

Značaj sestrinske skrbi u poboljšanju kvalitete života oboljelih od Parkinsonove bolesti

Jelavić, Paula

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

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:176:565105>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-09**

Repository / Repozitorij:



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



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

Paula Jelavić

**ZNAČAJ SESTRINSKE SKRBI U POBOLJŠANJU
KVALITETE ŽIVOTA OBOLJELIH OD PARKINSONOVE
BOLESTI**

Split, 2021.

SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ

SESTRINSTVO

Paula Jelavić

**ZNAČAJ SESTRINSKE SKRBI U POBOLJŠANJU
KVALITETE ŽIVOTA OBOLJELIH OD PARKINSONOVE
BOLESTI**

**THE IMPORTANCE OF NURSING CARE IN IMPROVING
THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PARKINSON'S
DISEASE**

Završni rad/ Bachelor's Thesis

Mentor:

Mario Marendić, mag. med. techn.

Split, 2021.

Zahvala:

Zahvaljujem se mentoru Mariu Marendiću, mag. med. techn. na pruženoj podršci i nesebičnoj pomoći, pristupačnosti i brojnim udijeljenim savjetima tijekom studiranja i izrade završnog rada. Najveća hvala mom suprugu i obitelji na podršci i strpljenju tijekom studiranja.

Hvala mojim prijateljima i kolegama, Antoniu Pavloviću i Aniti Đuderiji, na uljepšanim studentskim danima.

TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA

ZAVRŠNI RAD

Sveučilište u Splitu

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Sveučilišni preddiplomski sestrinstvo

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Mentor: Mario Marendić, mag. med. techn.

ZNAČAJ SESTRINSKE SKRBI U POBOLJŠANJU KVALITETE ŽIVOTA OBOLJELIH OD PARKINSONOVE BOLESTI

Paula Jelavić, 41431

SAŽETAK:

Parkinsonova bolest je kronična progresivna neurodegenerativna bolest koja je karakterizirana propadanjem dopaminergičnih neurona u supstanciji nigri. Bolest se očituje pojavom motoričkih i nemotoričkih simptoma te narušava sposobnost kretanja. Razvoj bolesti je polagan, tako da do primjećivanja prvih tegoba može doći tek nakon nekoliko mjeseci ili godina nakon pojave simptoma. Dijagnoza Parkinsonove bolesti uglavnom se postavlja klinički, budući da nema nijedan pouzdan test ili pretraga koja može potvrditi bolest. Osnova liječenja Parkinsonove bolesti je simptomatsko liječenje, stoga su kontrola motoričkih simptoma i poboljšanje kvalitete života osnovni ciljevi liječenja. Kod pacijenata oboljelih od Parkinsonove bolesti pravilna i uravnotežena prehrana je ključan čimbenik djelotvornosti terapije budući da mnogi antiparkinsonici bolju djelotvornost postižu uz adekvatnu prehranu. Parkinsonova bolest uvelike smanjuje kvalitetu života pacijenta budući da svojim simptomima i komplikacijama sprječavaju čovjeka u njegovom ostvarenju svakodnevnih aktivnosti, stoga je cilj sestrinske skrbi pacijenta smanjiti ili ukloniti simptome bolesti i omogućiti pacijentu da postigne što je moguće najvišu razinu kvalitete života. Pri planiranju zdravstvene njege bitno je pridržavati se načela zdravstvene njege, a to je da je skrb usmjerena isključivo prema pacijentu kao prema pojedincu, da mu se pristupa holistički gdje je pacijent u centru zbivanja te uključuje njegovo tijelo, um i duh.

Ključne riječi: Parkinsonova bolest, simptomi, liječenje, sestrinska skrb

Rad sadrži: 38 stranica, 6 slika, 40 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR'S THESIS

University of Split

University Department for Health Studies

University undergraduate nursing

Scientific area: Biomedicine and health

Scientific field: Clinical medical sciences

Supervisor: Mario Marendić, mag. med. techn.

THE IMPORTANCE OF NURSING CARE IN IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Paula Jelavić, 41431

SUMMARY:

Parkinson's disease is a chronic progressive neurodegenerative disease characterized by the breakdown of dopaminergic neurons in the substantia nigra. The disease is manifested by the appearance of motor and non-motor symptoms and impairs the ability to move. The development of the disease is slow, so that the first symptoms can be noticed only after a few months or years after the onset of symptoms. The diagnosis of Parkinson's disease is generally made clinically, as there is no reliable test or examination that can confirm the disease. The basis of Parkinson's disease treatment is symptomatic treatment, so controlling motor symptoms and improving quality of life are the main goals of treatment. In patients with Parkinson's disease, a proper and balanced diet is a key factor in the effectiveness of therapy, as many antiparkinsonian drugs achieve better efficacy with adequate nutrition. Parkinson's disease greatly reduces the quality of life of the patient because its symptoms and complications prevent a person in his daily activities, so the goal of nursing care is to reduce or eliminate the symptoms of the disease and enable the patient to achieve the highest possible quality of life. When planning health care, it is important to adhere to the principles of health care, which is that care is directed exclusively to the patient as an individual, to be approached holistically where the patient is at the center of events and includes his body, mind and spirit.

Keywords: Parkinson's disease, symptoms, treatment, nursing care

Thesis contains: 38 pages, 6 figures, 40 references

Original in: Croatian

SADRŽAJ

SAŽETAK.....	I
SUMMARY.....	II
SADRŽAJ	III
1. UVOD.....	1
1.1. EPIDEMIOLOGIJA.....	2
1.2. ETIOLOGIJA PARKINSONOVE BOLESTI	2
1.3. SIMPTOMI BOLESTI.....	4
1.3.1. Motorički simptomi.....	4
1.3.2. Nemotorički simptomi.....	6
1.4. DIJAGNOSTIKA PARKINSONOVE BOLESTI.....	7
1.5. LIJEČENJE PARKINSONOVE BOLESTI.....	8
1.5.1. Farmakološko liječenje.....	8
1.5.1.1. <i>Opća načela terapije kod Parkinsonove bolesti</i>	<i>13</i>
1.5.2. Nefarmakološko liječenje Parkinsonove bolesti	14
1.5.2.1. <i>Kirurške metode liječenja Parkinsonove bolesti.....</i>	<i>14</i>
1.5.2.2. <i>Tjelesna aktivnost i fizikalna terapija</i>	<i>15</i>
1.5.2.3. <i>Psihološka terapija oboljelih</i>	<i>16</i>
1.5.2.4. <i>Prehrana oboljelog od Parkinsonove bolesti</i>	<i>16</i>
2. CILJ RADA	18
3. RASPRAVA.....	19
3.1. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE PACIJENTA S PARKINSONOVOM BOLEŠĆU	20
3.1.1. Problemi iz područja zdravstvene njege kod oboljelog od Parkinsonove bolesti	23
3.1.1.1. <i>Aktualni problemi iz područja zdravstvene njege kod oboljelih od Parkinsonove bolesti</i>	<i>23</i>
3.1.1.1.1. <i>Smanjena mogućnost brige o sebi</i>	<i>24</i>
3.1.1.1.2. <i>Poteškoće u komunikaciji</i>	<i>25</i>
3.1.1.1.3. <i>Smanjena pokretljivost</i>	<i>26</i>
3.1.1.1.4. <i>Smanjeno podnošenje napora.....</i>	<i>26</i>
3.1.1.1.5. <i>Disfagija</i>	<i>27</i>
3.1.1.1.6. <i>Socijalna izolacija i depresivne smetnje.....</i>	<i>28</i>

3.1.1.1.7.	<i>Opstipacija</i>	28
3.1.1.1.8.	Urinarna inkontinencija	29
3.1.1.2.	<i>Potencijalni problemi u zdravstvenoj njezi kod oboljelog od Parkinsonove bolesti</i>	29
3.1.1.2.1.	<i>Visok rizik za infekciju</i>	30
3.1.1.2.2.	<i>Visok rizik za pad</i>	30
3.1.1.2.3.	<i>Visok rizik za aspiraciju</i>	31
4.	ZAKLJUČAK	32
5.	LITERATURA	33
6.	ŽIVOTOPIS	38

1. UVOD

Parkinsonova bolest je kronična progresivna neurodegenerativna bolest koja je karakterizirana propadanjem dopaminergičnih neurona u supstanciji nigri i široko prisutnim unutarstaničnim proteinom, alfa sinukleinom. Bolest često započinje laganim tremorom prstiju ili šake koje se kasnije razvija uz ritmičko podrhtavanje. Izvođenje kompliciranih ili finih pokreta uskoro postaje ograničeno zbog ukočenosti mišića i nespretnih rigidnih pokreta. Navedeni početni simptomi mogu se pojavljivati u isto vrijeme i jednakim intenzitetom, ali često su prisutni samo neki simptomi manjeg ili većeg intenziteta (1).

S obzirom na široku prisutnost motoričkih i nemotoričkih simptoma, Parkinsonova bolest ima značajan utjecaj na kvalitetu života oboljelog. Iako je teško odrediti i objasniti što je poželjna kvaliteta života, postoje brojni standardi i ljestvice za procjenu kvalitete života (1). Jedna od takvih ljestvica je objedinjena ljestvica za ocjenu Parkinsonove bolesti, poznata kao MDS-UPDRS ljestvica za kvantificiranje napredovanje Parkinsonove bolesti (2). Ljestvica se sastoji od tri dijela kojima je fokus procjena onesposobljenosti, odnosno motoričkih i nemotoričkih smetnji te četvrtog dijela koji se odnosi na komplikacije motorike koji su izazvani uzimanjem antiparkinsonika (3).

Osnova liječenja Parkinsonove bolesti je simptomatsko liječenje, stoga su kontrola motoričkih simptoma i poboljšanje kvalitete života osnovni ciljevi liječenja oboljelih od ove bolesti. Prema tome se upotrebljavaju lijekovi koji djeluju direktno na dopaminske receptore ili oni koji povisuju razinu dopamina (3). Osim uzimanja terapije, izuzetno je važno istaknuti i aktivnosti medicinske sestre koja pacijentu pomaže prihvatiti dijagnozu, koja ga svojim pružanjem zdravstvene njege educira o mogućnostima rješavanja aktualnih i potencijalnih problema iz područja zdravstvene njege te na taj način olakšava pacijentu fazu prihvaćanja i nošenje s bolešću. Oboljeli se često socijalno izoliraju zbog pojave simptoma koji im ometaju svakodnevne aktivnosti, stoga je važno uključiti obitelj kao podršku u svrhu jačanja samopouzdanja i otklanjanja i osjećaja nesigurnosti kod pacijenta (1).

1.1. EPIDEMIOLOGIJA

Procjenjuje se da u svijetu danas ima oko sedam do deset milijuna oboljelih od Parkinsonove bolesti. Godišnja incidencija iznosi oko 5 – 35 oboljelih na 100 000 ljudi, dok globalna prevalencija iznosi 0.3% i raste s dobi (4). Prevalencija i učestalost uvelike se razlikuju u cijelom svijetu. Općenito, prevalencija je veća u Europi i Sjedinjenim Državama nego u drugim zemljama i relativno je ujednačena. U azijskim, latinoameričkim i afričkim zemljama niža je, posebno na Afričkom kontinentu. Te bi razlike mogle djelomično biti posljedica specifičnih čimbenika proučavane populacije to jest, veće stope smrtnosti zbog nižih ekonomskih resursa (1). Najčvršće utvrđeni faktori rizika su starenje i muški spol (1). U Hrvatskoj ima više od 15 000 oboljelih od Parkinsonove bolesti te je uglavnom zahvaćena muška populacija starija od 60 godina (5).

1.2. ETIOLOGIJA PARKINSONOVE BOLESTI

Prvi opis ove bolesti dao je dr. James Parkinson davne 1817. godine u svom radu kojeg je nazvao „drhtava paraliza“, a koji je potpuno promijenio znanje i razumijevanje ove bolesti te se proučavanje nastanka, razvoja i liječenja počelo gledati sa svih polja – genetike, patologije, dijagnostike i liječenja. Etiologija Parkinsonove bolesti nije u potpunosti razriješena. Osnovna pretpostavka je da bolest nastaje udruživanjem različitih genetskih i okolišnih čimbenika. Osobe koje imaju pozitivnu anamnezu u obitelji imaju dva puta veći rizik za razvoj ove bolesti. Ostali čimbenici koji se ističu su poglavito traume glave te kod njih postoji čak za četiri puta veći rizik u odnosu na ostalu populaciju. Ostali čimbenici za koje se smatra da mogu doprinijeti nastanku bolesti su starija dob, život u ruralnoj sredini, izloženost pesticidima i bunarskoj vodi te poljoprivredna aktivnost (4).

Za nastanak bolesti su također važne i osobine ličnosti, pa se smatra da osobe koje su introverti, povučene, stidljive te one koje su pedantne, opsesivne ili depresivne su također u povećanom riziku za nastanak ove bolesti (4). Čimbenici koji umanjuju

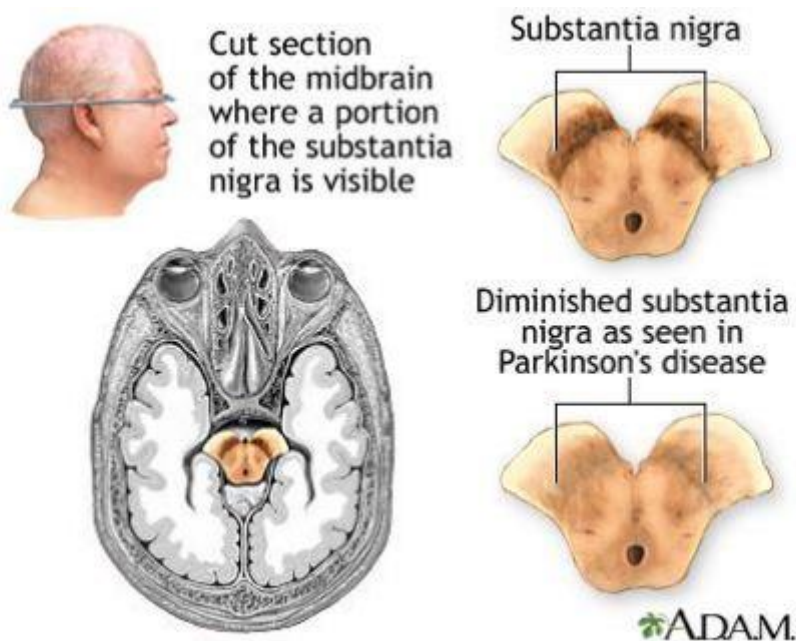
moгуćnost nastanka Parkinsonove bolesti su konzumiranje čaja ili kave, redovito bavljenje tjelesnom aktivnošću te upotreba nestereoidnih protuupalnih lijekova (4).

Postoje tri etiološke skupine Parkinsonove bolesti (1).

Prvi je idiopatski oblik u kojem su zahvaćene središnje stanice u supstanciji nigri, ali mu pravi uzrok nije poznat.

Sljedeći oblik je postencefalitični oblik gdje razgradnja i nestanak ganglijskih stanica zahvaća difuzno cijelu jezgru, a ne samo određene neurone.

Treći je neuroleptični oblik koji se javlja nakon povećane primjene neuroleptika tijekom liječenja psihijatrijskih bolesnika i hipertenzije. Stanje nije ireverzibilno te se prekidom terapije spontano vraća u prvobitno stanje i simptomi Parkinsonove bolesti nestaju. Ono što je zajedničko u sva tri oblika je nedostatak dopamina u neostriyatumu. Razina deficita korelira sa težinom simptoma, pa se tako smatra da je potreban deficit veći od 80% dopamina u striyatumu i nigralnih simptoma da bi se razvili motorički simptomi i da bi klinička slika bila posve jasna (1).



Slika 1. Substantia nigra kod oboljelog od Parkinsonove bolesti.

Izvor [Internet], dostupno na:

http://stemcelltreatments.in/yahoo_site_admin/assets/images/parkinsons_Disease.74162745_std.jpg

1.3. SIMPTOMI BOLESTI

Simptomi Parkinsonove bolesti se dijele na motoričke i nemotoričke te se pojavljuju postepeno, a pacijent tegobe može zamijetiti mjesecima i godinama kasnije. Nedostatak dopamina u bazalnim ganglijima dovodi do pojave karakterističnih motoričkih poremećaja kao što su bradikinezija, tremor, ukočenost te u kasnijoj fazi dolazi do posturalne nestabilnosti (6). Dalje se često pojavljuju sekundarni simptomi kao što su poremećaji eliminacije, poremećaji spavanja, prisutne su vrtoglavice te smetnje s govorom, gutanjem, disanjem i seksualna disfunkcija (1).

1.3.1. Motorički simptomi

Prevladavajući motorički simptomi su bradikinezija, tremor, rigor i posturalna nestabilnost. Kada simptomi bolesti postanu izraženiji, pacijent ima poteškoća s radom ruku i hodanjem i sklon je padovima (7).

Bradikinezija se odnosi na usporenost pokreta i najkarakterističnije je kliničko obilježje Parkinsonove bolesti. Bradikinezija je obilježje poremećaja bazalnih ganglija i obuhvaća poteškoće s planiranjem, pokretanjem i izvršavanjem pokreta. Početna manifestacija je često usporenost u obavljanju svakodnevnih aktivnosti te polagano vrijeme kretanja i reakcije što može uključivati poteškoće pri zadacima koji zahtijevaju finu motoriku kao što su zakopčavanje ili korištenje posuđa. Ostale manifestacije bradikinezije uključuju gubitak spontanih pokreta i gestikulacija, pojačano lučenje slina zbog oštećenja gutanja, gubitak izraza lica (hipomimija) i smanjeno treptanje te smanjeno zamahivanje rukama u hodu. Bradikinezija uvelike ovisi o emocionalnom stanju pacijenta, pa tako nepokretni pacijenti pri uzbuđenju mogu napraviti brze i nagle pokrete kao što je primjerice hvatanje lopte (8).

Tremor koji se javlja u mirovanju najčešće je jednostran i gotovo je uvijek izraženi u distalnom dijelu ekstremiteta. Drhtanje se često širi iz jedne ruke u drugu, a može zahvatiti i usne, bradu, čeljust i noge. Karakteristično je da drhtanje nestaje obavljanjem nekakve aktivnosti i tijekom spavanja. Važno je istaknuti i posturalni tremor koji se često javlja zauzimanjem ispruženog vodoravnog položaja no njegova

pojavnost varira među pacijentima i tijekom bolesti (8). Posturalni tremor je sličan esencijalnom koji se javlja tijekom aktivnosti i mentalne koncentracije, ali za razliku od njega, posturalni tremor odgovara na dopaminergičku terapiju. Neki pacijenti nemaju pojavu tremora, ali se pojavljuje unutarnji tremor, koji nije vidljiv (9).

Rigidnost karakterizira povećan otpor prilikom izvođenja kretnji, a kada je udružen s drhtanjem stvara se efekt „zupčastog kotača“ zbog isprekidanosti pasivnih pokreta. Može se manifestirati proksimalno (primjerice. vrat, ramena, bokovi) i distalno (primjerice. zapešća, gležnjevi). Pojava rigidnosti često može biti povezana s boli, pa je tako bol u ramenu jedan od prvih pokazatelja Parkinsonove bolesti, međutim često se zna zamijeniti s burzitisom ili artritismom (8).

Krutosti vrata i trupa mogu rezultirati abnormalnim aksijalnim položajima što dovodi do posturalne deformacije koje rezultiraju flektiranim držanjem vrata i trupa te flektiranim laktovima i koljenima, međutim savijanje trupa javlja se tek u kasnijim fazama bolesti (8).

Posturalna nestabilnost nastaje zbog gubitka posturalnih refleksa i općenito je manifestacija kasnih stadija Parkinsonove bolesti. U svrhu procjene stupnja retropulzije i propulzije izvodi se test povlačenja gdje se pacijentu ramena brzo povlače natrag ili naprijed, a poduzimanje više od dva koraka unatrag ili odsutnost bilo kakvog posturalnog odgovora ukazuje na abnormalan posturalni odgovor. Posturalna nestabilnost, zajedno sa smrzavanjem hoda (tzv. „fenomen zaleđivanja“), najčešći je uzrok padova i značajno doprinosi riziku od prijeloma kuka (8, 9).



Slika 2. Motorički simptomi oboljelog od Parkinsonove bolesti.

Izvor [Internet], dostupno na: <https://www.holisticfusion.it/wp-content/uploads/2020/03/file-20190416-147480-1u0rglv-768x829.png>

1.3.2. Nemotorički simptomi

Nemotorički simptomi dijele se u kognitivne poremećaje, bihevioralne poremećaje, senzorne poremećaje, promjene u spavanju te autonomnu disfunkciju (3). Najčešće se pojavljuju godinama prije, a svojim dugim trajanjem narušavaju kvalitetu života značajnije od motoričkih smetnji. Ovi simptomi dobro reagiraju na terapiju međutim često ostanu neprepoznati do pojave drugih motoričkih simptoma (4).

U autonomne poremećaje spadaju disfunkcija mokraćnog mjehura, crijeva i seksualne funkcije, kao i kardiovaskularne komplikacije poput posturalne hipotenzije (4).

Senzorni simptomi, a posebno bol, česta su nemotorička obilježja Parkinsonove bolesti. Gotovo svi bolesnici imaju barem jedan senzorni simptom, a takvi se simptomi povećavaju težinu s napredovanjem bolesti. Hiposmija ili anosmija razvija se u više od 90% bolesnika, obično je dvostrana i može prethoditi nastanku motoričkih značajki

povezanih s nedostatkom dopamina (10). Vizualni poremećaji su česti, a incidencija vizualnih halucinacija i diplopije (dvostrukog vida) kod Parkinsonove bolesti raste s napredovanjem bolesti. Oštećenje oštine vida ne poboljšava se dopaminergičnom terapijom(10).

Poremećaji sna i budnosti utječu na većinu oboljelih, a njihova se prevalencija povećava s trajanjem bolesti. Takvi poremećaji imaju razne oblike pa uključuju dnevnu somnolenciju i „napade spavanja“ te poremećaje noćnog spavanja koji uključuju nesanicu, često, produljeno buđenje, povremene pokrete udova, sindrom nemirnih nogu i akatiziju. Povratak motoričkih simptoma kad se učinci lijeka istroše tijekom noći, noćne more, halucinacije i pojava nikturije mogu pogoršati poremećaje spavanja (10).

Kognitivni poremećaji obuhvaćaju pojavu demencije, depresije i anksioznih poremećaja (3). Nastalu demenciju karakteriziraju nedostaci vizualne prostorne konstrukcije i prepoznavanja, semantički i epizodni gubitak pamćenja. Depresija povezana s Parkinsonovom bolešću generalno je blaža, iako češće uključuje apatiju, duševno stanje karakterizirano smanjenjem i odsustvom interesa, depresijom osjećaja i ravnodušnosti prema događajima i ljudima oko sebe i anhedoniju, gubitak sposobnosti osjećaja zadovoljstva (10, 11, 12). Ona je složeni fenomen koji može biti posljedica patologije same bolesti, reakcija na onesposobljenost ili zaseban fenomen (10). Anksioznost pogađa gotovo 60% pacijenata, a obuhvaća generaliziranu anksioznost (strepnju, strah i zabrinutost), napade panike i socijalne fobije (10).

1.4. DIJAGNOSTIKA PARKINSONOVE BOLESTI

Dijagnoza Parkinsonove bolesti uglavnom se postavlja klinički, budući da nema nijedan pouzdan test ili pretraga koja može potvrditi bolest, stoga je iznimno važno znanje i iskustvo liječnika u postavljanju same dijagnoze. Važno je temeljito uzeti anamnezu, pojavnost simptoma te izvršiti fizikalni pregled oboljelog. Zbog kasne pojave simptoma, kada je gotovo 80% neurona uništeno, dijagnostika u ranim fazama često nije moguća (13).

Značajan pomak napravila je upotreba levodope za liječenje ove neurodegenerativne bolesti te je značajno produljila životni vijek oboljelih. Danas je za

dijagnosticiranje poznat test levodopom gdje je pozitivan odgovor na levodopu jedan od kriterija za dijagnosticiranje idiopatskog tipa Parkinsonove bolesti (14). Ipak, levodopni test treba uzeti s rezervom zbog velikog broja lažno pozitivnih i lažno negativnih nalaza stoga se dijagnoza postavlja na pojavnosti dva od tri glavna simptoma tzv „trijas simptoma“, koji uključuju bradikineziju, rigor ili tremor (14).

Izvođenje laboratorijskih ili radioloških pretraga, kao što su kompjutorska tomografija mozga (CT) ili magnetska rezonancija (MRI), izvode se u svrhu isključenja ostalih bolesti i uzroka bolesti budući da je Parkinsonova bolest kronična, neurodegenerativna bolest te je izuzetno važno eliminirati ostale bolesti koje zahtijevaju liječenje (14).

Transkranijaskidopler (TCD) je nova metoda koja je korisna u otkrivanju hiperhogenosti supstancije nigre, dok je pozitronska emisijska tomografija teško dostupna, ali izuzetno osjetljiva metoda, koja već prije pojave simptoma može ukazati na smanjenu dopaminergičku aktivnost u bazalnim ganglijima (4).

Stupanj	Klinički znaci, farmakološki odgovor
Moguća	Nazočnost 2 od 3 simptoma: tremor, akinezija, rigiditet
Vjerojatna	Kao moguća + značajan odgovor na levodopu, asimetrija simptoma
Sigurna	Kao vjerojatna + postmortalni nalaz (degeneracija Neurona SN, Lewyjeva tjelešca)

Slika 3. Kriteriji za dijagnostiku Parkinsonove bolesti (14).

1.5. LIJEČENJE PARKINSONOVE BOLESTI

1.5.1. Farmakološko liječenje

Za liječenje Parkinsonove bolesti izuzetno je važno postaviti ranu dijagnozu bolesti, primjenjivati nefarmakološke načine liječenja kao što je bavljenje tjelesnom aktivnošću, slijediti poseban režim prehrane, pohađati grupe podrške te uzimati lijekove koji su namijenjeni za liječenje idiopatskog oblika Parkinsonove bolesti (15).

Liječenje ove bolesti je simptomatsko te nije namijenjeno za zaustavljanje i izlječenje bolesti, već je namijenjeno poboljšanju kvalitete života i umanjivanju simptoma bolesti (1).

Lijekovi koji se koriste u liječenju Parkinsonove bolesti su antikolinergici, amantadin, inhibitori KOMT, MAO-B inhibitori, agonisti dopamina, bromkriptin i levodopa (16). Progresijom bolesti dolazi do upotrebe više vrsta lijekova, a za pravilan učinak važno je pravilno titrirati dozu lijekova kroz duži vremenski period (15).

Kako bi terapija bila učinkovita, vrlo je važno procijeniti stupanj Parkinsonove bolesti, a za procjenu se koristi jedinstvena ocjenska ljestvica Parkinsonove bolesti (engl. *Unified Parkinson Disease Rating Scale; UPDRS*), a sastoji se od procjene četiri dijela (3).

Prvi dio ljestvice procjenjuje raspoloženje bolesnika, ponašanja i mentalne aktivnosti odnosno nemotoričke simptome bolesti. Dijeli se na komponentu IA, kojom liječnik procjenjuje probleme i IB komponentu, kojom pacijent sam procjenjuje svoje stanje (3).

U drugom dijelu ljestvice, pacijent sam procjenjuje svoje sposobnosti i mogućnost za izvršavanje svakodnevnih aktivnosti (3).

Treći dio ljestvice služi da liječnik procijeni motoričke znakove i simptome kod pacijenta (3).

Četvrti dio ispituje posljedice korištenja farmakološke terapije, odnosno nastanak motoričkih simptoma uzrokovan liječenjem antiparkinsonicima (3). Kako bi se pratila progresija Parkinsonove bolesti, koristi se modificirana Hoeh-Yahr ocjenska ljestvica koja procjenjuje motoričke znakove i onesposobljenost bolesnika (17).

Stadij	Simptomi
0	nema znakova bolesti
1	jednostrana bolest
1,5	jednostrana bolest sa zahvaćanjem osi tijela
2	obostrana bolest, bez oštećenja ravnoteže
2,5	blaga obostrana bolest, s popravkom na testu povlačenja
3	blaga do umjerena obostrana bolest; treba pomoć da se spriječi pad na testu povlačenja; fizički/ tjelesno neovisan
4	teška onesposobljenost, još može hodati ili stajati bez pomoći
5	vezan za invalidska kolica ili krevet ako nema pomoć

Slika 4. Modificirana Hoeh-Yahr ocjenska ljestvica (17).

Levodopa, prirodni prekursor dopamina, se smatra jednim od najučinkovitijih lijekova u liječenju Parkinsonove bolesti i bio je velika okosnica u počecima liječenja same bolesti, jer se zahvaljujući njemu uvelike produžio životni vijek oboljelih (17). Učinkovitost lijeka vidljiva je odmah, pa tako bolesnici koji su bili nepokretni mogu hodati, a oni s blažim oblikom bolesti se mogu vratiti svojim svakodnevnim aktivnostima. Najvažniji učinak levodope je na rigidnost i bradikineziju. Danas se levodopa kombinira sa perifernim inhibitorima dopa dekarboksilaze, pa se u tu svrhu koriste karbidopa i benzerazid kako bi smanjile nuspojave koje uzrokuje levodopa (17).

Nuspojave vezane za korištenje levodope su mučnina i povraćanje, hipotenzija, crvenilo lica, nemir i sedacija. U početku je primjena ovog lijeka izuzetno povoljna i odmah djeluje na simptome bolesti, no dugotrajnim korištenjem dolazi do pojave neželjenih pokreta, psihičkih smetnji i smetnji motorike, koje se povlače prestankom uzimanja lijeka ili smanjenjem doze. Druga važna nuspojava dugotrajnog korištenja je

slabljenje svake iduće doze, što se još naziva i „*end – dose* učinak“, stoga se za sprječavanje te nuspojave koristi preparat levodope s produženim oslobađanjem ili se kombinira s nekim drugim navedenim lijekovima pri čemu se onda korigira doza levodope (17).

Ono na što je važno obratiti pozornost je prehrana bogata bjelančevinama koja može remetiti apsorpciju lijeka u gastrointestinalnom sustavu stoga je važno prilagoditi prehranu terapiji (17).

Kod bolesnika koji imaju pozitivnu anamnezu melanoma ili nekakvih sumnjivih nedijagnosticiranih lezija na koži, levodopa je kontraindicirana budući da u takvim slučajevima levodopa dovodi do progresije bolesti(16).

Antikolinergici su prvi lijekovi koji su se koristili u liječenju Parkinsonove bolesti, a danas se uglavnom koriste za smirenje tremora. U tu svrhu koriste se biperidin i triheksifenidil kao samostalna terapija ili se daje u kombinaciji s levodopom. Učinkovitiji su od levodope u smanjenju simptoma tremora i rigidnosti, a cilj je smanjiti razinu acetilkolina, koji je povišen pri smanjenju razine dopamina, kako bi došlo do smanjenja ili povlačenja navedenih simptoma. Pri uzimanju ovog lijeka javlja se suhoća usta, hipohidroza, konstipacija, retencija urina i mučnine, stoga se preporuča ovaj lijek uzimati uz obrok kako bi se smanjile gastrointestinalne nuspojve. Zbog moguće pojave delirija, vrtoglavica, halucinacija i ortostatke hipotenzije primjena je ograničena na mlađu dobnu skupinu (16, 17).

Agonisti dopamina stimuliraju dopaminske receptore te na taj način zamjenjuju ulogu dopamina u mozgu. Primijenjeni agonisti dopamina su bromkriptin, ropinirol, rotigotin i pramipeksol. Liječenje se započinje nižim dozama, a u ranoj fazi se uzimaju samostalno dok pri progresiji bolesti se daje u kombinaciji s levodopom. Izuzetno su djelotvorni pri usporenosti pokreta, poremećajima hoda i rigidnosti. Od važnijih nuspojava je važna pojava plućne fibroze koji su posljedica djelovanja neergotskih agonista (primjerice bromkriptina), stoga je važan godišnji pregled pluća pri korištenju ovog lijeka (17).

Bromkriptin se danas vrlo često daje u kombinaciji s levodopom kada je njen učinak narušen ili se javljaju razne motoričke nuspojave pri njoj primjeni. Primjenom ovog lijeka doza se titrira na način da se svaki tjedan povisuje, ali se dnevna doza raspoređuje uz dva do tri obroka te se doza povećava dok se ne pronađe najniža doza koja

je djelotvorna za pojedinca. Kao i prethodno navedeni lijekovi i ovaj ima nuspojave, a to su pojava ortostatske hipotenzije, opstipacija, mučnine, smetenost, edeme koji se javljaju na periferiji ili može uzrokovati poremećaje spavanja. Izuzetno je važno praćenje pacijenta pri uzimanju prve doze zato što može doći do neželjenog efekta prve doze gdje može doći do iznenadnog kolapsa. Ukoliko dođe do pojave nuspojava, terapijska doza se snižava ili se tjedno povišenje doze odgađa (17)

MAO inhibitori se primjenjuju u ranim stadijima Parkinsonove bolesti kada dolazi do rapidnog pogoršanja bolesti te se u tu svrhu selegilin i rasagilin daju u kombinaciji s levodopom ili kao samostalna terapija. MAO inhibitori djeluju na takav način da sprječavaju razgradnju dopamina u mozgu te mogu znatno poboljšati pokretljivost oboljelog i popraviti mu kvalitetu života. Primjena ovih lijekova mora se voditi pod velikim oprezom budući dan njihova primjena može izazvati hipertenzivnu krizu, a ako se primjenjuje s levodopom, razinu levodope je potrebno sniziti do 30% budući da MAO inhibitori pojačavaju njene nuspojave. Nuspojave ovih lijekova javljaju se u središnjem živčanom sustavu i gastrointestinalnom sustavu pa tako može doći do sniženja krvnog tlaka, vrtoglavice, glavobolje, poremećaja spavanja u vidu nesаницe, ali i do otežanog gutanja, gubitka apetita i posljedično gubitka tjelesne težine (17).

KOMT inhibitori, tolkapon i entakapon, djeluju na periferni i centralni metabolizam kateholamina. Daju se pri slabljenju učinaka levodope, a djeluje na način da produljuje vrijeme eliminacije i povisuje oralnu bioraspoloživost levodope do gotovo 50% i time produžava njeno terapijsko djelovanje. Pri primjeni tolkapona važno je kontrolirati jetrene enzime svako 14 dana prvih godinu dana te je važno uputiti pacijenta da prati boju stolice, pojavu mučnine, letargije ili žutice jer su zabilježeni fatalni slučajevi zatajenja jetre. Od ostalih nuspojava može se pojaviti dijareja, abdominalni bolovi ili dispepsija, a zabilježeno je i par slučajeva rabdomiolize. Entakapon je indiciran kod pojave „*end – off dose*“ učinka koji se javlja u terapiji levodopom, a djeluje na način da smanjuje vrijeme pojave simptoma, a produžava vrijeme bez simptoma. On može obojiti tjelesne izlučevine (urin, znoj ili slinu), ali treba upozoriti pacijenta da to nema nikakvu kliničku važnost (17).

Amantadin je lijek za samostalnu ili kombiniranu primjenu u ranim fazama ili blagim slučajevima Parkinsonove bolesti, a u samim počecima je korišten kao antivirusni lijeku liječenju gripe. Djelovanje terapije se primjećuje nakon nekoliko

tjedana, a pretpostavlja se da ima antikolinergične učinke gdje smanjuje usporenost, drhtanje i napetost te dopamimetička svojstva odnosno povećava sintezu dopamina. Bitno je upozoriti pacijenta na pojavu psihičkih i kognitivnih smetnji te mogućnost oboljenja od kongestivne srčane bolesti, stoga se preporuča redovito praćenje krvnog tlaka kod srčanih bolesnika. Mogu se javiti i promjene na koži i edemi koji se najčešće povlače prestankom uzimanja terapije (15, 17)).

1.5.1.1. Opća načela terapije kod Parkinsonove bolesti

Svaki zdravstveni djelatnik mora biti upoznat za općim načelima medikamentoznog liječenja pacijenata koji boluju od Parkinsonove bolesti (15, 16, 17).

1. Primjena levodope u liječenju Parkinsonove bolesti započinje se u osoba koje su starije od 65 godina zbog mogućeg razvoja tolerancije, dok se kod mlađim osoba liječenje započinje terapijom agonista dopamina
2. Pri početku liječenja, koristi se samo jedan lijek, dok progresijom bolesti i u kasnijim fazama pacijenti uglavnom koriste više antiparkinsonika
3. Liječenje se uvijek započinje najnižom učinkovitom dozom, a kasnije se prema potrebi bolesnika ona titrira
4. Pri kombinaciji lijekova, doza prvog lijeka se uvijek mora sniziti kako bi se prevenirali neželjeni učinci lijekova
5. Ako bolesnik prestane reagirati na neku skupinu lijekova, potrebno je odabrati drugu skupinu antiparkinsonika
6. Medicinska sestra mora educirati pacijenta o važnosti redovitog uzimanja terapije jer nagli prekidi uzimanja terapije mogu dovesti do značajnog pogoršanja simptoma
7. Budući da bolest s vremenom progredira u teže oblike, važno je prilagoditi svoje pristupe pacijentu prema fazama bolesti jer su zahtjevi bolesnika s ovom bolesti povećani s napredovanjem stadija bolesti. Potrebe pacijenata prikazane su algoritmom zahtjeva prema stupnju napredovanja Parkinsonove bolesti.

Napredovanje Parkinsonove bolesti – zahtjevi prema zdravstvenom sustavu	
Rani stadij	
Povremene medicinske kontrole Ambulanto liječenje – obiteljski liječnik Jednostavni zahtjevi u liječenju	Očuvana samostalnost i neovisnost Može zadržati posao
Među stadij	
Potrebna češći liječnički nadzor Specijalističko liječenje Složeniji terapijski zahtjevi (fizična i govorna terapija, u nekim slučajevima operacija)	Motorni deficit i invalidnost postaju sve očiti Motoričke komplikacije (fluktuacije i diskinezije)
Uznapredovali stadij	
Potreba za hospitalizacijom i sudjelovanjem drugih medicinskih specijalnosti (urolog, gastroenterolog, ortoped, psihijatar, specijalizirane medicinske sestre, socijalni radnici) Kirurško liječenje	Izraženije motoričke i druge komplikacije (urinarne, autonomne, kognitivna oštećenja, padovi) Poremećaji gutanja
Terminalni stadij	
Institucionalizacija kao posljednji izbor	Veliki stupanj invaliditeta, pacijent može postati nepokretan i trebati intenzivnu skrb

Slika 5. Algoritam zahtjeva prema zdravstvenom sustavu s obzirom na napredovanje Parkinsonove bolesti. Izvor [Internet], dostupno na: https://www.nzjz-split.hr/images/JZ/tablica1_parkinson.jpg

1.5.2. Nefarmakološko liječenje Parkinsonove bolesti

1.5.2.1. Kirurške metode liječenja Parkinsonove bolesti

Uslijed dugotrajnog i progredirajućeg tijeka bolesti dolazi do slabijeg odgovora na farmakološku terapiju te tada takvi bolesnici postaju kandidati za neurokirurško liječenje. U skupinu neurokirurškog liječenja ubraja se duboka stimulacija mozga (engl.

Deep brain stimulation; DBS), odnosno elektrodama se stimuliraju bazalni gangliji, palidotomija i talamotomija. Primjena ovih postupaka je kontraindicirana kod psihijatrijskih bolesnika naročito onih koji boluju od anksioznosti, depresije ili ako su već zahvaćeni demencijom (15, 18).

Duboka mozgovna stimulacija predviđena je za bolesnike koji unatoč pravilnoj titriranoj terapiji imaju i dalje problematične simptome. Ono što je važno prije primjene ove terapije je da pacijent ima dobar odgovor na levodopu i da dijagnozu Parkinsonove bolesti u anamnezi ima više od pet godina. Ovaj invazivni postupak postiže se tako da se uređaj ugrađuje perkutano ispod ključne kosti te čini krug elektrodama koje su postavljene u dijelove mozga odgovorne za izvođenje i kontrolu pokreta te se postavljeni sustav naziva „elektrostimulator mozga“ (4, 18). Stimuliraju se različita područja, ovisno o dominantnim simptomima, pa se tako može stimulirati „*globus pallidus*“, talamus i suptalamičke jezgre. Ova metoda, u kombinaciji s lijekovima, podiže kvalitetu života oboljelog za 40%, smanjuje simptome diskinezije za gotovo 70% te skraćuje trajanje „*off* razdoblja“ također za gotovo 70% (4, 19).

Palidotomija je ireverzibilan zahvat kojim se stvara lezija u „*globusu pallidusu*“ čime se uništavaju određene stanice mozga kako bi se umanjili simptomi diskinezije i distonije, dok je talamotomija bila terapija izbora za smanjenje simptoma tremora. Iako se postiže dobar kognitivni status nakon zahvata, može doći do krvarenja i oštećenja centra za govor te je zbog toga posljednja terapija izbora (1, 4, 18).

1.5.2.2. Tjelesna aktivnost i fizikalna terapija

Tjelesna aktivnost može ublažiti simptome kod pacijenata s Parkinsonovom bolešću, poput motoričke disfunkcije, kognitivnih deficita i depresije. Različiti oblici tjelesne aktivnosti, posebno umjerene do snažne tjelovježbe, imaju pozitivan utjecaj na Parkinsonovu bolest kroz više mehanizama, uključujući smanjenje nakupljanja α -syn proteina i ublažavanje upale i oksidativnog stresa, istodobno pojačavajući regeneraciju živaca i funkciju mitohondrija (20).

Fizikalna terapija je važna za poboljšavanje cjelokupne kondicije i izvođenja pokreta kod oboljelog kako bi se osigurao što veći stupanj samostalnosti i omogućila

maksimalna sigurnost pri izvođenju svakodnevnih aktivnosti. Jedan od ciljeva je i potaknuti pacijenta da sjedilački način života zamjeni aktivnijim, uključivanjem u brojne programe sa osobnim trenerima kojima se postižu izvrsni rezultati. Fizikalne metode koje se danas primjenjuju su terapija po Voiti, terapija po Bobath-u i neurofeedback, a uporište imaju u neuroplastičnosti pokreta i pokušaju redukcije pokreta. Ostale komplementarne metode koje su se pokazale korisnima u terapiji Parkinsonove bolesti su joga, akupunktura, muzikoterapija, Thai Chai te vježbe hoda (16).

1.5.2.3. Psihološka terapija oboljelih

Zbog pojave sekundarnih komplikacija kao što su depresija, anksioznost i apatije često dolazi do socijalne izolacije oboljelog. Kako bi se poboljšala kvaliteta života oboljelog važno je uputiti pacijenta neuropsihijatru, koji surađujući sa neurologom i farmaceutima, nastoji prepoznati poremećaje i primijeniti odgovarajuću terapiju za njih. Također je korisno provođenje kognitivno – bihevioralne terapije nad pacijentima koji su razvili ovisnost prema lijekovima te nastoji pomoći i obitelji i pacijentu da savladaju i prihvate novootkrivenu bolest (21).

1.5.2.4. Prehrana oboljelog od Parkinsonove bolesti

Kod pacijenata oboljelih od Parkinsonove bolesti pravilna i uravnotežena prehrana je ključan čimbeniku djelotvornosti terapije budući da mnogi antiparkinsonici bolju djelotvornost postižu uz adekvatnu prehranu. Zbog motoričkih simptoma koje karakteriziraju Parkinsonovu bolest, oboljeli su izloženi povećanoj potrošnji energije i u riziku su od gubitka tjelesne težine i malnutricije. Preporučuje se prehrana gdje je unos ugljikohidrata 55%, masti 30% i proteina 15% (22). Prvi izbor su složeni ugljikohidrati i cjelovite žitarice, mahunarke, krumpir i kruh. Važan je unos vlakana zbog oslabljenog motiliteta crijeva kako bi se potaknula peristaltika i spriječila opstipacija. Nizak unos proteina omogućuje bolju apsorpciju lijekova u organizam budući da visok unos

proteina ograničava djelovanje levodope. Pri unosu masti misli se na unos omega 3 masnih kiselina koje pronalazimo u plavoj ribi kao što su losos, tuna i srdela. Njihov unos je preporučen iz razloga toga što poboljšava kognitivne funkcije te djeluju zaštitno na neurološki sustav. Potiče se konzumacija voća i povrća koji svojim antioksidansima i fitokemikalijama dovode do usporavanja razvitka i pogoršanja simptoma Parkinsonove bolesti. Unos tekućine ne bi smio biti manji od dvije litre na dan, stoga ju je potrebno konzumirati tijekom cijelog dana u manjim količinama. U svrhu edukacije pacijenta o prehrani, pacijentu se preporuča savjetovanje s nutricionistom koji mu treba prilagoditi prehranu prema individualnom planu prehrane (16, 21, 22).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je prikazati aktivnosti te značaj medicinske sestre i sestrinske skrbi u poboljšanju kvalitete života oboljelih od Parkinsonove bolesti.

3. RASPRAVA

Kvaliteta života definirana je osobnim ličnostima pojedinca, kako on proživljava i poima pojedine situacije, koji su njegovi planovi i težnje te okolišnim čimbenicima koji okružuju osobu i na koje ponekad ne može utjecati. Prema navedenom kvalitetu života možemo definirati kao zadovoljstvo ili nezadovoljstvo životom koji osoba živi (23). Kvaliteta života može biti narušena dvama čimbenicima, a to je subjektivnim dojmom te čimbenicima koji ga okružuju, a to su materijalna dobrobit, prisustvo bolesti, stupanj obrazovanja, posao koji obavlja, mjesto prebivališta te socijalne interakcije i odnosi (23).

Parkinsonova bolest je bolest koja uvelike smanjuje kvalitetu života pacijenta budući da svojim simptomima i komplikacijama sprječavaju čovjeka u njegovom ostvarenju svakodnevnih aktivnosti, stoga je cilj sestrinske skrbi pacijenta smanjiti ili ukloniti simptome bolesti i omogućiti pacijentu da postigne što je moguće najvišu razinu kvalitete života. Kako bi utvrdili pacijentovu kvalitetu života, služi nam tablica za procjenu kvalitete življenja koja se sastoji od procjene općeg zdravstvenog stanja, prisutnosti anksioznosti, depresije, patnje, procjene radne i uobičajene aktivnosti, brige o sebi te socijalni kontakti (23).

IZLASCICI I DRUŽENJE	2 – Nemam problema s izlascima i druženjem 1 – Imam problema s izlascima i druženjem 0 – Uglavnom sam usamljen, vezan za dom ili postelju
BRIGA O SEBI	2 – Nemam problema u održavanju higijene i skrbi o sebi 1 – Imam problem u održavanju higijene i skrbi o sebi 0 – Nesposoban sam okupati se i obući
UOBIČAJENE AKTIVNOSTI	2 – Nemam problema u izvršavanju uobičajenih aktivnosti 1 – Imam problema u izvršavanju uobičajenih aktivnosti 0 – Posve sam nesposoban za uobičajene aktivnosti
RADNE AKTIVNOSTI	2 – Nemam problema s radom ili učenjem 1 – Imam problema u učenju 0 – Ne mogu ništa učiti ili raditi
PATNJA	2 – Ne osjećam patnju 1 – Umjereno patim 0 – Doživljam ekstremnu patnju
ANKSIOZNOST I DEPRESIJA	2 – Nisam anksiozan ili depresivan 1 – Umjereno sam anksiozan i depresivan 0 – Izrazito sam anksiozan i depresivan
OPĆE ZDRAVSTVENO STANJE	2 – Bolje u uspoređi prije godinu dana 1 – Otprilike isto kao i prije godinu dana 0 – Lošije nego prije godinu dana
0 – 3 Jako loša kvaliteta življenja 12 – 14 Dobra kvaliteta življenja 8 – 11 Zadovoljavajuća kvaliteta življenja 4 – 7 Još nezadovoljavajuća kvaliteta življenja	

Slika 6. Upitnik za procjenu kvalitete življenja (23).

3.1. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE PACIJENTA S PARKINSONOVOM BOLEŠĆU

Prisutni simptomi u Parkinsonovoj bolesti uvelike ograničavaju bolesnika i narušavaju kvalitetu života (23). Kako bi kod pacijenta poboljšali stupanj samostalnosti i obavljanja aktivnosti, potrebno je primijeniti proces zdravstvene njege na individualnoj razini. Proces zdravstvene njege podrazumijeva pristup pacijentu kojim se otkrivaju i rješavaju problemi iz zdravstvene njege. Sam ovaj proces sastoji se od četiri faze, a svaka je jednako bitna kako bi se uspješno postigao cilj. Proces započinje temeljitim i sveobuhvatnim prikupljanjem podataka, prepoznavanju problema te postavljanjem sestrinske dijagnoze (imenovanje problema), planiranjem sestrinskih intervencija iz područja zdravstvene njege koje su usmjerene rješavanju postavljenih sestrinskih dijagnoza. (24, 25)

Utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom inicijalni je korak u procesu zdravstvene njege, a sastoji se od sakupljanja podataka, analize prikupljenih podataka te imenovanju problema odnosno postavljanja sestrinske dijagnoze. Izvor podataka može

biti sam pacijent te se on smatra primarnim izvorom podataka, mogu biti osobe koje su bliske i skrbe o pacijentu kao sekundarni izvor podataka dok su podatci iz dosadašnje medicinske dokumentacije tercijarni izvori podataka. Podatci koji se prikupljaju mogu biti subjektivni i objektivni. Subjektivni podatci su oni koje dobijemo pri razgovoru s pacijentom i promatranjem pacijenta, a objektivni su oni podatci koje mjerimo i analiziramo. Dobivene podatke potrebno je analizirati, revidirati te na kraju interpretirati. Na samom kraju prve faze procesa imenuje se problem koji može biti aktualan ili potencijalan. Aktualni problemi u području zdravstvene njege su oni koji su kod pojedinca već prisutni te je sestrinske intervencije potrebno usmjeriti prema rješavanju problema, dok su potencijalni problemi oni koji će nastati ukoliko sestrinske intervencije ne budu prilagođene njihovoj prevenciji. Kako bi proces bio uspješan, važno je kontinuirano prikupljati podatke i utvrđivati promjene u problemima (25).

Intervju između medicinske sestre i pacijenta treba biti profesionalan i isplanirani razgovor sa svojim početkom, određenim tijekom i završetkom kako bi se došlo do informacija koje su bitne. Važno je da se razgovor održava u sigurnoj i povoljnoj okolini za pacijenta s dovoljno vremena, bez prekidanja i ometanja, kako bi se stvorio profesionalni odnos i odnos povjerenja između pacijenta i medicinske sestre. Analizom podatka koji moraju biti cjeloviti, točni i pouzdani pomažu nam pri kategorizaciji bolesnika i određivanja stupnja samostalnosti. Kraj prve faze procesa završava definiranjem sestrinske dijagnoze po PES ili PE modelu. PES model podrazumijeva imenovanje problema i opisuje stanje pacijenta, etiologije odnosno uzroka problema i simptoma prema kojima prepoznavamo problem. Postavljanjem sestrinske dijagnoze, koja se uvijek razlikuje od medicinske, završavamo prvu fazu procesa zdravstvene njege i prelazimo na iduću (25).

Druga faza procesa zdravstvene njege podrazumijeva definiranje prioriteta, ukoliko je prisutno više problema iz područja zdravstvene njege, definiranje ciljeva te planiranje sestrinskih intervencija kojima bi te ciljeve postigli. Definiranje prioriteta, ciljeva i planiranje intervencija uvijek se vrši uz pacijenta jer je on aktivan sudionik procesa zdravstvene njege te je bitno uvažiti njegovo poimanje važnosti problema te odabrati aktivnosti koje su pogodne i za njega i za ostvarenje cilja. Medicinska sestra može pacijenta educirati i savjetovati, motivirati da što bolje i kvalitetnije obavlja svoje dužnosti te mu pružiti neposrednu fizičku pomoć ako to stanje pacijenta zahtijeva.

Intervencije koje medicinska sestra planira mogu biti samostalne i nije joj potrebna pomoć ostalih zdravstvenih djelatnika, dok zavisne intervencije podrazumijevaju djelovanje više zdravstvenih djelatnika iz više područja te su najčešće propisane od strane liječnika. Planovi zdravstvene njege moraju biti izvedivi, realni za pacijenta te moraju biti u skladu pacijentovih mogućnosti i ovisi o njegovom stupnju samostalnosti. Postavljanjem prioriteta, cilja i intervencija dobili smo plan zdravstvene njege koji mora biti izričito individualan za svakog pacijenta budući da ista medicinska dijagnoza ne određuje plan zdravstvene njege za sve pacijente oboljele od te dijagnoze jer nisu svi pacijenti jednako pogođeni simptomima i komplikacijama određene bolesti (25).

Treća faza je provođenje plana zdravstvene njege, a slijed provođenja mora biti kontroliran, kreativan i kritički uz trajnu evaluaciju plana zdravstvene njege i pridržavanja etičkih načela pri provođenju intervencija. Prije početka provođenja intervencija, važno je utvrditi kadrovske i tehničke uvjete i mogućnosti provođenja zdravstvene njege u određenoj ustanovi (25).

Završna faza procesa je evaluacija plana zdravstvene njege. Ona podrazumijeva da po završetku intervencija ponovno procijenimo stanje pacijenta te usporedi trenutno stanja pacijenta te željenog stanja pacijenta. Ukoliko nismo postigli cilj koji smo predvidjeli planom zdravstvene njege, revidira se cijeli plan od prve faze prema zadnjoj stoga se plan može ponovo planirati ili korigirati, provesti novi plan te učiniti ponovnu evaluaciju na kraju (25).

Pri planiranju zdravstvene njege bitno je pridržavati se načela zdravstvene njege, a to je da je skrb usmjerena isključivo prema pacijentu kao prema pojedincu, da mu se pristupa holistički gdje je pacijent u centru zbivanja te uključuje njegovo tijelo, um i duh. Važno je poznavati i osobine procesa zdravstvene njege, a one uključuju sustavnost odnosno ciljano prikupljanje podataka koji će nas uputiti prema problemu, dinamičnost podrazumijevajući pacijentovo konstantno mijenjanje zahtjeva i problema te fleksibilnost kako bi se plan mogao primijeniti na svim razinama i u svim modelima zdravstvene zaštite (25).

3.1.1. Problemi iz područja zdravstvene njege kod oboljelog od Parkinsonove bolesti

Problem je najvažniji pojam cjelokupnog procesa zdravstvene njege jer upućuje na nešto što nije u skladu s poželjnim ili normalnim te je potrebna intervencija medicinske sestre. Svaki prepoznati problem potrebno je imenovati odnosno postaviti sestrinsku dijagnozu. Marjory Gordon, jedna od teoretičarki sestrištva kaže kako su sestrinske dijagnoze "aktualni ili potencijalni zdravstveni problemi koje su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo ovlaštene tretirati" (26). Kako bi se što bolje procijenilo psihofizičko funkcioniranje pojedinca, utvrdili problemi i njegovo zdravstveno stanje, služimo se obrascima Marjory Gordon koji se još zovu i obrasci psihofizičkog funkcioniranja koji služe kao osnova za klasificiranje sestrinskih dijagnoza koje su prihvaćene od strane NANDA-e (engl. *North American Nursing Association*) (26). Iako se planovi zdravstvene njege izrađuju na individualnoj razini, mogu se izdvojiti najčešći problemi koji zahvaćaju ovu skupinu bolesnika (1).

3.1.1.1. Aktualni problemi iz područja zdravstvene njege kod oboljelih od Parkinsonove bolesti

Aktualni problemi u zdravstvenoj njezi su oni koji su trenutno prisutni u bolesnika i na temelju različitih simptoma i znakova ih možemo prepoznati (25). Težina tih problema ovisi o težini simptoma i komplikacija koje Parkinsonova bolest nosi sa sobom. Česti aktualni problemi koje susrećemo kod oboljelog od Parkinsonove bolesti su problemi smanjene pokretljivosti, disfagija, poteškoća u komunikaciji, kako verbalnoj tako i neverbalnoj, smanjena mogućnost brige o sebi te osoba zbog progresije bolesti može postati potpuno ovisna o drugoj osobi pri održavanju osobne higijene, hranjenju, odijevanju i eliminaciji. Pacijenti često postaju socijalno izolirani te promijene sliku o sebi pa razviju simptome depresije i anksioznosti. Zbog prisutnih diskinezija pacijenti često slabo podnose napor te osjećaju bol u udovima. Ovi problemi dovode do narušavanja kvalitete života stoga je cilj rješavanja sestrinskih dijagnoza

smanjenje simptoma bolesti te edukacija pacijenta i obitelji kako prihvatiti i nositi se s bolesti (27).

3.1.1.1.1. Smanjena mogućnost brige o sebi

Smanjenu mogućnost brige o sebi definiramo kao stanje smanjene sposobnosti pojedinca da izvršava aktivnosti samozbrinjavanja zbog kognitivnih ili funkcionalnih oštećenja. Aktivnosti samozbrinjavanja koje su obuhvaćene ovom sestrinskom dijagnozom su odijevanje i dotjerivanje, osobna higijena, , eliminacija i hranjenje (26).

Smanjenu mogućnost brige o sebi pri odijevanju i dotjerivanju označava stanje smanjene sposobnosti ili nemogućnosti izvođenja odijevanja i brige o svom izgledu (28). Pružanje pomoći pri odijevanju i dotjerivanju pomaže pacijentu zadržati samopoštovanje i očuvati sliku o sebi, a sestrinske intervencije koje uključuju postizanje cilja jesu te da medicinska sestra pomaže pri odabiru odjeće koja je adekvatna za pacijenta tako da ta odjeća bude jednostavna za zakopčavanje, ne preširoka kako pacijent ne bi pao, pružiti pomoć pri odijevanju te svakako pacijentu osigurati privatnost i dovoljno vremena za izvođenje aktivnosti (28).

Smanjena mogućnost eliminacije predstavlja nam stanje smanjene sposobnosti ili nemogućnosti samostalnog obavljanja eliminacije urina i stolice (28). Eliminacija urina i stolice je jedna od najosnovnijih ljudskih potreba potrebnih za normalno fiziološko funkcioniranje organizma stoga je cilj omogućiti pacijenti vršenje eliminacije unatoč ograničenjima. Parkinsonova bolest utječe na motilitet crijeva zbog čega je pacijent često ima opstipaciju stoga je važno educirati i poticati pacijenta da jede hranu bogatu vlaknima, da pije dovoljno tekućine te da se kreće maksimalno u skladu sa svojim mogućnostima. Također su pacijenti često pogođeni inkontinencijom urina, stoga je važno osigurati pacijentu pomagala kao što su pelene, guske te educirati pacijenta o izvođenju Keagelovih vježbi. Potrebno je održavati pacijenta suhim i čistim kako bi se spriječio daljnji razvoj komplikacija (28, 29, 30).

Smanjena mogućnost hranjenja je stanje smanjene sposobnosti ili potpune nemogućnosti samostalnog uzimanja hrane i tekućine (28). Hrana i tekućina su osnovne ljudske potrebe te su one izvor energije za normalno funkcioniranje organizma u

cijelosti. Budući da su oboljeli od Parkinsonove bolesti izloženi konstantnom tremoru i rigoru mišića, njihove potrebe za dnevnim unosom energije se povećavaju stoga je važno educirati pacijenta i njegovu obitelj o adekvatnoj i kvalitetnoj neuroprotektivnoj prehrani, pratiti tjelesnu masu pacijenta te mu osigurati mir tijekom jela i dovoljno vremena za provođenje aktivnosti budući da kod oboljelih proces postaje zbog suhoće sluznice usne šupljine koja nastaje primjenom lijekova te poteškoća sa žvakanjem i gutanjem kao komplikacija Parkinsonove bolesti (31, 32).

Smanjena mogućnost održavanja osobne higijene je stanje smanjene sposobnosti ili nemogućnosti obavljanja svakodnevne aktivnosti osobne higijene (28). Prilikom održavanja osobne higijene pacijenta važno je procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta te poticati ga da maksimalno odrađuje aktivnosti u skladu sa svojim mogućnostima. Treba poštovati pacijentove želje i navike prilikom održavanja osobne higijene, ukoliko su pomagala potrebna osigurati ih i pružiti neposrednu fizičku pomoć pacijentu. Okolina u kojoj se izvodi aktivnost treba biti sigurna kako bi se smanjio rizik za pad te mu osigurati privatnost kako bi se pacijent osjećao ugodno (28, 32).

Ovaj problem u zdravstvenoj njezi je iznimni složen budući da utječe na pacijentovo dostojanstvo i samopoštovanje, utječe na njegovo psihološko i emocionalno funkcioniranje stoga je važno poticati pacijentovu samostalnost pri izvođenju ovih aktivnosti i postići što viši stupanj samostalnosti kako bi pacijent zadržao svoje dostojanstvo (26).

3.1.1.1.2. Poteškoće u komunikaciji

Govor kod zdravih ljudi ne predstavlja napor i ne zahtjeva puno energije, dok kod ljudi s različitim poremećajima i bolestima predstavlja napor. Komunikacija u oboljelih od Parkinsonove bolesti može biti značajno narušena zbog prisutne hipertoničnosti, ukočenosti mišića lica, nedostatka podražaja, nemogućnosti govora, pretjerano usporenog govora te poteškoća u razumijevanju komunikacije (32). Pacijent može imati poteškoće pri komunikaciji i zbog psiholoških stanja ukoliko se razviju simptomi depresije, psihoze te konzumiranja lijekova za navedena psihološka stanja. Zbog brojnih čimbenika koji utječu na komunikaciju, verbalnu i neverbalnu, potrebno je procijeniti

prisutnost svih čimbenika koji ometaju normalan tijek komunikacije. Oštećena verbalna komunikacija rezultira pacijentovim osjećajem izoliranosti, očaja, depresije i frustracije stoga suosjećanje pomaže njegovanju terapijskog odnosa i osjećaja povjerenja i važno je za kontinuiranu komunikaciju. Kako bi komunikacija bila primjerena i ostvariva, potrebno je ukloniti izvore buke kako ne bi ometali pacijenta. Važno je uputiti pacijenta da govori polako s punom pažnjom na ono što želi reći savjetujući mu da brzinu i način komunikacija prilagodi sebi. Pri razgovoru s pacijentom potrebno je postavljati jednostavna pitanja na koja se može odgovoriti kratkim odgovorom. Medicinska sestra treba podsjetiti pacijenta da govori kratkim rečenicama i udahne nekoliko puta prije nego što progovori kako bi mogao uspostaviti jasnu metodu komunikacije i razgovora. (32).

3.1.1.1.3. Smanjena pokretljivost

Pokretljivost oboljelih od Parkinsonove bolesti prvenstveni je pogođena trijasom simptoma – bradikinezijom, rigorom i tremorom, zatim deficitom ravnoteže ili i koordinacije, poremećenim držanjem tijela, nemogućnosti kretanja kada pacijent to želi ili nepokretnošću. Kako bi se spriječile takve komplikacije, važno je uputiti pacijenta da izvodi svakodnevno vježbe koje će povećati snagu mišića, spriječiti kontrakture, poboljšati koordinaciju te smanjiti mišićnu ukočenost. Treba pacijenta poučiti tehnikama koje pokreću kretanje (ljuljanje s jedne strane na drugu pomaže pokretanje nogu) te mu omogućiti tople kupke i masaže koje pomaže u opuštanju mišića i ublažavanju bolnih grčeva u mišićima koji prate ukočenost. Medicinska sestra je također dužna pomoći pacijentu u ustajanju iz sjedećeg položaja i tako spriječiti padove (32).

3.1.1.1.4. Smanjeno podnošenje napora

Pacijenti s Parkinsonovom bolešću su zbog svojih motoričkih simptoma izloženi smanjenom podnošenju napora odnosno stanju kada pacijent osjeća umor, nelagodu ili

nemoć prilikom izvođenja aktivnosti (23, 29). Cilj zdravstvene njege je da pacijent tijekom dana racionalno troši svoju energiju uz razumijevanje svog trenutnog stanja i prihvaća pomoći drugih osoba. Sestrinske intervencije obuhvaćaju planiranje izvođenje dnevnih aktivnosti tijekom dana, savjetovati pacijentu upotrebu pomagala koja će mu olakšati izvođenje aktivnosti, prilagoditi raspored prostora pacijentu tako da se izbjegavaju nepotrebni pokreti i ne troši dodatna snaga. Važno je poticati pacijenta na pozitivna razmišljanja da on to može i želi te da prilikom obavljanja aktivnosti radi sve u skladu sa svojim mogućnostima te da se ne ustručava tražiti ili prihvatiti pomoć bližnjih oko sebe. Pacijentu se treba osigurati odmor između aktivnosti i obroka te raditi reviziju plana aktivnosti sukladno toleranciji napora (29).

3.1.1.1.5. Disfagija

Problemi s gutanjem karakterizirani su otežanim prolaženjem krute hrane i tekućine kroz jednjak (1). Simptomi disfagije su u korelaciji s napredovanjem bolesti, a najčešće se prvi simptomi otežano gutanja javljaju deset godina nakon pojave prvih simptoma (9). Budući da je uzimanje hrane i tekućina otežan proces kod napredne faze Parkinsonove bolesti, zbog dugotrajnog žvakanja i gutanja, važno je prilagoditi prehranu koja će biti pogodnija za pacijenta. Osim poteškoća prilikom hranjenja i uzimanja tekućina, bolesnici često imaju problem i sa gutanjem tableta prilikom uzimanja terapije stoga sestrinske intervencije moraju biti usmjerene olakšavanju gutanja uzimaju u obzir progresiju bolesti i mogućnosti bolesnika (9). Pacijentu se treba osigurati hrana kašasta hrana, budući da je to hrana koja zahtjeva manje napora pri žvakanju i gutanju od krute hrane te da prilikom hranjenja savjetovati pacijentu da uzima manje zalogaje. Važno je osigurati pacijentu kratke pauze prilikom obroka kako bi se prevenirao umor i njegov utjecaj na pogoršanje disfagije. Bitno je nakon obroka učiniti higijenu usne šupljine kako bi se uklonili zaostaci hrane te tako spriječila aspiracija (33, 34).

3.1.1.1.6. Socijalna izolacija i depresivne smetnje

Bolesnici s Parkinsonovom bolešću često pate od socijalne izolacije budući da se osjećaju neugodno prilikom poteškoća u komunikaciji, hranjenju, prisutnosti urinarne inkontinencije te pojave seboreje (35). Smanjenom mogućnosti izvođenja svakodnevnih aktivnosti, smanjenom mogućnosti brige o sebi i pogoršanjem simptoma bolesti često dolazi do promjene stavova i slike o sebi zbog čega pacijenti često razviju depresivne smetnje, postanu apatični i anksiozni (16, 36). Cilj sestrinske skrbi je da pacijent verbalizira razloge osjećaja usamljenosti, da razvije suradljiv odnos sa medicinskom sestrom te da razvija pozitivne odnose s drugima oko sebe. Važno je poticati pacijenta da verbalizira svoje emocije te da stvara socijalne kontakte priključujući se u razne grupe podrške i radnu terapiju. Treba uključiti obitelj kao podršku koja će ga poticati na šetnje provođenje vrijeme s drugima te uključiti ostale članove zdravstvenog tima (psihijatra) koji će pružiti psihološku podršku pacijentu i sugerirati terapiju prema potrebi (29, 35).

3.1.1.1.7. Opstipacija

Opstipacija zahvaća gotovo dvije trećine bolesnika koji boluju od Parkinsonove bolesti. Uzrok opstipacije leži u više čimbenika. Motilitet crijeva kod oboljelih općenito je smanjen, a dodatni problemi nastaju smanjenim kretanjem ili nemogućnosti kretanja uopće (36). Zbog problema s gutanjem pacijenti često izbjegavaju unos adekvatne hrane i tekućine, a i primjena lijekova im često ometa probavu (36). Kako bi se osigurala redovna defekacija, barem tri puta tjedno, pacijenta treba savjetovati uzimanje hrane s puno vlakana (voća, povrća, integralnog kruga), poticati ga na uzimanje tekućine barem 1,5 – 2 litre dnevno u manjim gutljajima te savjetovati smanjivanje konzumacije teških obroka. Izuzetno je važna i fizička aktivnost, pa savjetovati pacijentu češće šetnje ili izvođenje vježbi u krevetu kao što su podizanje zdjelice, vježbe dubokog disanja sa uvlačenjem trbuha ili češće promjene položaja u krevetu. Ukoliko primjena nefarmakoloških metoda ne uspije, u dogovoru s liječnikom, treba posegnuti za farmakološkim metodama te primijeniti laksative (31).

3.1.1.1.8. Urinarna inkontinencija

Pacijenti s Parkinsonovom bolešću imaju smetnje donjeg mokraćnog sustava, često tipične za preaktivan mokraćni mjehur i povezane s urodinamičkim nalazom prekomjerne aktivnosti mišića detruzora (37). Gotovo trećina pacijenata ima problema sa urinarnom inkontinencijom i one su najčešće prisutne u kasnijim fazama bolesti (38). Najčešći oblik urinarne inkontinencije je funkcionalna inkontinencija, gdje pacijenti zbog svoje slabe pokretljivosti i motoričkih simptoma, ne stignu na vrijeme do toaleta (39). Sestrinske intervencije uključuju edukaciju pacijenta o uzimanju tekućine češće, ali u manjim količinama te preporučiti smanjen unos iza 19 sati. Preporučiti smještaj u blizini toaleta, sa dobro osvijetljenim i neometanim putem sa rukohvatima i dostupnim pomagalicama za lakši i sigurniji dolazak do toaleta. Kod teže pokretnih pacijenata, preporučiti noćnu posudu koja će pacijentu biti nadohvat ruke dok kod nepokretnih pacijenata treba koristiti jednokratne pelene ili izvršiti kateterizaciju mjehura u dogovoru s liječnikom (28).

3.1.1.2. Potencijalni problemi u zdravstvenoj njezi kod oboljelog od Parkinsonove bolesti

Potencijalni zdravstveni problemi su oni koji trenutno nisu prisutni kod pacijenta, ali je velika vjerojatnost da će se pojaviti ukoliko izostane sestrinska skrb. Potencijalni problem se naziva još i visokorizičnom sestrinskom dijagnozom i definirana je kao „klinička prosudba da su pojedinac, obitelj ili zajednica podložniji razvoju određenog problema negoli drugi u jednakoj ili sličnoj situaciji“ (26). S obzirom na motoričke simptome tremora i rigora pacijenti su često podložni ozljedama, kao što su padovi, zbog otežanog gutanja izloženo su visokom riziku za aspiraciju dok su nepokretni bolesnici izloženi komplikacijama dugotrajnog ležanja kao što su respiratorne infekcije, poremećaji periferne cirkulacije te razvoj dekubitalnog ulkusa. Progresijom bolesti povećava se i broj komplikacija koje mogu biti i uzrok smrtnosti stoga ih je važno spriječiti kako bi ishod liječenja bio optimalan za pacijenta (23, 28).

3.1.1.2.1. Visok rizik za infekciju

Infekcije kojoj su najčešće izloženi bolesnici s Parkinsonovom bolešću su respiratorne infekcije koje mogu nastati zbog promjena u muskulaturi, traheobronhalne opstrukcije, aspiracije, bronhospazma, povećane proizvodnje sluzi i gustog sekreta koji nastaje. Cilj sestrinske skrbi je spriječiti nastanak pulmonalne infekcije stoga je važno kontinuirano procjenjivati respiraciju i provoditi redovitu higijenu usne šupljine. Bolesnika treba podučiti vježbama dubokog disanja i iskašljavanja, budući da zastoj sekreta iz pluća postaje idealna podloga za množenje mikroorganizama. Ukoliko pacijent nije sposoban sam iskašljati sekret, provodi se aspiracija sekreta uređajem s negativnim tlakom pri čemu se moraju poštovati uvjeti aseptičnog rada. Pacijenta je potrebno smjestiti u visoki Fowlerov položaj koji potiče maksimalno širenje pluća te je potrebno mijenjati položaj pacijent svako 2 sata budući da repositioniranje potiče drenažu plućnih sekreta i pojačava ventilaciju kako bi se smanjio potencijal za atelektazu (28, 32).

Budući da su neki pacijenti izloženi invazivnom postupku kateterizacije mjehura, važno je voditi računa o mogućem nastanku infekcije urinarnog trakta. Kako bi se to spriječilo, kateterizaciju mjehura potrebno je provoditi u aseptičnim uvjetima rada, vršiti redovitu higijenu spolovila, kao i toaletu urinarnog katetera te pratiti vitalne znakove (tjelesnu temperaturu) koji mogu upućivati na infekcije (28).

3.1.1.2.2. Visok rizik za pad

Loša ravnoteža, smanjena snaga mišića nogu i smrzavanje hoda kod osoba s Parkinsonovom bolešću često mogu biti uzrok padova i mogućih ozljeda uslijed pada (40). Padovi mogu biti uzrokovani i kognitivnim deficitom, demencijom, negativnim djelovanjem lijeka ili halucinacijama (32). Sestrinske intervencije usmjerene su prema sprječavanju padova i mogućih komplikacija nastalih padom stoga je važno upozoriti pacijenta u postojanje mogućnosti pada, osigurati mu potrebna pomagala za olakšano kretanje (štap, hodalica), savjetovati mu da se upozna s nepoznatom okolinom i novom okolinom. Pacijenta treba savjetovati da pri ustajanju prvo sjedne par minuta na krevet pa tek onda ustane pridržavajući se za dostupne površine. Važno je upoznati i obitelj

koja skrbi o pacijenti o mogućim uzrocima pada i mjerama prevencije (28). Pacijentu treba savjetovati da prilikom hoda zamahuje rukama i odiže noge od poda te da se kreće u širokim lukovima, kako bi poboljšao ravnotežu, i drži uspravan stav kako ne bi došlo do sudaranja sa predmetima. Pacijentu treba naglašavati i važnost redovite fizičke aktivnosti čime će poboljšati fleksibilnost, snagu i ravnotežu (32).

3.1.1.2.3. Visok rizik za aspiraciju

Pacijenti su zbog oslabljenih refleksa izloženi aspiraciji stranih tvari, hrane i tekućina (1). Kako bi se spriječilo aspiracija, gušenje i mogući nastanak respiracijskih infekcija, tijekom obroka treba biti uz pacijenta i osigurati mu mir i dovoljno vremena za hranjenje, treba educirati pacijenta da jede u sjedećem ili povišenom položaju. Po završetku obroka treba pacijenta ostaviti u povišenom položaju i učiniti higijenu usne šupljine kako bi se uklonili eventualni zaostaci hrane. Nakon hranjenja treba provjeriti vitalne znakove (puls, respiracija) koji bi ukazali na gušenje te imati spreman uređaj za aspiraciju ukoliko do toga dođe (1).

4. ZAKLJUČAK

Parkinsonova bolest je kronična neurodegenerativna bolest čiji simptomi napredovanjem postaju sve izraženiji i teži. Potrebe starijih ljudi oboljelih od Parkinsonove bolesti veliki su socijalni i ekonomski problem društva, budući da progresijom bolesti postaju što manje sposobni za život. Iako je primjena antiparkinsonika značajno poboljšala i prolongirala život oboljelih, to je sa sobom donijelo probleme koji su karakteristični za stariju dob te značajno sniženje kvalitete života oboljelih. Cilj ljudske populacije nije i ne bi trebao biti produžen životni vijek bez zadovoljstva životom oboljele osobe. Budući da su to pacijenti koji se većinom liječe ambulantno, medicinska sestra s njima i njihovim obiteljima provodi najviše vremena u rješavanju zdravstvenih i nezdravstvenih problema koji prate oboljelog. Kako bi medicinska sestra mogla kvalitetno ispuniti svoju ulogu i pružiti adekvatnu sestrinsku skrb, ona mora biti educirana o simptomima i progresiji bolesti, mora se trajno usavršavati na svim područjima zdravstvene njege, mora steći kompetencije i vještine kako prepoznati fizičke i emocionalne potrebe oboljelog te ih znati tretirati na odgovarajući način. Medicinska sestra treba ostvariti dobru suradnju sa grupama podrške i socijalnim ustanovama koji će pružiti psihološku i emocionalnu podršku pacijentu. Važna je uloga medicinske sestre u ostvarivanju profesionalnog empatijskog odnosa sa pacijentom, nastojeći tako poboljšati njihovu suradljivost u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba bolesnika i rješavanju problema iz zdravstvene njege. Medicinska sestra ne smije zanemariti ulogu i važnost obitelji u životu oboljelog. Ona treba izdvojiti koliko je god vremena potrebno za kvalitetnu edukaciju obitelji koja skrbi o pacijentu kako bi dobio adekvatnu i dobru skrb koja će mu poboljšati kvalitetu života. Sestrinska skrb uključuje usmjeravanje oboljelog i obitelji prema pozitivnim razmišljanjima, motivaciju i hrabrenje kako bi stekla povjerenje i pokazala im da nisu sami. Svojim aktivnostima medicinska sestra želi postići što veći stupanj samostalnosti, a procesom zdravstvene njege i individualiziranim planovima zdravstvene njege medicinska sestra nastoji poboljšati kvalitetu života oboljelog i sačuvati što dulje vlastitu neovisnost.

5. LITERATURA

1. Strupar A. Sestrinska skrb za bolesnike s Parkinsonovom bolesti [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2017 [pristupljeno 21.05.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:019259>
2. Evers LJW, Krijthe JH, Meinders MJ, Bloem BR, Heskes TM. Measuring Parkinson's disease over time: The real-world within-subject reliability of the MDS-UPDRS. *Mov Disord* [Internet]. 2019 10 [pristupljeno 21.05.2021.];34(10):1480-7. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31291488/>
3. Deljak E. Ocjenske ljestvice za Parkinsonovu bolest [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2019 [pristupljeno 21.05.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:295972>
4. Vuletić V. Parkinsonova bolest – nove spoznaje . *Medicus* [Internet]. 2019 [pristupljeno 21.05.2021.];28(1 Neurologija):27-32. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/216809>
5. *stampar.hr* [Internet]. Zagreb: Svjetski dan Parkinsonove bolesti, 11. travnja 2020; c2017 [pristupljeno 26.05.2021.]. Dostupno na: <https://www.stampar.hr/hr/svjetski-dan-parkinsonove-bolesti-11-travnja-2020>
6. Radhakrishnan DM, Goyal V. Parkinson's disease: A review. *Neurol India* [Internet]. 2018 [pristupljeno 21.05.2021.];66(Supplement):S26–35. Dostupno na: <https://www.neurologyindia.com/article.asp?issn=0028-3886;year=2018;volume=66;issue=7;spage=26;epage=35;aulast=Radhakrishnan#>
7. Opara J, Małecki A, Małecka E, Socha T. Motor assessment in Parkinson's disease. *Ann Agric Environ Med* [Internet]. 2017 Sep 21 [pristupljeno 21.05.2021.];24(3):411-5. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28954481/>
8. Jankovic J. Parkinson's disease: clinical features and diagnosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 2008 Apr [pristupljeno 21.05.2021.];79(4):368-76. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18344392/>

9. Kvesić K. Teškoće hranjenja i gutanja kod osoba s Parkinsonovom bolesti te njihov utjecaj na kvalitetu života [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet; 2018 [pristupljeno 21.05.2021.].
Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:111404>
10. Schapira AHV, Chaudhuri KR, Jenner P. Non-motor features of Parkinson disease. Nat Rev Neurosci [Internet]. 2017 07 [pristupljeno 21.05.2021];18(7):435-50.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28592904/>
11. griego-medical.com [Internet]. SAD: Apatija; c2021. [pristupljeno 25.05.2021.].
Dostupno na: <https://hr.griego-medical.com/apatija-jeto-cto.htm>
12. nsp-ie.org [Internet]. Anhedonija: definicija, uzroci, simptomi i liječenje; c2021. [pristupljeno 25.05.2021.]. Dostupno na: <https://nsp-ie.org/anhedonia-definicion-causas-sintomas-y-tratamiento-48e8e2-0d6c2a>
13. Slamek L. Informiranost populacije o Parkinsonovoj bolesti [Završni rad]. Koprivnica: Sveučilište Sjever; 2020 [pristupljeno 22.05.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:352092>
14. Relja M. Parkinsonova bolest - etiologija, dijagnostika i liječenje. Medix [Internet]. 2004 [pristupljeno 22.05.2021.];10(52):107-108.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/20267>
15. Kešelj M. Neurokirurško liječenje Parkinsonove bolesti [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2014 [pristupljeno 22.05.2021.]
Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:040265>
16. Barić M. Konvencionalne i komplementarne metode liječenja Parkinsonove bolesti [Završni rad]. Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru; 2019 [pristupljeno 22.05.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:144:894364>
17. Jonjić D. Uloga ljekarnika u terapiji i liječenju Parkinsonove bolesti. Medicus [Internet]. 2014 [pristupljeno 22.05.2021.];23(2. Liječenje boli):145-157.
Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/127311>
18. Ječmenica D. Neurorehabilitacija Parkinsonove bolesti [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2016 [pristupljeno 23.05.2021.]
Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:176630>

19. Malek N. Deep Brain Stimulation in Parkinson's Disease. *Neurol India* [Internet]. 2019 [pristupljeno 23.05.2021.];67(4):968-78.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31512617/>
20. Fan B, Jabeen R, Bo B, Guo C, Han M, Zhang H, et al. What and How Can Physical Activity Prevention Function on Parkinson's Disease. *Oxid Med Cell Longev* [Internet]. 2020 [pristupljeno 23.03.2021];2020:4293071. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32215173/>
21. Strabić K. Multidisciplinarno liječenje Parkinsonove bolesti [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2018 [pristupljeno 23.05.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:600879>
22. cybermed.hr [Internet]. Zagreb: Prehrana bolesnika s Parkinsonovom bolešću; c2000-2021. [pristupljeno 23.05.2021.]. Dostupno na: https://www.cybermed.hr/centri_a_z/parkinsonova_bolest/prehrana_bolesnika_s_parkinsonovom_bolescu
23. Topolnjak P. Kvaliteta života osoba sa Parkinsonovom bolešću – Proces zdravstvene njege. U: 1. Hrvatski simpozij medicinskih sestara i tehničara neurologije s međunarodnim sudjelovanjem, zbornik radova; 2005. studeni 9-12; Varaždin. Zagreb: Udruga medicinskih sestara i tehničara Hrvatske za neurologiju. 2005:55-57
24. Kurtović B, Grgas-Bile C, Kundra D. Informatizacija zdravstvene njege. *Acta medica Croatica* [Internet]. 2014 [pristupljeno 24.05.2021.];68(1):55-59. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/117959>
25. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu. Zagreb, 1995.
26. Fučkar G. Uvod u sestrinske dijagnoze. HUSE, Zagreb, 1996.
27. Researchgate.net. [Internet].Berlin: The role od Nurses in Parkinson's Disease; c2008-2021. [pristupljeno 24.05.2021.]. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/306467195_The_Role_of_Nurses_in_Parkinson's_Disease <http://www.techopencombookschallenges-in-parkinson-s-disease-the-role-of-nurses-in-parkinson-s-disease>
28. Šepec S. i sur. Sestrinske dijagnoze. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Zagreb, 2011.

29. Kadović M, Abou Aldan D, Babić D, Kurtović B, Piškorjanac S, Vico M. Sestrinske dijagnoze 2. Hrvatska Komora Medicinskih sestara. Zagreb, 2013.
30. nursingtimes.net [Internet]. Velika Britanija: How to care for people with Parkinson's disease; c2021. [pristupljeno 24.05.2021.]. Dostupno na: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/neurology/how-to-care-for-people-with-parkinsons-disease-13-04-2012>
31. Biercewicz M, Filipaska K, Rybka M, Haor B, Głowacka M, Kędziora-Kornatowska K. Nursing problems of patients with Parkinson's disease — case report. J Neurol Neurosurg Nurs. 2016;5(4):156–61.
32. nurselabs.com [Internet]. 9 Parkinson's Disease nursing care plans - nurseslabs [Internet]. c2021. [pristupljeno 24.05.2021.]. Dostupno na: <https://nurseslabs.com/parkinsons-disease-nursing-care-plans/>
33. Abou Aldan D. i sur. Sestrinske dijagnoze 3. Hrvatska Komora Medicinskih Sestara. Zagreb, 2015.
34. López-Liria R, Parra-Egeda J, Vega-Ramírez FA, Aguilar-Parra JM, Trigueros-Ramos R, Morales-Gázquez MJ, et al. Treatment of Dysphagia in Parkinson's Disease: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2020 06 9 [pristupljeno 25.05.2021.];17(11):E4104. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32526840/>
35. nursingce.com [Internet]. Washington: Parkinson's Disease Nursing CE Course; cAssessment Technologies Institute, LLC. [pristupljeno 25.05.2021]. Dostupno na: <https://www.nursingce.com/ceu-courses/parkinsons-disease>
36. Pedrosa Carrasco AJ, Timmermann L, Pedrosa DJ. Management of constipation in patients with Parkinson's disease. NPJ Parkinsons Dis [Internet]. 2018 [pristupljeno 25.05.2021.];4:6. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29560414/>
37. Karadža A. Urološki poremećaji u Parkinsonovoj bolesti [Diplomski rad]. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2014 [pristupljeno 25.05.2021.] Dostupno na: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:485788/>
38. Quintero-Rodriguez E. Praziquantel vs. albendazol for cysticercosis. Neurosurgery [Internet]. 1988 [pristupljeno 25.05.2021.];23(1):128. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31736564/>

39. Tkaczynska Z, Becker S, Maetzler W, Timmers M, Van Nueten L, Sulzer P, et al. Executive Function Is Related to the Urinary Urgency in Non-demented Patients With Parkinson's Disease. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2020 [pristupljeno 25.05.2021.];12:55. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32210789/>
40. Canning CG, Sherrington C, Lord SR, Close JC, Heritier S, Heller GZ, et al. Exercise for falls prevention in Parkinson disease: a randomized controlled trial. *Neurology* [Internet]. 2015 [pristupljeno 25.05.2021];84(3):304-12. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25552576/>

6. ŽIVOTOPIS

Ime i prezime: Paula Jelavić (rođ. Dominiković)

Datum, godina i mjesto rođenja: 16. 12. 1997. godine u Metkoviću

e-mail: pauladominikovic7@gmail.com

OBRAZOVANJE

- 2018.- Sveučilišni odjel zdravstvenih studija u Splitu, Sveučilišni preddiplomski studij sestrinstva
- 2012. - 2016. Zdravstvena škola u Splitu, smjer farmaceutski tehničar
- 2002. - 2012. Osnovna škola „Otrići – Dubrave“ završila je u Otrić – Seocima 2012. godine, općina Pojezerje, Dubrovačko – neretvanska županija

OSTALE VJEŠTNE

Služi se engleskom jezikom i poznaje rad na računalu.