem prosudbe, teškoćama u računanju, smanjenim govornim sposobnostima, te poremećenom orijentacijom. Ovome treba dodati i neke promjene ličnosti, kao što su apatija, depresija, paranoidnost uz sumanute ideje, a u dubokoj starosti i delirij. Iako je, zbog progresivnih degenerativnih bolesti mozga koji joj leže u podlozi, u principu ireverzibilna, demencija može biti i reverzibilna, ako se uzrok može liječiti (1).

Izraz senilnost zbog negativnih konotacija, sve se češće izbacuje iz upotrebe (dementan, također poprima slično značenje).

Demencija se može otkriti već u srednjim godinama, iako je u starosti mnogo češća. To je bolest koja se pojavljuje kod otprilike 5% ljudi starih 65 godina, te kod oko 20% starijih od 80 godina. Postotak ljudi koji pokazuju simptome demencije sa starošću naglo raste. Dakle, starija dob je najvažniji čimbenik rizika, i što je čovjek stariji, veća

je vjerojatnost obolijevanja od ove bolesti. Jedna četvrtina dementnih bolesnika ima neku od bolesti koju se može liječiti. Jedna desetina svih demencija su reverzibilne (1).

1.2. Dementna osoba

Osnovni simptom demencije su **smetnje pamćenja**. Dementna osoba lako zaboravlja, teško se prisjeća. Ispočetka zaboravlja uglavnom novije stvari: što je danas bilo za ručak, što treba kupiti u trgovini, o čemu smo razgovarali prije pola sata. S napredovanjem demencije, ovaj gubitak pamćenja ide sve više i više u prošlost, pa se gubi sjećanje na posljednje mjesece, katkad i godine, dok ostaju očuvana sjećanja na davne događaje od prije više desetaka godina. Ovakve "rupe" u sjećanju, odnosno gubitke pamćenja, dementne osobe popunjavaju izmišljenim sjećanjima koja se zovu **konfabulacije**. Dakle, ako dementnu osobu pitamo što je jela za doručak, ona će odgovoriti na primjer kruh i pekmez, iako to možda i nije jela (2).

1.3. Karakteristična ponašanja dementnih osoba

Dementne osobe odlikuju neka od karakterističnih ponašanja prema kojima su prepoznatljiva:

- Ostavljaju potencijalno opasne predmete na potpuno neprikladnim mjestima
- Zanemaruju vlastitu higijenu, sigurnost i prehranu
- Nisu u stanju brinuti se sami o sebi
- Zaboravljaju koji je dan, godina, gdje žive i kako se zovu
- U govoru ponavljaju iste riječi, zamjenjuju značenja riječi (tunel-most)
- Povučeni su u sebe (depresija)
- Potpuno izgubljeni
- Ponekad se javljaju i halucinacije.

1.4. Faze demencije

Jedna od najprisutnijih tema u trenutku kada se poznatoj osobi dijagnosticira demencija je stadij, odnosno stupanj demencije koji označava koliko se demencija razvila. Simptomi demencije mogu biti razni, od blagog gubitka pamćenja do otežanog obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Ovi simptomi se uglavnom grupiraju u kategorije prema stadiju. Demencija je definirana kao kronični gubitak pamćenja, koji značajno utječe na kvalitetu života. Iako ne postoji lijek za demenciju, poznavanje njenih stadija vam može pomoći da znate što možete očekivati ako netko od vaših bližnjih pati od demencije. Lijekovi, koji su dostupni, pomažu u ublažavanju simptoma demencije. Nisu svi lijekovi dobri za svaki stadij. Naime, vrsta lijeka ovisi isključivo o simptomima demencije (3).

1.4.1. Jedva primjetljiv stadij

U ovom stadiju su simptomi i znakovi demencije toliko neprimjetni da ih ni neko tko pati od demencije ne može primijetiti. Osoba je i dalje u stanju normalno funkcionirati i biti neovisna (3).

1.4.2. Jako blagi stadij

Znakovi su jedva primjetni i javljaju se kao zaboravljivost povezana sa starenjem kao što je gubljenje ključeva, ali i njihov uspješan pronalazak nakon dužeg traženja (3).

1.4.2. Blagi stadij

U ovom stadiju je osoba sposobna obavljati svakodnevne aktivnosti, kao što su ustajanje, odlazak u kupaonicu, oblačenje i slično. Simptomi demencije u ovom stadiju mogu biti:

- Lagana zaboravljivost i gubitak pamćenja
- Ponavljanje istih radnji
- Gubljenje stvari i nesposobnost njihova pronalaženja
- Zbunjenost tijekom vožnje
- Problemi kod uzimanja lijekova
- Manjak koncentracije (3).

1.4.3. Srednji stadij

U ovom se stadiju javljaju problemi s obavljanjem svakodnevnih aktivnosti kao što su kuhanje, pranje rublja ili korištenje telefona. Ostali simptomi koji se javljaju u ovom stadiju su:

- Inkontinencija
- Povećan gubitak pamćenja i zaboravljivosti
- Nesposobnost izricanja pravilnih riječi ili fraza
- poteškoće u rješavanju testova kognitivnih sposobnosti
- povećanje socijalne izolacije (3).

1.4.4. Ozbiljniji srednji stadij

U ovom stadiju osoba treba nečiju pomoć tijekom obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Simptomi demencije u ovom stadiju mogu biti:

- Značajniji gubitak pamćenja koji uključuje zaboravljanje vlastite adrese, broja telefona i ostalih osobnih karakteristika
- Zbunjenost tijekom pokušaja snalaženja
- Problemi u rješavanju manje zahtjevnih testova kognitivne sposobnosti
- Potrebna je pomoć u odabiru odjeće prikladne za klimatske uvjete (3).

1.4.5. Ozbiljan stadij

Osobi je iz dana u dan potrebna pomoć i ona veliki dio svakodnevnih aktivnosti nije u stanju obavljati sama. Simptomi demencije u ovom stadiju mogu biti:

- Potrebna je pomoć tijekom oblačenja
- Potrebna je pomoć tijekom korištenja kupaonice
- Nesposobnost izgovaranja imena bliskih osoba, ali uspješno prepoznavanje njihovih lica
- Problemi sa spavanjem
- Promjene osobnosti ili ponašanja (3).

1.4.6. Jako ozbiljan stadij

Ovo je zadnji stadij bolesti, a simptomi mogu biti sljedeći:

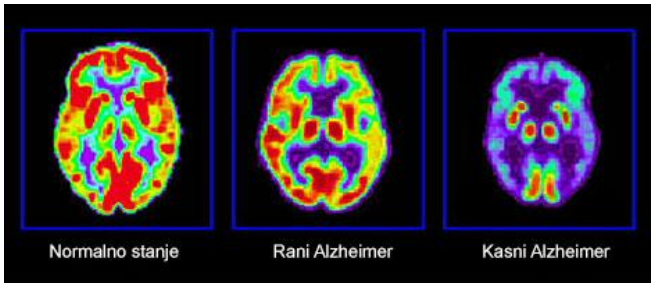
- Gubitak jezičnih vještina
- Smanjen osjećaj doživljavanja okoline
- Potrebna je pomoć tijekom hranjenja
- Inkontinencija
- Gubitak mišićne mase na skupinama mišića koji su zaduženi za smijanje, gutanje, pa čak i hodanje ili sjedenje (3).

1.5. Tipovi demencije

1.5.1. Demencija Alzheimerova tipa

Progresivna demencija kod koje su isključeni svi poznati reverzibilni uzroci. Dolazi do naglog propadanja neurona, nakupljanja takozvanih senilnih pločica (sitnih čestica) u živčanim stanicama i dolazi do blokade neurotransmitora. Propadanje je tako snažno da se mozak osjetno smanjuje. Ipak nisu svi dijelovi mozga jednako pogođeni pa mali mozak ostaje "netaknut", a najviše stradaju dijelovi neokorteksa te limfnog i retikularnog sustava. Količina senilnih pločica koje se nakupljaju na površini kore

velikog mozga nije u korelaciji sa starošću nego s gubitkom intelektualnih sposobnosti. Postoje dva tipa – s kasnim početkom (početak nakon 65. godine života) i s ranim početkom (početak prije ili u 65. godini života) (1).



Slika 1. Promjene na razini mozga u dementnih ljudi

(izvor: http://www.zdravljeizprirode.hr/tema.php?id=42)

1.5.1.1. Epidemiologija

Demencija Alzheimerova tipa (DAT) čini oko 50-60% svih demencija. Javlja se kod 5% osoba starijih od 65 godina i kod 15-20% osoba starijih od 85 godina. DAT je češća u žena, ali možda je ovo posljedica činjenice da žene imaju duže očekivano trajanje života. Rođaci bolesnika s DAT-om češće od opće populacije razvijaju DAT. Postoji visok stupanj podudarnosti u blizanaca. Neki oblici DAT-a javljaju se obiteljski i u tim obiteljima DAT se nasljeđuje po autosomno dominantnom modelu (1).

1.5.1.2. Etiologija

Mogući čimbenici rizika uključuju majčinu dob pri porodu, izloženost aluminiju (s obzirom da je u nakupinama na kori velikog mozga u bolesnika pronađena povećana količina aluminija, dugo se smatralo da bolest uzrokuje aluminij), anamnezu ozljede glave, deficit kolina u mozgu, autoimune čimbenike i drugo. Postoji i virusna teorija, ali za nju nedostaju znanstvene potvrde. Niti jedna od ovih hipoteza nije u potpunosti dokazana kod DAT-a. Jedini sigurni čimbenik rizika jest starija dob (1).

1.5.1.3. Tijek i prognoza

DAT obično ima šuljajući početak u osoba 50-ih i 60-ih godina; postupno progresivan. Afazija, apraksija i agnozija često se javljaju nakon nekoliko godina. Bolesnik može kasnije razviti motoričke smetnje i smetnje hoda, može biti prikovan uz krevet. Prosječno vrijeme preživljavanja je 8 godina, varira od 1 do 20 godina (1).

1.5.1.4. Liječenje

Uprava za hranu i lijekove (Food and Drug Administration-FDA) odobrila je takrin kao lijek izbora za Alzheimerovu bolest. Ovaj lijek inhibitor je kolinesteraze sa srednje dugim vremenom aktivnosti i dobro kontrolirana istraživanja pokazala su klinički značajno poboljšanje u 20-25% bolesnika koji su ga uzimali. Zbog kolinomimetske aktivnosti ovog lijeka neki ga bolesnici ne mogu podnijeti zbog nuspojava. Neki bolesnici prekinuli su uzimanje takrina zbog povišenih vrijednosti jetrenih enzima. Stanje mogu olakšati i neki praktični postupci, na primjer pričvršćivanje ključeva i novčanika za džep, te služenje bilješkama. Stručnjaci preporučuju i umjetničku terapiju; naime, crtanje, glazba i igranje s lutkama djeluju umirujuće, a bolesnici pritom i uživaju te nalaze nešto zadovoljstva (1).

1.5.1.5. Skrb za roditelja koji boluje od DAT-a

Dijagnoza DAT-a znači da članovi obitelji, osobito žena ili muž i odrasla djeca, moraju odmah nešto poduzeti. Moraju se odmah pozabaviti pravnim, novčanim, zdravstvenim i prehrambenim pitanjima. Članovi obitelji također moraju znati kakve će sve promjene nastati u bolesnika. Obitelji koje razumiju bolest mogu uspješnije urediti život s bolesnikom. Obitelji koje ne razumiju o kakvoj je bolesti riječ, ne prepoznaju simptome bolesti i često neka ponašanja bolesnika tumače kao odbijanje suradnje ili lijenost (4). Nastojte da njegova opažanja obuhvate također što više doživljaja (na primjer da istovremeno gleda i sluša). U ranim fazama bolesnik se treba što više služiti bilješkama. Potičite da obavlja “automatske“ dobro uvježbane radnje koje sporije zaboravlja. Neke sposobnosti, kao što je sviranje na klaviru, još dugo će biti očuvane,

kao i kućni poslovi. Poticati i vježbati osjete u bolesnika. Pustiti ga da gleda slike u časopisima, prelistava obiteljske albume, sluša glazbu i da se što više kreće. Organizirati igre u kojima mogu sudjelovati, na primjer bingo, uopće poticati ih na izvođenje radnji koje se ponavljaju.

Osam osnovnih pravila za postupanje s bolesnicima koji pate od DAT-a:

- Ne dolaziti u sukob
- Uključivati ih u praktične aktivnosti
- Ne govoriti dvosmisleno
- Odstranjivati distraktore koji ometaju pažnju
- Davati upute korak po korak
- Pružati konkretne i jasne poruke
- Izbjegavati alternativna rješenja
- Smanjiti mogućnosti neuspjeha (4).

Sve veći značaj imaju centri za starije osobe koji organiziraju dnevni boravak i tako omogućuju članovima obitelji da preko dana mogu raditi ili se baviti djecom, a navečer opet preuzimati svoje DAT bolesnike (4). Povremeno su od koristi savjeti roditeljima kako svladati srdžbu, tjeskobu, depresiju i stres u radu s AD. Ako imate mogućnost smjestiti bolesnika u instituciju, provjerite što sve ustanova nudi prije nego se odlučite za to rješenje.

1.5.2. Vaskularna demencija

Vaskularna demencija nastaje zbog cerebrovaskularne bolesti. Demencija je obično progresivna korak po korak, sa svakim novim infarktom. Bolesnici mogu primijetiti točan trenutak kad njihovo funkcioniranje postane lošije i nakon toga se neznatno popravi tijekom sljedećih nekoliko dana, do sljedećeg infarkta. Česti su neurološki znakovi. Kognitivno oštećenje prikazuje se kao mrljasto, s netaknutim nekim elementima (1).

1.5.2.1. Epidemiologija

Čini 15-30% svih demencija, najčešće u osoba 60-70 godina starosti. Manje je česta od DAT-a. Češća je kod muškaraca nego kod žena. Početak je u ranijoj dobi nego kod DAT-a. Čimbenici rizika uključuju hipertenziju, srčane bolesti i druge čimbenike rizika za moždani udar (1).

1.5.2.2. Diferencijalna dijagnoza

1.5.2.2.1. DAT

Vaskularnu demenciju teško je razlikovati od DAT-a. Potrebno je uzeti dobru anamnezu tijeka bolesti, pazeći je li početak iznenadan, je li tijek šuljajući ili korak po korak, te jesu li prisutna neurološka oštećenja. Potrebno je prepoznati čimbenike rizika za vaskularne bolesti i dobiti prikaze mozga. Ako bolesnik pokazuje obilježja i vaskularne demencije i DAT-a, treba dati dijagnozu demencije višestruke etiologije (1).

1.5.2.2.2. Depresija

Bolesnici s vaskularnom demencijom mogu postati i depresivni, kao što je već ranije navedeno za bolesnike sa pseudodemencijom. Kod depresije ne mogu se naći fokalni neurološki nalazi. Ako je prisutna, depresiju treba dijagnosticirati i liječiti (1).

1.5.2.2.3. Moždani udar i tranzitorne ishemične atake(TIA-e)

U principu ne dovode do progresivne demencije. TIA-e su kratkotrajne epizode fokalnih neuroloških smetnji koje traju kraće od 24 sata (obično 5-15 minuta). Bolesnici s potpunim moždanim udarom mogu imati kognitivne deficite, ali dok god ne dođe do većeg gubitka moždanog tkiva, jedan moždani udar, u principu, neće uzrokovati demenciju (1).

1.5.2.3. Liječenje

Cilj liječenja jest prepoznati i zaustaviti djelovanje uzroka moždanog udara. Hipertenziju, dijabetes i srčane bolesti valja liječiti. Ako je oštećenje veliko, bit će potrebno smjestiti osobu u ustanovu za njegu. Liječenje je suportivno i simptomatsko. Mogu se koristiti antidepresivni ili antipsihotični lijekovi, te benzodijazepini, ali bolesnici s oštećenjem mozga mogu razviti štetne učinke nekog od psihoaktivnih lijekova (1).

1.5.3. Pickova bolest

Ova razmjerno rijetka primarna degenerativna demencija klinički je slična DAT-u. Ipak, najveće su promjene na čeonom režnju, te se rano mogu javiti frontalni znakovi dezinhibiranog ponašanja. U čeonom i sljepoočnom režnju može se naći reaktivna glioza. Dijagnoza se obično postavlja na autopsiji, iako se na CT-u i na NMR-u može vidjeti uključenost čeonog režnja (1).

1.5.4. Creutzfeldt-Jakobova bolest

Ova bolest s brzo progredirajućom degenerativnom demencijom uzrokovana je prijenosnim sporim virusom. Početak je obično u 40-im i 50-im godinama. Prvi znak bolesti mogu biti nejasne somatske tužbe ili nespecifični osjećaj anksioznosti. Drugi znakovi uključuju ataksiju, ekstrapiramidne znakove, koreoatetozu, te dizartriju. Obično do fatalnog ishoda dolazi dvije godine nakon postavljanja dijagnoze. CT pokazuje atrofiju korteksa i cerebeluma. U kasnijoj fazi mogu se naći karakteristične promjene na EEG-u. Ne postoji lijek za ovu bolest (1).

1.5.5. Huntingtonova bolest

Nasljedna autosomno dominantna bolest s potpunom penetracijom (kromosom 4) obilježena koreoatetotičnim pokretima i demencijom. Osoba s jednim roditeljem oboljelim od Huntingtonove bolesti ima 50% šanse da razvije ovu bolest (1).

1.5.5.1. Dijagnoza

Početak je obično u 30-im ili 40-im godinama(bolesnik obično već ima djecu). Koreiformni pokreti obično se javljaju prvi i progrediraju do sve težih oblika. Demencija se javlja kasnije, često sa psihotičnim obilježjima. Demenciju prvi prepoznaju članovi bolesnikove obitelji i opisuju je kao promjenu ličnosti. Potrebno je ispitati obiteljsku anamnezu (1).

1.5.5.2. Popratni psihijatrijski simptomi i komplikacije

- U 25% promjene ličnosti
- U 25% shizofrenija
- U 50% promjene raspoloženja
- U 25% počinje demencijom s iznenadnim početkom
- 90% bolesnika razvije demenciju (1).

1.5.5.3. Epidemiologija

Incidencija iznosi 2-6 slučajeva na godinu na 100 000 stanovnika. Preko 1000 slučajeva poteklo je od dvojice braće koji su imigrilali iz Engleske u Long Island, New York. Incidencija je jednaka kod muškaraca i kod žena (1).

1.5.5.4. Diferencijalna dijagnoza

Kad se prvo jave koreiformni pokreti često ih se pogrešno interpretira kao beznačajne spazme ili tikove. Čak i do 75% bolesnika s Huntingtonovom bolešću u početku se pogrešno dijagnosticira i daje im se dijagnoza primarnog psihijatrijskog poremećaja. Obilježja koja je razlikuju od DAT-a jesu visoka incidencija depresije, psihoze i klasičnih koreoatetoidnih pokreta (1).

1.5.5.5. Tijek i prognoza

Tijek je progredirajući i obično dovodi do smrtnog ishoda 15-20 godina nakon postavljanja dijagnoze. Česta su samoubojstva (1).

1.5.5.6. Liječenje

Kako korea progredira, često je potrebno smještanje u ustanove. Simptomi nesanice, anksioznosti i depresije mogu se umanjiti benzodijazepinima i antidepresivima. Psihotične simptome valja liječiti snažnim antipsihoticima. Najvažnija mjera je genetsko savjetovanje (1).

1.5.6. Parkinsonova bolest

Idiopatski poremećaj pokreta s početkom obično kasnije u životu, obilježen bradikinezijom, tremorom u mirovanju, tremorom "brojenja novca", licem poput maske, rigiditetom u obliku zupčanika, te teškim hodom. Često je intelektualno oštećenje, i 40-80% bolesnika postaje dementno. Depresija je jako česta (1).

1.5.6.1. Epidemiologija

Godišnja prevalencija u zapadnoj hemisferi je 200 slučajeva na 100 000 stanovnika (1).

1.5.6.2. Etiologija

Nepoznata je kod većine bolesnika. Parkinsonizam može biti prouzročen opetovanim ozljedama glave i uzimanjem nelegalno načinjenog sintetskog heroina (1).

1.5.6.3. Liječenje

Levodopa je dopaminski preteča i često se kombinira s karbidopom, inhibitorom dopa dekarboksilaze, da se povise razine dopamina u mozgu. Neki su kirurzi pokušali implantirati tkivo moždine nadbubrežne žlijezde u mozak, koja bi proizvodila dopamin, s dobrim rezultatima (1).

1.5.7. Druge demencije

Druge demencije uključuju onu zbog Wilsonove bolesti, supranuklearnu paralizu, hidrocefalus normalnoga pritiska i tumore na mozgu.

Sistemski uzroci demencije su: bolesti štitnjače, hipofize (Addisonova bolest i Cushingova bolest), zatajenje jetre, dijaliza, deficit nikotinske kiseline, deficit vitamina B12, infekcije, kronična zloupotreba alkohola, intoksikacije teškim kovinama (1).

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada je širenje informacija i znanja o demenciji te o ulozi medicinske sestre u zdravstvenoj njezi dementnih bolesnika. Rad uključuje sestrinske dijagnoze, intervencije, s ciljem odgovora na različite potrebe zdravstvene njege. Cilj skrbi za dementnog bolesnika je pružanje kvalitetne zdravstvene njege koja je usmjerena na pomaganje bolesniku da se vrati u svakodnevicu kao produktivan i neovisan pojedinac što je više moguće što će biti prikazano u ovom radu.

3. RASPRAVA

3.1. Uloga medicinske sestre u zdravstvenoj njezi bolesnika s demencijom

Definicija zdravstvene njege prema V. Henderson:

"Uloga medicinske sestre je pomoć pojedincu, bolesnom ili zdravom u obavljanju onih aktivnosti koje doprinose zdravlju, oporavku ili mirnoj smrti, koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. To treba činiti tako da mu se pomogne postati neovisnim što je moguće prije."

Zdravlje se može opisati kao stanje tjelesne, psihosocijalne i emocionalne dobrobiti, definirano od strane bolesnika i zdravstvenih profesionalaca. Kada je bolesniku potrebna pomoć u ispunjavanju zdravstvenih potreba, često postaje dio zdravstvenog sustava. Sastavni dio zdravstvenog sustava je planiranje cjelovite skrbi. Proces zdravstvene njege počinje utvrđivanjem potreba za zdravstvenom njegom, odnosno prikupljanjem podataka, analizom prikupljenih podataka te definiranjem problema ili sestrinske dijagnoze. Bolesnikovo je pravo očekivati planiranje zdravstvene njege kao dio njegove skrbi. Bolesnici s neurološkim disfunkcijama različitih vrsta često imaju opsežne i složene zdravstvene potrebe koje treba zadovoljiti (5).

Medicinske sestre provode najviše vremena s bolesnikom i članovima obitelji. Odgovornost za izradu planiranja zdravstvene njege i koordinacije ostalih stručnjaka pripada medicinskoj sestri. Nakon što započne proces planiranja, sestra koordinirajući između aktivnosti i komunikacije mora imati na umu svakodnevne navike bolesnika prije hospitalizacije. Po završetku bolničke skrbi medicinska sestra piše otpusno pismo zdravstvene njege. U sažetku, identificira svaki problem koji nije u potpunosti riješen i opisuje koje će se intervencije provoditi kod bolesnika. Na kraju, procjenjuje cijeli plan zdravstvene njege (5).

Faze u procesu slijede uobičajeni tijek koraka u svrhu logičkog rješavanja problema. Koraci uključuju (1) procjenu bolesnika i njegove obitelji (2), analizu podataka za identifikaciju određenog problema bolesnika i njegove obitelji (3), planiranje kako bi se zadovoljile potrebe bolesnika i obitelji (4), provedbu plana i ocjenjivanje, evaluaciju procesa (5).

Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom i planiranje zdravstvene njege kod ovako zahtjevnih bolesnika nameće potrebu za trajnim učenjem i usavršavanjem medicinskih sestara (5).

Pošto uz psihičke poremećaje dementni bolesnici imaju često i organski poremećaj, potrebno ih je smjestiti na jedinicu intenzivne njege uz stalni nadzor medicinske sestre. Potrebna je stalna kontrola vitalnih funkcija (puls, krvni tlak, disanje, temperatura), te kontrola izlučevina. Mogu biti opstipirani ili inkontinentni, te imati poteškoća kod mokrenja (retencija urina ili inkontinencija mokraće) (5).

Brigu oko osobne higijene, prehrane i pomoć pri eliminaciji preuzima sestra. Započetu aktivnost ili radnju nisu u stanju završiti (kupanje, oblačenje) te i kod pokretnih bolesnika sestra provodi stalni nadzor i pomoć (6).

Ne možemo se osloniti na njihove iskaze (jesu li bili u kupaonici danas, uzeli hranu, jesu li obavili pretragu i sl.) zbog kognitivnih poremećaja. Često su neuredni i nevoljko obavljaju i minimum osobne higijene. Mogu biti neugodni za druge pacijente zbog promjena osobnosti (diranje tuđih stvari, uzimanje iz tuđih noćnih ormarića, razdražljivost, tužakanje), eventualne konflikte treba rješavati vrlo taktično i oprezno. Mogu biti agresivni i "naporni" za medicinsku sestru i sve na odjelu. S takvim bolesnicima potrebno je mnogo strpljenja, najčešće ih je nemoguće zadovoljiti (hranom, postupcima, njegom, ostalim bolesnicima u sobi) jer ni sami, zapravo, ne znaju što bi željeli (6).

U posljednjih nekoliko desetljeća zdravstvena njega se progresivno razvija u području teorija; primjeni teorija, istraživanja i obrazovanja. Potrebe društva i razvoj zdravstvenog sustava su potaknuli potrebu za sestrinstvom kao profesijom, što se odražava u proširenim ulogama, funkcijama, te odgovornostima medicinskih sestara (5).

3.2. Odnos medicinskog osoblja prema bolesniku

Mnoga ispitivanja zadovoljstva bolesnika sa zdravstvenim osobljem pokazuju da se većina njihovih zamjerki odnosi na nezadovoljavajuću komunikaciju sa zdravstvenim radnicima. Komunikacija je prepoznata kao glavni uzrok problema u zdravstvu na osnovu mnogih provedenih studija (7).

Odnos osoblja prema bolesniku vrlo je važan u svim fazama medicinskog rada. Suradnja bolesnika sa zdravstvenim osobljem se svodi na pristajanje bolesnika na određeni režim liječenja, bilo da se radi o uzimanju lijekova, mijenjanju nekih navika, redovnom dolasku na preglede ili promijeni životnog stila. Bolesnika se treba prestati gledati kao pasivnog i poslušnog tako da se u interakciju ugradi i njegov stav, pa da se tada ta interakcija smatra zajedničkim naporom u postizanju ciljeva liječenja. Bolesnikovim sudjelovanjem u liječenju postiže se kompletna komunikacija između zdravstvenog radnika i bolesnika, realnija očekivanja bolesnika, te donošenje kvalitetnijih medicinskih odluka. Na taj način mijenjaju se i neke svakodnevne navike i bolesnik dobije osjećaj da se može nositi sa svojom bolešću, čime se smanjuju negativne emocije koje često prate zdravstvene poremećaje (7).

Medicinsko osoblje se mora na odgovarajući način educirati o odnosu prema pacijentu, o kulturi zdravstvene zaštite i komunikaciji s bolesnicima. Ako se pacijent stavi u centar pažnje, a njegove potrebe promatraju kao prioritet dobit će se odnos s povjerenjem što je važno za kvalitetnu komunikaciju i rad s bolesnikom. O tome bi trebalo više pisati i govoriti da svima postane jasno gdje je bit problema, da se ne govori samo o nedostatku novca, nedostatku vremena i medicinskim pogreškama jer to su zapravo posljedice, a ne uzroci (7).

Uspješna komunikacija je temelj razumijevanja i obostranog zadovoljstva bolesnika i medicinskog radnika. Nije dovoljno samo tehničko-stručno pružanje usluga, potreban je odgovoran i brižan odnos koji se temelji na svijesti o sebi i drugoj osobi. Za izgradnju ovakvog odnosa bitni su: percepcija, prihvaćanje, suosjećanje, iskrenost, poštovanje. Mogu izdvojiti dvije vrste komunikacije:

- Neverbalna komunikacija - podloga riječima koje koristimo (gestikulacija, dodir, izrazi lica, držanje, način govora)

- Verbalna komunikacija - razmjenjivanje poruka govorom i temelji se na vještinama slušanja i govora (7).

Dobra komunikacija u zdravstvu je važna zbog toga što većina pritužbi bolesnika proizlazi iz slabe komunikacije sa zdravstvenim osobljem, a i većina neuspješnog timskog rada povezuje se s narušenom komunikacijom među članovima medicinskog tima. Da bi komunikacija između bolesnika i zdravstvenog radnika bila bolja potrebno je strpljenje, razumijevanje, zanimanje za bolesnika, empatija (sposobnost uživljavanja u položaj bolesnika). Zdravstveni radnik se treba truditi da stekne povjerenje, da pristupi toplo, ljudski, ali ne treba inzistirati na detaljima iz života bolesnika, naročito ne onih intimnih (7).

3.3. Sestrinske dijagnoze u bolesnika s demencijom

Kod psihijatrijskih bolesnika se može naći velik broj sestrinskih dijagnoza, a neke od njih su:

- Sindrom smanjene mogućnosti brige o sebi(stupanj samostalnosti) u/s osnovnom bolešću 2° demencija
- Smanjen unos hrane u/s osnovnom bolešću 2° demencija
- Socijalna izolacija u/s osnovnom bolešću 2° demencija
- Anksioznost u/s osnovnom bolešću 2° demencija
- Totalna inkontinencija u/s osnovnom bolešću 2° demencija
- Zabrinutost obitelji u/s ishodom bolesti
- VR za samoubojstvo u/s osnovnom bolešću 2° demencija
- VR za pad u/s osnovnom bolešću 2° demencija.

3.3.1. Sindrom smanjene mogućnosti brige o sebi(stupanj samostalnosti) u/s osnovnom bolešću 2° demencija

Sestrinske intervencije:

- Procijeniti stupanj samostalnosti
- Osigurati dovoljno vremena za oblačenje i presvlačenje
- Osigurati privatnost
- Napraviti plan izvođenja aktivnosti
- Davati kratke i jasne upute
- Svu potrebnu odjeću i pribor staviti na dohvat ruke bolesniku
- Pomoći pacijentu odjenuti potrebnu odjeću
- Odjeću posložiti po redoslijedu oblačenja
- Osigurati sigurnu okolinu: dobro osvjetljenje, papuče koje se ne kližu, suh pod, zidni držači
- Osigurati optimalnu mikroklimu i toplu prostoriju
- Biti uz bolesnika tijekom eliminacije
- Osigurati dovoljno vremena, ne požurivati bolesnika
- Osigurati privatnost
- Pokazati poštovanje tijekom izvođenja intervencija
- Poticati na obavljanje nužde prema dogovorenom ritmu (nakon obroka, prije spavanja)
- Dogovoriti osobitosti načina održavanja osobne higijene kod pacijenta
- Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme
- Osigurati privatnost
- Osigurati optimalnu temperaturu prostora gdje se provodi osobna higijena
- Biti uz bolesnika tijekom kupanja
- Osigurati obroke uvijek u isto vrijeme
- Osigurati mir tijekom konzumiranja obroka
- Smjestiti bolesnika u odgovarajući položaj
- Poticati bolesnika da tijekom jela uzima kratke pauze
- Osigurati dovoljno vremena za obrok (8).

3.3.2. Smanjen unos hrane u/s osnovnom bolešću 2° demencija

Sestrinske intervencije:

- Osigurati bolesniku psihološku potporu
- Poticati bolesnika da jede u društvu
- Osigurati dovoljno vremena za obrok
- Pomoći bolesniku pri konzumiranju hrane ukoliko je hranjenje ograničeno
- Nadzirati unos i iznos tekućina
- Poticati bolesnika na provođenje oralne higijene prije i poslije jela
- Dokumentirati pojedenu količinu svakog obroka (8).

3.3.3. Socijalna izolacija u/s osnovnom bolešću 2° demencija

Sestrinske intervencije:

- Uspostaviti profesionalno-empatijski odnos
- Provoditi dodatno dnevno vrijeme s bolesnikom
- Poticati bolesnika na izražavanje emocija
- Osigurati željeno vrijeme posjeta bliskih osoba
- Osigurati pomoć ostalih članova zdravstvenog tima
- Poticati bolesnika na razmjenu iskustava s drugim bolesnicima (8).

3.3.4. Anksioznost u/s osnovnom bolešću 2° demencija

Sestrinske intervencije:

- Stvoriti osjećaj sigurnosti s bolesnikom
- Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti o njima
- Bolesnika upoznati s okolinom, osobljem, aktivnostima i ostalim bolesnicima
- Koristiti razumljiv jezik pri informiranju bolesnika
- Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima
- Osigurati mirnu i tihu okolinu
- Potaknuti bolesnika da potraži pomoć medicinske sestre ili bližnjih kad osjeti anksioznost
- Izbjegavati površnu potporu, tješenje i žaljenje

- Stvoriti sigurnu okolinu za bolesnika (ukloniti predmete kojima bi pacijent mogao nanijeti ozljede) (8).

3.3.5. Totalna inkontinencija u/s osnovnom bolešću 2° demencija

Sestrinske intervencije:

- Prema individualnoj procjeni, primjena programa kontrole nad inkontinencijom
- Voditi evidenciju prometa tekućine
- Smanjiti unos tekućine u večernjim satima, iza 19 sati
- Tijekom noći bolesnika probuditi kako bi mokrio
- Postaviti noćnu posudu
- Zvono staviti na dohvat ruke
- Upozoriti bolesnika da pozove medicinsku sestru ako je mokar
- Nakon svake epizode istjecanja mokraće, odjeću i posteljinu promijeniti
- Poučiti bolesnika važnosti pranja ruku (8).

3.3.6. Zabrinutost obitelji u/s ishodom bolesti

Sestrinske intervencije:

- Stvoriti profesionalno-empatijski odnos s bolesnikovom obitelji
- Educirati ih o tijeku, terapiji i prognozi bolesti
- Dati im pisane upute o bolesti
- Poticati ih da što više vremena provode s bolesnikom (8).

3.3.7. VR za samoubojstvo u/s osnovnom bolešću 2° demencija

Sestrinske intervencije:

- Obavijestiti liječnika
- Nadzirati uzimanje terapije
- Ukloniti sve potencijalno opasne predmete iz bolesnikove okoline

- Nadzirati bolesnika kontinuirano ili po pisanom nalogu liječnika
- Predložiti psihijatrijsku procjenu (8).

3.3.8. VR za pad u/s osnovnom bolešću 2° demencija

Sestrinske intervencije:

- Upoznati bolesnika s nepoznatom okolinom
- Osigurati uporabu noćnog svjetla
- Bolnički krevet spustiti na optimalnu razinu
- Poticati bolesnika da traži pomoć tijekom noći
- Držati vrata otvorena (8).

3.4. Terapije demencije bez lijekova

Nažalost, kako još uvijek ne postoji efikasna terapija kod demencije, članovi obitelji u početku imaju ključnu ulogu u njezi dementne osobe, ali kompleksnost same bolesti, veličina obitelji i kućni raspored otežavaju pomoć takvim osobama. Tako da se one moraju zbrinuti socijalnim i zdravstvenim programom u socijalnim ustanovama (9).

Terapije bez lijekova igraju centralnu ulogu kod liječenja demencije. One pomažu bolesnicima da razumiju proces bolesti te da svladaju dijagnozu i izađu na kraj sa simptomima i posljedicama oboljenja i na taj način očuvaju sposobnost učinka koliko je to moguće dugo. One se odražavaju pozitivno na raspoloženje i ponašanje bolesnika i pridonose tome da se kvaliteta života poboljša (10).

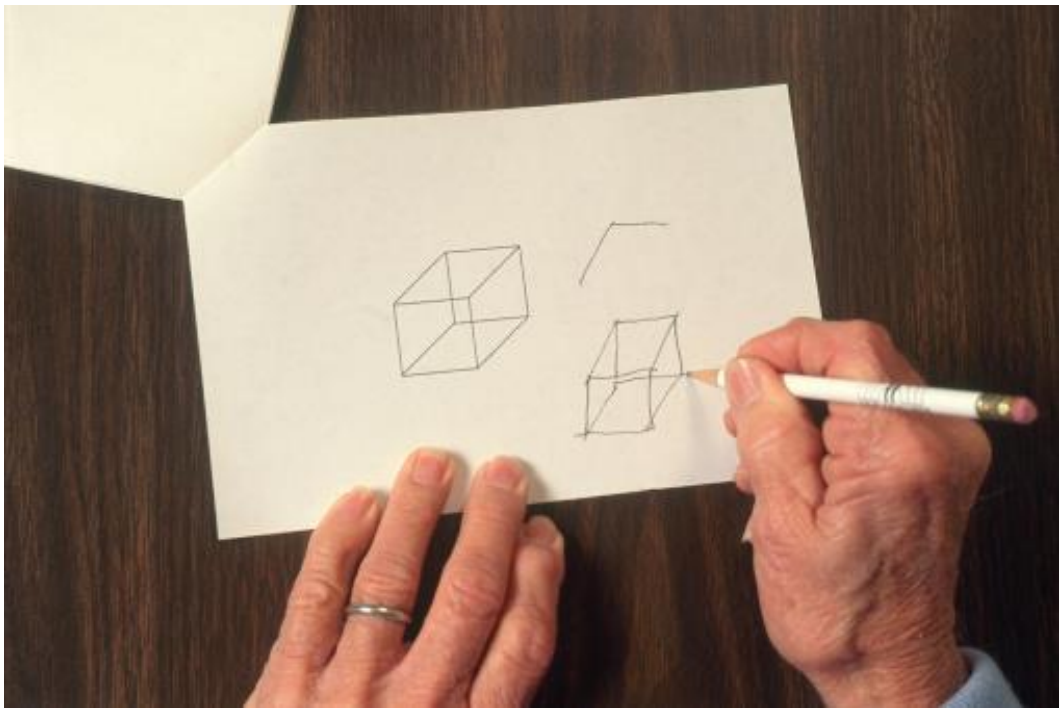
3.4.1. Radna terapija

Osnovni cilj radne terapije kod demencije je da se održi aktualni nivo njihovog mentalnog funkcioniranja i da se osposobe za samostalno obavljanje nekih aktivnosti samozbrinjavanja. Bitno je da se reintegriraju u obitelj i društvo, da smanje ovisnost starijih osoba o tuđoj pomoći razvijajući postojeće mogućnosti, učeći i savladavajući nove sposobnosti sa krajnjim ciljem poboljšanja kvalitete života (9).

U radu s dementnim bolesnicima postavljaju se sljedeći ciljevi:

- Djelovati na buđenje, usmjeravanje i zadržavanje pažnje, poboljšanje raspoloženja
- Djelovati na voljne aktivnosti (njegovanjem ustrajnosti u radu i radnih navika)
- Djelovati na psihosocijalne i psihomotorne aktivnosti
- Pomoći bolesniku u oslobađanju, kočenju i kontroli neprikladnih impulsa ili stanja
- Pomaže bolesniku da prihvati vlastiti identitet
- Uvježbavanje manualne spretnosti
- Potiče komunikaciju sa ostalim bolesnicima i osobljem

Radna terapija omogućava i ohrabruje pojedince da razviju, ponovno steknu i održe vještine potrebne za sudjelovanje u svim aspektima života. Radna terapija je dio terapeutskog rehabilitacijskog programa i obuhvaća manualne, kreativne, rekreativne, socijalne, edukativne i ostale aktivnosti sa ciljem da se kod bolesnika postigne određena fizička funkcija i ponašanje. Inzistira se na motivaciji i animaciji, budi se kreativnost koju su nekad posjedovali. Također se potiču da usklađuju boje, slikaju. Oni polako usvajaju određene oblike ponašanja i sami traže neku od aktivnosti na koju su navikli. Također se primjenjuje integracija što podrazumijeva izdvajanje iz društva dementnih i uklapanje sa ostalim korisnicima. Kada se uzme u obzir progresivan tok demencije očekivano je dalje smanjenje kognitivne efikasnosti. Kako rezultati pokazuju, rad u okviru radne terapije je omogućio da se tokom izvjesnog vremena održi aktualni nivo kognitivnog funkcioniranja i samim tim omogući kvalitetniji život bolesnika s demencijom. Za planiranje rehabilitacijskog tretmana u gerijatriji nije dovoljno samo utvrđivanje medicinske dijagnoze već i bliže definiranje i odgovaranje na pitanja kako bolest utječe na život osobe i njene svakodnevne aktivnosti. Ukupno 75% onih u grupi s radnim terapeutom pokazalo je poboljšanje u motoričkim sposobnostima, dok je 82% trebalo manje pomoći u svakodnevnim zadacima. Istraživači su predložili radnu terapiju kao terapiju učinkovitiju od lijekova ili drugih intervencija, s obzirom da je stupanje poboljšanja veći nego u prethodnom istraživanju lijekova i drugih metoda (9).



Slika 2. Primjer radne terapije

(izvor: http://domzastarelug.com/demencija)

3.4.2. Psihoterapija

Psihoterapija može čovjeka s demencijom prije svega u ranom stadiju oboljenja poduprijeti da dijagnozu prihvati i svlada. Povrh toga ona može već prema težini oboljenja bitno pridonijeti kognitivnom i emocionalnom stabiliziranju kao i smanjenju psihičkih poteškoća i upadljivosti u ponašanju. Bolesnika i njegove bližnje informira se o bolesti i terapeutskim mogućnostima na osnovu takozvanog „bio-psiho-socijalnog modela bolesti“. Pod tim se podrazumijeva predodžba o uzrocima, simptomima, toku i posljedicama oboljenja kao i o poticajnim i osporavajućim faktorima, a koja se odnosni na konkretnu individualnu situaciju. To znanje omogućuje bolesniku i njegovim bližnjima da se dijagnoza bolje razumije te simptome poreda i bolest aktivno svladava (10).

3.4.3. Samo-pomagajuće grupe

Samo-pomagajuće grupe, koje se često pokreću i prate od suradnika u dotičnim ustanovama, postoje u prvom redu za pripadnike koji njeguju, a pojedinačno i za bolesnike. Na prednjem mjestu stoji uglavnom međusobna emocionalna i „moralna“ podrška, ali i izmjena informacija i socijalna podrška kroz tu grupu (10).

3.4.4. Treniranje pamćenja

Treniranje pamćenja se za ljude s demencijom generalno preporuča, ali i da se pri tome poštuje nekoliko načelnih aspekata. Jedan kognitivni trening u užem smislu, kod kojega se npr. ciljano uvježbavaju strategije radi potpore odnosno kompenzacije sposobnosti zapažanja, samo je na početku oboljenja svrsishodan. Kognitivno aktiviranje koje se u jednoj pouzdanoj grupi sprovodi prikladno je još i za srednji stadij i pomaže pri tome da se postojeće duhovne sposobnosti duže zadrže. Pri tome se ciljano još dobro postojeće kognitivne funkcije (kao npr. zapažanje, koncentracija, razumijevanje govora i sposobnost izražavanja, dugotrajno pamćenje) aktiviraju i uvježbavaju. Važno je da se vježbe rade u jednoj opuštenoj atmosferi i da učesnici pri tome osjećaju radost. U grupi razvijena dinamika pojačava osjećaj zajednice kao i osjećaj samo-vrijednosti (10).

3.4.5. Trening za orijentiranje u stvarnosti

Kod treninga za orijentiranje u stvarnosti bolesniku se s jedne strane ciljano daju informacije i upute za vremensko i lokalno orijentiranje kao i orijentiranje za osobu i situaciju i s druge strane mogu se priučiti metode kako bi se te informacije bolje mogle zadržati. Taj postupak prikladan je kao i kognitivni trening samo za lakše stadije bolesti, kada se ove informacije mogu još zadržati i osmišljeno obraditi (10).

3.4.6. Terapija za samoodržanje

Terapija za samoodržanje je jedan rehabilitacijski program koji povezuje psihoterapeutske, psihosocijalne i na biografiju orijentirajuće elemente i razvijen je specijalno za ljude s Alzheimerovom bolesti, ali od koje mogu i drugi oboljeli od demencije profitirati. Prvenstveni cilj je stabiliziranje i održanje samo-identiteta, koji je bitan faktor za subjektivnu ugodnost, a istovremeno je jako ugrožen gubitkom iskustva kao i s osjećajem nemoćnosti (10).

3.4.7. Tjelesni trening

Redovno kretanje i umjerene sportske aktivnosti čine dobro ne samo našem tijelu i našoj duši nego imaju dokazano pozitivan utjecaj i na kognitivnu sposobnost učinka i održanje svakodnevnih kompetencija. Tko rado planinari ili se vozi biciklom te ide plivati neka to čini i dalje koliko god je to moguće i to najbolje s prijateljima i poznanicima. Ako, međutim, postoje tjelesna funkcionalna ograničenja pri kretanju, onda fizioterapeuti mogu pogođene osobe kod aktivnog kretanja ciljano poduprijeti i to pojedinačno ili u grupi (10).



Slika 3. Organizirano druženje

(izvor: http://fitnesstrener.s4w.com.hr/posljedice-tjelesne-neaktivnosti-po-starije-3070.html)

3.4.8. Umjetne terapije

Umjetne i muzičke terapije nude se profesionalno, ali i medicinsko osoblje može podupirati kreativnost i emocionalnu sposobnost izražavanja. Ljudi s demencijom mogu na mnogo načina djelovati umjetnički. Kreativni oblici izražavanja im omogućuju da oni na svoju okolinu aktivno utječu i oni tako jačaju svoj osjećaj samo-vrijednosti. U uznapredovalom stadiju bolesti zaposlenje muzikom je često dobar pristupni put i „otvarač vrata“: Zajedno slušati muziku, pjevati i plesati može značajno poboljšati emocionalnu sposobnost te olakšati komunikaciju s drugim ljudima i pridonijeti smanjenju stresa posebno kod govornih poteškoća (10).

3.4.9. Specijalne terapije kod teške demencije

Validacija je jedna rasprostranjena intervencijska mjera koja se u njezi često s uspjehom primjenjuje i ona predstavlja više jedno poštivajuće osnovno ponašanje u komunikaciji s dementnim osobama nego jednu terapiju. Cilj je da se za dementne osobe stvori atmosfera sigurnosti i osmišljenosti tako da se njihove potrebe i osjećaji pažljivo registriraju i prihvaćaju i onda verbalno ili neverbalno oslikavaju (validiraju). S ovim specijalnim oblikom komuniciranja moguće je prizvati pozitivne osjećaje, a negativne umanjiti (10).

Za ljude s teškom demencijom, koji se jedva još mogu izraziti verbalno i koji su prikovani na krevet, posebno su prikladne senzorne mjere liječenja kao na primjer bazalna stimulacija, terapija aromom, masaže i ciljana dodirivanja. Ovi postupci potiču tijelo na zapažanje, ali i komunikaciju između osoba koje njeguju i bolesnih tako da se nadraži jedno ili više osjetila (vid, sluh, dodir, okus, miris) i to vodi uslijed senzibilne primjene do poboljšanja raspoloženja, do ugodnog osjećaja i opuštanja (10).

Načelno bi se trebalo pri odluci koja je terapija prikladna uvijek uzeti u obzir, da se jedno tako složeno oboljenje kao što je to demencija, koja u postupnoj mjeri pogađa sva tjelesna, psihička i socijalna područja, ne može adekvatno liječiti sa samo jednom terapijom To potvrđuje i trenutno stanje istraživanja: terapije bez lijekova najdjelotvornije su onda ako ih se međusobno kombinira i istovremeno se terapeutima

stavljaju na raspolaganje lako dostupne, jeftine i praktične ponude potpore i daljnje edukacije. Na taj način je moguće mnoge simptome oboljenja kao na primjer psihičke smetnje i smetnje u ponašanju ublažiti te poboljšati kvalitetu života svih bolesnih (10).

3.5. Otpust dementnog bolesnika

Duljina hospitalizacije dementnog psihijatrijskog bolesnika ovisi o težini psihičkog poremećaja i o svim činiteljima koji utječu na izlječenje ili ublažavanje simptoma bolesti.

Nastoji se što je moguće prije vratiti bolesnika u obiteljsku i društvenu sredinu uopće, uz uvjet da ona zadovoljava bolesnikove potrebe za sigurnošću i normalnim funkcioniranjem u toj sredini. Boravak bolesnika u kućnom okruženju je najpoželjniji i svi ga savjetujemo, no taj vid skrbi do kraja nije moguć, zbog pogoršanja bolesti, zbog dobi ili bolesti njegovatelja ili nemogućnosti pružanja njege jer je njegovatelj još u radnom odnosu (6).

4. ZAKLJUČAK

Demencija nije jedna bolest već velika grupa raznorodnih bolesti. Najpoznatija i najčešća je Alzheimerova bolest koja čini oko 60% svih demencija. Najočitiji znak ove bolesti je zaboravnost. Svaka moždana funkcija može biti zahvaćena, pa tako imamo smetnje pažnje, mišljenja, pokreta, opažanja, govora, raspoloženja i ostalih funkcija.

Zaboravnost je sastavni dio života, ali se skoro svaka osoba pita kad je primijeti kod sebe – je li to početak bolesti ili je to uobičajena zaboravnost koju svi doživljavamo?

Pamćenje omogućava da čovjek zna svoju prošlost, ne zaboravi svoju sadašnjost i da gradi svoju budućnost. Osobe koje su trajno izgubile pamćenje, gube i identitet. Najčešći uzrok patološke zaboravnosti su demencije, bolesti koje nastaju pri progresivnom propadanju moždanih ćelija.

Najbitnija je pravilna informiranost, ona može smanjiti strahove od bolesti, omogućiti bolesnima pravovremenu stručnu pomoć i pripremiti obitelj za očekivane promjene. Prave informacije omogućavaju da obitelj isplanira svoju budućnost i da se prilagodi na promjene. Na taj način će se izbjeći brojni emocionalni i financijski šokovi.

Za sada nema pouzdanih načina da se odredi tko će biti dementan, a tko neće. Bilo bi mudro voditi zdrav način života, sa odgovarajućom prehranom (mediteranski tip), bogatim intelektualnim sadržajima i stalnom fizičkom aktivnošću. Vrlo važna činjenica je da demencija ili kako se ponekad pogrešno naziva skleroza, nije neizbježna posljedica starosti te da se pravilnim načinom života rizik od te bolesti može značajno smanjiti.

5. LITERATURA

1. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Priručnik kliničke psihijatrije, Zagreb: Naklada Slap, Jastrebarsko; 1998.
2. Goran Arbanas, Psihijatrija – udžbenik za 4. razred srednje škole; Naklada Slap, 2008.
3. http://www.centarzdravlja.hr/zdrav-zivot/treca-dob/sedam-stadija-demencije/
4. Vid Pečjak, Psihologija treće životne dobi, Zagreb: Prosvjeta; 2001.
5. Biljana Kurtović i suradnici, Zdravstvena njega neurokirurških bolesnika, Zagreb: HKMS; 2013.
6. https://www.google.hr/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1VQGG_enHR557HR558&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=odnos+prema+psihijatrijskom+bolesniku
7. http://www.medicalcg.me/broj-42/odnos-medicinskog-osoblja-prema-pacijentu/
8. HKMS, Sestrinske dijagnoze, Zagreb: HKMS; 2011.
9. http://domzastarelug.com/demencija
10. https://www.diakoniewerk.at/assets/DKW-Allgemein/Downloads/Demenzinfo-BKS/10-Terapije-demencije-bez-lijekova.pdf

6. SAŽETAK

Demencija je zajednički izraz koji se koristi za opisivanje problema koje ljudi s različitim temeljnim poremećajima mozga ili oštećenjima mogu imati s pamćenjem, govorom i mišljenjem. Sve demencije su uzrokovane smrću moždanih stanica i neurodegenerativnim bolestima – progresivna smrt moždanih stanica koja se događa tijekom vremena – je iza većine demencija. Ali isto tako kao što može biti uzorkovana smrću moždanih stanica kao kod Alzheimerove bolesti, tako demencija može biti uzrokovana ozljedom glave, moždanim udarom ili tumorom mozga, među ostalim uzrocima.

Mogući simptomi demencije su nedavni gubitak pamćenja, teškoće u dovršavanju poznatih zadataka, problemi u komunikaciji, dezorijentiranost, stavljanje stvari na pogrešno mjesto, promjene raspoloženja, loše procjene, promjene osobnosti. Kada ih pitamo za činjenice koje bi svaka odrasla osoba trebala znati, to će medicinskom osoblju dati indikaciju je li u pitanju demencija ili nije i pomoći će u daljnjem istraživanju. Testovi znanja s jednostavnim riječima i zadaci crtanja su uključeni uz memorijska pitanja.

Smrt stanica mozga se ne može poništiti tako da nema poznatog tretmana liječenja degenerativnog uzroka simptoma demencije. Simptomi Alzheimerove bolesti mogu se ublažiti lijekovima (takrin) koji će poboljšati bolesnikovu kvalitetu života. Trening mozga može pomoći u ranim fazama demencije tako što će poboljšati kognitivno funkcioniranje i pomoći u borbi protiv zaboravnosti. Naravno, briga zdravstvenih radnika i rodbine do neke mjere može pomoći ljudima u kasnijim fazama demencije.

7. SUMMARY

Dementia is a collective term used to describe the problems that people with various underlying brain disorders or damage can have with their memory, language and thinking. All dementias are caused by brain cell death, and neurodegenerative disease - progressive brain cell death that happens over a course of time - is behind most dementias. But as well as progressive brain cell death like that seen in Alzheimer's disease, dementia can be caused by a head injury, a stroke or a brain tumor, among other causes.

Possible symptoms of dementia are recent memory loss, difficulty completing familiar tasks, problems communicating, disorientation, misplacing things, mood changes, poor judgment, personality changes. Asking for knowledge of facts that should be known to any adult will give healthcare professionals an indication of whether there is dementia or not and help to guide a decision on further investigation. Simple word knowledge tests and drawing tasks are included alongside memory questions.

Brain cell death cannot be reversed so there is no known treatment to cure a degenerative cause of dementia symptoms. Symptoms of Alzheimer's disease can be reduced by drugs (Tacrine) to help improve an individual's quality of life. "Brain training" can help in the early stages of dementia to improve cognitive functioning and help deal with forgetfulness. Of course, care from healthcare professionals, and relatives to some extent, can help people with the later stages of dementia.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Ime i prezime: Antonija Šalinović

Datum i mjesto rođenja:16.11.1993., Metković

Adresa: Veliki Prolog 63, 21276 Vrgorac

Mobitel: 091/581-9586

E-mail:antonijasalinovic@gmail.com

Obrazovanje:

2000-2008.g. Osnovna škola, Veliki Prolog.

2008-2012.g. Opća gimnazija, Vrgorac

2012-2015.g. Preddiplomski sveučilišni studij, Split

Sveučilišni Odjel zdravstvenih studija,

Smjer: sestrinstvo.

Vještine:

Rad na računalu: Aktivno koristi računalo, poznaje rad na MS Office paketu.

Strani jezici: Engleski jezik aktivno koristi.

Njemački jezik pasivno koristi.