

# Sestrinska skrb kod bolesnika oboljelih od Alzheimerove demencije

---

**Radanović, Ines**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2019**

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

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:363275>

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

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

*Repository / Repozitorij:*



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija  
SVEUČILIŠTE U SPLITU

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
SESTRINSTVO

**Ines Radanović**

**SESTRINSKA SKRB KOD BOLESNIKA OBOLJELIH OD  
ALZHEIMEROVE DEMENCIJE**

**Završni rad**

Split, 2019. godina

SVEUČILIŠTE U SPLITU  
Podružnica  
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ  
SESTRINSTVO

**Ines Radanović**

**SESTRINSKA SKRB KOD BOLESNIKA OBOLJELIH OD  
ALZHEIMEROVE DEMENCIJE  
NURSING CARE OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S  
DEMENTION**

**Završni rad/ Bachelor's Thesis**

Mentor:

**Diana Aranza, mag. med. techn.**

Split, 2019.

## **ZAHVALA**

*Zahvaljujem se svojoj mentorici Diani Aranzi, mag. med. techn. te ostalim članovima povjerenstva: Mariju Marendiću, mag. med. techn. i Mariju Podrugu, mag. med. techn. te svima ostalima, koji su mi svojim znanjem i savjetima pomogli u izradi ovog rada.*

*Također se zahvaljujem svojoj rodbini koja je sve tri godine tijekom studiranja bila uz mene i pružila mi podršku u najtežim trenucima.*

*Jedno veliko hvala svim svojim kolegama koji su tijekom studiranja sa mnom prolazili kroz sve moje uspone i padove.*

*Još jednom zahvaljujem se svima što ste mi omogućili da naučim kako postati svjestan i odgovoran zdravstveni djelatnik.*

## **POPIS KORIŠTENIH KRATICA:**

AD - Alzheimerova bolešt

MMSE - Mini - mental state examination

ADAS - Alzheimer disease assessment scale

MR - magnetna rezonancija

CT - kompjutorizirana tomografija

PET - pozitronska emisijska tomografija

SPECT - jednofotonska emisijska kompjutorizirana tomografija

EKG - elektrokardiogram

SSRI - selektivni inhibitori podobne pohrane serotonina

SMBS - Smanjena mogućnost brige o sebi

V/R - visok rizik

# SADRŽAJ

<b>1. UVOD</b> .....	1
1.1. Etiologija demencije .....	1
1.2. Podjela demencije .....	1
1.3. Alzheimerova demencija (AD) .....	2
1.4. Klinička slika Alzheimerove bolesti .....	3
1.5. Stadiji Alzheimerove bolesti .....	5
1.6. Epidemiologija Alzheimerove bolesti .....	6
1.7. Dijagnostika Alzheimerove bolesti .....	8
1.8. Liječenje Alzheimerove bolesti .....	9
1.9. Prognoza Alzheimerove bolesti .....	11
1.10. Prevencija Alzheimerove bolesti .....	11
<b>2. CILJ RADA</b> .....	13
<b>3. RASPRAVA</b> .....	14
3.1. Komunikacija s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti .....	14
3.2. Kako spriječiti stigmatizaciju bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti.....	14
3.3. Važnost i uloga obitelji kod oboljelih od Alzheimerove bolesti .....	15
3.4. Važnost rada i aktivnosti medicinske sestre .....	16
3.5. Palijativna skrb i rad u zajednici .....	18
3.6. Sestrinske dijagnoze kod oboljelih od AD .....	19
<b>4. ZAKLJUČAK</b> .....	27
<b>5. LITERATURA</b> .....	28
<b>6. SAŽETAK</b> .....	30
<b>7. SUMMARY</b> .....	31
<b>8. ŽIVOTOPIS</b> .....	32

# 1. UVOD

Demencija predstavlja sindrom tj. skup simptoma pri kojim dolazi do oštećenja mozga te samog propadanja kognitivnih funkcija koje najviše ugrožava pamćenje pa dolazi do senilnosti. Uslijed demencije, također su oštećene i druge intelektualne funkcije pod koje spadaju pažnja, govor, računanje, rješavanje problema te samo prosuđivanje (1). Postoje različite definicije same demencije, ali zbog same kompleksnosti neurologije i same složenosti oštećenja živčanih stanica još uvijek nije usuglašeno koja je najispravnija i prema kojoj bi se trebalo voditi.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) demenciju definira kao poremećaj sposobnosti pamćenja, uz moguće pridružene druge kognitivne deficite: disfaziju, apraksiju, agnoziju te poteškoće u orijentaciji i/ili donošenju svakodnevnih odluka (2).

## 1.1. Etiologija demencije

Demencija spada pod kliničku sliku više od 50 različitih bolesti, od kojih dolazi do oštećenje većeg ili manjeg dijela mozga. Postoje višestruki uzroci same demencije od kojih je najbitnije istaknuti Alzheimerovu bolest koja uzrokuje demenciju u 60-70% te se smatra najčešćim uzrokom demencije. Također se isprepleću različiti uzroci demencije kao Parkinsonova bolest, cerebrovaskularna bolest, različita infektivna stanja (herpes simplex encefalitis, AIDS, neurosifilis itd.)alkoholizam i različite traume (3).

## 1.2. Podjela demencije

Postoje različite podjele demencije, prema samoj lokalizaciji oštećenja demencije mogu biti *kortikalne*; gdje dolazi do gubitka govora, pamćenja, organiziranja (Alzheimerova i Pikova atrofija), *subkortikalne*; koje dovode do usporavanja misaonog procesa, loše procjene (Parkinsonova bolest, Multipla skleroza) te *mješovite demencije*; gdje spadaju i kortikalne i subkortikalne (Demencija s Lewjevim tjelešcima). Demenciju

možemo podijeliti i na 6 skupina dementnih sindroma. To su: vaskularna demencija, Alzheimerova demencija, demencija višestrukih uzroka (kombinacija 2 ili više čimbenika), demencija uzrokovana različitim tvarima (otrovi, lijekovi) i sama demencija nepoznatih uzroka (1).

### **1.3. Alzheimerova demencija (AD)**

„Alzheimerova demencija jest spora, progresivna bolest, koja dovodi do oštećenja pamćenja (poglavito kratkotrajnog) i poremećene orijentacije, sa simptomima afazije, apraksije, agnozije te s oštećenim rasuđivanjem i nemogućnošću donošenja odluka“ (4).

Bolest dovodi do propadanja moždane kore i okolnih moždanih struktura te dolazi do samog gubitka psihičkih, fizičkih i mentalnih funkcija, ovisno koji je dio mozga zahvaćen. No nadalje u istom izvoru možemo sa sigurnošću reći da postoje čimbenici rizika koji pripomažu pri nastanku bolesti, a tu spadaju: dob, spol, obiteljska anamneza i genetika. Poznati psihijatar Alois Alzheimer 1906. godine prvi je opisao bolest te je bolest po njemu dobila ime. Naime. kod 51-godišnje bolesnice kod koje je bolest trajala pet godina došlo je do psihotičnih simptoma i same progresivne demencije. Prilikom obdukcije ustanovio je da postoje degenerativne promjene na mozgu te je utvrdio povezanost između patološkog ponašanja bolesnice i oštećenja u mozgu (4).

Alzheimerova bolest spada u najučestaliji oblik demencije (60%), nažalost zbog sve većeg broja oboljelih još ni dan danas ne postoji lijek, a svrha same terapije je ublažavanje simptoma bolesti. Alzheimer ne nastaje samo u starijih osoba, sve veći je broj oboljelih ispod 65. godine života, ali sve više i više zanemaruju se sami simptomi i bolest se dalje razvija (5).

U Zagrebu 1999. godine osnovana je prva Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest (HUAB), na zahtjev samog zdravstvenog kadra. Glavni cilj same udruge je podići razinu informiranosti o Alzheimeru putem raznovrsnih edukacija, pružanja savjeta, dijeljenja letaka, brošura, održavanja javnih tribina i raznih drugih metoda. Veliku važnost pridodaju destigmatizaciji osoba s Alzheimerovom bolešću, njihovom uključivanju i održavanju normalnog načina života.





**Slika 1.** Simbolički prikaz propadanja moždanih struktura

Izvor: <https://www.dulist.hr/wp-content/uploads/2015/09/alzheimer01.jpg>

#### **1.4. Klinička slika Alzheimerove bolesti**

Bolest započinje postepeno, ali kako bolest napreduje dolazi do sve većih promjena u ponašanju te ometanju svakodnevnih aktivnosti. Rano prepoznavanje bolesti sprječava nastanak mogućih komplikacija, poboljšava kvalitetu svakodnevnog života te je bitno naglasiti da pri pojavi bilo kojeg simptoma koji ukazuje na bolest treba potražiti stručno mišljenje neurologa i psihijatra koji se bave dijagnostikom i liječenjem Alzheimerove bolesti.

Gubitak pamćenja predstavlja prvi znak bolesti te je puno opasnije stanje naspram zaboravljivosti. Prvenstveno zahvaća kratkoročno pamćenje te se ljudi ne mogu sjetiti što su zadnje radili, ali i dalje se dobro sjećaju dugoročnijih događaja.

Postoje 10 upozoravajućih simptoma, koje se ne smiju ignorirati. Ovi simptomi su, u nastavku prikazani u usporedbi sa zdravom neboljelom osobom, kroz tipične dobne promjene (6).

**1. Gubitak pamćenja koji uzrokuje poteškoće u svakodnevnom životu - najčešći simptom bolesti,** pogotovo u početnim stadijima je zaboravljanje nedavno stečenih informacija, kao i datuma, konstantno postavljanje istih pitanja i neprestano oslanjanje na elektroničke uređaje kao podsjetnike.

Tipična dobna promjena je zaboravljanje vlastitog imena ili zakazanog termina te naknadno prisjećanje istoga.

**2. Izazovi u planiranju ili rješavanju problema** - oboljeli osjećaju promjene u nemogućnosti praćenja plana ili u radu s brojevima, također imaju problema u praćenju kronologije te koncentraciji pa im treba duže vremena u obavljanju određenih poslova za koje im je ranije trebalo manje vremena.

Tipična dobna promjena su problemi prisutni pri upravljanju ekonomskim dobrima.

**3. Poteškoće u obavljanju zadataka kod kuće, na poslu ili u slobodno vrijeme** - poteškoće pri izvršavanju svakodnevnih aktivnosti, primjer javljaju se poteškoće pri upravljanju motornim vozilom do poznatih destinacija, upravljanju budžetom i sudjelovanje u društvenim igrama.

Tipična dobna promjena je da osobe pri svakodnevnoj upotrebi zahtijevaju pomoć u prilagođavanju rada s elektronskim uređajima.

**4. Gubitak pojma o vremenu i prostoru** – gubi se pojam o datumima, sezonskim promjenama i samom vremenskom periodu. Prisutne su poteškoće pri razumijevanju sebe unutar prostora i vremena.

Tipična dobna promjena je zabuna vezana za dane u tjednu i kasnije prisjećanje.

**5. Problemi pri razumijevanju vizualnih slika i odnosa u prostoru** - ponekim ljudima vizualni problemi također mogu biti znak bolesti. Ti ljudi imaju poteškoće pri čitanju, određivanju boja i kontrasta te procjeni udaljenosti što im stvara problem pri upravljanju vozilima.

Tipična dobna promjena koja dovodi do zabune najčešće se vezuje uz pojavu bolesti Katarakte.

**6. Problemi pri govoru i pisanju** - pojavljuju se problemi s uključivanjem u razgovore, samom praćenju razgovora i čestom ponavljanju. Zbog toga što imaju problema s rječnikom ne mogu se prisjetiti točnog imena određenih stvari ili stvari nazivaju pogrešnim imenom.

Tipična dobna promjena se očituje u nemogućnosti pronalaska odgovarajuće riječi.

**7. Nemogućnost prisjećanja vlastitih postupaka i gubitak stvari** - jedan od težih problema je odlaganje vlastitih stvari na neobična mjesta uz nemogućnost prisjećanja gdje je neka stvar odložena, automatski optužuju druge za krađu i taj se problem može učestalo ponavljati.

Tipična dobna promjena obuhvaća pokušaj prisjećanja, korak po korak gdje su odložili izgubljene stvari.

**8. Smanjenja sposobnost prosuđivanja** - promjene pri donošenju odluka, primjerice pri radu s novcem, trošenju prevelikih svota novca i zapostavljanju samih sebe.

Tipična dobna promjena podrazumijeva povremeno donošenje loših odluka.

**9. Poslovna i socijalna izolacija** - izolacija osobe najčešće proizlazi zbog nemogućnosti sudjelovanja u hobijima, poslovnim projektima ili sportu. Takvi ljudi zbog promjena kroz koje trenutno prolaze izbjegavaju društvena događanja.

Tipična dobna promjena je osjećaj istrošenosti zbog balansiranja između poslovnih, obiteljskih i društvenih obaveza.

**10. Promjene u osobnosti i raspoloženju** - ljudi oboljeli od Alzheimerove bolesti prolaze kroz promjene osobnosti i raspoloženja, postaju depresivni, sumnjičavi, dezorijentirani, bojažljivi i agresivni. Kad ih se izbací iz njihove dnevne rutine reaguju naglo i burno.

Tipična dobna promjena se očituje agresivnom reakcijom, koja se dobiva kada se poremeti specifičan način koje je osoba razvila i prilagodila sebi za obavljanje određenih funkcija.

## **1.5. Stadiji Alzheimerove bolesti**

Demencija se razvija kroz nekoliko godina te postoje različiti stadiji bolesti (7).

**1. Početni ili blagi stadij Alzheimerove bolesti** – poteškoće kratkotrajne memorije, ponavljanje uvijek istih pitanja, problemi pri svakodnevnim aktivnostima, loše upravljanje novcem, slaba koncentracija te sami problemi u komunikaciji.

U ovom stadiju vrlo je teško odrediti granicu demencije ili Alzheimerove bolesti, ali učestalije ponavljanje ukazuje na početak bolesti.

2. **Umjereni stadij** - značajniji gubitci kratkotrajne memorije, dolazi do poteškoća prilikom sjećanja na starije događaje, promjene u ponašanju (razdražljivost, agresivnost, depresija itd.), promjene u osobnoj higijeni, povećava se ovisnost o tuđoj pomoći.

3. **Završni ili ozbiljni stadij Alzheimerove bolesti** - potpuni gubitci u kratkotrajnom i dugotrajnom pamćenju, neprepoznavanje rodbine, dolazi do potpunog gubitka komunikacije, dezorijentiranost u vremenu i prostoru, potpune nemogućnosti zadovoljavanja osobnih potreba, narušeno zdravlje te povećana sklonost nastanku različitih bolesti.



**Slika 2.** Prikaz mozga zdrave osobe i osobe oboljele od Alzheimerove demencije

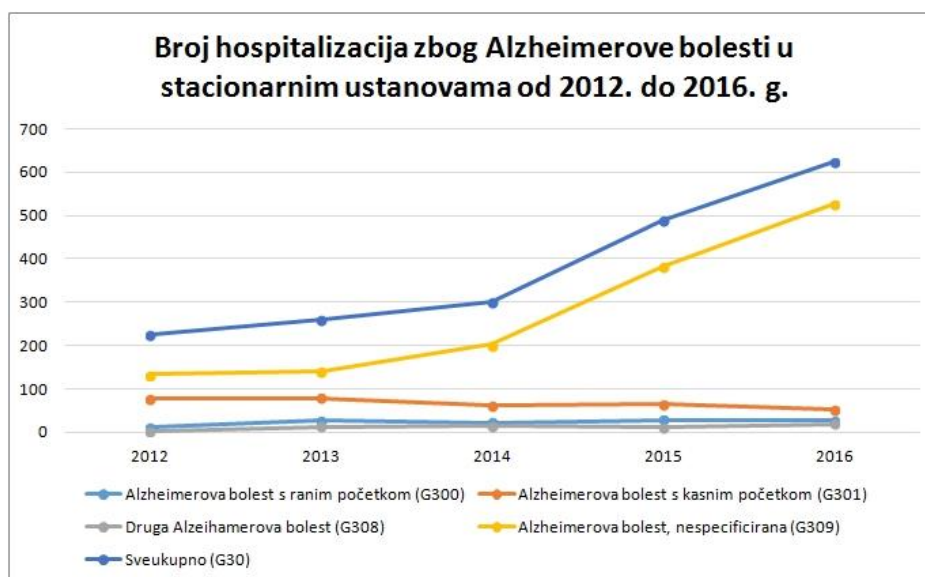
Izvor: <https://matrixworldhr.files.wordpress.com/2014/02/1-zdrav-i-oboljeli-mozak.jpg>

## 1.6. Epidemiologija Alzheimerove bolesti

Alzheimerova bolest predstavlja gerontološki javnozdravstveni problem, zbog same potrebe za liječenjem, brigom i skrbi o oboljelima. Najveći problem predstavlja nepostojanje sustavnog registriranja u Hrvatskoj pri čemu dolazi do problema pri prikupljanju, uspoređivanju i samoj procjeni podataka. Bolest se često krije pod demencijom ili što je još gora varijanta ona ostaje neprepoznata, a simptomi se interpretiraju kao normalan dio starenja.

Hrvatska obuhvaća veliki postotak starijeg stanovništva podložnog nastanku Alzheimerove bolesti te se procjenjuje da od nje boluje oko 60.000 stanovnika (8). Na

godišnjoj bazi ljudi mlađi od 60 godina u prosjeku imaju manju vjerojatnost obolijevanja. S druge strane kod ljudi starijih od 60 godina očituje se povećanje novooboljelih osoba i to 125 na 100.000 ljudi. Žene su podložnije Alzheimerovoj bolesti zbog duljeg prosječnog životnog vijeka naspram muškaraca (9). U zapadnim zemljama AD zauzima četvrto mjesto smrtnosti. U budućnosti se očekuje značajan porast starijeg stanovništva oboljelog od AD (10). Poražavajuća je činjenica da se očekuje da će 2030. godine biti 65 milijuna oboljelih od Alzheimerove bolesti, a 2050. godini čak više od 115 milijuna (11). Novi slučaj demencije se pojavljuje svakih sedam sekundi i godišnje se bilježi 4,6 milijuna novih slučajeva (12).



**Slika 3.** Broj hospitalizacija zbog Alzheimerove bolesti u petogodišnjem razdoblju od 2012. do 2016. godine

Izvor: [https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/09/AB\\_017.jpg](https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/09/AB_017.jpg)

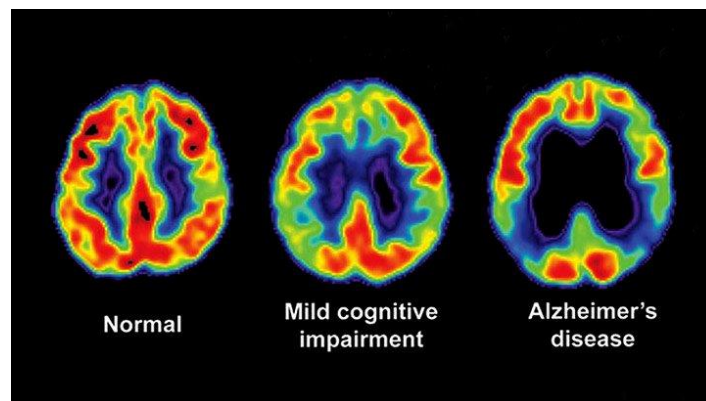
Prema istraživanju HZJZ (2017.) u Hrvatskoj, prema popisu stanovništva iz 2011. godine, ima čak 17,7 % osoba starijih od 65 godina pa se ona ubraja među najstarije svjetske populacije. Isto tako se i u našoj zemlji, zahvaljujući napretku znanosti i svijesti u društvu sve veća pažnja posvećuje ranom otkrivanju Alzheimerove bolesti, što rezultira činjenicom da svake godine raste broj novootkrivenih slučajeva pa tako i hospitaliziranih bolesnika. Iako je ovo pozitivan pomak u odnosu na prethodna razdoblja, posebno

zabrinjava veliko povećanje broja oboljelih od tzv. nespecificiranog oblika Alzheimerove bolesti u periodu od 2014. do 2016. godine s tendencijom daljnjeg progresivnog rasta. Dakle, više od polovice dijagnosticiranog AD-a tijekom razdoblja ispitivanja nije bilo specificirano. Stoga nije poznato jesu li to bili rani, kasni ili obiteljski AD. Budući da je ovo značajan broj, vjerojatno je da bi to moglo utjecati na analize podtipova AD. Stoga se preporuča da se detaljnije ispituju povijest i bilježe sveobuhvatnije dijagnoze. Očito je da su prevalencija i stopa incidencije u porastu s godinama. Stoga je vrlo važno da se javnost educira o simptomima AD, a medicinski djelatnici posebnu pozornost moraju posvećivati brojnim simptomima kako bi se osigurala što ranija dijagnoza. To će omogućiti pružanje odgovarajuće podrške što je prije moguće kako bi se produžila neovisnost pacijenata i usporilo daljnje napredovanje simptoma bolesti (13).

## **1.7. Dijagnostika Alzheimerove bolesti**

Demencija se u današnje vrijeme može dijagnosticirati veoma rano, što je prednost za oboljele i njihove obitelji jer im se nudi kontinuirani i kvalitetni program liječenja i skrbi. Pojava kognitivnih smetnji i otežanih obavljanja svakodnevnih aktivnosti upućuju nas na postajanje demencije. AD se dijagnosticira putem anamneze, koja je usmjerena na kognitivne promjene i njihovu dinamiku te putem kliničkog pregleda koji ukazuju na postojanje samih znakova bolesti. Prema Corey-Bloom i sur. (1995) za postavljanje dijagnoze potrebna je brza procjena kognitivnih sposobnosti, a najučinkovitija metoda procjene orijentacijske sposobnosti pojedinca je Mini mental test (Mini Mental status examination – MMSE) koji se provodi u trajanju od 5 do 10 minuta te je postala obavezna psihijatrijska rutina tijekom pregleda u mnogim zemljama diljem svijeta. Nadalje, u istom istraživanju postoji i ADAS (Alzheimer Disease Assessment Scale) koji mjeri kognitivno funkcioniranje te raspoloženje i poremećaje u ponašanju. Od velike je važnosti i brzi test „Test sa satom“. Putem crtanja sata i upisivanja brojeva te naznačavanja vremena možemo uvidjeti poremećaje u pažnji, koncentraciji te vizualnoj memoriji. Da bi isključili druge uzroke demencije, potrebno je napraviti neuroradiološke slikovne pretrage mozga, gdje spadaju magnetska rezonancija (MR) i kompjutorizirana tomografija (CT), a zatim pozitronska emisijska tomografija (PET) i jednofotonska emisijska kompjutorizirana

tomografija (SPECT) (13). Izvođenjem MR detaljnije određujemo oštećenja mozga i bijele tvari te samu lokalizaciju atrofije. CT daje slojeviti prikaz moždanih struktura kojim se može vidjeti eventualno krvarenje ili moždani udar. PET test prilikom Alzheimerove demencije ukazuje na amiloidne plakove u određenim područjima mozga. Za cjelokupan prikaz moždane cirkulacije koristimo SPECT pretragu koja u slučaju Alzheimerove demencije iskazuje hipometabolizam (13).



**Slika 4.** Usporedba zdravog i mozga oboljelog od Alzheimerove bolesti (SPECT)

Izvor: <https://images.agoramedia.com/everydayhealth/gcms/Amyloid-PET-imaging-for-Alzheimers-Diagnosis-722x406.jpg?width=722>

Od velike su važnosti i bio markeri koji također potvrđuju, odnosno dopunjuju dijagnozu Alzheimerove bolesti te ukazuju na specifične patofiziološke procese. Bio markere dijelimo na (14):

- ✓ bio markere neuralne degeneracije i ozljede neurona - pokazuju silaznu fazu patofiziološkog procesa koji nastupa u kasnijoj fazi,
- ✓ bio markeri akumulacije beta-amiloida - pokazuju početnu fazu bolesti.

## 1.8. Liječenje Alzheimerove bolesti

Alzheimerova demencija je bolest koja se ne može izliječiti, ali postoje standardizirani lijekovi, točnije antidementivi koji služe za liječenje kognitivnih oštećenja i samih

poremećaja ponašanja i psihofarmaci koji usporavaju prirodan tijek bolesti. Veoma je bitno obratiti pozornost da ne dođe do polipragmazije, zbog mogućih komplikacija pri interakciji različitih lijekova. Nekada su se koristile različite varijante psihostimulansa i vazodilatatora koje su napuštene, a danas se najviše upotrebljavaju (15):

**1. Inhibitori acetilkolinesteraze** (Galantamin, Donepezil, Rivastigmin) – prilikom procjene kliničkog statusa pokazalo se poboljšanje stanja bolesnika. Najčešće su nuspojave gastrointestinalnog trakta (mučnina, povraćanje, dijareja), mišićni grčevi te umor.

**2. Stabilizatori raspoloženja** (Antikonvulzivi) – koristi se kod primjene nepsihotičnih bolesnika s promjenama u ponašanju. Izuzetno je bitno redovito pratiti EKG kod starijih osoba prilikom uzimanja ovih lijekova.

**3. Antidepresivi** - određuju se na temelju obilježja pojedinog bolesnika i samih nuspojava. Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) zbog svoje bolje podnošljivosti i manjih kardijalnih nuspojava spadaju pod prvu liniju izbora, iako bi bolji izbor bili triciklički lijekovi, ali su opasni i treba ih uzimati s oprezom.

**4. Antipsihotici** – liječenje psihičkih promjena unutar demencije. Potrebno je naglasiti da ih treba koristiti polagano i u što nižim dozama te redovito pratiti.

**5. Hipnotici, sedativi** (Benzodiazepan) – lijek prvog izbor kod bolesnika s anksioznoću. Postoje mnogobrojne nuspojave gdje može doći do samog delirija, pogoršanja kognitivnih sposobnosti te postoji visok rizik za pad.

U samom procesu liječenja bolesti koriste se i druge intervencije koje su uz lijekove veoma učinkovite. Važno je naglasiti provođenje socioterapijskih programa koje imaju za cilj da osoba što duže i bolje očuva svoj socijalni status, da što lakše prihvaća i nosi se s novonastalim životnim situacijama te da bude aktivna u svim segmentima života. Psihoterapijske metode kao što su uključivanje u različite profesionalne grupe, trening za sjećanje i kognitivno aktiviranje te sama fizikalna terapija također su od velikog značaja. Fizikalna terapija u sklopu s rehabilitacijom poboljšava bolesnikovo stanje, povećava snagu i pokretljivost te također pomaže u ostvarivanju vlastitih ciljeva i pronalaženja samog sebe (16).



## **1.9. Prognoza Alzheimerove bolesti**

Alzheimerova bolest spada u neurološke bolesti gdje mozak nazivamo još i krvno - moždanom barijerom. Zbog utjecaja više faktora bolest predstavlja veliki rizik. Čak i kada postoji potencijalno učinkoviti lijek, moguće je da on neće ostvariti svoj cilj.

Postoje različiti stupnjevi progresije, ali usprkos terapiji i drugim metodama liječenja kognitivno propadanje se ne može izbjeći (4). Smrt nastupa nakon 8-10 godina, najčešće zbog pojave komplikacija (infekcije, plućne i srčane bolesti, itd.) (2). Ali, usprkos neizlječivosti, bolesne osobe se ne bi trebale predati, već nastaviti živjeti punim plućima i zdravim životom.

## **1.10. Prevencija Alzheimerove bolesti**

Istraživanje prema Shah (2013) dokazalo je da prehrana ima veoma bitnu ulogu u prevenciji razvoja AD putem smanjivanja čimbenika za rizik nastanka. Pravilna prehrana ima zaštitnu ulogu koja pomaže pri očuvanju kognicije i samog pamćenja te samom smanjenju njenog taloženja. Prevencija se sastoji od niza prehrambenih komponenata, koje uključuju prevenciju nedostatka vitamina, zaštitu i očuvanje krvnih žila i neurona te samu prevenciju oksidativnog stresa. Kao primjer pravilne prehrane, preporuča se mediteranska prehrana koja dokazano smanjuje rizik nastanka AD, ujedno sprječava nastanak raka i Parkinsonove bolesti. Veoma je bitno strogo pridržavanje pravilne prehrane, zbog samog učinka na nastanak bolesti. Također se preporuča konzumiranje ribe koja sadrži omega-3 masne kiseline koje oslobađaju od oksidativnog stresa i upala. Važnu ulogu ima konzumiranje grožđa koje smanjuje razinu lipida i kolesterola u krvi te smanjuje rizik od kardiovaskularnih bolesti. Svakodnevno konzumiranje voća i povrća smanjuje rizik za nastanak mnogih bolesti, preporuča se kuhano povrće te svježe cijeđeni sokovi koji mogu odgoditi bolest do čak 9 godina. Putem konzumiranja cjelovitih žitarica, zelenog lisnatog povrća, citrusnog voća, unosimo folnu kiselinu koja prevenira uništavanje i smrt samih moždanih stanica. Za prevenciju nastanka bolesti najbitniji su vitamini A i C, koji ujedno preveniraju oksidativni stres, reduciraju slobodne radikale na staničnoj razini. Preporuča se konzumiranje jedne čaše crnog vina, zbog izvrsnih antioksidacijskih svojstava i

spriječavanju oksidativnog stresa u stanicama mozga. Uz to redovito treba kontrolirati krvni tlak jer on također pospješuje nastanak različitih vrsta demencija pa i samoj Alzheimerovoj bolesti, a osim toga dovodi i do različitih kardiovaskularnih bolesti. Osim prehrane potrebno je također obratiti pozornost i na svakodnevne aktivnosti, poput fizičkog vježbanja, kvalitetnog spavanja, društvenih aktivnosti te cjeloživotnog obrazovanja (17).

## **2. CILJ RADA**

Cilj ovog rada je prikazati važnost sestrinske skrbi pri planiranju, provođenju i evaluiranju zdravstvene njege te same uloge medicinske sestre pri edukaciji i pružanju podrške osobama s Alzheimerovom bolešću te njihovim obiteljima. Medicinska sestra predstavlja jednog od bitnijih članova tima zdravstvenih djelatnika koja svojim znanjem, profesionalnošću i kompetencijama uvelike doprinosi samom bolesniku i njegovoj rodbini. Glavna i najbitnija zadaća medicinske sestre je upoznavanje i educiranje obitelji oboljele osobe s karakteristikama bolesti zbog same potrebe pružanja adekvatne zdravstvene njege.

## **3. RASPRAVA**

### **3.1. Komunikacija s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti**

Kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti prisutni su kompleksni problemi u komunikaciji, prilikom ekspresije riječi, siromašnim vokabularom, afaziji i pronalaženjem odgovarajuće riječi. Prilikom verbalne i neverbalne komunikacije osobe oboljele od Alzheimerove bolesti dolazi do izoliranja same osobe u svim životnim područjima. Osim problema pri komunikaciji, kod osoba također dolazi do gubljenja osjećaja za prostornu i vremensku orijentaciju. S napretkom bolesti, osobe s demencijom trebaju pomoć pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Komunikacija postaje sve teža s razvojem demencije, pojavljuju se poteškoće prilikom izražavanja pa čak dolazi do faze nekomunikativnosti kao i poteškoća pri razumijevanju koje kod osoba mogu stvoriti frustracije. Od velike je važnosti uloga medicinske sestre gdje ona svojim profesionalnim komunikacijskim vještinama individualno pristupa svakom bolesniku, razrađuje plan te prema stupnju razvoja situacije prilagođava komunikaciju i na taj način olakšava bolesniku. Pri samom dijagnosticiranju bolesti, potrebno je započeti s razvijanjem pravilne komunikacijske vještine, uključiti obitelj da spozna važnost komunikacije, zbog prevencije izolacije oboljele osobe te postignuća pozitivnog učinka pri liječenju bolesti. Redovitim i pravilnim nefarmakološkim intervencijama znatno pospješujemo komunikaciju i omogućavamo lakše funkcioniranje oboljele osobe (18).

### **3.2. Kako spriječiti stigmatizaciju bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti**

Demenciju treba prihvatiti kao ozbiljan javno-zdravstveni problem pri kojem su loša komunikacija i stigmatizacija oboljelih osoba od Alzheimerove bolesti jedan od današnjih vodećih problema. Demencija kao i ostale teške kronične bolesti su stigmatizirane, što najbolje vidimo kroz samo negiranje postojanja demencije kod zdrave populacije i izoliranje oboljelih osoba. Prihvaćanjem bolesti, mijenjanjem svijesti te učestalom borbom

protiv stigme, uspjeh ćemo poboljšati komunikaciju s oboljelim osobama i njihov status u društvu (19).

Prema Taylor (2008), napravljene su uspješne smjernice za poboljšanje komunikacije s oboljelim osobama od demencije:

- ✓ Omogućiti oboljeloj osobi bolji vid, sluh, govor (osigurati pomagala)
- ✓ Privući pozornost bolesnika prije nego obraćanja bolesniku
- ✓ Uklonite druge ometajuće izvore (npr. kažite da ćete isključiti TV ili radio kako biste mogli bolje razgovarati)
- ✓ Kada se obraćate bolesniku, neka vaša glava bude u istoj ravnini s njegovom
- ✓ Probajte uspostaviti kontakt očima
- ✓ Držite bolesnika za ruku tijekom cijelog razgovora
- ✓ Potrudite se govoriti jasno, govorite u kratkim rečenicama i samo o jednoj stvari ili temi
- ✓ Dajte bolesniku dovoljno vremena za odgovor
- ✓ Zapišite neke stvari na papir ako vidite da to bolesniku pomaže
- ✓ Pratite i potrudite se razumjeti govor tijela bolesnika
- ✓ Koristite neverbalnu komunikaciju (smiješak, zagrljaj) (20).

### **3.3. Važnost i uloga obitelji kod oboljelih od Alzheimerove bolesti**

U procesu starenja teško je prepoznati početne simptome Alzheimerove bolesti jer nastupaju gotovo neprimjetno. Prema istraživanju Laklija i sur. (2009) skrb za osobu oboljelu od Alzheimerove bolesti predstavlja najkompleksniji oblik skrbi, koje treba prilagoditi određenoj fazi bolesti. U početnoj fazi bolesnik zaboravlja svoje obveze i svakodnevne radnje što može biti opasno za život (ostavljeno upaljeno plin, struja i voda). Tijekom prve faze takve osobe postaju ovisne o pomoći druge osobe, a da toga nisu ni svjesni. U ranoj fazi pati oboljeli, a u kasnijim fazama obitelj koja preuzima skrb za bolesnika. Prilikom uznapredovale faze bolesti, oboljela osoba zaboravlja vlastito ime, ne prepoznaje bliže članove obitelji te dolazi do otežanog snalaženja u prostoru. Bolesnik se također ne snalazi u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, primjerice obavljanju osobne higijene, hranjenju te kupanju. U završnom stadiju bolesti, bolesnik postaje apatičan,

zanemaruje svoj izgled, postaje nametljiv te se počinju razvijati halucinacije (21). Potrebno je obitelji pružiti podršku te edukaciju, kako živjeti s oboljelim i kako mu pružiti adekvatnu skrb. Najveći izazov za obitelj je prihvaćanje i prilagođavanje novonastaloj situaciji koja se mijenja iz dana u dan te zahtijeva potpunu promjenu u rekonstrukciji dosadašnjih životnih aktivnosti. Osoba koja se zauzme za oboljelu osobu treba biti svjesna da više ništa neće biti isto te da se potpuno treba prilagoditi potrebama bolesnika. Oboljelom je potrebna 24-satna skrb do njegove smrti ili do smještaja u adekvatnu ustanovu te je skrbniku potrebno razumijevanje, smirenost, dobra intuicija kako bi uvidio potrebe bolesnika te mu na taj način najbolje pomogao (22). Možemo reći da ne obolijeva samo bolesnik već i čitava obitelj. Osim psihičkog stresa, obitelj oboljele osobe od AD prolazi kroz tešku financijsku krizu, zbog same potrebe prilagodbe uvjeta stanovanja, smanjenje radne aktivnosti radi povećane potrebe za skrbi, odlazaka kod raznovrsnih stručnjaka, itd. Nažalost, upravo radi toga, mnogi se odluče za smještaj oboljelog u adekvatnu ustanovu, što dodatno negativno utječe na samog oboljelog zbog same navike i potrebe da provodi vrijeme u obiteljskom okruženju (23). Sasvim prirodno je da, dok samo stanje oboljelog dopušta, obitelj koristi različite metode i tehnike kako bi pomogao i olakšao život bolesnika, primjerice svakodnevne šetnje na poznatim destinacijama, kupnja kućnog ljubimca te ostvarivanje svakodnevnog kontakta s njim, posjete šire obitelji i prijatelja, zajednička obiteljska druženja i ručanje te različite društvene igre (karte, igra „Čovječe ne ljuti se“, itd.). Ako se stanje znatno pogorša te ne postoji druga opcija preporuča se uključivanje bolesnika u neki od institucionalnih smještaja, kao npr. dnevni boravci ili dnevne bolnice koje se koriste samo u početnoj fazi, dok u uznapredovanoj fazi na izbor ostaje hospitalizacija ili kućna njega (22).

### **3.4. Važnost rada i aktivnosti medicinske sestre**

Medicinske sestre još od pamtivijeka procjenjuju stanje bolesnika, klasificiraju ih u određene skupine te sukladno njima postupaju pravilno koristeći svoje stručno znanje, iskustvo i kompetencije. Svaki pristup bolesniku mora biti individualan, bez osuđivanja i stigmatizacije, poštujući načela zdravstvene njege pri kojim ni u jednom trenutku sestra ne smije naštetiti bolesniku, a sve što radi treba raditi s ljubavlju, razumijevanjem i empatijom.

Najbitnija kompetencija medicinske sestre su njene komunikacijske vještine, pomoću kojih ona u određenom trenutku može kontrolirati i vladati situacijom. Ako je bolesnik u mogućnosti, mora biti prethodno informiran i uključen u svaku aktivnost, uz samu prisutnost medicinske sestre, a ona ne smije dopustiti pasivnost bolesnika zbog same prevencije nastanka dodatnih oštećenja. Medicinskoj sestri još veći izazov predstavlja sama nepovjerljivost dementnih bolesnika te ona mora pomno razraditi plan kako pristupiti bolesniku, kako pridobiti njegovo povjerenje i kako mu omogućiti sigurnu okolinu. Sestrinska uloga se mijenja tijekom stadija bolesti i zahtijeva korištenje intuicije, kako bi mogla prepoznati potrebe koje se javljaju tijekom pojedinih stadija bolesti te mora kontinuirano raditi na razvoju svojih znanja i vještina. Tijekom različitih stadija bolesti dolazi i do potreba za promjenom pristupa sestrinske skrbi, koja se svodi na 4 različite faze, a to su (24):

**1. Utvrđivanje potreba ili procjena-**u početnoj fazi Alzheimerove bolesti posao medicinske sestre između ostalog uključuje i prikupljanje podataka, analizu i samo definiranje sestrinske dijagnoze. Nakon same procjene i utvrđivanja bolesnikovog stanja medicinska sestra treba poticati bolesnika na edukaciju, verbalizaciju, uključivanju njegove obitelji te pružanje podrške uz realno ukazivanje situacije.

Jedna od najbitnijih elemenata je otvoren pristup i privrženost u odnosu s bolesnikom.

**2. Planiranje-** obuhvaća određivanje prioriteta, postavljanje ciljeva i planiranje intervencija. Vrlo je važno da postavljeni ciljevi imaju smisla, da se mogu primijeniti u bolesnikovom životu te da se razaznaju bitne od nebitnih stavki. Glavni cilj pri planiranju intervencija odnosi se na zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba te omogućavanje samostalnosti bolesnika oboljelog od Alzheimerove bolesti. Bez pravilno isplaniranih intervencija otežan je sam rad i komunikacija među članovima tima te nije moguće ispravno evaluirati ciljeve.

**3. Provedba** - od bitne su važnosti validacija plana i realizacija planiranog. Osoba koja provodi plan, ne mora se striktno pridržavati plana, već na temelju promatranja, vlastitog znanja i intuicije savjetuje izmjenu plana u pojedinim segmentima. Sestrinska skrb oboljelog od Alzheimerove bolesti ne obuhvaća samo njegu, već i svakodnevni rad s oboljelim.

**4. Evaluacija-** predstavlja posljednju fazu procesa, prilikom koje dobivamo uvid jesu li ciljevi postignuti, odnosno do koje mjere. Ako postoje poteškoće te nisu zadovoljeni ciljevi, slijedi nam evaluacija cjelokupnog plana koja se sastoji od ponovne procjene podataka do same ponovne evaluacije.

Prilikom uznapredovale faze Alzheimerove bolesti može doći do potrebne hospitalizacije bolesnika na psihijatrijskim odjelima, (najčešće osoba starijih od 65 godina), zbog pojačanog nadzora i kontrole same bolesti. Postoje situacije kada hospitalizacija nije potrebna, zbog izvrsne kućne njege i uključenjem ostalih gerijatrijskih ustanova koje uvelike doprinose kvaliteti života samog bolesnika, adekvatnim promatranjem, provođenjem sestrinskih intervencija i pravovremenim sprječavanjem komplikacija. U kasnijoj fazi Alzheimerove bolesti veća je potreba za sestrinskom skrbi, posebice pri zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, sprječavanju dodatnih patnji te brizi o čitavoj obitelji (25).

Nikada ne smijemo zaboraviti glavnu zadaću medicinske sestre, a to je očuvanje identiteta bolesnika, zaštita njegovih prava i suosjećanje s bolesnikovom boli i patnjom.

Uz adekvatno pruženu sestrinsku skrb i njegu preostaje još jedna važna komponenta, a to je evidentiranje sestrinske dokumentacije, koja uvelike doprinosi kvaliteti sestrinske skrbi. Također, dokumentacija pomaže kao indikator kvalitete sestrinske skrbi, koji procjenjuje troškove u odnosu na učinkovitost, pomaže lakšoj komunikaciji, služi za istraživanja, edukacije, pravnu zaštitu te predstavlja standard sestrinske prakse. Sestrinska dokumentacija omogućava adekvatno praćenje samog bolesnika od same hospitalizacije pa do kraja, obuhvaća sve promjene tijekom hospitalizacije te predstavlja najpristupačniji i najefikasniji prikaz bolesnikovog stanja (26).

### **3.5. Palijativna skrb i rad u zajednici**

Cilj palijativne skrbi je smanjenje nelagode i poboljšanja kvaliteta života kod osoba kojih je bolest neizlječiva. Započinje samim postavljanjem dijagnoze pa sve do smrti bolesnika. Prilikom uznapredovale faze kod bolesnika oboljelih od demencije dolazi do poteškoća s kretanjem, hranjenjem, obavljanjem osobne higijene, razvoja infekcija,



dodatnih neuroloških problema, kardiovaskularnih bolesti te razvoju sve nepodnošljivijih bolova. Potrebno je sudjelovanje cjelokupnog zdravstvenog kadra od same medicinske sestre, liječnika obiteljske medicine, neurologa, radnog terapeuta te psihijatra radi kvalitetnije i adekvatnije skrbi (27).

Rad u zajednici prvenstveno zahtjeva sigurnost pojedinca i zajednice, individualni pristup pojedincu, pravilno izvođenje aktivnosti, timski rad te kontinuirano usavršavanje i obrazovanje. Patronažna sestra ima bitnu ulogu u zajednici, prilikom pružanje sestriinske skrbi osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti, od samog promatranja, prepoznavanja i sprječavanja mogućih komplikacija. Provodi edukaciju bolesnika i njegove obitelji, kontrolira učestalost uzimanja lijekova, organizira provođenje zdravstvene njege u kući te u dogovoru s liječnikom obiteljske medicine i liječnicima drugih specijalizacija dogovara daljnje mjere i aktivnosti za bolesnika (28).

U starijih osoba je poznato da dolazi do razvoja kreativnosti, kroz slikanje, glazbu te različite vidove umjetnosti. Danas imamo osmišljene programe glazbene terapije koji su prilagođeni osobama oboljelim od AD. Glavnu ulogu tu ima glazbeni terapeut koji uz pomoć ugodne muzike i omogućavanja druženja bolesnika s njihovim vršnjacima potiče mogućnost sjećanja na stare uspomene te time potiče razvoj same kreativnost bolesnika. Ova terapija je vrlo učinkovita jer pruža podršku i potiče međusobnu povezanost bolesnika (29).

Postoje i male zajednice koje dodatno olakšavaju i poboljšavaju kvalitetu života oboljelih, a nazivaju se *living room* (dnevni boravak). Pretpostavlja se da prilikom aktivacije pamćenja dolazi do sporijeg mentalnog propadanja, boljeg subjektivnog osjećaja, smanjenja socijalna izolacije, osjećaja sigurnosti te same ugone bolesnika (22). Hospitalizacija starijih osoba se ne preporuča, zbog negativnih posljedica na bolesnika, koje dovode do pogoršanja bolesnikovog stanja.

### **3.6. Sestriinske dijagnoze kod oboljelih od AD**

„Sestriinska dijagnoza je aktualni ili potencijalni zdravstveni problem koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati“ (24).

S obzirom na različite stadije bolesti, razlikujemo i različite sestrinske dijagnoze. U ranijem stadiju Alzheimerove bolesti razvijaju se slijedeće sestrinske dijagnoze (24,30):

**1. Anksioznost** - predstavlja osjećaj neugodnosti ili straha prilikom kojeg najčešće dolazi do panike i tjeskobe s kojima se bolesnik ne može adekvatno suočiti.

Koristimo različite intervencije, kako bi otklonili osjećaj anksioznosti, a to su:

- ✓ stvoriti profesionalni empatijski odnosa i osjećaja sigurnosti,
- ✓ redovito informirati bolesnika o daljnjim aktivnostima,
- ✓ poticati pacijenta na verbalizaciju osjećaja,
- ✓ pridržavati se točnog rasporeda i slijeda događanja,
- ✓ omogućiti bolesniku sudjelovanje u svim aktivnostima.

**2. Duševni nemir**- narušeno vjerovanje i vrijednosti o životu.

Pomoću slijedećih intervencija možemo umiriti bolesnika i vratiti mu nadu u budućnost:

- ✓ slušati aktivno pacijenta,
- ✓ potaknuti bolesnika na izradu liste vlastitih vrijednosti i uvjerenja,
- ✓ pružiti podršku bolesnika i biti uz njega,
- ✓ uključiti bolesnika u socijalnu sredinu.

**3. Neupućenost okoline** – otkloniti nedostatak iskustva i znanja okoline

Alzheimerovoj bolesti kroz slijedeće aktivnosti:

- ✓ upoznati obitelj s bolešću, mogućim komplikacijama i promjenama,
- ✓ pružiti podršku obitelji i savjetovati ih kako se nositi s bolesnikovim ponašanjem u pojedinim trenucima,
- ✓ educirati obitelj o važnosti pravilne komunikacije i adekvatne skrbi za bolesnika,
- ✓ potaknuti obitelj da verbalizira stečeno znanje.

**4. Poricanje** - ukazuje na bolesnikovo ne prihvatanje životne situacije.

Nakon provođenja intervencija bolesnik će biti u stanju verbalizirati svoje osjećaje, pokazati interes i suočiti se s posljedicama bolesti. Intervencije medicinske sestre su:

- ✓ osigurati sigurnu i mirnu okolinu,
- ✓ saznati bolesnikova očekivanja vezana za ishod same bolesti,

- ✓ poticati bolesnika na verbalizaciju problema,
- ✓ objasniti bolesniku moguće štetne posljedice koje mogu nastati prilikom takvog ponašanja,
- ✓ dogovoriti unaprijed planirane aktivnosti.

**5. Neučinkovito pridržavanje zdravstvenih uputa** - predstavlja bolesnikovo nepridržavanje i kršenje uputa koje je dobio radi poboljšanja same kvalitete života.

Služeći se sestrijskim intervencijama bolesnik će iskazati volju i motivaciju za pravilnim pridržavanjem uputa. To znači:

- ✓ stvoriti profesionalni, empatijski odnos s oboljelim,
- ✓ omogućiti bolesniku izražavanje vlastitog stava,
- ✓ educirati ga o važnosti pridržavanja zdravstvenih uputa,
- ✓ uključiti obitelj kao dodatnu motivaciju i garanciju uspjeha,
- ✓ pohvaliti bolesnika.

**6. Nisko samopoštovanje** - pogrešna vlastita percepcija bolesnika Koristeći se sestrijskim intervencijama bolesnik će biti zadovoljan te će postepeno povećavati stupanj samopoštovanja. Sestrijske intervencije podrazumijevaju:

- ✓ saslušati bolesnika, pokazati interes i empatiju,
- ✓ uočavati redovite promjene u mentalnom statusu,
- ✓ poticati bolesnika na svakodnevne aktivnosti te na ostvarivanje odnosa s okolinom,
- ✓ uključiti obitelj kao podršku samom bolesniku.

**7. Poremećaj misaonog procesa** - prilikom nastanka Alzheimerove bolesti dolazi do poremećaja u samoj obradi i preciziranju misli.

Pomoću dolje navedenih intervencija bolesnik će izraziti osjećaje te se neće ozlijediti uslijed gubitka orijentacije u prostoru:

- ✓ osigurati bolesniku potrebno vrijeme za razgovor,
- ✓ uviđati i bilježiti promjene u bolesnikovom misaonom procesu,
- ✓ osigurati bolesniku osobne predmete na dohvat ruke,
- ✓ pridržavati se točnog rasporeda i slijeda događanja,
- ✓ osigurati kontinuirani nadzor bolesnika.

Prilikom daljnjeg razvoja Alzheimerove bolesti tj. umjerenog stadija javljaju se slijedeće dijagnoze (24,30):

**1. Bespomoćnost** - bolesnikovo nezadovoljstvo zbog nemogućnosti utjecanja na okolne čimbenike.

Nakon korištenja slijedećih sestrijskih intervencija bolesnik će prihvatiti situaciju i razviti prikladan odnos s okolinom:

- ✓ pružiti podršku oboljelome,
- ✓ podučiti bolesnika o tehnikama suočavanja sa stresom te o pravilnoj komunikaciji,
- ✓ osigurati suradnju bolesnika s ostalim zdravstvenim kadrom,
- ✓ omogućiti bolesniku aktivno sudjelovanje i donošenje odluka vezanih za njegovo zdravstveno stanje.

**2. SMBS (održavanje osobne higijene, hranjenje, eliminacija te odijevanje i dotjerivanje)** - spada u osnovne ljudske potrebe. Od velike je važnosti pravodobno uočavanje poteškoća i nepravilnosti prilikom obavljanja navedenih potreba. Kod nemogućnosti brige o sebi dolazi do razvitka novih problema kao što je gubitak samopoštovanja te gubitak dostojanstva što medicinskoj sestri dodatno otežava posao. Glavni zadatak medicinske sestre je uspostaviti najbolji mogući stupanj samostalnosti bolesnika.

**2a. Smanjena mogućnost hranjenja** - smanjenje bolesnikove sposobnosti za vlastito hranjenje.

Koristeći se dolje navedenim intervencijama medicinske sestre bolesnik će biti zadovoljan vlastitim postignućima, unatoč postojećim ograničenjima:

- ✓ saznati bolesnikove navike (učestalost obroka, omiljenu hranu),
- ✓ osigurati obroke uvijek u istom vremenskom periodu,
- ✓ poticati bolesnika na što samostalnije hranjenje,
- ✓ ohrabriti bolesnika prilikom svakog samostalnog koraka u hranjenju.

**2b. Smanjena mogućnost održavanja osobne higijene** - smanjenje bolesnikove sposobnosti pri obavljanju osobne higijene.

Koristeći se dole navedenim intervencijama bolesnik će biti zadovoljan vlastitim postignućima, unatoč postojećim ograničenjima:

- ✓ osigurati privatnost bolesniku,
- ✓ održavati osobnu higijenu u istim vremenskim periodima,
- ✓ promatrati i uočavati moguće promjene na koži i okolnom tkivu,
- ✓ poticati bolesnika na što samostalnije održavanje osobne higijene,
- ✓ ohrabriti bolesnika prilikom svakog samostalnog koraka u obavljanju osobne higijene.

**2c. Smanjena mogućnost obavljanja nužde** - smanjenje bolesnikove sposobnosti pri obavljanju nužde tj. pri vršenju eliminacije.

Koristeći se dole navedenim intervencijama bolesnik će biti zadovoljan vlastitim postignućima, unatoč postojećim ograničenjima:

- ✓ osigurati privatnost bolesniku,
- ✓ poticati bolesnika na što samostalnije obavljanje nužde,
- ✓ pripomagati bolesniku pri obavljanju nužde,
- ✓ osigurati mu dovoljno vremena te potrebna pomagala prilikom eliminacije.

**2d. Smanjena mogućnost odijevanja/dotjerivanja** - smanjenje bolesnikove sposobnosti pri obavljanju aktivnosti vlastitog odijevanja i dotjerivanja.

Koristeći se dole navedenim intervencijama bolesnik će biti zadovoljan vlastitim postignućima, unatoč postojećim ograničenjima:

- ✓ osigurati privatnost bolesniku,
- ✓ poticati bolesnika na što samostalno odijevanje,
- ✓ preporučiti bolesniku nošenje lagane i široke odjeće.

**3. Smanjeno podnošenje napora** - nemogućnost obavljanja fizičkih aktivnosti bez osjećaja umora.

Uz pomoć sestrinskih intervencija bolesnik će očuvati najveću razinu kognitivnih sposobnosti, racionalno trošiti energiju te će prihvatiti pomoć i podršku obitelji i zdravstvenih djelatnika:

- ✓ ukratko objasniti bolesniku njegovo sadašnje stanje,
- ✓ napraviti raspored aktivnosti uz učestale odmore,
- ✓ motivirati bolesnika te mu pružiti podršku i ohrabrenje.

**4. Visok rizik za pad** - zbog poremećaja orijentacije i snalaženja u prostoru te same Alzheimerove bolesti, bolesnik je sklon padovima.

Pravilnim korištenjem sestrinskih intervencija bolesnik neće doći u opasnost od pada.

Sestrinske intervencije moraju:

- ✓ omogućiti bolesniku adekvatna pomagala prilikom kretanja,
- ✓ osvijetliti prostoriju radi boljeg uočavanja puta te prepreka,
- ✓ ukloniti sve negativne čimbenike koji mogu dovest do pada,
- ✓ omogućiti kontinuirani nadzor bolesnika.

**5. Socijalna izolacija** - predstavlja bolesnikovu usamljenost, zbog nemogućnosti uspostave adekvatnih odnosa.

Pridržavanjem sestrinskih intervencija bolesnik će razvijati kvalitetnije odnose s okolinom.

U tom smislu treba:

- ✓ poticati bolesnika na uspostavljanje adekvatnih odnosa s okolinom,
- ✓ osigurati bolesniku željeno vrijeme posjeta,
- ✓ uključiti bolesnika u grupu s istovjetnim problemima,
- ✓ ohrabriti bolesnika prilikom svakog uspješnog koraka.

**6. Lutanje** - konstantno ponavljanje jednoličnih radnji zbog samog utjecaja Alzheimerove bolesti.

Pridržavanjem sestrinskih intervencija bolesnik će se kretati u smjeru poznatih destinacija:

- ✓ razmotriti znakove kretanja bolesnika,
- ✓ ispuniti čitavi dnevni program aktivnosti,
- ✓ potaknuti bolesnika na iskazivanje potrebe u bilo kojem trenutku,
- ✓ postaviti mjere opreza, korištenjem vizualnih slika i znakova.

U završnom stadiju bolesti dolazi do razvoja novih visoko rizičnih sestrinskih dijagnoza uz samu prisutnost gore navedenih aktualnih dijagnoza. Visoko rizične dijagnoze u ovom slučaju nastaju kao posljedica nepokretnosti. Tu spadaju (24):

**1. V/r za oštećenje integriteta kože** - prilikom dugotrajnog pritiska, učestalog trenja dolazi do raznih oštećenja kože.

Zadaća medicinske sestre je provoditi slijedeće intervencije:

- ✓ spriječiti moguća trenja i razvlačenja,
- ✓ mijenjati položaj bolesnika u krevetu svako 2 sata,
- ✓ provoditi redovitu i pravilnu zdravstvenu njegu,
- ✓ koristiti pH neutralne sapune i kreme sa zaštitnim djelovanjem,
- ✓ kontrolirati redovito izgled kože,
- ✓ osigurati kvalitetnu prehranu i dovoljan unos tekućine.

**2. V/r za nastanak dekubitusa** - nastaje zbog dugotrajnog pritiska na kožu.

Zadaća medicinske sestre je provoditi slijedeće intervencije:

- ✓ kontrolirati izgled kože i pravodobno uočiti promjene ( pojava crvenila, toplina, itd.),
- ✓ mijenjati položaj bolesnika u krevetu svako 2 sata,
- ✓ podučiti bolesnika i obitelj o mogućim rizicima, prevenciji i kontroli nastanka dekubitusa.

**3. V/r za opstipaciju** – zbog same fizičke neaktivnosti može doći do opstipacije.

Zadaća medicinske sestre je provoditi slijedeće intervencije:

- ✓ osigurati bolesniku do 2000 ml tekućine dnevno te unošenje vlakana putem prehrane,
- ✓ omogućiti provođenje pasivnih vježbi u krevetu,
- ✓ kontrolirati i evidentirati učestalost stolice.

**4. V/r za trombozu dubokih vena** - ne predstavlja zasebnu dijagnozu, već je dio dviju dijagnoza: visok rizik za komplikacije smanjenje pokretljivosti te oštećenje periferne cirkulacije.

Zadaća medicinske sestre je provoditi slijedeće intervencije:

- ✓ ukloniti sve čimbenike koji dovode do usporavanja cirkulacije (dugotrajno stajanje, križanje noge preko noge, itd.),
- ✓ postaviti elastični zavoj zbog povećavanja cirkulacije kroz duboke vene,
- ✓ provoditi vježbe dubokog disanja,
- ✓ praviti učestale promjene položaja u krevetu.

Također može doći i do pojave respiratornih i urinarnih infekcija. Potrebno je redovito promatrati bolesnika, brinuti se za higijenu, osigurati dovoljno tekućine te osigurati normalne makroklimatske uvjete.

Zaključno iz svega gore navedenog, zadaća medicinske sestre je od samog procjenjivanja statusa bolesnika, uzimanja anamnestičkih podataka, utvrđivanja prioriteta, definiranja ciljeva, planiranja sestrinskih intervencija, izvođenja samih intervencije te kontinuirano provođenje evaluacije (24).



## 4. ZAKLJUČAK

Alzheimerova bolest predstavlja veliki teret samom bolesniku, njegovoj obitelji i okolini. Od velike je važnosti pravovremeno postavljanje dijagnoze te što ranije započeti s liječenjem. Iako ne postoji pravi lijek, ali drugi lijekovi donekle ublažavaju i olakšavaju same simptome bolesti. Kako bolest napreduje, bolesnik postaje sve manje sposoban brinuti se o samom sebi te mu je potrebna pomoć druge osobe.

Osoba koja se zauzme za skrbnika oboljelog, svjesno preuzima veliku odgovornost te se mora maksimalno prilagoditi bolesniku. Kvalitetnom komunikacijom te borbom protiv stigme bolesnika, uvelike doprinosimo bolesniku i poboljšavamo njegov status u društvu. Svjetski dan Alzheimerove bolesti obilježava se 21. rujna, prilikom kojeg se organiziraju različita zbivanja s ciljem podizanja svijesti o ovoj bolesti. U Hrvatskoj postoji udruga za Alzheimerovu bolest koja također ima za cilj razvoj društvene svijesti te organiziranje pomoći i različitih oblika skrbi za ove bolesnike.

Nikada ne smijemo zaboraviti glavnu zadaću medicinske sestre, a to je očuvanje identiteta bolesnika, zaštita njegovih prava i suosjećanje s bolesnikovom boli i patnjom.

Medicinska sestra svojom empatičnošću, suosjećanjem, znanjem i kompetentnošću može pomoći bolesniku i obitelji, od samog davanja podrške pa do pružanja kompleksne zdravstvene njege. Putem edukacije, kvalitetne sestrinske skrbi te podizanjem svijesti ostale populacije može se doprinijeti razvoju i poboljšanju uvjeta osobama oboljelih od Alzheimerove bolesti.

Medicinskoj sestri još veći izazov predstavlja sama nepovjerljivost dementnih bolesnika te ona mora pomno razraditi plan kako pristupiti bolesniku, kako pridobiti njegovo povjerenje i kako mu omogućiti sigurnu okolinu. Sestrinska uloga se mijenja tijekom stadija bolesti i zahtijeva korištenje intuicije, kako bi mogla prepoznati potrebe koje se javljaju tijekom pojedinih stadija bolesti te mora kontinuirano raditi na razvoju svojih znanja i vještina. Tijekom različitih stadija bolesti dolazi i do potreba za promjenom pristupa sestrinske skrbi.

Uz adekvatno pruženu sestrinsku skrb i njegu preostaje još jedna važna komponenta, a to je evidentiranje sestrinske dokumentacije, koja uvelike doprinosi kvaliteti sestrinske skrbi.

## 5. LITERATURA

1. Brinar V, et al. Neurologija za medicinare. Zagreb: Medicinska naklada; 2009.
2. Duraković Z, et al. Gerijatrija - Medicina starije dobi. Zagreb: Medicinska naklada; 2005.
3. Mimica N. Demencija i palijativna skrb. Neurologia Croatica; 2011.
4. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
5. Mortimer JA, Snowdon DA, Markesbery WR. Head circumference, education and risk of dementia: findings from the Nun Study. J Clin Exp Neuropsychol; 2003.
6. Tomek-Roksandić S, Mimica N, Kušan Jukić M, et al. Alzheimerova bolest i druge demencije: Rano otkrivanje i zaštita zdravlja; 2017.
7. Reisberg B, Ferris SH, de Leon MJ, et al. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry, 1982, 39:1136-1139.
8. Pecotić Z, Babić T, Dajčić M, Zarevski P. Demencija kod Alzheimerove bolesti. Brošura Hrvatske udruge za Alzheimerovu bolest. Zagreb; 2001.
9. Victor M, Ropper AH. Degenerative diseases of the nervous system. In Adams and Victor' s Principles of Neurology, London: The Me Graw- Hill; 2001.
10. Mimica N, Presečki P. Alzheimerova bolest - epidemiologija, dijagnosticiranje i standardno farmakološko liječenje. Medix; 2012.
11. Izvor [Internet]. Dostupno na: <https://www.alz.co.uk/global-solutions>
12. Baklajić Ž. Zdravstveno stanje i zdravstvena zaštita pučanstva starije životne dobi u Republici Hrvatskoj. Zagreb; Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2005.
13. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) Alzheimerova bolest. Zagreb; 2017.
14. Corey-Bloom J, Thal LJ, Galasko D, et al. Diagnosis and evaluation of dementia. Neurology; 1995 45 (2) 211-218;
15. Babić T, Folnegović-Šmalc V, Henigsberg N. Racionalna dijagnostika i liječenje Alzheimerove bolesti. Neurol Croat; 1999.
16. Mimica N, Presečki P. How do we treat people with dementia in Croatia. Psychiat Danub; 2010.
17. Shah R. The role of nutrition and diet in Alzheimer disease: a systematic review J. Am Med Dir Assoc.; 2013.

18. Mimica N. Komunikacija s osobom oboljelom od demencije. Medix 2011.
19. Mimica N, Dajčić V, Dajčić T et al. Alzheimer Disease Societies Croatia- raising awareness and fighting stigma through arts. 5<sup>th</sup> Croatian Congress on Alzheimer's Disease. Neurol Croat; 2010.
20. Taylor R. Alzheimer's from the Inside Out. 3rd ed. Baltimore: Health Professions Press, 2008
21. Laklija M, Milić Babić M, Rusac S. Neki aspekti skrbi o članu obitelji oboljelom od Alzheimerove bolesti. Ljetopis socijalnog rada 2009., 16 (1), 69-89 str.
22. Poredoš D. Alzheimerova bolest i obitelj. Ljetopis socijalnog rada; 2003.
23. Tew CW, Tan LF, Luo N, Ng WY, Yap P. Why family caregivers choose to institutionalize a loved one with dementia: a Singapore perspective. Dement Geriatr Cogn Disord; 2010.
24. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze; 1996.
25. Izvor [Internet]. Dostupno na: <https://www.pbsvi.hr/odjeli/odjel-za-demencije/>
26. Fučkar G. Proces zdravstvene njege, Nakladnik Zagreb, Zagreb; 1992.
27. Mimica N. Demencija i palijativna skrb Neurol. Croat. Vol. 60, 3-4; 2011.
28. Izvor [Internet]. Dostupno na: <https://dzz-centar.hr/primarna-zdravstvena-zastita/patronazna-zdravstvena-zastita/>
29. Brotons M, Roger S, Pickett-Cooper P. Music and dementias: A review of literature. Journal of Music Therapy; 1997.
30. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, et al. Sestrinske dijagnoze 3; Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.

## 6. SAŽETAK

Alzheimerova bolest spada pod neurodegenerativne bolesti te podrazumijeva propadanje moždane kore i okolnih moždanih struktura i vodi ka odumiranju moždanih stanica tijekom vremena.

AD spada pod najčešći tip demencije. U početku bolesnikovi simptomi su blagi, ali napreduju tijekom vremena i bolesniku je potrebna 24-h skrb.

Postoje tri glavna stadija bolesti: početni ili blagi stadij, Alzheimerove bolesti umjereni stadij, završni ili ozbiljni stadij Alzheimerove bolesti. Sva tri stadija uključuju simptome kao što je gubitak sposobnosti pamćenja, gubitak stvari, gubitku orijentacije, lošem razumijevanju i donošenju odluka, uporabi svakodnevnih kućanskih aparata i zaboravljanju poznatih lica.

Iako ne postoji lijek za Alzheimerovu bolest možemo implementirati elemente skrbi kao što su: praćenje razvoja stanja, uključivanje u aktivnosti i sudjelovanju u grupama podrške.

Zadaća medicinske sestre je pružanje podrške bolesniku, educiranje bolesnika i njegove obitelji te adekvatno pružanje zdravstvene njege sukladno različitim stadijima Alzheimerove bolesti.

## **7. SUMMARY**

As a neurodegenerative disease, Alzheimer's disease is characterized by a deterioration in the cerebral cortical tissue and adjacent brain structures which leads to brain cell death over time.

It is general knowledge that Alzheimer's is most common type of dementia. At first patient symptoms are mild but they progress over time and the patient needs full medical assistance for 24 hours.

There are three main stages, preclinical, mild cognitive and dementia. They all include symptoms like reduced ability to remember, misplacing, getting lost, poor understanding, for choice making using regular everyday house full appliances and forgetting familiar faces.

Even though there is no cure we can implement elements of care such as the conditions that occur, activities and support groups.

Nurse's mission is providing support for the patient, educating them and their family in general providing nursing care according to different stages of Alzheimer's disease.

## 8. ŽIVOTOPIS

### *Osobni podatci:*

**Ime i prezime:** Ines Radanović  
**Datum i mjesto rođenja:** 1.8.1997. Split, Hrvatska  
**Adresa:** Jobova 1, 21000 Split  
**E-mail:** [ines.radanovic17@gmail.com](mailto:ines.radanovic17@gmail.com)

### *Obrazovanje:*

- 2004.-2012. - Osnovna škola "Spinut", Split
- 2012.- 2016. - Srednja zdravstvena škola "Dental Centar Marušić"- Split, zanimanje: fizioterapeutski tehničar
- 2015./2016. – danas Preddiplomski sveučilišni studij sestrinstva – Split

### *Stečeno iskustvo:*

Prilikom studiranja, zahvaljujući svojim profesorima i mentorima stekla sam različita iskustva i kompetencije u različitim zdravstvenim djelatnostima. Najviše prakse stekla sam prilikom provođenja zdravstvene njege u različitim ustanovama od bolnice do domova, gdje sam imala priliku po prvi put se susresti s bolestima iz različitog spektra, adekvatnom načinu pristupanja bolesnicima te samom pružanju sestrinske skrbi.

### *Vještine:*

- Vozačka dozvola B kategorije
- Rad na računalu (MS Office)
- Strani jezik – engleski: aktivno u govoru i pismu