

Zdravstvena njega bolesnika koji boluju od Alzheimerove bolesti

Jadrić, Mila

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

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:176:040578>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-05**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

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



UNIVERSITY OF SPLIT



SVEUČILIŠTE U SPLITU

Podružnica

SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA

SVEUČILIŠNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ

SESTRINSTVO

Mila Jadrić

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA KOJI BOLUJU OD
ALZHEIMEROVE BOLESTI**

Završni rad

Split, 2023. godina

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

MILA JADRIĆ

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA KOJI BOLUJU OD
ALZHEIMEROVE BOLESTI**

**HEALTH CARE FOR PATIENTS WITH ALZHEIMER'S
DISEASE**

Završni rad / Bachelor Thesis

Mentor:

Zdravka Đapić-Kolak, mag. med. techn.

Split, 2023. godina

**TEMELJNA DOKUMENTACIJSKA KARTICA
ZAVRŠNI RAD**

Sveučilište u Splitu

Sveučilišni odjel zdravstvenih studija

Sveučilišni preddiplomski studij Sestrinstvo

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Mentor: Zdravka Đapić-Kolak, mag. med. techn.

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA KOJI BOLUJU OD ALZHEIMEROVE BOLESTI

Mila Jadrić, 41520

Sažetak: Rasprava: Alzheimerova bolest napada stanice okolnih struktura i moždane kore, a karakteriziraju je zaboravljivost te izgubljenost u vremenu i prostoru. Najčešći simptomi bolesti su poteškoće govora, pisanja i čitanja, poremećaji pamćenja te poteškoće u aktivnostima kroz dan, promjene ponašanja i/ili promjene osobnosti. Kako je bolest progresivna i neizlječiva, bolesnici nisu u mogućnosti samostalnog življenja te više ili manje ovise o pomoći i njezi druge osobe, bilo člana obitelji ili zdravstvenih djelatnika. Alzheimerova bolest manifestira se kroz tri faze, a skrb za bolesnika započinje već u prvoj fazi. Bolesnici koji žive s ovom bolešću napreduju različitim brzinama, od blage Alzheimerove bolesti, kada prvi put primijete simptome, do teške, kada su potpuno ovisni o drugima u svakodnevnoj, rutinskoj njezi kao što je hranjenje. **Zaključak:** Zadaće medicinskih sestara/tehničara jesu edukacija i savjetovanje bolesnika i obitelji, zatim postavljanje plana zdravstvene njege, određivanje ciljeva, provođenje sestrinskih intervencija te zdravstvene njege prilagođene bolesniku i njegovom stanju. U procesu rada, medicinske sestre i tehničari osim pomoći koju pružaju bolesniku oboljelom od Alzheimerove bolesti, veliki oslonac su i obitelji koja se nerijetko ne zna nositi s bolešću člana obitelji.

Ključne riječi: Alzheimerova bolest, medicinska sestra/tehničar, zdravstvena njega

Rad sadrži: 38 stranica, 2 slike, 2 tablica, 24 literaturnih referenci

Jezik izvornika: hrvatski

BASIC DOCUMENTATION CARD

BACHELOR THESIS

University of Split

University Department of Health Studies

University Undergraduate Study of Nursing

Scientific area: Biomedicine and healthcare

Scientific field: Clinical Medical

Sciences Mentor: Zdravka Đapić-Kolak, mag. med. techn.

HEALTH CARE FOR PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Mila Jadrić, 41520

Summary: Discussion: Alzheimer's disease attacks cells of surrounding structures and cerebral cortex and is characterized by forgetfulness and lostness in time and space. The most common symptoms of the disease are difficulty speaking, writing and reading, memory disorders and difficulties in activities throughout the day, behavioral changes and / or personality changes. As the disease is progressive and incurable, patients are not able to live independently and more or less depend on the help and care of another person, whether a family member or health professional. Alzheimer's disease manifests itself through three stages, and care for the patient begins already in the first stage. Conclusion: The tasks of nurses / technicians are to educate and counsel patients and families, then set a health care plan, set goals, conduct nursing interventions and health care adapted to the patient and his condition. In the process of work, nurses and technicians, in addition to the help they provide to a patient with Alzheimer's disease, are a great support for the family that often does not know how to cope with the disease of a family member.

Keywords: Alzheimer's disease, nurse/technician, health care

Thesis contains: 38 pages, 2 images, 3 tables, 24 literature references.

Original in: Croatian

SADRŽAJ

| | |
|---|-----------|
| 1. UVOD | 1 |
| 1.2. ETIOLOGIJA ALZHEIMEROVE BOLESTI | 2 |
| 1.3. EPIDEMIOLOGIJA ALZHEIMEROVE BOLESTI | 3 |
| 1.4. ČIMBENICI RIZIKA ZA NASTANAK ALZHEIMEROVE BOLESTI..... | 4 |
| 1.5. KLINIČKA MANIFESTACIJA BOLESNIKA S ALZHEIMEROVOM BOLESTI..... | 5 |
| 1.6. DIJAGNOZA ALZHEIMEROVE BOLESTI..... | 6 |
| 1.7. LIJEČENJE ALZHEIMEROVE BOLESTI..... | 10 |
| 1.7.1. Farmakološke metode liječenja | 10 |
| 1.7.2. Nefarmakološke metode liječenja | 11 |
| 2. CILJ RADA | 13 |
| 3. RASPRAVA | 14 |
| 3.1. ULOGA MEDICINSKE SESTRE | 14 |
| 3.2. ULOGA OBITELJI U SKRBI ZA BOLESNIKA | 15 |
| 3.3.1. Sestrinska dijagnoza: Anksioznost | 18 |
| 3.3.2. Sestrinska dijagnoza: Smanjena socijalna interakcija | 20 |
| 3.3.3. Sestrinska dijagnoza: Poremećaj misaonog procesa | 23 |
| 3.3.4. Sestrinska dijagnoza: Lutanje | 24 |
| 3.3.5. Sestrinska dijagnoza: Visok rizik za nasilno ponašanje | 26 |
| 3.4. PREVENCIJA ALZHEIMEROVE BOLESTI | 28 |
| 4. ZAKLJUČAK | 30 |
| 5. LITERATURA | 31 |
| 6. ŽIVOTOPIS | 33 |

1. UVOD

Alzheimerova bolest ubraja se u bolesti živčanog sustava. Često se naziva i presenilna demencija ili Alzheimerova demencija, skraćeno AD. Alzheimerova bolest ujedno se smatra i najučestalijim oblikom demencije (1). Pojam demencija odnosi se na skup simptoma koji dovode do oštećenja mozga, te ponajviše na regresiju kognitivnih funkcija kao što su pažnja i pamćenje, učenje, logično zaključivanje, percepcija svijeta oko sebe te obrada zaprimljenih informacija (2). Kod demencije, često stradavaju i ostale intelektualne funkcije bolesnika poput računanja ili govora. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO) demencija se definira kao poremećaj kojeg često prate brojni kognitivni defekti (3,4).

1.1. ALZHEIMEROVA BOLEST

Početak 20. stoljeća njemački psihijatar Alois Alzheimer, prvi je opisao bolest koja je kasnije dobila ime po njemu. Promatrajući bolesnicu i njezinu bolest koja je trajala 5 godina, posmrtnom obdukcijom Alois Alzheimer ustanovio je brojne degenerativne promjene na mozgu koje je uspio povezati s patološkim obrascima ponašanja koje je bolesnica tijekom života manifestirala (5).

Kod Alzheimerove bolesti dolazi do progresivnih i ireverzibilnih oštećenja živčanih stanica, stradavaju stanice okolnih struktura te sama kora mozga. Alzheimerova bolest je dugotrajna bolest koja je karakterizirana simptomima kao što su učestala zaboravljivost, dekoncentracija, neorijentiranost kako u vremenu tako i prostoru. Bolesnici oboljeli od Alzheimerove bolesti, nisu u mogućnosti samostalno brinuti o sebi te je kod većine bolesnika potrebna pomoć stručne osobe. Bolest još uvijek nije izlječiva. Kod bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti, ali i njegove obitelji, nerijetko dolazi do socijalne izoliranosti od stane društva jer ponašanja koja razvija bolesnik nisu društveno prihvatljiva. Kod Alzheimerove bolesti još uvijek postoji stigmatizacija kako bolesnika tako i obitelji koja uvelike narušava kvalitetu života i smanjuje samopoštovanje stigmatiziranih (1).

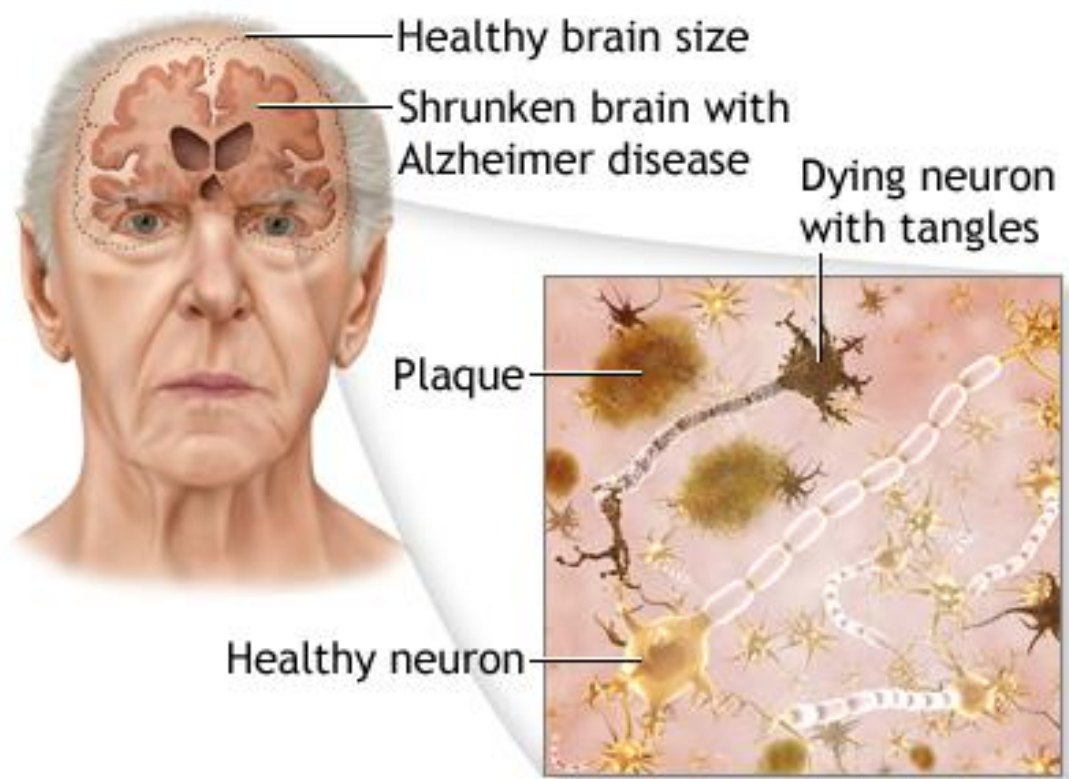
Kako je bolest praćena progresivnim gubitkom pamćenja uz afaziju, apraksiju i agnoziju, kod bolesnika dolazi i do komplikacija u vidu generalnih kognitivnih simptoma te promjena u emocionalnom stanju i ponašanju bolesnika. Bolesnici nerijetko imaju probleme s insomniom, dezorijentacijom, ispadima ljutnje, agresivnim i depresivnim ponašanjem koje može dovesti do deluzija i halucinacija (1,3).

Nerijetko se Alzheimerova bolest pripisuje samo zaboravljivosti, no s vremenom bolesnici razvijaju teže kliničke slike praćene progresivnom demencijom koja se kroz nekoliko godina u potpunosti razvije (1,4). Razlikuju se 3 faze bolesti, početna, umjerena i teška faza bolesti (1).

Prije ranih 2000-ih, jedini siguran način da se sazna ima li osoba Alzheimerovu bolest bila je autopsija, postupak koji se provodio nakon smrti. Zahvaljujući napretku u istraživanju sada su dostupni laboratorijski i slikovni testovi koji pomažu kako bi se na vrijeme uočili biološki znaci bolesti (4).

1.2. ETIOLOGIJA ALZHEIMEROVE BOLESTI

Alzheimerova bolest je najčešći uzrok demencije u zapadnim društvima (2,4). Etiologija Alzheimerove bolesti nije u potpunosti razjašnjena, no smatra se da je rezultat genetskih i okolišnih čimbenika kao što su obrazovanje i pretilost koji imaju važnu ulogu. Alzheimerovu bolest karakterizira progresivno kognitivno opadanje koje obično počinje s oštećenjem sposobnosti formiranja nedavnih sjećanja, ali neizbježno utječe na sve intelektualne funkcije i dovodi do potpune ovisnosti u osnovnim funkcijama svakodnevnog života i prerane smrti. Smatra se da je Alzheimerova bolest uzrokovana abnormalnim nakupljanjem proteina unutar i oko moždanih stanica (Slika 1.). Naglasak se stavlja na proteine pod imenom amiloidi i tau. Patološke manifestacije Alzheimerove bolesti uključuju difuzne i neuritične izvanstanične amiloidne plakove i unutarstanične neurofibrilarne spletove praćene reaktivnom mikrogliazom, distrofičnim neuritima i gubitkom neurona i sinapsi. Iako ove patološke lezije ne objašnjavaju u potpunosti kliničke značajke bolesti, pretpostavljeno je da bi promjene u proizvodnji i obradi amiloidnog β -proteina mogle biti glavni čimbenik pokretanja bolesti (6,7).



Slika 1. Plakovi koji uzrokuju Alzheimerovu bolest

Izvor: <https://medlineplus.gov/ency/article/000760.htm>

1.3. EPIDEMIOLOGIJA ALZHEIMEROVE BOLESTI

Kako svjetska populacija nastavlja starjeti, paralelno će se povećavati i broj pojedinaca u riziku. Alzheimerova bolest smatra jednim od većih javnozdravstvenih problema u gerontologiji (8).

Ukupno nešto manje od 11% svjetske populacije koja je starija od 65 godina boluje od Alzheimerove bolesti. U brojkama, vjeruje se da čak 55 milijuna osoba ima Alzheimerovu bolest ili neki drugi oblik demencije. Taj postotak raste proporcionalno s starijom životnom dobi, pa tako ukupno nešto više od 33% osoba s 85 ili više godina ima Alzheimerovu bolest. Ima otprilike dvostruko više žena starijih od 65 godina s Alzheimerovom bolešću nego muškaraca starijih od 65 godina s tim stanjem. To je uglavnom zato što žene žive duže od muškaraca. Međutim, žene starije od 80 godina još

uvijek imaju nešto veći rizik za oboljenje od Alzheimerove bolesti nego muškarci njihove dobi (8,9).

Na području Europe, prema podacima koje je plasirala SZO, ukupno je 6,4 milijuna osoba s Alzheimerovo bolesti. Kroz period od 30 godina, smatra se da će taj broj drastično narasti na ukupnu brojku od 115 milijuna oboljelih. U Republici Hrvatskoj, ukupno je nešto više od 100 000 stanovnika s nekim oblikom demencije, od kojih je najznačajniji postotak (njih ukupno 70%) s Alzheimerovom bolesti. Kada se oboljelima priboje i osobe koje za njih skrbe i koje ih njeguju, procjenjuje se da se čak 350 000 osoba svakodnevno nosi s demencijom. Japan je među razvijenim zemljama koja ima najnižu prevalenciju demencije općenito, a posebno Alzheimerove bolesti (9,10).

1.4. ČIMBENICI RIZIKA ZA NASTANAK ALZHEIMEROVE BOLESTI

Od različitih čimbenika rizika koji se povezuju s Alzheimerovom bolesti i demencijom, starenje je najvažniji čimbenik. Podaci nisu dosljedni za većinu drugih čimbenika rizika, koji uključuju genetske čimbenike, bijelu rasu, ženski spol, nisku razinu obrazovanja, loš fizički status, povijest traume glave, depresiju ili postoperativni delirij, obiteljsku povijest demencije i niži prihod kućanstva (11).

Predispozicija za demenciju općenito je povezana s niskom razinom hormona koji stimulira štitnjaču, hipertenzijom, nedostatkom folne kiseline ili vitamina B12, povišenim razinama homocisteina, hiperlipidemijom, pušenjem, dijabetes melitusom i metaboličkim sindromom te cerebrovaskularnom bolešću (7,11).

Neuropatologija Alzheimerove bolesti oponaša Downov sindrom; pacijenti s Downovim sindromom koji žive do 40 godina imaju neuropatologiju identičnu Alzheimerovoj demenciji (12).

1.5. KLINIČKA MANIFESTACIJA BOLESNIKA S ALZHEIMEROVOM BOLESTI

Kod bolesnika, u ranijim stadijima bolesti ne dolazi do naglog pogoršanja simptoma, dok se kod kasnijih stadija bolesti kod bolesnika primjećuje sve više promjena u ponašanju koje započinju ometati svakodnevne aktivnosti. Ranim prepoznavanjem bolesti, kod bolesnika se uvelike sprječavaju moguće komplikacije te povećava kvaliteta života. Već pri pojavi prvih simptoma Alzheimerove bolesti, bolesnik bi trebao biti pregledan od strane psihijatra i neurologa čije područje rada je usko vezano uz Alzheimerovu bolest.

Klinička slika bolesnika s Alzheimerovom bolesti obuhvaća sljedeće simptome:

- gubitak kratkoročnog pamćenja
- nemogućnost organizacije ili rješavanja problema
- poteškoće u obavljanju zadataka ili kod obavljanja različitih obveza
- gubitak orijentacije u vremenu i prostoru
- problemi u komunikaciji
- gubljenje stvari
- smanjenje sposobnosti prosuđivanja
- promjene u karakteru i osobnosti
- socijalna izolacija (13).

Uskim povezivanjem zaboravljivosti i gubitka pamćenja, te gledanjem na ova dva simptoma kao da su jednaki, kod bolesnika se najčešće ne kreće na vrijeme s liječenjem i rehabilitacijom. Gubitak pamćenja, daleko je opasnije i teže stanje od same zaboravljivosti. Kod gubitka pamćenja prvobitno dolazi do gubitka kratkoročne memorije te se tako bolesnici ne mogu sjetiti kuda su krenuli, što su nedavno radili, ali se i dalje sjećaju nekih dugoročnijih događaja. Gubitak kratkoročnog pamćenja kod bolesnika najčešće uzrokuje brojne poteškoće u svakodnevnom životu i uobičajenom funkcioniranju. Osim zaboravljanja novijih informacija, bolesnici često postavljaju ista pitanja te zaboravljaju koji je dan i koliko sati iako su tu informaciju znali do maloprije. Također dolazi i do zaboravljanja zakazanih termina (kod doktora, u banci i slično) te su uveliko oslonjeni na pametne uređaje koji im služe kao podsjetnici. Također može doći i do zaboravljanja vlastitog imena te imena osoba iz istog kućanstva. Veliki problem

oboljelima predstavlja i nemogućnost koncentracije i praćenja uputa koje dovode do povećanja vremena utrošenog na određenu radnju ili posao. Kod bolesnika može doći i do poteškoća u upravljanju novcima i sudjelovanju u aktivnostima koje su im prije bile rutinske (14).

Problemi se mogu javiti i prilikom upravljanja motornim vozilima, gdje osobe zaboravljaju put do poznate destinacije. Uz sve se javlja i gubitak o vremenu, gdje bolesnici ne mogu prepoznati trenutno godišnje doba, datum ili dan u tjednu. Kod nekih bolesnika, problemi kod razumijevanja vizualnih slika znaju biti znakom bolesti. Ti bolesnici tako imaju brojne poteškoće prilikom određivanja boja, kontrasta, ali i procjenjivanju udaljenosti što im uvelike stvara probleme prilikom vožnje. Brojni bolesnici također se ne mogu prisjetiti nedavnih postupaka, pa tako odlažu vlastite stvari na neprilagođena mjesta, a za krađu navedenih stvari optužuju druge. Jedan od češćih primjera je odlaganje ključeva i njihovo učestalo gubljenje. Raspolaganje novcem također osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti predstavlja jedan od problema. Naime, kako je kod tih bolesnika smanjena sposobnost prosuđivanja, bolesnici ne znaju postupati s novcem i racionalno raspodijeliti novce kojima raspolažu s troškovima koje imaju. Kod brojnih oboljelih, dolazi do socijalne i poslovne izolacije jer oboljeli najčešće odustaju od sudjelovanja u projektima, sportovima te zapostavljaju hobije koje su do nedavno voljeli, a sve zbog nemogućnosti aktivnog sudjelovanja te vlastitog izbjegavanja društvenih događaja. Također jedan od razloga su promjene u raspoloženju i osobnosti koje se manifestiraju kroz depresivnost, dezorijentiranost, pretjeranu bojažljivost te agresivnost. Svaka promjena dnevne rutine na oboljele od Alzheimerove bolesti djeluje tako da bolesnici reagiraju pretjerano naglo i burno, najčešće s agresivnim ispadima (14,15).

1.6. DIJAGNOZA ALZHEIMEROVE BOLESTI

Problemi s pamćenjem nisu kod svih osoba uzrokovani isključivo demencijom. Neki od drugih čimbenika mogu biti sljedeći:

- depresija ili tjeskoba
- stres
- lijekovi

- zlouporaba alkohol ili droga
- drugi zdravstveni problemi – poput hormonalnih poremećaja ili nedostataka u prehrani (2,5)

Liječnik opće prakse može provesti neke jednostavne provjere kako bi pokušao otkriti što bi mogao biti uzrok problema s pamćenjem te dalje uputiti stručnjaku na procjenu, ukoliko je potrebno. Ako liječnik opće prakse nije siguran ima li osoba Alzheimerovu bolest, može ju uputiti specijalistu, kao što su:

- psihijatar
- gerijatar
- neurolog (5).

Ne postoji jednostavan i pouzdan test za dijagnosticiranje Alzheimerove bolesti, ali zadaća liječnika je procijeniti bolesnikovo pamćenje i druga područja mentalnih sposobnosti te, ako je potrebno, organizirati dodatne testove kako bi se isključila druga stanja. Stručnjak će obično procijeniti vaše mentalne sposobnosti, poput pamćenja ili razmišljanja, koristeći testove poznate kao kognitivne procjene. Većina kognitivnih procjena uključuje niz testova i pitanja s olovkom i papirom, od kojih svaki nosi rezultat. Ovi testovi procjenjuju niz različitih mentalnih sposobnosti, uključujući:

- kratkoročno i dugoročno pamćenje
- koncentracija i raspon pažnje
- jezične i komunikacijske vještine
- svijest o vremenu i mjestu (orijentacija)
- sposobnosti vezane uz vid (vizuoprostorne sposobnosti) (1,5)

Važno je napomenuti da na rezultate testa može utjecati razina obrazovanja osobe. Na primjer, netko tko ne zna dobro čitati ili pisati može imati niži rezultat, ali možda nema Alzheimerovu bolest. Slično tome, netko s višom razinom obrazovanja može postići viši rezultat, ali još uvijek ima demenciju. Ovakvi testovi stoga mogu pomoći liječnicima da utvrde što se događa, ali se nikada ne bi smjeli koristiti sami za dijagnosticiranje Alzheimerove bolesti (2). Nakon postavljenje dijagnoze, pred bolesnika, ali i obitelji stavljaju se brojna pitanja vezanim uz budućnost bolesnika. Tu osim zdravstvenih pitanja, itekako su bitna i ona pravna, financijska, ali i sva ostala.

I dok se dijagnoza Alzheimerove bolesti u prošlosti tek sa sigurnošću utvrđivala obdukcijom bolesnika i postojanjem plakova i čvorova na mozgu, danas se puno ranije i

sigurnije dijagnosticira ova bolest. Dijagnoza Alzheimerove bolesti može se otkriti biomarkerima koji otkrivaju prisutnost zadebljanja i plakova.

Kod anamnestičkih podataka liječnik mora postaviti pitanja osobi koja ima simptome, kao i članu obitelji ili prijatelju. Pitanja uključuju podatke o cjelokupnom zdravlju, korištenju lijekova na recept i lijekova bez recepta, prehrani, zdravstvenim problemima iz prošlosti, sposobnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti te promjenama u ponašanju i osobnosti. Dobro prikupljena anamneza temelj je u postavljanju dijagnoze. Bolesniku se rade i ostale laboratorijske pretrage te druge standardne pretrage. Krvni testovi mogu pomoći u isključivanju drugih mogućih uzroka gubitka pamćenja i zbunjenosti, poput poremećaja štitnjače ili preniske razine vitamina. Krvni testovi također mogu mjeriti razine beta-amiloidnog proteina i tau proteina, ali ti testovi nisu široko dostupni i pokrivenost može biti ograničena (4,15). Također, bolesnik mora napraviti i sljedeće pretrage: skeniranje mozga, kao što je kompjutorizirana tomografija (CT), magnetska rezonancija (MRI) ili pozitronska emisijska tomografija (PET), kako bi se potvrdila dijagnoza Alzheimerove bolesti ili isključile drugi mogući uzroci bolesnikovih simptoma. Neizostavni su i fizikalni i neurološki pregled- refleksi, tonus i snaga mišića, osjetilo vida i sluha, koordinacija, ravnoteža.

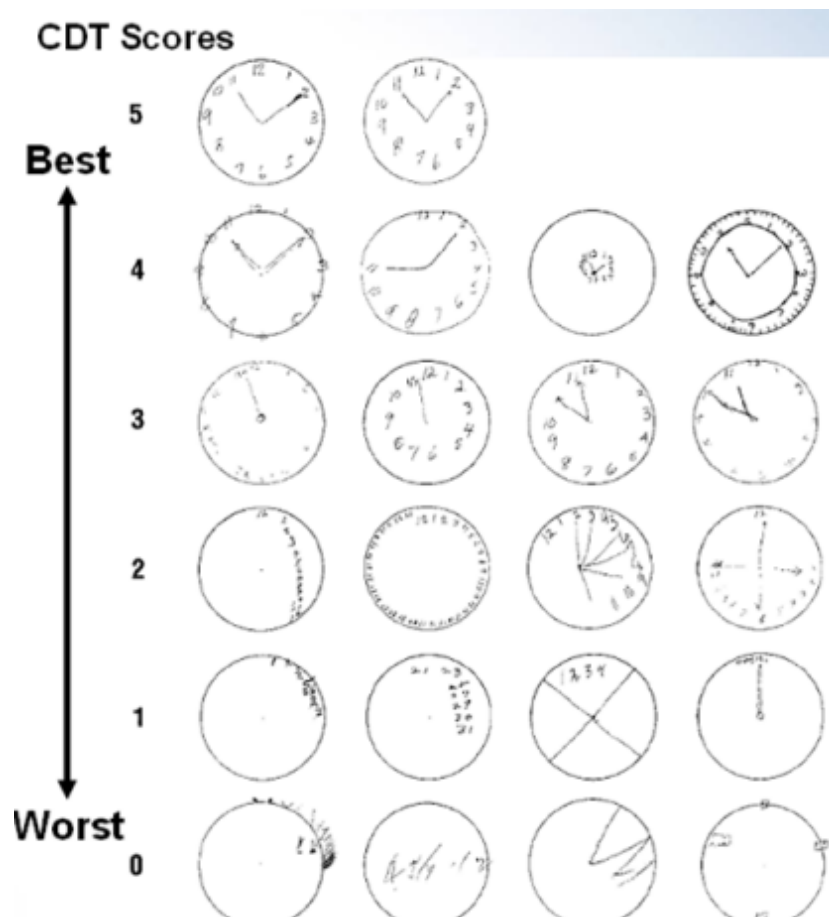
Liječnici će možda htjeti ponoviti ove testove kako bi najbolje odredili kako se pamćenje i druge kognitivne funkcije osobe mijenjaju tijekom vremena. Testovi također mogu pomoći u dijagnosticiranju drugih uzroka problema s pamćenjem, poput moždanog udara, tumora, Parkinsonove bolesti, poremećaja spavanja, nuspojava lijekova, infekcije ili druge vrste demencije. Neka od ovih stanja mogu biti izlječiva i možda reverzibilna.

Nekoliko drugih krvnih testova još uvijek je u razvoju. Trenutačno se samo rezultati krvnih pretraga ne bi trebali koristiti za dijagnosticiranje Alzheimerove bolesti, već se mogu uzeti u obzir zajedno s drugim pretragama. Međutim, dostupnost ovih dijagnostičkih testova još uvijek je ograničena. Trenutno su glavni ciljevi u postavljanju dijagnoze pronaći brže, jeftinije i manje invazivne načine dijagnosticiranja Alzheimerove bolesti (7).

Još jedni od testova koji se rade kod bolesnika s Alzheimerovom bolesti jesu test tri riječi te test crtanja sata. Oba testa su kratkotrajna te svega traju manje od 5 minuta. Testom tri riječi, pred bolesnika se na papir napišu tri riječi te ih se pročita. Nakon toga, bolesnik treba sam pročitati i ponoviti napisane riječi te ih zapamtiti. Kada bolesnik pročita riječi,

papir s napisanim riječima se miče sa strane da ga bolesnik ne može vidjeti i da je van njegovog vidnog polja. Nakon 2 minute, ukoliko se bolesnik prisjeti samo jedne ili niti jedne riječi, rezultat takvog testa može ukazivati da se radi o kognitivnom oštećenju te o potrebi daljnje evaluacije bolesnikovog stanja.

Test crtanja sata traje 4 minute, te ukoliko bolesnik ostvari manje od 5 bodova, test ukazuje daljnju potrebu za kognitivnom evaluacijom. Jedan bod na testu donose sljedeće stavke: nacrtani krug, upisani svi brojevi ali nisu dobro raspoređeni, ukoliko su kazaljke na dobrom broju, ali su pogrešne dužine, ukoliko samo jedna kazaljka pokazuje broj ali je dobre duljine, te ukoliko jedna kazaljka pokazuje dobar broj. Dva boda u testu, bolesnici će ostvariti ukoliko su svi brojevi dobro raspoređeni i upisani te ukoliko su kazaljke dobro nacrtane i pokazuju na zadane brojeve (Slika 2.).



Slika 2. Test crtanja sata

Izvor: <https://www.hzhm.hr/uploads/documents/06ee744da7edc15469fef9ca1b096b43.pdf>

1.7. LIJEČENJE ALZHEIMEROVE BOLESTI

1.7.1. Farmakološke metode liječenja

Alzheimerova bolest se s vremenom polako pogoršava. Kod bolesnika, bolest napreduje različitim brzinama, od blage Alzheimerove bolesti, kada prvi put primijete simptome, do teške, kada su potpuno ovisni o drugima u svakodnevnoj, rutinskoj njezi kao što je hranjenje. Rana, točna dijagnoza je korisna iz nekoliko razloga. Iako ne postoji jedinstveni lijek, pojavljuju se lijekovi za usporavanje progresije Alzheimerove bolesti. Dostupni su i lijekovi za liječenje nekih simptoma Alzheimerove bolesti, zajedno sa strategijama suočavanja s problemima u ponašanju. Većina trenutno dostupnih lijekova najbolje djeluje na bolesnike u ranoj ili srednjoj fazi bolesti (16).

Standardizirani lijekovi kod Alzheimerove bolesti jesu antidementivi i psihofarmaceuti. Antidementivi se koriste u svrhu liječenja poremećaja ponašanja i nastalih kognitivnih oštećenja, psihofarmaceuti svojim djelovanjem usporavaju tijek Alzheimerove bolesti. U prošlosti su se za liječenje Alzheimerove bolesti koristili i vazodilatatori i psihostimulansi te njihove varijante koje su danas napuštene.

Kod liječenja simptoma Alzheimerove bolesti, danas se ponajviše koriste sljedeći dvije vrste lijekova:

- inhibitori acetilkolinesteraze -Galantamin, Donepezil, Rivastigmin
- inhibitori kolinesteraze- Aricept, Adlarity, Exelon, Razadyne

Češće nuspojave ovih skupina lijekova su mučnina, dijareja, poremećaji spavanja te iznenadni gubitak apetita. Kod srčanih bolesnika, ovi lijekovi mogu izazvati ozbiljne nuspojave u vidu nepravilnosti u radu srčanog mišića. Lijek memantin odnosno Namenda usporava razvoj simptoma Alzheimerove bolesti kod umjerenih i težih stadija. Nerijetko je ovaj lijek u kombinaciji s nekim od lijekova inhibitora kolinesteraze. Nuspojave ovih lijekova su rijetke.

Lijek Aduhelm, noviji je lijek prvobitno namijenjen bolesnicima u ranom stadiju bolesti. Ovaj lijek odobren je u Americi jer uklanja amiloidne naslage u mozgu. Studije koje su provedene došle su do zaključka kako je Aduhelm relativno učinkovit u usporavanju kognitivnog pada, no njegova pokrivenost je ograničena. Stoga se ovaj lijek još uvijek ne koristi široko.

Od ove godine, odobren je i lijek lekanemab (Leqembi), koji se pokazao obećavajućim za bolesnike s blažim oštećenjima kognicije. Klinička studija pokazala je da je lijek usporio kognitivni pad kod ljudi s ranom Alzheimerovom bolešću za 27%. Lekanemab djeluje tako da sprječava nakupljanje amiloidnih plakova u mozgu. Ova je studija najveća do sada koja je proučavala može li uklanjanje nakupina amiloidnih naslaga iz mozga usporiti bolest (18).

Često se kod bolesnika propisuju i lijekovi iz skupine antidepresiva i antipsihotika koji pomažu u progresiji simptoma ponašanja i kod psihičkih promjena nastalih uslijed demencije.

1.7.2. Nefarmakološke metode liječenja

Uz farmakološku terapiju, naglasak se stavlja i na intervencije koje uz lijekove djeluju jako dobro na simptome kod Alzheimerove bolesti. Od velikog značaja za bolesnike su i sociterapijski postupci, psihoterapijske metode i fizikalna terapija. Socioterapijskim programom kod bolesnika se pokušava u čim većoj mjeri očuvati socijalni status i aktivnost bolesnika u društvu i zajednici, pomoći mu da se bolje nosi s novonastalom situacijom i svim promjenama koje bolest donosi. Psihoterapijske metode za zadatak imaju aktivno uključivanje bolesnika u grupe ili treninge za kognitivno aktiviranje i sjećanje, dok fizikalna terapija u procesu rehabilitacije poboljšava bolesnikovu snagu i pokretljivost te blagonaklono djeluje na njegovo opće zdravlje (17,18).

Kod bolesnika koji su oboljeli od Alzheimerove bolesti od velike pomoći mogu glazboterapija, aromaterapija, art-terapija, terapija uz pomoć životinja, radno-okupacijska terapija. Umjetnost ima brojna terapijska svojstva. Veliki naglasak se stavlja na muzikoterapiju i art-terapiju koje uvelike potiču kognitivne funkcije, svijest o sebi, predodžbu o vremenu, utječu na raspoloženje i ponašanje bolesnika, ali i njegovo samopoštovanje. Glazboterapija se odavno pokazala uspješnom u gerijatriji, a novije studije pokazuju blagodati glazbe kod bolesnika s Alzheimerovom bolesti. Glazbom se razvijaju komunikacijske sposobnosti, ali ona utječe na sve aspekte ove bolesti. Radno-okupacijska terapija osim što djeluje terapijski na bolesnike, ima značajnu ulogu u prevenciji bolesnikovih sposobnosti koje bi se uslijed njegove neaktivnosti izgubile. Terapija uz pomoć životinja za cilj ima unapređenje brojnih funkcija bolesnika, ali

naglasak je ipak stavljen na emocionalnom funkcioniranju. Ova vrsta terapije ne izvodi se kod bolesnika koji su skloniji agresiji prema životinja, kod onih koji su alergični te kod onih bolesnika koji imaju strah ili fobiju od životinja.

2. CILJ RADA

Cilj ovog preglednog rada je prikazati i osvijestiti ulogu medicinske sestre i tehničara koji aktivno sudjeluju u svim procesima liječenja, rehabilitacije i dijagnostike bolesnika s Alzheimerovom bolesti. U radu će naglasak biti stavljen i na komunikaciju koja uvelike pozitivno i terapijski može djelovati na bolesnika.

3. RASPRAVA

3.1. ULOGA MEDICINSKE SESTRE

Kako su medicinske sestre i tehničari, ujedno i zdravstveni djelatnici koji najviše vremena provode u bolesnike, nedvojbeni je njihov doprinos tijekom hospitalizacije bolesnika i dugotrajne skrbi u institucijskim (domovi za starije osobe) i izvan institucijskim (kroz dnevne boravke i skrb u obitelji putem patronažne službe) ustanovama. Osim planiranja, provođenja te evaluacije zdravstvene njege, medicinske sestre i tehničari zaduženi su za educiranje bolesnika i obitelji o karakteristikama koje Alzheimerova bolest ima. Komunikacija koja se odvija između medicinskih sestara i tehničara te bolesnika ima terapijsku ulogu. Kod bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti, smanjena verbalna komunikacija ne znači smanjenu svijest. Tijekom komunikacije, treba biti strpljiv i ne upadati bolesniku u riječ. Česta situacija koja se kod bolesnika može dogoditi je nemogućnost slaganja suvislih rečenica, te treba imati na umu kako se upotreba riječi počinje smanjivati kako Alzheimerova bolest napreduje, odnosno ovisno u kojoj fazi bolesti je bolesnik (19).

Bolesniku se treba uvijek prilaziti sprijeda; navesti svoje ime i obavezno zvati bolesnika po imenu, održavati kontakt očima i koristite kratke i jednostavne rečenice. Nakon upita bolesniku treba ostaviti dovoljno vremena za odgovor, no ukoliko ga nema, pitanje bi trebalo ponoviti. U razgovoru s bolesnikom, medicinske sestre i tehničari ne bi trebali koristiti fraze poput „Zar se ne sjećate?“ i slične. Osim ostvarivanja dobre komunikacije, zadaća medicinskih sestara i tehničara je također otkloniti čim više okolišnih čimbenika koji mogu sputavati komunikaciju. Treba voditi računa da bolesnik redovito nosi slušna pomagala, naočale ili zubnu protezu. Ova pomagala uvelike pomažu poboljšati komunikaciju s bolesnikom te su jedan od preduvjeta dobre komunikacije. U vrijeme pandemije koronavirusa, maske su uvelike narušavale komunikaciju jer je komunikacijski kanal bio podložniji šumovima.

Bolesnike s Alzheimerovom bolesti treba poticati da se pridruže razgovorima s drugima, gdje je to moguće, neka govore sami za sebe tijekom rasprava o njihovoj dobrobiti ili zdravstvenim problemima. Nerijetko bolesnici neće dati odgovor na postavljeno pitanje, no tada treba potvrdno odgovoriti, dati bolesniku do znanja da ga se

čulo te preformuliranjem pitanja pokušati dobiti odgovore. Bolesnici često imaju brojne poteškoće s govorom ili razumijevanjem, te treba biti strpljiv. Opuštenost u komunikaciji s bolesnikom, može mu pomoći da lakše komunicira.

Ton glasa trebao bi biti pozitivan i prijateljski. Tijekom razgovora treba održavati dovoljnu udaljenost kako se bolesnik ne bi osjećao loše, zastrašeno ili neugodno. Medicinske sestre i tehničari koji razgovaraju s bolesniku trebaju biti na istoj razini s bolesnikom ili niže od njih (na primjer, ako sjede). U komunikaciji također može pomoći bolesniku da se opusti i osjeća sigurno, ako ga medicinska sestra/tehničar držite za ruku dok razgovaraju.

Kod raspodjele radnih zadataka, visoko educirane medicinske sestre i tehničari koji organiziraju rad, trebali bi težiti da isto osoblje vodi brigu i skrb za istog bolesnika. Iako je to često neizvedivo zbog opsega posla, treba na umu imati kako velike promjene i promjene rutine kod bolesnika povećavaju tjeskobu i zbunjenost.

Kada se provodi njega ili ostali medicinsko-nemedicinsku tretmani kod bolesnika, bolesniku treba dati do znanja što se radi, korak po korak, a upute koje dobiva moraju biti izrečene na jednostavan način. Kod davanja uputa, bolesnik mora dobivati jednu po jednu uputu. Provođenje njege često je kod bolesnika otežano te stoga treba između stimulirajućih događaja dopustiti vrijeme odmora za bolesnika.

Prilikom hranjenja, bolesnik treba dati verbalne podsjetnike i fizičke znakove kao što je lagano dodirivanje podlaktice kada bolesnik jede za vrijeme obroka te ga često podsjećati da žvače i guta hranu tijekom obroka. Zaboravljanje da je hrana u ustima često je za bolesnike u kasnijim fazama Alzheimerove bolesti (20).

Kod bolesnika koji imaju nazogastričnu sondu, stalni urinarni kateter i slično, treba se pobrinuti da isti budu što manje uočljivi za bolesnika. Kod bolesnika treba pregledati i eliminirati suvišne i potencijalno štetne lijekove koje bolesnik možda uzima.

3.2. ULOGA OBITELJI U SKRBI ZA BOLESNIKA

Članovi obitelji, prijatelji ili bližnji koji skrbe i njeguju bolesnika s Alzheimerovom bolesti igraju ključnu ulogu, ali stres tijekom skrbi često dovodi do problema u mentalnom i fizičkom zdravlju osobe koja skrbi ili koja njeguje bolesnika.

Kako bolest napreduje, obitelj može osjećati da je članu obitelji sve teže obavljati svoju ulogu njegovatelja brzinom ili sposobnošću koju su prije činili. Psiholozi često nazivaju obitelji i njegovatelje osoba s gubitkom pamćenja 'nevidljivim drugim pacijentima' jer to ima efekt valova koji može utjecati na cijelu obitelj (22).

Učinci Alzheimerove bolesti mogu biti posebno izazovni za primarne skrbnike unutar obitelji. Osim bavljenja normalnim aktivnostima svakodnevnog života, njegovatelji također moraju pružiti cjelodnevnu skrb i podršku svojim voljenima. Studije su pokazale da primarni njegovatelji često postaju fizički i emocionalno preopterećeni i doživljavaju visoku stopu fizičkih bolesti, društvene izolacije i emocionalnog stresa – uključujući depresiju. Nažalost, cijena njihove privrženosti voljenoj osobi često je lošija kvaliteta života za njih same (23).

3.3. SESTRINSKE DIJAGNOZE KOD OBOLJELIH OD ALZHEIMEROVE BOLESTI

U tablicama 1, 2 i 3 prikazane su sestrinske dijagnoze koje su karakteristične za pojedinu fazu Alzheimerove bolesti.

Tablica 1. Sestrinske dijagnoze u početnoj fazi

| |
|---|
| Sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti u početnoj fazi same bolesti |
| ➤ anksioznost, tjeskoba |
| ➤ duševni nemir |
| ➤ poricanje |
| ➤ neupućenost okoline i obitelji |
| ➤ sniženo samopouzdanje |
| ➤ neučinkovito pridržavanje uputa |
| ➤ poremećaji misaonog procesa |

Izvor. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, et al. Sestrinske dijagnoze 3; Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.

Tablica 2. Sestrinske dijagnoze u umjerenom stadiju bolesti

| |
|--|
| Sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti u umjerenom stadiju bolesti |
| ➤ SMBS- smanjeno održavanje osobne higijene |
| ➤ SMBS-smanjena mogućnost hranjenja |
| ➤ SMBS-eliminacije |
| ➤ SMBS- odijevanja i dotjerivanja |
| ➤ smanjeno podnošenje napora |
| ➤ socijalna izolacija |
| ➤ visok rizik za pad |
| ➤ visok rizik za aspiraciju hrane |
| ➤ otežano žvakanje i gutanje |
| ➤ lutanje |

Izvor. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, et al. Sestrinske dijagnoze 3; Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.

Tablica 3. Sestrinske dijagnoze u teškom/završnom stadiju bolesti

| |
|--|
| Sestrinske dijagnoze kod bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti u teškom/završnom stadiju bolesti |
| ➤ visok rizik za oštećeni integritet kože |
| ➤ visok rizik od gušenja |
| ➤ visok rizik za dekubitus |
| ➤ visok rizik za trombozu dubokih vena |
| ➤ visok rizik za urinarnu infekciju |
| ➤ visok rizik za respiratornu infekciju |

Izvor. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, et al. Sestrinske dijagnoze 3; Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.

Dalje u radu na primjeru više sestrinskih dijagnoza bit će prikazane zadaće medicinskih sestara i tehničara od same procjena bolesnikovog stanja, uzimanja

anamneze, postavljanja ciljeva te utvrđivanje prioriteta, pa sve do provođenja intervencija te evaluacije. Na primjerima odabranih sestrinskih dijagnoza, bit će prikazan cjelokupan proces zdravstvene njege.

3.3.1. Sestrinska dijagnoza: Anksioznost

Brojni bolesnici oboljeli od Alzheimerove bolesti suočeni su s anksioznošću koja se definira kao osjećaj neugode i straha. Bolesnici su tjeskobni, u panici te psihomotorno napeti. Do anksioznosti dolazi kada dolazi do gubitka kontrole i sigurnosti s kojom se ne mogu nositi.

Prikupljanje podataka:

- Medicinska sestra i tehničar moraju pratiti bolesnikovo ponašanje te procijeniti stupanj anksioznost. Kod bolesnika mogu biti prisutni različiti simptomi od smanjenja komunikacije pa sve do napada panike.
- Kroz razgovor s bolesnikom treba procijeniti koje su metode i modeli ponašanja kojima se bolesnik suočavao s prijašnjim anksioznim stanjem. Heteroanamneza u ovom slučaju može dati puno odgovora koje sam bolesnik nije rekao.
- Od bolesnika treba saznati koja stanja, situacije i koji činitelji su ga već prije doveli do anksioznosti.
- Fizikalnim pregledom treba detaljno pregledati bolesnika te utvrditi moguće znakove samoozljeđivanja poput hematoma u različitim bojama, ozljeda na koži nastali oštrim predmetima.

Kritični čimbenici za nastanak anksioznosti kod bolesnika:

- dijagnostičke i medicinsko/nemedicinske procedure i procesi
- fizičke i emocionalne prijetnje
- promjena uloge
- promjena u svakodnevnicima i rutini te promjene okoline
- osjećaj izoliranosti
- nemogućnost kontroliranja okoline

- strah od bolesti i smrti
- prijetnje socioekonomskom statusu
- interpersonalni konflikti
- drugi čimbenici

Vodeća obilježja:

- hipertenzija, tahikardija ili tahipneja
- razdražljivost
- nedostatak sna
- verbalizacija napetosti i/ili straha
- osjećaj bespomoćnosti
- nemogućnost koncentracije
- otežano suočavanje s problemom
- smanjena komunikativnost
- glavobolje
- mučnina i/ili proljev
- vrtoglavice
- sklonost samoozljeđivanju

Mogući ciljevi:

- bolesnik će moći prepoznati čimbenike rizika
- bolesnik će moći prepoznati i nabrojati znakove anksioznosti
- bolesnik će se na pozitivan način suočiti s anksioznosti
- bolesnik će opisati smanjenu razinu anksioznosti
- bolesnik se neće ozlijediti
- bolesnik neće ozlijediti druge

Sestrinske intervencije:

- osigurati bolesniku sigurnu okolinu
- stvoriti profesionalan odnos
- stvoriti empatijski odnos pun razumijevanja i podrške
- pratiti bolesnikovo ponašanje te neverbalne znakove anksioznosti

- promjenama u ponašanju izvijestiti liječnika
- bolesnika upoznati s načinom rada odjela te dnevnim rutinama
- bolesnika upoznati s ostalim osobljem te drugim bolesnicima
- omogućiti bolesniku dovoljno vremena za odmor
- obavijestiti bolesnika o svim procedurama i postupcima koji se planiraju za njega
- u komunikaciji s bolesnikom koristiti jasne riječi, a rečenice trebaju biti sažete
- osigurati opuštajuću okolinu, izolirati okolišne čimbenike poput buke
- poticati bolesnika da otvoreno komunicira i izražava svoje osjećaje
- izbjegavati površnu potporu
- podučiti bolesnika koji postupci smanjuju anksioznost (vježbe disanja, druženje, razgovor, okupacijska terapija, smijeh)
- kontrolirati i nadzirati uzimanje terapije
- predložiti psihijatrijsku procjenu i tretman ukoliko su simptomi anksioznosti i dalje prisutni

Mogući ishodi / evaluacija :

- bolesnik prepoznaje i verbalizira znakove koje prethode osjećaju anksioznosti kod njih
- bolesnik se pozitivno sučeljava s anksioznosti
- bolesnik se negativno sučeljava s anksioznosti
- bolesnik ima smanjenu razinu anksioznosti
- bolesnik ima povećanu razinu anksioznosti
- tijekom boravka u bolnici, bolesnik se nije ozlijedio
- tijekom boravka u bolnici, bolesnik se ozlijedio (24)

3.3.2. *Sestrinska dijagnoza: Smanjena socijalna interakcija*

Kod mnogih bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti dolazi do smanjenja socijalne interakcije koja se očituje kao nedovoljni ili nezadovoljavajući odnos s drugim ljudima, članovima obitelji prijateljima te cjelokupnom okolinom.

Prikupljanje podataka:

- bolesniku treba prikupiti podatke o njegovim životnim navikama te svakodnevnici

- prikupiti podatke o količini stresa te odnosima unutar obitelji
- prikupiti podatke o emocionalnom stanju bolesnika
- prikupiti podatke o socioekonomskom statusu bolesnika i obitelji
- procijeniti znakove društvene izolacije
- prikupiti podatke o obrascima socijalne interakcije

Kritični čimbenici:

- gubitak tjelesne funkcije
- intelektualne poteškoće
- završni stadij bolesti
- gubitak dijela tijela
- psihijatrijski poremećaji
- nuspojave lijekova
- jezične barijere
- anksioznost
- socioekonomski čimbenici
- gubitak bliske osobe
- boravak u bolnici

Vodeća obilježja:

- bolesnik ne uspijeva uspostaviti stabilne društvene odnose
- bolesnik nema podršku drugih
- anksioznost
- bolesnik ima neprihvatljivo socijalno ponašanje
- bolesnik ima nisko samopouzdanje i osjeća se odbačeno
- izbjegava kontakt očima, izbjegava komunikaciju
- bolesnik se osjeća neugodno u društvu i okolini
- bolesnik ima halucinacije, iluzije i tijek misli koji je neorganiziran

Mogući ciljevi:

- bolesnik će prepoznati vlastito ponašanje koje ga koči u socijalnoj interakciji

- bolesnik će socijalno ponašanje koje je prije imao, zamijeniti s prikladnim socijalnim ponašanjem
- bolesnik će razviti suradljiv odnos s drugima
- bolesnikova obitelj pomoći se mu u usvajanju i unapređenju poželjnih obrazaca ponaša koji su socijalno prikladni

Sestrinske intervencije:

- s bolesnikom uspostaviti otvoreni odnos pun povjerenja
- obitelji i bolesniku pružiti podršku
- podučiti bolesnika kako se nositi sa stresom
- uključiti bolesnika u okupacijske ili grupne terapije
- nadzirati bolesnikovo ponašanje i liječnika obavijestiti o promjenama raspoloženja
- podučiti bolesnika o socijalnim i društvenim normama
- upozoriti i ukazati bolesniku na ponašanje koje nije prihvatljivo
- poticati bolesnika na otvorenu i iskrenu komunikaciju
- biti uz bolesnika i biti mu podrška
- dogovoriti svakodnevne socijalne aktivnosti
- osigurati obiteljsku terapiju
- poticati obitelj bolesnika na pružanje podrške
- pohvaliti bolesnika za pozitivne napretke
- osigurati bolesniku stimulirajuću i ugodnu okolinu

Mogući ishodi/ evaluacija:

- bolesnik prepoznaje pogreške koje je prije radio u socijalnoj interakciji
- bolesnik prihvaća društvene norme i ponaša se prihvatljivo
- bolesnik surađuje s osobljem i drugim bolesnicima
- obitelj sudjeluje u unapređenju bolesnikove socijalne interakcije (24)

3.3.3. Sestrinska dijagnoza: Poremećaj misaonog procesa

Kako je Alzheimerova bolest neurodegenerativna, promjene koje se događaju u mozgu i njegovoj anatomskoj strukturi dovode do poremećaja misaonog procesa kod bolesnika koji se manifestirao kao nemogućnost točne i precizne obrade misli.

Prikupljanje podataka:

- od bolesnika i njegove obitelji prikupiti čim više podataka o prijašnjim bolestima i hospitalizacijama
- prikupiti detaljne podatke o neurološkim i psihijatrijskim poremećajima ukoliko ih bolesnik ima
- prikupiti podatke o ozljedama glave koje su se dogodile u prošlosti
- prikupiti podatke o neurološkom statusu bolesnika
- prikupiti podatke o mentalnom zdravlju bolesnika

Kritični čimbenici:

- mentalne bolesti
- demencija
- Alzheimerova bolest
- cerebralna hipoksija
- epilepsija
- traume glave
- nesаница
- zlouporaba alkohola i/ili droga
- emocionalna trauma
- socijalna izolacija
- starenje

Vodeća obilježja:

- bolesnik se ne može usredotočiti i pratiti zadane upute
- bolesnik ima problema oko poimanja pojmova
- dezorijentiran je u vremenu i prostori

- ne prepoznaje bliske osobe i svoju okolinu
- bolesnik ima poremećenu sposobnost donošenja odluka
- bolesnik ima promjene u pamćenju
- bolesnik ima halucinacije, deluzije

Mogući ciljevi:

- bolesnik će biti orijentiran u vremenu i prostoru
- bolesnik će prihvatiti pomoć koja mu se nudi
- bolesnik će verbalizirati i prepoznati osjećaje
- obitelj će biti uz bolesnika

Sestrinske intervencije:

- osigurati dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom
- osigurati dovoljno vremena da bolesnik odgovori na pitanje
- koristiti kratke i jasne rečenice
- govoriti polakše i glasnije
- bolesniku osigurati dovoljno vremena za odmor i neometan san
- u suradnji s bolesnikom osmisliti dnevni plan aktivnosti
- bolesnika držati pod nadzorom
- uključiti obitelj u aktivnu brigu za bolesnika

Mogući ishodi/ evaluacija:

- bolesnik je orijentiran u vremenu i prostoru
- bolesnik prihvaća pomoć
- bolesnik izražava svoje osjećaje (24)

3.3.4. Sestrinska dijagnoza: Lutanje

Oboljeli od Alzheimerove bolesti nerijetko imaju obrasce ponašanja koji uključuju besciljna i ponavljajuća kretanja kojim se izlažu potencijalnim opasnostima.

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o dobi bolesnika i prijašnjim oboljenjima

- prikupiti podatke o navikama bolesnika (razina stresa, ponašanje, zdravstveno/nezdravstvenim navikama)
- prikupiti podatke o psihološkom statusu: depresija, anksioznost, percepcija okoline, kvalitativni poremećaji svijesti
- prikupiti podatke o neurološkom statusu bolesnika
- prikupiti podatke o lutanjima bolesnika koji su se prije događali
- procijeniti kognitivne i komunikacijske vještine

Kritični čimbenici:

- Alzheimerova bolest
- psihički poremećaji
- demencija
- odvojenost od bližnjih i obitelji
- depresija
- ovisnosti
- nezadovoljene fiziološke potrebe (glad, žeđ ili bol)
- odbijanje farmakoloških tretmana

Vodeća obilježja:

- učestalo kretanje od mjesta do mjesta
- čest odlazak bolesnika na ista mjesta
- bolesnik traži izgubljene stvari
- bolesnik traga za bližnjima ili umrlima
- nenajavljeni odlazak s odjela
- neprepoznavanje sobe, bolnice ili odjela
- neizvršavanje dogovorenih aktivnosti
- bolesnik izražava želju za odlaskom
- prijašnja lutanja i bježanja

Sestrinske intervencije:

- promatrati, uočiti i dokumentirati znakove lutanja bolesnika
- prepoznati moguće rizike te osigurati okruženje bolesnika

- uključiti obitelj u skrb za bolesnika
- uključiti bolesnika u dnevne aktivnosti i programe
- stvoriti odnos povjerenja
- podučiti bolesnika da svaki odlazak mora najaviti i prijaviti medicinskoj sestri
- osigurati okolinu u kojoj će sve potrebne prostorije biti u blizini i vidokrugu sobe
- primjena farmakološke terapije prema odredbi liječnika
- redovito obilaziti bolesnika, provjeriti njegove fiziološke potrebe
- potaknuti pacijenta na redovitu fizičku aktivnost, vježbanje, kretanje uz nadzor
- u dokumentaciju umetnuti pacijentovu sliku, popis mjesta na koja bi mogao odlutati i sažetu povijest bolesti za slučaj da pacijent odluta

Mogući ishodi/ evaluacija

- bolesnik aktivno sudjeluje u aktivnostima
- bolesnik i bliži/obitelj prepoznaju barem 2 kritična čimbenika koja upućuju na moguće lutanje
- bolesnik je razvio odnos povjerenja i surađuje s medicinskim osobljem
- bolesnik se tijekom boravka u bolnici nije ozlijedio
- bolesnik se kreće isključivo dozvoljenim prostorima
- bolesnik najavljuje svoj odlazak
- navedene intervencije ne pokazuju pozitivan učinak

3.3.5. Sestrinska dijagnoza: *Visok rizik za nasilno ponašanje*

Oboljeli od Alzheimerove bolesti nerijetko imaju nasilno ponašanje kako prema članovima obitelji, tako i prema drugim bolesnicima i medicinskom osoblju. Najčešće je psihičko i fizičko nasilje.

Prikupljanje podataka:

- prikupiti podatke o medicinskim stanjima
- prikupiti podatke o prijašnjim bolestima, ozljedama
- prikupiti podatke o mentalnom i neurološkom statusu
- prikupiti podatke o prijašnjim oblicima nasilnog ponašanja

- prikupiti podatke o neverbalnim znakovima ljutnje stresa i tuge kod bolesnika
- prikupiti podatke o načinima suočavanja sa stresom i frustracijama
- prikupiti podatke o odnosima s obitelji i okolinom
- prikupiti podatke o lijekovima koje pacijent uzima

Kritični čimbenici:

- psihički poremećaji
- Alzheimerova bolest i demencija
- podatak nasilnog i/ili agresivnog ponašanja
- ozlijede glave
- neurološke bolesti
- intelektualne poteškoće
- psihoorganski poremećaj
- intoksikacija alkoholom/drogom ili lijekovima
- nemogućnost verbalizacije osjećaja
- sindrom izgaranja
- stres i razdražljivost
- smrt bliske osobe
- strah od promjena i nove okoline
- disfunkcijski odnosi unutar obitelji

Mogući ciljevi:

- bolesnik će uspostaviti kontrolu ponašanja
- bolesnik će verbalizirati uzroke frustracija
- bolesnik će verbalizirati osjećaje
- bolesnik će demonstrirati učinkovite načine suočavanja sa stresom
- bolesnikovo ponašanje će biti socijalno prihvatljivo

Sestrinske intervencije:

- Stvoriti profesionalan i empatičan odnos
- Omogućiti bolesniku da jasno izrazi svoje osjećaje te frustracije
- Podučiti bolesnika načinima kontrole ponašanja

- Pružiti mogućnost izbora
- U razgovoru s bolesniku razgovarati jasno i otvoreno
- Zadržati smirenost i kontrolu nad situacijom
- Osigurati dovoljno osobnog prostora bolesniku koji je agitiran
- Izbjegavati nepotrebno dodirivanje bolesnika
- Izbjegavati dugotrajan kontakt očima
- Osigurati dovoljno osoblja za kontrolu nasilnog ponašanja.
- U slučaju napada postupiti prema protokolu ustanove
- Ukloniti sve one predmete koje su u bolesnikovoj okolini kojima bi mogao ozlijediti sebe ili druge
- Educirati pacijenta o načinima suočavanja sa stresom
- Poticati pacijenta na sudjelovanje u rekreacijskim aktivnostima
- Poticati pacijenta na sudjelovanje u grupnoj terapiji

Mogući ishodi/ evaluacija

- Bolesnik uspostavlja kontrolu ponašanja
- Bolesnik verbalizira uzroke frustracija
- Pacijent verbalizira vlastite osjećaje
- Bolesnik demonstrira učinkovite načine suočavanja sa stresom
- Bolesnik se ponaša socijalno prihvatljivo (24)

3.4. PREVENCIJA ALZHEIMEROVE BOLESTI

Iako su istraživanja još uvijek u tijeku, postoje jaki dokazi da ljudi mogu smanjiti rizik ključnim promjenama načina života, uključujući sudjelovanje u redovitim aktivnostima i održavanje dobrog zdravlja srca. Novo istraživanje pokazuje da postoje stvari koje možemo učiniti kako bismo smanjili rizik od blagog kognitivnog oštećenja i demencije.

Nekoliko stanja za koje je poznato da povećavaju rizik od kardiovaskularnih bolesti poput visokog krvnog tlaka, dijabetesa i visokog kolesterola, također povećavaju rizik

od razvoja Alzheimerove bolesti. Neke obdukcijske studije pokazuju da čak 80% osoba s Alzheimerovom bolešću ima i kardiovaskularnu bolest (26).

Umjerena tjelesna aktivnost, svakodnevna šetnja te pravilna prehrana i dijeta mogu pripomoći u prevenciji Alzheimerove bolesti. Redovita tjelesna vježba može biti korisna strategija za smanjenje rizika od Alzheimerove bolesti i vaskularne demencije. Tjelovježba može izravno koristiti moždanim stanicama povećanjem protoka krvi i kisika u mozgu. Zbog svojih poznatih kardiovaskularnih dobrobiti, medicinski odobreni program vježbanja vrijedan je dio svakog općeg plana ozdravljenja. Trenutačni dokazi upućuju na to da prehrana zdrava za srce također može pomoći u zaštiti mozga. Prehrana zdrava za srce uključuje ograničavanje unosa šećera i zasićenih masti i unos puno voća, povrća i cjelovitih žitarica.

Društvene veze mogu smanjiti rizik od Alzheimerove bolesti i demencije. Brojne studije pokazuju da održavanje jakih društvenih veza i mentalna aktivnost kako starimo može smanjiti rizik od kognitivnog pada i Alzheimerove bolesti. Stručnjaci nisu sigurni koji je razlog ove povezanosti. To može biti zbog izravnih mehanizama putem kojih društvena i mentalna stimulacija jačaju veze između živčanih stanica u mozgu (25,26).

4. ZAKLJUČAK

Alzheimerova bolest pogađa najčešće stariju populaciju te predstavlja jedan od velikih javnozdravstvenih problema u gotovo svim državama. Bolest mijenja strukturu mozga stvarajući plakove koji djeluju progresivno i ireverzibilno, oštećujući tako živčane stanice, stanice ostalih struktura te kora mozga. Alzheimerova bolest je dugotrajna bolest za koju su karakteristični simptomi kao što su učestala zaboravljivost, dekoncentracija, neorijentiranost u vremenu i prostoru.

Bolesnici oboljeli od Alzheimerove bolesti, nisu u mogućnosti samostalno brinuti o sebi te je kod većine bolesnika potrebna pomoć stručne osobe. Kod bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti, ali i njegove obitelji, nerijetko dolazi do socijalne izoliranosti od stane društva jer ponašanja koja razvija bolesnik nisu društveno prihvatljiva.

Član obitelji ili druga osoba koja na sebe preuzima skrb za oboljelog, svjesno preuzima odgovornost te se maksimalno treba prilagoditi bolesniku i njegovim potrebama. Medicinsko osoblje koje skrbi o bolesnicima koji boluju od Alzheimerove bolesti, s naglaskom na medicinske sestre i tehničare, svojim znanjem, kliničkim iskustvom i kompetentnošću uvelike pomažu bolesniku i članovima obitelji. Njihova glavna zadaća je postići otvoreni i iskren odnos s bolesnicima koji u njima pronalaze svoju zaštitu.

Uloga medicinske sestre i tehničara ovisno o stadiju Alzheimerove bolesti zahtjeva drugačiji pristup te drugačiju i individualnu sestrinsku skrb, no glavna načela rada su uvijek ista - pomoći bolesniku, razumjeti ga, prihvatiti te biti uz njega.

5. LITERATURA

1. Rusac S. Alzheimerova bolest: Izazovi socijalnog rada. Ljetopis socijalnog rada [Internet]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/177448> Pristupljeno: 19. kolovoz2023.
2. Pecotić Z, Babić T, Dajčić M, Zarevski P. Demencija kod Alzheimerove bolesti. Brošura Hrvatske udruge za Alzheimerovu bolest. Zagreb; 2001.
3. Allen S, Stephens B. Dementia and carers: Workers' resources. London: Skills for care and Dementia UK; 2012.
4. Corey-Bloom J, Thal LJ, Galasko D, et al. Diagnosis and evaluation of dementia. *Neurology*, 1995; 45 (2) 211-218.
5. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
6. Sochocka M, Zwolińska K, Leszek J. The Infectious Etiology of Alzheimer's Disease. *Curr Neuropharmacol*. 2017;15(7):996-1009.
7. Epstein AL. Maladie d'Alzheimer, neuro-inflammation et virus herpétiques - Une piste qui trace son chemin [Alzheimer's disease, neuro-inflammation, and herpes viruses, a path that traces its way]. *Med Sci (Paris)*. 2020 May;36(5):479-486.
8. World Health Organization: Dementia [Internet]. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> Pristupljeno: 20. kolovoz 2023.
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Alzheimerova bolest. [Internet]. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/> Pristupljeno 20. kolovoz 2023.
10. Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest. Alzheimerova bolest. [Internet]. Dostupno na: <https://alzheimer.hr/> Pristupljeno: 20. kolovoz 2023.
11. Hu N, Yu JT, Tan L, Wang YL, Sun L, Tan L. Nutrition and the risk of Alzheimer's disease. *Biomed Res Int*. 2013.
12. Hartley D, Blumenthal T, Carrillo M, et al. Down syndrome and Alzheimer's disease: Common pathways, common goals. *Alzheimers Dement*. 2015; (6):700-9.
13. Oosterveld, Saskia M. et al. 'The Influence of Co-Morbidity and Frailty on the Clinical Manifestation of Patients with Alzheimer's Disease'. 1 Jan. 2014 : 501 – 509.
14. Förstl H, Kurz A. Clinical features of Alzheimer's disease. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1999;249(6):288-90.

15. Puljak A. Alzheimerova bolest kao gerontološki javnozdravstveni problem. *Medicus*; 2005; 229-235.
16. Mayeux R, Sano M. Treatment of Alzheimer's disease. *N Engl J Med*. 1999 Nov 25;341(22):1670-9.
17. Mimica N, Presečki P. How do we treat people with dementia in Croatia. *Psychiat Danub*; 2010.
18. Shah R. The role of nutrition and diet in Alzheimer disease: a systematic review *J. Am Med Dir Assoc.*; 2013.
19. Kumar A, Sidhu J, Goyal A, et al. *Alzheimer Disease (Nursing) Treasure Island*; 2022.
20. Kang Y, Hur Y. Nurses' Experience of Nursing Workload-Related Issues during Caring Patients with Dementia: A Qualitative Meta-Synthesis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 4;18(19):10448.
21. B. Sedić: *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.*
22. Haley WE. The family caregiver's role in Alzheimer's disease. *Neurology*. 1997.
23. Poredoš D. Alzheimerova bolest i obitelj. *Ljetopis socijalnog rada 2003* [Internet]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/3515> Pristupljeno: 25. kolovoz 2023.
24. Abou Aldan D, Babić D, Kadović M, et al. *Sestrinske dijagnoze 3; Zagreb, Hrvatska komora medicinskih sestara; 2015.*
25. Sindi S, Mangialasche F, Kivipelto M. Advances in the prevention of Alzheimer's Disease. *F1000Prime Rep*. 2015 May 12;7:50.
26. Norton S, Matthews FE, Brayne C. A commentary on studies presenting projections of the future prevalence of dementia. *BMC Public Health* 2013; 13: 1.

6. ŽIVOTOPIS

OSOBNI PODATCI

Ime i prezime: Mila Jadrić

Datum i mjesto rođenja: 23. kolovoza 1999., Zagorska 3a, Trogir

EDUKACIJA

2007.-2014. Osnovna škola Majstora Radovana, Trogir

2014.-2019. Zdravstvena škola Split- Medicinska sestra opće njege s petogodišnjim programom.

2020.-2023. Sveučilišni odjel zdravstvenih studija Split, smjer sestrinstvo

VJEŠTINE

Dobro poznavanje rada na računalu (Office MS paket), aktivno poznavanje engleskog jezika u govornom i pisanom obliku.