

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

ZAVRŠNI RAD BR. 86/SES/2015

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ZBRINJAVANJU BOLESNIKA OBOLJELIH
OD ALZHEIMEROVE BOLESTI**

Danijela Štrbenac

Bjelovar, travanj 2016.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Štrbenac Danijela**

Datum: 12.10.2015.

Matični broj:000622

JMBAG: 0314006093

Kolegij:

ZDRAVSTENA NJEGA PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA 1

Naslov rada (tema):

Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti

Mentor:

Tamara Salaj, dipl.med.techn.

zvanje: **predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Ksenija Eljuga, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Tamara Salaj, dipl.med.techn., mentor**
3. **Mirna Žulec, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 86/SES/2015

Studentica će u radu objasniti specifičnosti zdravstvene njege osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti i ulogu medicinske sestre u zbrinjavanju istih.

Studentica će u radu prikazati slučaj bolesnika oboljelog od Alzheimerove bolesti i objasniti ulogu i važnost sestre u liječenju gore navedenih bolesnika na primarnoj, sekundarnoj i tercijalnoj razini zdravstvene zaštite.

Zadatak uručen: 12.10.2015.

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



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU

ZAVRŠNI RAD BR. 86/SES/2015

**ULOGA MEDICINSKE SESTRE U ZBRINJAVANJU BOLESNIKA OBOLJELIH
OD ALZHEIMEROVE BOLESTI**

Danijela Štrbenac

Bjelovar, travanj 2016.

ZAHVALA

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju, posebno svojoj mentorici Tamari Salaj ,dipl. med. techn. na stručnoj pomoći i prijateljskoj podršci tijekom izrade ovog rada.

Također zahvaljujem svojoj obitelji na potpori i razumijevanju protekle tri godine, te dr. Sanji Devčić.

Također veliko hvala mojoj prijateljici Mireli Videc na pomoći, savjetima i prijateljskoj potpori tijekom izrade rada.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Podjela demencija	2
1.2. Demencija Alzheimerovog tipa (DAT)	3
1.3. Klinička slika Alzheimerove demencije	4
1.4. Etiologija	5
1.5. Čimbenici rizika kod AD	6
1.6. Epidemiologija	7
1.7. Dijagnosticiranje AD	8
1.8. Kriteriji za vjerojatnu AD	11
1.9. Medikamentozno simptomatsko liječenje oboljelih od Alzheimerove bolesti ..	12
2. Kako prevenirati Alzheimerovu demenciju	14
3. STADIJI ALZHEIMEROVE BOLESTI	15
3.1. Blagi stadij	15
3.2. Umjereni stadij	21
3.3. Uznapredovali (kasni/terminalni) stadij	26
4. CILJ RADA	29
5. ISPITANICI I METODE	30
6. PRIKAZ SLUČAJA	31
7. RASPRAVA	34
8. ZAKLJUČAK	37
9. LITERATURA	39
10. SAŽETAK	40
10. SUMMARY	41

1.UVOD

Demencija (lat. dementia) je oblik kroničnog moždanog sindroma s višestrukim kognitivnim poremećajima. Najvažnije oštećenje je pamćenje (1). Demencija odlikuje progresivno, intelektualno propadanje, koje dovodi do nemogućnosti zadovoljavanja osnovnih društvenih, moralnih i radnih obveza zahvaćene osobe (2).

SZO demenciju definira kao poremećaj sposobnosti pamćenja, uz moguće pridružene druge kognitivne deficite: disfaziju, apraksiju, agnoziju te poteškoće u orijentaciji ili donošenju svakodnevnih odluka (2). Alzheimerova demencija je najčešći oblik demencije, a vodeći simptom je poremećaj kratkotrajnog pamćenja, dok su u frontotemporalnoj demenciji naglašenije promjene ličnosti i ponašanja (2).

Najčešća je podjela demencija prema uzroku na šest skupina dementnih sindroma. To su: Alzheimerova demencija, vaskularna demencija, demencija koja se javlja uz primarnu bolest (AIDS, Pickova bolest, Creutzfeldt-Jacobova bolest, Wilsonova bolest i dr.), demencija uzrokovana različitim tvarima (lijekovi, sredstvima ovisnosti, otrovima), demencija višestrukih uzroka (kombinacija dvaju ili više etioloških čimbenika) i demenciju nepoznatih uzroka.

1.1. Podjela demencija

Demencija je sindrom globalnog i progresivnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti prouzročen organskom bolesti središnjeg živčanog sustava pri očuvanoj svijesti, u kojem su oštećene sposobnosti pamćenja, učenja, apstraktnog mišljenja, orijentacije i poimanje vidno-prostorálnih odnosa (2).

Podjela ima mnogo, a najčešća je na primarne i sekundarne.

Primarne (progresivne) demencije jesu one gdje je mozak zahvaćen neurodegenerativnim procesom (Alzheimerova i vaskularna demencija).

Sekundarne su demencije uzrokovane upalnim procesima, tumorima, ozljedama mozga, intoksikacijama te procesima koji se događaju izvan SŽS-a (metabolički, hormonalni i drugi poremećaji).

Postoji i podjela s obzirom na lokalizaciju oštećenja: kortikalne demencije (Alzheimerova), subkortikalne demencije (Parkinsonova, Huntingtonova i Wilsonova), mješovite forme gdje oštećenja mogu biti u svim područjima mozga (vaskularna demencija) (2).

Demencije su uglavnom progresivne i ireverzibilne bolesti, ali je ipak 15% demencija reverzibilno ako terapija počne pravodobno prije ireverzibilnog oštećenja (3).

1.2. Demencija Alzheimerovog tipa (DAT)

Alzheimerova demencija (F00) jest spora, progresivna bolest, koja dovodi do oštećenja pamćenja (poglavito kratkotrajnog) i poremećene orijentacije, sa simptomima afazije, apraksije, agnozije s oštećenim rasuđivanjem i nemogućnošću donošenja odluka. Obično završava smrću nakon desetak godina trajanja (1).

Aloysius Alzheimer je 1906. godine u Tübingenu opisao 51-godišnju bolesnicu s progresivnom demencijom i psihotičnim simptomima (bolest je trajala 5 godina). Na obdukciji je pronašao degenerativne promjene mozga i specifične plakove (1). Tada je pronašao vezu između patološkog ponašanja pacijentice i oštećenja u mozgu. U studenom 1906. godine opisuje „jedinственu bolest mozga“, a 1907. godine objavljuje članak „Ozbiljna bolest karakteristična za moždanu koru“. Po njemu je bolest dobila ime (Alzheimerova bolest), a još se upotrebljava i naziv demencija Alzheimerovog tipa (DAT).

Alzheimerova demencija (AD) je degenerativna bolest koja se očituje kognitivnim zatajivanjem (memorija, prosuđivanje, planiranje, konceptualno organiziranje, jezik) (3). Kognitivni defekt povezuje se s defektom kolinergičke aktivnosti i atrofijom korteksa i limbičkog sustava (stvaranje neurofibrilnih čvorića i senilnih plakova) tj. određeno područje u mozgu prolazi specifične degeneracije (3). Osim kognitivnih zatajivanja, bolest se očituje i nekognitivnim simptomima. To su promjene ponašanja, raspoloženja, percepcije i slične promjene. Vrlo je vjerojatno da je Alzheimerova bolest opažena još u davnoj prošlosti jer su njezine simptome opisivali grčki i rimski pisci (4).

1.3. Klinička slika Alzheimerove demencije

Poremećaj počinje podmuklo i razvija se polako, ali stalno napreduje tijekom godine (3). Počinje uglavnom nakon 65. godine, ali može početi i prije (AD ranog i AD kasnog početka). Rani znakovi bolesti su razdražljivost, gubitak koncentracije, zaboravljanje imena (disnomija). Kasnije dolazi do poremećaja orijentacije. Bolesnik se gubi, postaje konfuzan, ne prepoznaje bliske osobe (1). Javljaju se afazija, apraksija i agnozija. Nastupa intelektualno propadanje (deterioracija) (1). U kliničkoj slici mogu prevladavati nekognitivni simptomi (depresija) i dominantni psihotični simptomi (sumanutost, halucinacija) (3). Mogu se javiti afektivne smetnje, apatičnost, povlačenje, ali i agresivni ispadi, neprimjereno spolno ponašanje i uznemirenost (1). Bolesnik je neaktivan, pojačanog mišićnog tonusa, fizički je slab i gubi na težini. Zbog teškog općeg stanja i oslabljenih mehanizama obrane pojavljuju se i različite upalne bolesti (1). Postoje tri oblika bolesti:

- a) s ranim početkom (F00.0),
- b) kasnim početkom (F00.1) i
- c) mješoviti tip (F00.2).

Najčešći je oblik s kasnim početkom, nakon 65. godine života i polaganim razvitkom. Prognoza je nepovoljna te obično bolest završava smrću. U prosjeku traje osam do deset godina nakon pojave simptoma (1).

1.4. Etiologija

Uzrok AD nije poznat. Određenu ulogu u nastajanju ove demencije ima nasljeđe. Poznato je kako se bolest češće pojavljuje u nekim obiteljima. Češće je u jednojajčanih blizanaca od 43-79%, a u dvojajčanih 8-58% (1). Pretpostavlja se kako genetske aberacije povezane s Alzheimerovom bolešću nalaze na 1.,14.,21. kromosomu, koji utječe na pojavnost AD-a. 40% oboljelih od AD-a ima u obitelji AD. Pojavnost AD-a u monozigota je oko 43%, a u dizigota oko 8%. bolest se nasljeđuje autosomno dominantno tijekom nekoliko pokoljenja (3). Obično je vezana za 21. kromosom (rani AD). Amiloidni (senilni) plakovi nakupine su amiloida, koji se stvara pri poremećenoj sintezi proteina. Stvaranje amiloida prati i degenerativne procese, a posljedica je odumiranje živčanih stanica. U oboljelih od AD-a nađeno je i sniženje koncentracije serotonina, noradrenalina te različitih proteina (1).

1.5. Čimbenici rizika kod AD

Istraživanje o metodama prevencije nastanka bolesti usredotočena su na ciljeve koji se iznalaze temeljem klinički dostupnih dokaza. Među njima se kao čimbenici rizika za nastanak bolesti najčešće opisuju bolesti krvnih žila, dijabetes, hipertenzija, pretilost, pušenje, smanjenje tjelesne aktivnosti, konzumacija alkohola. AD se može klasificirati i prema kriteriju nasljednosti na autosomno dominantni, obiteljski i sporadični tip bolesti (6). Većina slučajeva AD-a nije izravno povezana s genetikom. Smatra se da kompleksne veze između čimbenika okoliša, životnog stila i poligenih čimbenika imaju ključnu ulogu u obolijevanju od sporadičnog oblika AD-a. Životna dob je najbolje istražen čimbenik rizika za pojavu sporadičnog oblika bolesti (6).

Možemo ih podijeliti na :

- a) definitivno prihvaćene: dob najznačajniji rizični čimbenik. Prevalencija AD-a udvostručava se svakih 5,1 godinu u osoba dobi između 65 i 85 godina, te pozitivne obiteljske anamneze
- b) upitne: spol-žene ukupno češće obolijevaju od AD-a, ali za to je djelomično odgovorna činjenica da žene u prosjeku žive duže nego muškarci. Stupanj stručne spreme: osobe nižeg stupnja edukacije ili zaposlenja imaju dva puta veću vjerojatnost obolijevanja od AD-a.
- c) moguće: trauma glave oštećenja mikrocirkulacije zbog udara, uzimanje prekomjerne količine alkohola, migrena, povećan unos zasićenih masti
- d) zaštitni čimbenici: pušenje i uzimanje nesteroidnih protuupalnih lijekova (6)

Obiteljsko pojavljivanje također spada u čimbenike rizika. Prema epidemiološkim podacima do danas poznatim, obiteljska Alzheimerova bolest pojavljuje se u 10-45% oboljelih. Trajanje i dob početka bolesti variraju, a prosječno trajanje bolesti je 9 godina s rasponom od 1-23 godine (1).

1.6. Epidemiologija

U dobi od 65 godina DAT se pojavljuje u 0,6% muškaraca i 0,8% žena. Učestalost raste s dobi pa se procjenjuje da je incidencija oko 0,5% za svaku godinu između 65. i 69. godine života, oko 1% za svaku godinu od 70. do 74. godine; 2% za svaku godinu od 75. do 79. godine; 3% godišnje od 80. do 84. godine i 8% godišnje nakon 85. godine (1). Najčešća je u žena. U dobi od 85 godina prisutna je u 14% žena i 11% muškaraca, a u dobi od 90 godina taj je odnos 25 i 21%, a u dobi od 95 godina 41 i 36%. Od ukupno oboljelih demencija 50-60% imaju najčešći tip Alzheimerove demencije. Učestalost i incidencija AD-a povećavaju se eksponencijalno sa životnom dobi (6).

1.7. Dijagnosticiranje AD

Oslanja se na više postupaka i podrazumijeva dvije faze: postavljanje dijagnoze, i tip demencije (2). Dijagnoza AD donosi se nakon što se fizičkim pregledom i psihološkim testiranjem isključe drugi uzroci demencije—što je pristup koji je točan u više od 90% slučajeva (11). U diferencijalnoj dijagnozi AD nužno je isključiti druge vrste demencije.

- a) Klinički simptomi
- b) Isključenje drugih uzroka demencije
- c) CT (atrofija moždane kore i povećanje ventrikula)
- d) MR (volumetrijom se nalazi izrazita atrofija hipokampusu i entorhinalnog područja)
- e) SPECT (smanjena cirkulacija u prednjem cingularnom i lijevom frontotemporalnom režnju)
- f) PET (smanjen metabolizam glukoze u temporalnim regijama)
- g) Likvor: snižena razina β -amiloida 1-42 i povišen P-tan 231 u AD-u senzitivnost 90,2%, specifičnost 80,0%

Definitivnu dijagnozu Alzheimerove bolesti moguće je dokazati tek nakon smrti bolesnika, nalazom obdukcije ili eventualno biopsijom mozga. Klinička dijagnoza temelji se na kliničkim simptomima koji uključuju neurološko, neuropsihološko i psihijatrijsko ispitivanje (7).

Anamneza

U početku bolesti podaci o tegobama mogu se dobiti od samog bolesnika, a poslije od ukućana ili rodbine (4). Potrebno je točno precizirati vrijeme nastanka intelektualnog propadanja i opisati tijek (brzo progresivni, oscilirajući, postupno propadanje intelektualnih funkcija, itd.). Podaci se moraju skupiti od bolesnika, obitelji, prijatelja i suradnika.

Dosadašnje bolesti s posebnim osvrtom na želučane smetnje eventualno operacije zbog predispozicije za manjak B₁₂ vitamina, bolesti štitnjače, intrakranijske bolesti, uporaba lijekova koji sadrže toksine.

Obiteljska anamneza (neurološke i psihijatrijske bolesti).

Klinički pregled

Detaljan opći i neurološki pregled može otkriti postojanje difuznog ishemičnog procesa ili neuroloških znakova ili pak određenih sindroma. Opći klinički pregled mora biti usmjeren na isključivanje bolesti koje mogu dovesti do intelektualne disfunkcije kao što su bolesti jetre, anemije, hipertenzije i hipotenzije, te malignih tumora.

Procjena mentalnog stanja (pomaže preciznom opisu mentalne disfunkcije), a moraju se testirati sljedeće funkcije: pažnja, orijentacija, budnost, govor, razumijevanje, memorija, imenovanje, ponavljanje, čitanje, pisanje, računanje.

Neurološki pregled mora isključiti neurološke ispade i bolesti: hemipareze, primarni gubitak osjeta, hemianopsija i oštećenje moždanih živaca. Također se neurološkim pregledom može ustanoviti patologija koja ukazuje na neku drugu neurološku bolest i ima simptome: poremećaja hoda, ravnoteže i koordinacije; patološki pokreti očiju ili udova, sporost pokreta, ukočenost udova.

Nastavkom fizikalnog pregleda utvrđuje se postoji li neka druga bolest koja uzrokuje pacijentove poteškoće. Provjeriti će se da li postoje problemi sa srcem i krvožilnim sustavom, plućima, štitnjačom itd.

Laboratorijskim testovima isključuje se dijabetes, anemija, visok kolesterol, infekcije, ukoliko postoje, bolesti štitnjače. Liječnik može tražiti i pregled psihijatra da se isključi depresija koja može uzrokovati gubitak pamćenja sličan kao i kod Alzheimerera.

Od metoda probira koje se odnose na kognitivne sposobnosti radi se nekoliko testova. Jedan od njih je MMSE skala (mini mental state examination) koja procjenjuje orijentaciju (datum, sat, godišnje doba). Kratkotrajno pamćenje, pažnju, računanje, govor, crtanje jednostavnih slika i pisanje. Maksimalan rezultat koji se može postići je 30. Rezultat između 0 i 13 pokazuje značajni poremećaj, te između 24 i 30 nema poremećaja. Ovaj test se dosta koristi u Americi i u Europi, ali mu je mana što je površan (4).

Drugi test je **TEST SA SATOM**. Osobu se zamoli da nacрта sat, upiše brojeve, te naznači vrijeme koje joj se kaže. Test je prilično brzo gotov i pacijenti rado sudjeluju, a razina njihovog obrazovanja neznatno utječe na rezultate (jer su svi upoznati s konceptom sata). Bez obzira što je ovaj test jednostavan, on se odnosi na više kognitivnih sposobnosti kao što je pažnja, koncentracija, prepoznavanje brojeva, planiranje, vizualna memorija, usmeno razumijevanje. Kako se bolest razvija tako će se mijenjati rezultati testa. Osim ova dva testa postoji još jedan test „verbalne točnosti“ da se upotpuni klinička slika. Osobu se zamoli da nabroji kroz jednu minutu riječi koje počinju određenim slovom ili životinje koje imaju određenu karakteristiku.

Detaljnije ispitivanje kognitivnih funkcija mogu napraviti neuropsiholozi. Oni će napraviti procjenu ispitivanja inteligencije, pažnje i koncentracije, prostorne sposobnosti, orijentacije u prostoru, vremenu i odnosu prema ljudima, kako vode financije, kako upravljaju vozilima, samostalni život itd. Kada oni naprave izvješće po različitim točkama postavlja se dijagnoza.

Od radioloških i nuklearno-medicinskih pretraga spominju se:

- a) CT kojim se omogućuje snimanje mozga da bi se ustanovilo postoje li cerebrovaskularni inzulti, krvarenja, tumori, tekućina u mozgu, atrofija itd.
- b) MR kojom se detaljnije određuje lokalizacija atrofije i manja oštećenja mozga i bijele tvari. Kompjuterizirana tomografija radi se pomoću radiološkog aparata koji omogućuje da vidimo tanke slojeve organa do određene dubine. Možemo analizirati rezultate koje smo skupili i proučavati anatomske promjene (2). Nuklearno-medicinsko testiranje utvrđuje stanje cirkulacije, tj. prokrvljenosti mozga, a jedna takva pretraga zove se SPECT (jednofotonska emisijska kompjuterizirana tomografija) (9). Kod Alzheimerove bolesti primjećuje se smanjena prokrvljenost u sljepoočnim i tjemenim režnjevima. Drugi test koji utvrđuje da li negdje u mozgu postoji nenormalna potrošnja kisika i glukoze zove se PET (poozitronska emisijska tomografija). Ovaj test precizira tip demencije ukoliko se nađe atrofija u određenim područjima mozga. Ovi testovi rade se tako da se ubrizgaju radioaktivni kontrasti koji omogućuju aparatu da u bojama pokažu strukture mozga (6).

Dijagnostički postupak u sindromu demencije ima tri osnovna cilja:

- a) definirati da li je kognitivno oštećenje posljedica organske bolesti mozga ili je samo dio kliničke slike neke od primarno duševnih bolesti
- b) odrediti kliničke i neuropsihologijske značajke same bolesti
- c) utvrditi uzrok demencije kada je to moguće kako bi se odredili načini liječenja (2).

1.8. Kriteriji za vjerojatnu AD

- a) demencija utvrđena minimalnim testom (MMT) psihologijskim testiranjem i heteropodacima
- b) progresija kognitivnih smetnji
- c) dob najčešća od 40-90 godina
- d) odsutnost sustavne ili moždane bolesti
- e) afazija, apraksija, agnozija
- f) smetnje dnevnih aktivnosti i ponašanja
- g) slične pojave u obitelji
- h) EEG uredan ili nespecifično promijenjen
- i) hipotrofija mozga na CT-u ili MR-u nije uvijek prisutna
- j) platoi stabilnosti u progresiji bolesti
- k) depresija, nesanica, inkontinencija, halucinacije, iluzije, gubitak tjelesne težine
- l) u nekih bolesnika rigor, mioklonije i smetnje hoda (8)

1.9. Medikamentozno simptomatsko liječenje oboljelih od Alzheimerove bolesti

Alzheimerova demencija je neizlječiva, a njezina je progresija neizbježna usprkos lijekovima čije djelovanje može pomoći u odgađanju početaka AD-a. ili usporavanju njezine progresije te otklanjanju i ublažavanju simptoma. Farmakološko liječenje AD-a danas obuhvaća terapiju antidementivima koji djeluju na neurotransmitske sustave i neuroprotektivnu terapiju antioksidansima kao što je vitamin E (3). Kod pojave psihičkih simptoma indicirana je simptomatska terapija: antidepresivi, antipsihotici i anksiolitici.

Najučinkovitiji lijekovi koji se danas primjenjuju u liječenju AD-a su:

- a) inhibitori AChE (takrin, fizostigmin, donepezil, galantamin)
- b) antioksidansi (vitamin E, deprenil, selegilin, inhibitor ponovnog unosa adenzina – propentogfilin)
- c) piracetam – „metabolički moderator živčane aktivnosti“ – nije phisostimulans
- d) memantin uklanja patološku aktivaciju NMDA receptora uzrokovanu viškom glutamata (8)

Reakcije koje se mogu javiti na ove lijekove su različite, ali najčešće su gastrointestinalne smetnje (grčevi, mučnina, povraćanje, dijareja) (6).

Trajanje učinkovitosti ovih lijekova teško se procjenjuje. Sama stabilizacija simptoma je dobar rezultat koji se postiže s obzirom na samu progresiju bolesti.

Stanje osoba koje uzimaju lijekove je stabilno nekoliko godina nakon čega može uslijediti pogoršanje, ali bolest napreduje sporije nego da se lijekovi nisu uzimali. Čak se ni u teškim slučajevima ne preporuča prestanak uzimanja lijekova jer se stanje pacijenta može još pogoršati nakon prestanka terapije. Izuzetak su neke kontraindikacije.

Za liječenje psihoze i agitacije primjenjuju se antipsihotici, anksiolitici, antikonvulzivi. Antipsihotici koji se daju starijim pacijentima su novije generacije koji imaju manje ekstrapiramidnih nuspojava. Antipsihotici se također daju u manjoj mjeri nego kod mlađih osoba. Anksiolitici koji se primjenjuju su: bezodiazepini (lorazepam, oxazepam), a antikonvulzivi koji se prepisuju i koji smanjuju agresiju i agitaciju su: karbamazepin i Na-valproat (3).

Ukoliko pacijent ima simptome depresije liječiti će se antidepresivima i to SIPPS (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina) koji ima najmanje nuspojava.

Tricikličke antidepresive kod starijih pacijenata je poželjno izbjegavati. Nesanica se liječi nebenzodiazepinskim hipnoticima (Zolpiem, Alpiem) radi manje sedacije.

Treba obratiti pažnju na ritam spavanja koji pacijent provodi, te ga poticati da dolazi na spavanje uvijek u isto vrijeme, da smanji kofein tokom dana i jede laganu hranu (3).

Terapija i liječenje AD obuhvaća opća načela, psihosocijalnu terapiju, terapiju kognitivnih zastajivanja, terapiju psihoze i agitacije, terapiju depresivnosti, terapiju nesaničnosti i ostalo (3).

Smatra se da je u početku najuputnije primijeniti nefarmakološke postupke. Međutim, ako su ti simptomi vrlo izraženi, farmakološko liječenje može odmah započeti u kombinaciji s nefarmakološkim postupcima. Važno je naglasiti da se u indikaciji AD-a uvijek primjenjuju u njihovim najnižim učinkovitim dozama kao i da se ovaj oblik uvijek smatra privremenom mjerom (6).

Socioterapija se primjenjuje u svrhu ublažavanja i smanjivanja brojnih problema sa ciljem da se starija osoba što bolje socijalizira u novoj životnoj situaciji. Ljudima koji ulaze u stariju životnu dob treba savjetovati da ostanu što duže aktivni te da očuvaju uobičajeni ritam života u obitelji, spolnom životu, socijalnim odnosima, održavanju profesionalnih i drugim aktivnosti. Takva terapija igra važnu ulogu kod liječenja od DAT (2). Postoji niz različitih terapijskih naputaka koji se mogu već prema simptomatiki i stupnju oboljenja primijeniti. Već spominjana psihoterapija, profesionalne podupirajuće i samopomagajuće grupe, trening za sjećanje i kognitivno aktiviranje, terapija okoline, umjetna terapija, ergo-ili fizikalna terapija pomažu da se bolest i njezine posljedice bolje svladavaju te samostalnost u svakidašnjici održi i osjećaj samovrijednosti stabilizira i ojača. Kod oboljelih od Alzheimerove bolesti važno je provoditi fizikalnu terapiju jer bolest svojim napredovanjem donosi smanjenje tjelesnih sposobnosti, pokretljivosti i snage. Rehabilitaciju treba prilagoditi potrebama bolesnika. Važno je vježbanje pamćenja kao npr. rješavanje križaljki.

Radom s pacijentima mogu se ostvariti samo ograničeni ciljevi (4). Rehabilitacija olakšava simptome, pomaže prilagodbi na promijenjene životne situacije. Djelomično olakšava prihvaćanje ovisnosti o okolini. Njegovanje odmjerenom za demenciju je i po mjeri individualnih sposobnosti imaju nemali utjecaj na raspoloženje i osjećaj ugodnosti i učinkovitosti pogođenih osoba.

U svakodnevnoj tretmanskoj praksi do danas je liječenje Alzheimerove bolesti ograničeno samo na ublažavanje pojedinih popratnih simptoma (nesanica, akutna i kronična psihička i motorička uznemirenost, depresivnost i sl.), dok su svi pokušaji da se pronađu supstancije koje bi mogle spriječiti, usporiti ili izliječiti bolest su za sada bez rezultata .(6)

2. Kako prevenirati Alzheimerovu demenciju

Liječnici još ne mogu liječiti AD, ne mogu je spriječiti pa čak ni prikriti njezine simptome na duže vrijeme. Brojne studije počele su stvarati sliku o tome kako ljudi mogu pomoći sami sebi. Navode se savjeti što treba činiti za tijelo, za mozak i duh, a što bi pomoglo umanjiti rizik od dobivanja bolesti ili barem odgoditi njezin početak. Treba se čuvati ozljede glave, masne hrane, visokog tlaka. Dobro je jesti hranu bogatu antioksidansima koji eliminiraju štetne molekule slobodnih radikala. Preporuča se konzumacija: suhih šljiva, grožđica, borovnica, kupina, kelja, jagoda, špinata, malina, prokulica, klica, brokula, cikle, naranči, grožđa, paprike i trešanja. Također je dobro jesti hranu bogatu folnom kiselinom i vitaminima B6, B12, C i E. Poželjno je u prehranu uvrstiti tunjevinu, losos i hranu bogatu masnim kiselinama. Ne preporuča se piti previše alkohola. Osim zdrave i umjerene prehrane jako bitno je dovoljno spavati, vježbati i družiti se. Poželjno je zaposliti mozak, raspravama, debatama, rješavanjem križaljki... Svatko bi trebao upoznavati nove ljude, učiti strane jezike, putovati, baviti se sportom. Bitno je steći temeljito obrazovanje bez obzira u kojem području i biti spreman na cjeloživotno obrazovanje i sticanje novih životnih iskustava .(9)

3. STADIJI ALZHEIMEROVE BOLESTI

3.1. Blagi stadij

Prva faza je dijagnosticiranje demencije. U prvom ranom stadiju bolesti, karakterističan je gubitak epizodičnog deklarativnog pamćenja, posebno usvajanja novih sadržaja, popraćeno propadanjem mogućnosti prisjećanja već usvojenih epizodičnih sadržaja. Obiteljski liječnik koji je upoznat s povijesti bolesti svog pacijenta može procijeniti prve simptome. Poteškoće u pronalaženju prave riječi (anomička disfazija) u spontanom govoru su prvi karakterističan znak. Bolesnik često zaobilaznim putem nastoji reći što je naumio. Oscilacija raspoloženja s promjenama u osobinama ličnosti mogu biti dodatni simptomi. Poteškoće u izvođenju svakodnevnih aktivnosti (oblačenje, zaboravlja gdje je ostavio stvari, ne može naći put), nedostatak spontanosti i inicijative te prepoznavanje osoba (prosopagnozija).

Kao prvi simptom kod dijela bolesnika javlja se prostorna ili vremenska dezorijentacija. Također se mogu javiti iritabilnosti i agresivnost te rijetko u ranom stadiju paranoidne ideje i halucinacije (14)

Najčešći poremećaji i poteškoće u blagom stadiju s kojima se susrećemo u praksi su:

- a) **Poremećaj pamćenja:** razvija se postepeno, a najviše se zaboravljaju događaji koji su se nedavno dogodili.
- b) **Poteškoće u izvršavanju svakodnevnih aktivnosti:** održavanje osobne higijene, poteškoće u snalaženju u stanu ili na ulici, trgovini, stalno zametanje sitnih stvari – ključeva, naočala i sl.
- c) **Poteškoće govora, čitanja i pisanja:** zaboravljanjem riječi u svakodnevnom govoru, zamjena istih riječi nekim sličnim riječima, izgovoreno je nerazumljivo, nema svrhu niti smisao ili se osoba često služi podjednakim odgovorima ili frazama (4).
- d) **Gubitak prostorne i vremenske orijentacije:** ne može se sjetiti koji je mjesec, dan ili godina, koje godišnje doba, ne snalazi se na od ranije poznatim mjestima.
- e) **Pogrešne procjene i odluke:** ne razlikuje vrijednost novca, neprimjereno se odijeva u odnosu na godišnje doba.

- f) **Poremećaj apstraktnog mišljenja:** nemogućnost ispunjavanja nekog formulara, nerazumijevanje pojmova „rođendan“, „ljubav“, „pravednost“.
- g) **Učestalo gubljenje stvari,** ostavljanje stvari na neuobičajenim mjestima, često traženje stvari po džepovima.
- h) **Promjene raspoloženja i ponašanja:** izmjena ponašanja u smislu nemira, nervoze, ljutnje sa naglom promjenom na preveliku smirenost i nezainteresiranost za događanje oko sebe, bezrazložna tuga i plakanje sa izmjenom dobrog raspoloženja i smijeha.
- i) **Promjena osobnosti:** pretjerana sumnjičavost, optuživanje okoline za krađu novaca, otuđivanjem stvari, strah od prisutnosti drugih osoba koje ne prepoznaje, strah od svega u okolini, ljubomora, nepovjerenje.
- j) **Gubitak koncentracije i interesa** za socijalne aktivnosti, potpuna nezainteresiranost, osjeća se napuštenom, osamljenom i prestrašenom osobom (7).

Nakon procjene bolesnikovog stanja i utvrđivanje bolesnikovih potreba uloga medicinske sestre je:

- a) edukacija bolesnika i obitelji
- b) pružiti podršku bolesniku i obitelji
- c) poticati bolesnika na verbalizaciju osjećaja
- d) poticati bolesnika na izražavanje želja
- e) zadovoljavanje vjerskih potreba
- f) uključiti obitelj u skrb bolesnika
- g) ne poticati lažne nade
- h) ne nametati razgovore (10)

Skrb za Alzheimerovog bolesnika u obitelji

(u većini slučajeva u prvoj fazi – blagi stadij)

Njegovatelji, koji su najčešće članovi obitelji, ponekad oklijevaju tražiti pomoć te predugo čekaju da se jave odgovarajućim službama. Jave se tek kada su na izmaku snaga ili kada su njihove rezerve energije iscrpljene. Neophodno je da obiteljski njegovatelji počnu razmišljati što prije o traženju pomoći.

Neki od članova bolesnikove obitelji mogu izgubiti posao, svoje prijatelje i društvene odnose radi brige za oboljelog. Ovdje je vidljivo da je potrebna neophodna

pomoć medicinske sestre. Prvenstveno je to edukacija, savjete i upućivanje na prave institucije.

Od oboljelog se distanciraju prijatelji i rodbina, s toga obitelj treba biti spremna promijeniti dosadašnje aktivnosti. Medicinska sestra ovdje preuzima vodeću ulogu u brizi za oboljelog kako bi pacijent u potpunosti promijenio način života i prilagodio ga svojim potrebama.

Medicinska sestra edukacijom bolesnika i njegove obitelji savjetuje potrebne prilagodbe, a to su:

- a) prilagoditi uvjete stanovanja (prostorne prilagodbe)
- b) prilagoditi način života oboljelog uz pomoć stručnjaka (organizirati pripreme za mirovinu, prestanak upravljanja automobilom, donijeti sve pravne odluke dok je još sposoban samostalno odlučivati)
- c) izbjegavati putovanja bez pratnje
- d) biti svjestan da oboljeli ima velike probleme s prostornim snalaženje, kretanjem, govorom, prelaženje ceste
- e) obitelji je potrebno osigurati podršku s obzirom na to da su oni 24 sata dnevno s oboljelim

U blagom stadiju medicinska sestra prepoznaje potrebu za pomoći, uključuje obitelj i savjetovanja te pruža moralnu podršku. Preporučuje se da treba zadržati topao emocionalni odnos s pacijentom. Savjetuju se razgovori s pacijentom o članovima obitelji, o prijateljima, kućnim obvezama, o emisijama na televiziji i slično.

Medicinska sestra preporuča jednostavne radne zadatke koji mogu biti:

- a) zajednički odlasci u kupovinu namirnica
- b) vježbe čitanja, pisanja i brojanja
- c) zajedničke šetnje
- d) posjećivanje bliskih prijatelja i rođaka
- e) održavanje oboljelog urednim
- f) omogućiti oboljelom da dok može bude prisutan kod stola prilikom objeda
- g) osigurati odgovarajuću ishranu i dovoljno tekućine
- h) posjećivati mjesta koje je oboljeli volio dok je bio zdrav
- i) nabaviti kućnog ljubimca i omogućiti mu igru s njim

Poželjno je za oboljelog da što duže bude u obiteljskom okruženju uz kvalitetnu njegu.

Od velike pomoći su tzv. dnevni boravci ili dnevne bolnice, gdje oboljeli tijekom dana imaju odgovarajuću njegu, tretmanske aktivnosti i druženja, a za to vrijeme član obitelji može obavljati druge poslove ili se jednostavno odmoriti. Dnevni boravci dolaze u obzir samo u početnoj fazi bolesti, dok je još moguć transport oboljelog i primjerene terapijske aktivnosti (15).

Tzv. living room (dnevni boravak) – to su male zajednice (20 - 30 osoba) – uređen je tako da oboljeli imaju što veći osjećaj povezanosti s vlastitom prošlošću i drugim ljudima. Zidovi su obojeni živim bojama, prostorije ukrašene cvijećem, knjigama i drugim predmetima iz svakodnevnog života iz pozadine se čuje lagana glazba. Na zidovima su slike i suveniri iz mlađih dana oboljelih. Pretpostavka je da sve što aktivira pamćenje može djelovati na što sporiji mentalni pad i zadržavanje subjektivnog dobrog osjećanja. Naime, oboljeli često odustaju od druženja zbog straha od socijalnih kontakata. Ako postoje zajedničke teme, smanjuje se osjećaj izoliranosti i odbačenosti (15).

Takav program provodi terapijsko-rehabilitacijski tim koji čine liječnik psihijatar, radni terapeut, fizioterapeut, medicinska sestra, socijalni radnik i njegovatelj.

U liječenju se primjenjuje holistički i individualizirani pristup. U dnevnoj bolnici u programu tri puta tjedno po sat vremena sudjeluju i članovi obitelji. Liječenje se provodi farmakološkim i nefarmakološkim metodama (terapija smijehom, prisjećanje sretnih dana, komunikacija, pisanje, čitanje, poticanje hobija, pomaganje drugima). Postoji i multisenzorna terapija (muzikoterapija, aromaterapija), kreativne radionice (likovna, literarna i druge), društvene igre i tjelovježba (15).

Ciljevi programa:

- a) usporavanje napredovanja bolesti
- b) održavanje kognitivnih sposobnosti i očuvanje socijalnih vještina
- c) zadržavanje pokretnosti i tjelesne kondicije
- d) smanjenje pratnje i obiteljskog stresa
- e) poboljšanje kvalitete života oboljelih i njihovih obitelji
- f) smanjenje broja hospitalizacija i institucionalizacije (15)

Sestrinske dijagnoze u prvom stadiju Alzheimerove bolesti

1. neupućenost okoline – definira se kao nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu

Intervencije:

- a) educirati obitelj i druge bolesniku bliske osobe o načinu komuniciranja s bolesnikom
- b) upoznati obitelj s napredovanjem bolesti i promjenama koje su uz to vezane
- c) poticati obitelj da održi iskrene i tople odnose sa svojim bolesnim članom bez obzira na njegovo ponašanje.

Svaka promjena i svako pogoršanje stanja bolesnika zahtijeva novi pristup i nove sestrinske intervencije. Svaka intervencija mora biti individualizirana i primjenjiva u odnosu na bolesnikovo trenutno stanje.

2. smanjena pokretljivost – stanje u kojem izvođenje samostalnih i svrsishodnih kretanja tijela jednog ili više ekstremiteta je ograničeno

Intervencije:

- a) procijeniti pokretljivost pacijenta
- b) utvrditi uzroke
- c) poticati pacijenta
- d) utvrditi prisutnost boli
- e) motivirati pacijenta za kretanje

3. smanjena mogućnost brige o sebi - održavanje domaćinstva – stanje u kojem su smanjene sposobnosti pojedinca za izvođenje određenih aktivnosti ili pristup određenim službama nužnim za održavanje domaćinstava.

Vodeća obilježja . pacijent im poteškoće prilikom uporabe prijevoza, telefona, pranja i glačanja, pripreme hrane, kupovanja namirnica ili odjeće, trošenje novaca, uzimanje terapije.

Intervencije :

- a) poticati u bolesnika samostalnost u održavanju domaćinstva koliko je dulje moguće
- b) osigurati bolesniku mogućnost da određuje aktivnosti u održavanju domaćinstva
- c) pomagati i nadzirati bolesnika u tijeku održavanja domaćinstva
- d) osigurati dovoljno vremena za održavanje domaćinstva

4. anksioznost – osjećaj neugode i/ili straha praćen psihomotornom napetošću, panikom, tjeskobom. *Vodeća obilježja*: razdražljivost, umor, verbalizacija straha i napetosti, osjećaj bespomoćnosti, smanjena komunikativnost.

Intervencije:

- a) kod prvog susreta predstaviti se pacijentu
- b) govoriti mirno i polako
- c) govoriti jasno i davati kratke upute
- d) biti strpljiv i osigurati dovoljno vremena
- e) odgovoriti na sva pitanja koja pacijent postavlja
- f) pacijentu se obraćati imenom
- g) izbjegavati konflikte s pacijentom
- h) saslušati pacijenta kad to zatraži

5. promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja – se definira ju kao nedostatak uključivanja percipiranja logičkog sadržaja nekog simboličkog izraza.

Intervencije:

- a) stvoriti terapijski odnos s pacijentom
- b) aktivno slušati pacijenta
- c) promatrati neverbalne znakove
- d) koristiti terapijsku komunikaciju
- e) izraziti razumijevanje prema pacijentu

3.2. Umjereni stadij

U tom stadiju bolesti već je jasno izražena progresija demencije sa žarišnim neokortikalnim simptomima: apraksija (gubitak postojećih sposobnosti izvođenja motoričkih aktivnosti), agnozija (nesposobnost prepoznavanja predmeta unatoč nedirnutoj senzoričkoj funkciji), afazija (gubitak ranije postojeće sposobnosti izražavanje govorom ili razumijevanje govorom), depresija, anksioznosti, paranoidne reakcije, sumanute ideje, halucinacije, neprimjereno seksualno ponašanje, gubitak samostalnosti, epileptični napadi (14).

Govor i čitanje postaju sve lošiji, a učenje, prepoznavanje okoline i najbliže rodbine te semantičko pamćenje sve su slabiji. Pamćenje davnih događaja još nije izgubljeno. Dolazi do sve većeg gubitka osjećaja o prostoru i vremenu, razvoja agresije i agitacije (pretjerana nesvrhovita motorička aktivnost praćena unutarnjom napetošću) (9).

U umjerenom stadiju bolesti bolesnik se ne sjeća imena rođaka i bliskih osoba, ne prepoznaje ih i ne uočava ili ne razumije rodbinske i prijateljske relacije, njihova zanimanja i funkcije u društvu; zaboravlja vlastito ime te praznine u sjećanju nadomještava komfabulacijama. Kad smetnje pamćenja postanu sve izraženije, nastaju i drugi poremećaji kognitivnih sposobnosti. Bolesnikov govor postaje usporen zbog nedostatka pronalaženja odgovarajućih riječi, a slično se događa i prilikom pisanja. Ukupni rječnik biva znatno smanjen, a govor postaje stereotipan i siromašan (9).

Bolesnik prije nego što odgovori na postavljeno pitanje ponavlja ga, a kasnije ponavlja svaku izgovorenu riječ (*echolalia*). Ubrzo biva narušena sposobnost pisanja, te računanja (*dyscalculia*), pa oboljeli nije sposoban izvesti najjednostavnije matematičke zadatke. Snalaženje u prostoru postaje otežano, zbog čega oboljeli primjerice nije sposoban samostalno pronaći i odrediti put prema kući, ne može upravljati osobnim vozilom niti slijediti upute o tome kako pronaći cilj. Kad bolest uznapreduje, više ne zna upotrebljavati svakodnevne predmete u kući (pri jelu, održavanju osobne higijene, kuhanju, pranju i sl.), te samo osnovne prividno automatske radnje ostaju kako-tako očuvane (9).

Usporedno s gubitkom opisanih kognitivnih sposobnosti (*amnesia, dysphasia, dyscalculia, agnosia, apraxia*) vidljivi su poremećaji prosuđivanja i ponašanja.

Nerijetko nerazumne odluke u poslu, osobito u poslovima s novcem, mogu biti prvi znak bolesti i razlog posjeta liječniku (9).

U kasnijem tijeku bolesti oboljeli može postati apatičan i nezainteresiran ili agitiran i nemiran. Ubrzo počinje zanemarivati svoj izgled i počinje se neadekvatno odijevati, postaje paranoidan, poremećen mu je ritam sna i budnosti, a javljaju se i obmane osjetila i halucinacije. Konfuzna stanja javljaju se više noću, kada psihomotorni nemir i buka koju izaziva remete mir ukućana i bližih susjeda (9).

Za razliku od noći, kada je nemiran, oboljeli preko dana spava i odmara se. Bolesnik postaje egocentričan, zajedljiv, sumnjičav prema članovima obitelji, dok s druge strane ostaje potpuno indiferentan na događaje koji u zdravih osoba pobuđuju osjećaje. Stabilni brakovi često propadaju zbog bolesnikove *zaluđenosti* mlađom osobom, dok seksualna indiskrecija sablažnjava okolinu. Bolesnik ima poremećen odnos prema hrani, što dovodi do gubitka tjelesne težine ili pretilosti. Mogu se pojaviti hipohondrijske ideje i samooptuživanja (9).

Ta su depresivna stanja često popraćena strahom, negativizmom, agitacijom i pojavom suicidalnih misli. Suprotno od depresivnih stanja mogu se javiti i manični poremećaji. U tim slučajevima kod oboljelih se javlja pojačana potreba za radom (nesvršishodnim pospremanjem), svadljivost, agresivnost i sl., a sve to uz euforično stanje. Postaju prkosni, mogu činiti sitne krađe, male prevare i laži u svakodnevnom životu. Počinju se prostački izražavati i zbog pojačane seksualnosti mogu manifestirati ekshibicionističko ponašanje i druge seksualne poremećaje (9).

U drugoj fazi javlja se značajniji gubitak pamćenja, mnogo značajnija dezorijentacija u vremenu i prostoru, puno veće poteškoće s koncentracijom, gubitak sposobnosti rasuđivanja, poteškoće s prepoznavanjem bliskih osoba, propadanje društvenih vještina, zaboravljanje doličnog ponašanja, još jače zapuštanje osobne higijene, gubitak samostalnosti u nekih svakodnevnim aktivnostima. Oboljeli ne mogu više dobro čitati i pisati pa se javlja nemir, tjeskoba i apatija (9).

- a) **Izražena progresija demencije** – poremećaj obilježen oštećenjem funkcioniranja, pamćenja, afazijom, apraksijom i agnozijom
- b) **Značajna dezorijentacija u vremenu i prostoru** - puno veće poteškoće s koncentracijom, gubitak sposobnosti rasuđivanja
- c) **Depresija, anksioznost, paranoidna reakcija** – poremećaj raspoloženja; strepnja, napetost ili nelagoda zbog očekivanja opasnosti; uvjerenje da se osobu uznemiruje, progoni ili se prema njoj nepravedno odnosi

- d) **Apraksija/agnozija/afazija** – gubitak prijašnjih sposobnosti izvođenja motoričkih aktivnosti; nesposobnost prepoznavanja predmeta unatoč nedirnutoj senzoričkoj funkciji; gubitak ranije postojeće sposobnosti izražavanja govorom ili razumijevanja govora
- e) **Deluzije i halucinacije** – uvjerenja nastala na bolesnoj osnovi; senzoričke percepcije u odsutnosti stvarnih izvanjskih podražaja
- f) **Dnevna pospanost (2)**

U uznapredovanoj fazi oboljeli ostaje na kućnoj njezi ili biva hospitaliziran.

Hospitalizacija u drugoj fazi

Odjel koji je namijenjen liječenju bolesnika starijih od 65 godina odnosno bolesnika kod kojih se psihički poremećaj javio iza 65 godine života. U ovu skupinu spadaju bolesnici koji boluju od Alzheimerove i drugih vrsta demencija te bolesnici kojima je dijagnosticiran jedan od poremećaja iz skupine organskih psihosindroma. Obzirom da se radi o bolesnicima koji tijekom cijele hospitalizacije zahtijevaju pojačani nadzor, skrb i praćenje, odjel je zatvorenog tipa.

Ovi bolesnici se bitno razlikuju od ostalih psihički oboljelih, kako zbog načina i mogućnosti liječenja odnosno postizanja poboljšanja psihičkog stanja, tako i zbog prisutnosti niza komorbiditeta različitih somatskih oboljenja. Tako su u liječenje, osim psihijataru, uključeni internisti, neurolozi, specijalisti drugih grana medicine, medicinske sestre, radni terapeuti, psiholozi i socijalni radnici.

Kod bolesnika se provodi psihofarmakoterapija prema aktualnim svjetskim i hrvatskim algoritmima za liječenje psihičkih poremećaja, kao i sva potrebna i ordinirana internistička terapija. Prevencija hospitalizacije moguća je jedino u uvjetima potpune integracije svih stupnjeva i pružanja pomoći starijoj osobi te kad su gerijatrijske ustanove dio opće zdravstvene i socijalne službe, a podrazumijeva kontinuiran proces priprema i edukacije starijih osoba i onih koji im trebaju pomoći.

Uloga medicinske sestre u umjerenj fazi:

- a) ciljano i svjesno promatrati stanje bolesnika
- b) pravodobno prepoznati komplikaciju i uočiti pogoršanje stanja
- c) provoditi postupke koje propisuje liječnik
- d) propisati i provoditi primjerene sestrinske intervencije (10)

Sestrinske dijagnoze

1. visok rizik za pad u/s s poremećenom motorikom - nastaje zbog nemogućnosti pojedinca da se prilagodi okolini koja postaje opasna za njega te se u njoj više ne može snaći. Problem se prepoznaje na osnovi činitelja rizika: bolesti sustava za kretanje, uzimanje lijekova, nedostatak zaštitnih pomagala, poremećaj spavanja, opća slabost itd. (Morseova ljestvica)

Intervencije:

- a) nadzirati bolesnika i pomagati mu prilikom njegova kretanja
- b) osigurati pomagala na koja će se bolesnik oslanjati ili pridržavati
- c) ukloniti iz prostora u kojem bolesnik boravi sve nepotrebne stvari
- d) rasporediti namještaj tako da ne smeta bolesniku
- e) osigurati dovoljno svjetlosti u prostorijama
- f) izbjegavati mokre podove
- g) osigurati pacijentu prikladnu obuću koja se ne kliže

2. smanjena mogućnost brige o sebi-hranjenje - stanje u kojem je smanjena sposobnost pojedinca za izvođenje i obavljanje aktivnosti hranjenja. *Vodeća obilježja* : pacijent ne može isjeći samostalno hranu, ne može ubotrebljavati pribor za jelo, otvarati posudice sa hranom i prinijeti hranu ustima.

Intervencije:

- a) procijeniti reflex gutanja i da li je bolesnik sposoban sam uzimati hranu
- b) davati kratke i jasne upute bolesniku
- c) osigurati da su obroci uvijek u isto vrijeme
- d) podučiti ga kako da sam upotrebljava pribor
- e) provjeriti da li pacijent guta hranu
- f) nikad ne ostaviti bolesnika samog radi mogućnosti aspiracije
- g) paziti na temperature hrane

3. smanjeno podnošenje napora u/s mišićnom slabošću - stanje u kojem pojedinac ne može obavljati svakodnevne aktivnosti bez nelagode i umora. *Vodeća obilježja* : kardiovaskularne promjene na napor (bradikardija, tahikardija, aritmija, slabije punjen puls, pad sistoličkog tlaka), respiracijske reakcije na napor (dispneja, tahipneja, nepravilno disanje).

Intervencije:

- a) prilagoditi okolinu u kojoj bolesnik boravi njegovim mogućnostima, ali i psihičkom stanju
- b) izvoditi s bolesnikom dnevne aktivnosti
- c) stvari koje bolesnik često koristi staviti na dohvat ruke
- d) osigurati dovoljno vremena za obavljanje pojedinih radnji.

4. smanjena mogućnost brige o sebi-obavljanje nužde - stanje u kojem su smanjene sposobnosti pojedinca za izvođenje aktivnosti obavljanja nužde. *Vodeća obilježja* : pacijent ne može otići do zahoda ili sani kolica , ne može primijeniti higijenske postupke nakon nužde.

Intervencije:

- a) procijeniti pacijentovu sposobnost za obavljanje nužde
- b) pratiti mokrenje i defekaciju radi utvrđivanja pacijentove učestalosti za eliminacijom
- c) osigurati dovoljno vremena
- d) osigurati hranu koja dobro utječe na probavni sustav pacijenta i ne dovodi do opstipacije
- e) provoditi postupke za sprečavanje pada
- f) zvono staviti nadohvat ruke pacijenta ako ostaje sam

5. visok rizik za oštećenje kože - stanje obilježeno oštećenjem epidermalnog i dermalnog tkiva nastalo zbog pritiska, trenja, razvlačenja, maceracije. Problemi se prepoznaju na osnovi činitelja rizika: bolesti mišića, zglobova, živčanog sustava, zabrane kretanja zbog stanja ili bolesti te skala za procjenu stupnja rizika za razvoj dekubitusa (Knoll, Norton).

Intervencije:

- a) primijenjivati skale za procjenu rizika oštećenja kože
- b) svaka 2 h mijenjati položaj pacijenta u krevetu, ako je potrebno i češće
- c) primijenjivati kolutove i jastuke za smanjenje pritiska na rizičnim mjestima
- d) izbjegavati trenje i razvlačenje
- e) održavati higijenu i integritet kože zaštitnim sredstvima
- f) osigurati visokoproteinsku prehranu
- g) osigurati dovoljan unos tekućine i nuditi ju često pacijentu

3.3. Uznappedovali (kasni/terminalni) stadij

U mozgu bolest se kreće svojim putem stalne retrogeneze provodeći svoj nemilosrdni povratak u novorođenačku dob. Plakovi i čvorići odlaze u one dijelove mozga koji upravljaju općim motoričkim funkcijama, a u dojenčadi se prvi mijeliniziraju. Nakon toga, motorika se stane narušavati pa veže pacijenta prvo za invalidska kolica, a zatim za krevet. Nakon što oči izgube sposobnost fokusiranja, događa se nešto što je jezivo čak i za ovu bolest – povratak dojenačkih refleksa.

Bolesnici koji pate od Alzheimerera u kasnim fazama ponovno usvoje Babinskijev refleks (koji se zove i plantarni refleks) zajedno s drugim poznatim dojenačkim refleksima : traženje usnama, sisanje, hvatanje (9). Moždano deblo kontrolira nevoljne intrinzične funkcije kao što su disanje, treptanje, krvni tlak, brzina otkucaja srca i ciklusi spavanja. Ono regulira rad pluća, crijeva, jetre, bubrega, gušterače i drugih organa. Tako omogućuje moždanoj kori da se brine za osjete, pokrete i misli. Na kraju, oni pacijenti koji ne umru od nečeg drugog ranije – upale pluća, moždanog udara, zastoja rada srca, raka itd. – potpuno izgube moć govora, postanu inkontinentni, mišići im se ukoče, ne mogu se kretati, lice izgubi sav elasticitet, sve teže dišu i ne mogu gutati.

Sve se to odvija polako, u fazama, podmuklo, mjesecima pa čak i godinama. Prevladavaju znakovi oštećenja čeonog režnja: primitivni refleksi, paranoja, stereotipni pokreti, ponavljanje istih fraza riječi i slogova na kraju dolazi do kome i smrti, najčešće zbog infekcije a može doći i do gušenja hranom (Kozumplik i suradnici 2003). Depresivni i psihotični simptomi javljaju se kod 40% oboljelih a i slušne i vidne halucinacije kod 10-13% oboljelih. Oko 50% bolesnika je agresivno uglavnom verbalno, a 18% i fizički.

Uloga medicinske sestre u uznappedovalom stadiju je:

- a) pravovremeno planiranje
- b) kontrola simptoma prvenstveno boli i patnje
- c) donošenje odluka o medicinskim intervencijama
- d) briga za čitavu obitelj
- e) palijativna skrb

Sestrinske dijagnoze

1. visok rizik za nastanak dekubitusa-dekubitus – nekroza mekog tkiva, nastaje zbog ishemije uzkorovane produženim pritiskom na kožu i potkožno tkivo. Rizična mjesta su koštana izbočenja na kojima ima malo potkožnog tkiva. Procjenjuje se po stanju motorike, osjeta, svijesti, pokretnosti, dob, uhranjenost, inkontinencija, cirkulacija, bolesti (Knoll, Norton, Braden)

Intervencije:

- a) promatrati rizična mjesta i pravodobno uočavati crvenilo
- b) procijeniti je li crvenilo blijedi na pritisak
- c) registrirati koliko dugo je prisutna reaktivna hiperemija nakon promjene položaja
- d) palpirati područja radi procjene topline, procijeniti je li koža oštećena
- e) smanjivati pritisak (promjene položaja, koristiti pomagala), izbjegavati trenje i razvlačenje kože, održavati higijenu i integritet kože

2. visok rizik za respiratorne infekcije - javlja se kada je pojedinac izložen riziku nastanka infekcije uzrokovanim patogenim mikroorganizmima.

Intervencije:

- a) svakodnevno promatrati ritam, dubinu i zvukove pri disanju
- b) poučiti pacijenta vježbama dubokog disanja i poticati ga da ih izvodi svaka 2 sata ako je potrebno
- c) aspirirati pacijenta
- d) redovito provjetravati prostoriju u kojoj pacijent boravi

3. visok rizik za urinarne infekcije - javlja se kada je pojedinac izložen riziku nastanka infekcije uzrokovanim patogenim mikroorganizmima. Kritični čimbenici: urinarni kateter, nedovoljan unos tekućine, neodržavanje higijene urogenitalnog područja, poremećaj prehrane.

Intervencije:

- a) brinuti se za higijenu urogenitalnog područja
- b) redovito mijenjati pelene kod nepokretnih pacijenata
- c) osigurati dovoljno tekućine pacijentu, promatrati urin (boju, miris, količinu)

d) izbjegavati korištenje urinarnih katetera ili ih svesti na minimum

4.visok rizik za opstipaciju – kritični čimbenici koji dovode do ove dijagnoze su: dugotrajno ležanje, dehidracija, smanjen unos prehrambenih vlakana.

Intervencije:

- a) osigurati hranu bogatu vlaknima i dovoljan unos tekućine
- b) svakodnevno evidentirati da li je pacijent imao stolicu, ukoliko pacijent nema stolicu pristupiti farmakološkim intervencijama ili klizmi

5.visok rizik za trombozu dubokih vena - nije izdvojen kao posebna sestrinska dijagnoza te se uključuje u sestrinske dijagnoze pod visok rizik za komplikacije smanjene pokretljivosti i oštećenje periferne cirkulacije. Trombozu najčešće uzrokuju: usporena cirkulacija kod bolesnika čija bolest zahtjeva dugotrajno mirovanje, povećana koagulabilnosti krvi, oštećenje venskog endotela.

Intervencije:

- a) često mijenjati položaj pacijenta u krevetu
- b) raditi pasivne i aktivne vježbe donjih ekstremiteta te podići pacijentu noge iznad razine srca radi bolje cirkulacije površinskih vena
- c) raditi vježbe dubokog disanja

4. CILJ RADA

Cilj rada je prikazati najčešću demenciju Alzheimerovog tipa u tri stadija bolesti kroz prikaz slučaja. U radu se navode osnovna obilježja Alzheimerove bolesti, epidemiologija, etiologija, klinička slika, dijagnosticiranje, liječenje i skrb za oboljelog.

Poseban naglasak stavlja se na ulogu medicinske sestre u pojedinoj fazi, u edukaciji bolesnika i članova obitelji, zdravstvenoj njezi specifičnoj za pojedinu fazu bolesti te zbrinjavanje bolesnika do terminalne faze.

5. ISPITANICI I METODE

Prikazan je slučaj bolesnice kroz sva tri stadija Alzheimerove bolesti. Bolest se dijagnosticirala na psihijatrijskim odjelima u početnoj fazi. U ostalim fazama bolesnica se nalazi u Obiteljskom domu Sveti Josip. Podaci su uzeti na temelju dostupne medicinske dokumentacije prilikom prijema u dom te intervjuom s članovima obitelji.

6. PRIKAZ SLUČAJA

Osobna anamneza

Đ.K., rođ. 07.01.1929. god, udovica, bez djece, po zanimanju frizerka, umirovljenica, živi sama u kući

Skrb i brigu o njoj preuzeli su brat i šogorica.

Obiteljska anamneza: majka sa 79 god. umrla od raka (ne zna se od kojeg), otac umro od komplikacija hernije.

Dosadašnje bolesti: 1943. apendektomirana. Unatrag više od 20 godina navodi i probleme sa venama i zglobovima.

Etiličar s neurološkim i somatskim sekvelama.

Od 1991. do 2006. konzumirala alkohol (konjak) svakodnevno obilato.

2004. hospitalizirana u PB radi alkoholnog delirija.

2007. hospitalizirana radi rektografije, verificirani hemeroidi te diverkuloza kolona.

UZV verificirana jetrena ciroza najvjerojatnije etilične geneze, splenomegalija. U 12/2010. g. hospitalizirana radi kroničnog pijelonefritisa i desnostrane pneumonije.

Status: pri svijesti je, pokretna, orijentirana, kontaktibilna, eupnoična, aferbilna, uredno prokrvljene periferije, RR 110/65 mmHg. Glava i vrat izvana uredni. Pluća: uredan šum disanja. Srce: akcija ritmična, tonovi jasni, bez šumova. Abdomen: mekan, bezbolan, jetra i slezena nisu papabilni, peristaltika čujna, LS neg. Ekstremiteti: bez edema, arterijske pulzacije uredne.

Heteroanamneza: od obitelji (brat i šogorica). Navode kako su u posjeti kod Đ.K. primijetili neutvrđeno stanje. Bolesnica je tvrdila da hladnjak smrdi i hitno želi novi. Do tada je radila svakodnevne aktivnosti (kuhanje, telefonski pozivi, čišćenje). Sa održavanjem osobne higijene nije imala problema. Dobro se snalazi u svojoj kući, ali ne izlazi pa se tako i ne snalazi na ulici ili trgovini. Poteškoće govora, čitanja i pisanja negira. Orijentirana je u vremenu te sama procjenjuje i donosi odluke. Često gubi stvari ili ih ostavlja na neuobičajenim mjestima. Pretjerano je sumnjičava, te ima strah u prisutnosti drugih osoba. Osjeća se prestrašenom. Održava kontakt s rodbinom koja dolazi kod nje. Javljaju se halucinacije, gdje navodi kako je netko truže. Početni tremor je prisutan. San i apetit su uredni, redovno uzima ordiniranu terapiju. Mentalne i psihičke sposobnosti su u opadanju. Nema suicidalne misli. Često ima promjene raspoloženja i ponašanja u smislu nemira, nervoze ili ljutnje.

U PB tada joj je dg: Dementio F00.1. (2004. god.)

Bolesnica se nalazila u početnom blagom stadiju Alzheimerove demencije. Prema njenom aktualnom psihičkom stanju i individualnim mogućnostima sudjeluje i uključuje se u socioterapijske aktivnosti te individualne razgovore. Cijelo vrijeme liječenja ima podršku obitelji i aktivno sudjeluje.

Od terapije uzima Praxiten 15 mg 2x1, Donepezil PLIVA 10 mg 1x1 (tjedan dana 5 mg, dalje 10 mg).

Nakon otpusta iz bolnice, bolesnica se vraća u svoju kuću gdje se i dalje brine samostalno uz pomoć obitelji. Oni i dalje vode nadzor i brigu o njoj. Takvo stanje traje nekoliko godina dok nije uslijedila ponovna hospitalizacija u psihijatrijskoj bolnici.

Uslijedila je ponovna hospitalizacija bolesnice. (2006. god)

Dg. Alzheimerova bolest s kasnim početkom G30.1.

Sadašnja bolest: Pacijentica navodi pogoršanje u smislu bolova cijelog tijela, pritiska i gušenja u prsima, otežanog disanja i slabosti. Noću ne može spavati zbog bolova u nogama i kralježnici. Somatski boluje od KOPB-a, FA i lezije jetre. Alergije na lijekove nepoznate.

Iz somatske neurološkog statusa: Aferbrilna, blaže dispnoična, anikterična, kardiorespiratorno kompezirana. Na plućima bazalno prisutni hropci. Bez znakova akutnog neurološkog zbivanja.

Psihički status kod prijema: Zbog suspektivnih vidnih halucinacija, smetenosti evidentnog kognitivnog oštećenja te tjelesnog slabljenja preporuča se hospitalna obrada i titracija terapije.

Pri svijesti nepotpuno orijentirana mjesno i vremenski u ostalim pravcima orijentirana, psihomotorno mirna, sniženog raspoloženja. Verbalni kontakt se lako uspostavlja ali otežano održava zbog nerazumljivog govora pacijentice. Misaoni tijek formom uredan, u sadržaju se ne eksploriraju elementi psihotičnosti. Negira obmane osjetila i ne stječe se dojam da ih doživljava. Kognitivno mnestičke funkcije doimaju se ledirane po organskom tipu.

Tijek liječenja: Tijekom boravka na Odjelu pacijentica je liječena kombiniranom farmakoterapijom te grupnim i individualnim suportom. Uvedena joj je terapija pojačanih doza Praxiten 15 mg 3x1 (+pp), Risset 1 mg 3x1, te po preporuci interniste provedena terapija Alveloxom a 400 mg 1x1 kroz 7 dana.

Učinjene pretrage i nalazi: lab. obrada CRP 16, SE 35, ostale vrijednosti su u granicama referentnog intervala; RTG srca i pluća (sjedeci) pokazuje zasjenjenje oba FC sinusa u smislu mogućeg tekućeg pleuralnog sadržaja. EKG – fibrilacija atrija f oko 67/min lijeva os, konzilijarni internistički pregled- dg. Bronchitis ac., Fibrillatio atroium perm. Myocardioapthia ath.decomp., Insiff.renalis chr., Pyelenephritis chr., Gastritis chr., Divertuicuolosis colonis.

Tijekom hospitalizacije, uz primjenu psihofarmaka postiže se regulacija cirkardijalnog ritma, bolesnica je mirna, neupadnog ponašanja. Terapiju i obroke uredno uzima. Aktualnog bez produktivne psihopatologije. Nije suicidalna, niti heteroagresivna. Dalje ostaje izražena simptomatologija u sklopu kronificirane osnovne bolesti. Preporuča se nastavak psihijatrijskog liječenja uz uzimanje terapije.

Uvedena joj je terapija Risset 1 mg 2x1/2, Cimbalta 1x1, Memantin PLIVA 20 mg 2x1 (prvi tjedan pola tbl, drugi tjedan 1 tbl, treći tjedan 1,5 tbl, četvrti tjedan 2 tbl). Otpušta se u pratnji brata i šogorice osobnim automobilom u Dom za psihički odrasle bolesne osobe „Sv. Josip“.

U Domu se korisnica dobro adaptirala i socijalizirala. U svojim mogućnostima je prihvatila način života u domu, smještaj i ostale korisnike. Teže je pokretna i djelomično inkontinentna, urednog apetita i eliminacije. Provodi se zdravstvena njega i uzimanje redovne terapije, te redovite odlaske na psihijatrijske kontrole , međutim bolest polako napreduje. Dolazi do gubitka pamćenja u potpunosti , ne zna hodati, žvakati, gutati, inkontinentna je, potpuno je ovisna o drugim osobama i nema sposobnost rasuđivanja. Korisnica je gotovo stalno u krevetu, dosta spava, vrlo malo jede, pojavili su se novorođenački refleksi (hvatanje ustima).Polako je ukinuta i sva psihofarmakoterapija.

Pojavile su se nove sestrinske dijagnoze i prema tome i intervencije. Korisnica je dobro njegovana, bez oštećenja kože (dekubitusa), hrani je se i rehidrira. Obitelj je zadovoljna smještajem i uslugom u Domu Sveti Josip. Svjesni su činjenice da je Đ.K. potrebna palijativna skrb koju i dobiva uslugama doma. Skrb je profesionalna te se poštuju želje i potrebe bolesnika, a i prava obitelji. Bolesnica je prije mjesec dana preminula.

7. RASPRAVA

Alzheimerova bolest je opće poznata bolest. Često se koriste razne metafore kako bi opisale bolest ili osobe koje su pogođene njome: rušilačka, kradljiva i ubojita, društvena smrt, prazne školjke, živi mrtvaci (9). Osobe koje postaju svjesne svojih gubitaka na kognitivnom planu i planu sposobnosti, koje su svjesne svoje sklonosti, učestalom zaboravljanju i neuobičajenim pogreškama proživljavaju strašnu tjeskobu (misterij Alzheimera).

Demencija je vrlo značajan javno zdravstveni problem kako zbog nepovoljnog tijeka i ishoda, tako i zbog velike prevalencije jer zahvaća 5-10% osoba starijih od 65 godina.

U prikazanom slučaju radi se o bolesnici starije životne dobi.

Prva hospitalizacija nastupila je 2004. godine u PB radi alkoholnog delirija. Tada joj je dijagnosticirana demencija Alzheimerovog tipa(F00.1). Osim višegodišnje svakodnevne konzumacije alkohola (konjak) na razvoj bolesti utjecale su i druge popratne bolesti :Bronchitis ac., Fibrillatio atroium perm.,Myocardioapthia ath.decomp., Insiff.renalis chr., Pyelenephritis chr., Gastritis chr., Divertuicuolosis colonis.

Nakon otpusta iz bolnice živi sama u vlastitom domu. Svakodnevnu brigu preuzimaju brat i šogorica koji je redovito obilaze i pomažu u održavanju kućanstva. Još uvijek radi samostalno svakodnevne aktivnosti (kuha, čisti, održava osobnu higijenu). Bolesnica ne izlazi iz kuće. Počinju halucinacije vidnog tipa (vidi nepoznate ljude koji joj žele nauditi). Ima strah od prisutnosti drugih osoba. I dalje održava kontakt sa rodbinom koja dolazi kod nje. Bolesnica sve slabije jede, smanjuje konzumaciju alkohola, ima podršku obitelji i počinje uzimati ordiniranu terapiju. Takvo stanje trajalo je otprilike dvije godine nakon čega slijedi nova hospitalizacija u PB.

2006. godine dijagnosticirana je Alzheimerova bolest s kasnim početkom G30.1. Osim vidnih halucinacija pojavile su se i slušne halucinacije. Navodi da je netko truže, da dolazi u noćni posjet, da je žele napasti. Tremor je sve prisutniji, a mentalne i psihičke sposobnosti su u opadanju. Sve češće su promjene raspoloženja i ponašanja u smislu nemira, nervoze i ljutnje. Navodi pogoršanje u smislu bolova cijelog tijela, pritiska i gušenja u prsima, i opće slabosti. Tijekom boravka je liječena kombiniranom farmakoterapijom te grupnim i individualnim suportom. Učinjene su

razne pretrage i laboratorijski nalazi. Bolesnica je redovito uzimala obroke i terapiju. Nije bila suicidalna te je otpuštena uz pratnju na kućno liječenje. Obitelj je procijenila da se ne može brinuti o njoj te odabrala smještaj u domu.

Odluka da se starija osoba odvoji od svog doma je teška. Gubitak neovisnosti i privatnosti uzrokuje nezadovoljstvo bolesne osobe. Ovdje je uloga medicinske sestre neizbježna i počinje neodgodivo odmah. Javljaju se moguće sestrinske dijagnoze: *poremećeni obiteljski odnosi u/s poremećaja unutar obitelji, strah u/s nepredvidivim tijekom bolesti, depresija u/s samačkim načinom života.*

Bolesnica je prihvatila smještaj u domu, dobro se adaptirala i socijalizirala što potvrđuje njezina izjava : „Ovdje mi je tako dobro da mi više ne treba konjak. „

Sestrinske dijagnoze i intervencije mijenjale su se u skladu s napretkom bolesti.

Redovito je odlazila na psihijatrijske kontrole pregleda uz suport.

Bolesnica je tijekom godina provedenih u domu postajala sve teže pokretna, djelomično inkontinentna gdje je bilo očito da bolest polako napreduje. Appetit se vidno smanjio, stalno je bila u krevetu, dosta je spavala. Polako joj se ukidala sva psihofarmakoterapija, a bolesnica je sve više propadala. Dobro je negovana od strane osoblja doma, nema oštećenja kože, hrani je se i rehidrira. Sestrinske dijagnoze koje se javljaju: *inkontinencija urina u/s osnovnom bolešću, nezadovoljavajuća prehrana/smanjen unos hrane, visoki rizik za oštećenje integriteta kože u/s dugotrajnim mirovanjem*

Nakon 12 godina od dijagnosticiranja bolesti, bolesnica je preminula.

Uloga medicinske sestre i zdravstvena skrb dementne osobe sastoji se od svakodnevnog provođenja osobne higijene, pomoći pri hranjenju, kontroli rizičnih čimbenika, sprečavanju komplikacija, primjeni terapije, kontroli vitalnih parametara i još mnogo toga ovisno o stadiju AD-a (12).

Medicinska sestra u svojoj ulozi mora djelovati kao zastupnik pacijenta i mora osigurati da se poštuju sva njegova prava. Isto tako ona uključuje obitelj koja u prikazanom slučaju bila potpora, podrška i divno sudjelovanje u brizi i njezi za bolesnicu. Malo je reći i spomenuti da medicinska sestra u ovakvoj skrbi mora nesebično pomagati, biti topla, ljubazna i empatična. Ona mora steći povjerenje pacijenta i obitelji kako bi zadovoljila sve segmente njege i čudi ove bolesti. U

prikazanom slučaju zadovoljena je zdravstvena njega i skrb bolesnice u svim fazama bolesti što potvrđuje obitelj prikazane bolesnice.

Iz navedenog prikaza slučaja možemo potvrditi da je skrb o oboljelom od Alzheimerove bolesti vrlo teška i mukotrpna za samog bolesnika, obitelj i osoblje koje o njemu skrbi.

8. ZAKLJUČAK

Bolesnici koji boluju od Alzheimerove bolesti predstavljaju ne samo medicinski, nego i socijalni i ekonomski problem u društvu. Već u srednjem stadiju bolesti nisu sposobni samostalno živjeti, zahtijevaju brigu i njegu od članova obitelji, profesionalnih službi ili boravak u adekvatnim institucijama. Precizna dijagnostička klasifikacija bolesnika s demencijom potrebna je zbog osiguranja liječenja, davanja informacija o prognozi i mogućim genetskim rizicima, te radi organizacije njege bolesnika. U svijetu ima preko 18 milijuna oboljelih od demencije, od čega dvije trećine od Alzheimerove bolesti, a do 2025. godine taj broj bi mogao preći i 30 milijuna.

Pri prevenciji je važno omogućiti ljudima koji ulaze u stariju dob da ostanu što duže aktivni, osobito u intelektualnom, emocionalnom i socijalnom smislu, uz nastojanje za očuvanjem uobičajenog ritma života u obitelji, spolnom životu, socijalnim odnosima, održavanju profesionalnih i drugih aktivnosti. U tome je potrebna organizirana pomoć obitelji, a u slučaju potrebe i kućno liječenje. Treba što više izbjegavati klasične hospitalizacije, već djelovati u stvaranju psihogerijatrije u zajednici.

Bolesnici od Alzheimerove bolesti predstavljaju, osim socijalnih i obiteljskih, uvjetno rečeno i veliki ekonomski problem za društvo, jer nisu sposobni samostalno živjeti, te zahtijevaju brigu i skrb institucije.

Odgovarajuća briga za starije i oboljele osobe treba uključivati i aktivno nastojanje da se korigira negativna slika o starijim osobama i starenju koja postoji u društvu. Treba djelovati na integriranju socioterapijskih aktivnosti u službu javnozdravstvene zaštite.

Da bi se smanjile pojave komplikacija kod bolesnika, medicinska sestra postavlja sestrinske dijagnoze (HKMS) na temelju njih stvara plan zdravstvene njege. Sestrinske dijagnoze kod pacijenata s verificiranom demencijom radi poboljšanja kvalitete svakodnevnih aktivnosti obuhvaćaju: odijevanje i dotjerivanje, eliminaciju, osobnu higijenu, hranjenje, inkontinenciju, visoki rizik za ozljede, visoki rizik za dekubitus i infekciju.

Uloga medicinske sestre je prvenstveno pomoć bolesniku u svim stadijima bolesti. Za to ona mora biti educirana, psihički jaka, strpljiva i puna razumijevanja prema pacijentu i njegovoj obitelji.

Svjetski dan Alzheimerove bolesti je 21.rujan kada se organiziraju različita događanja u svrhu podizanja svijesti javnosti o ovoj teškoj bolesti

9. LITERATURA

1. Begić D. *Psihopatologija*. Medicinska naklada. Zagreb.2011.
2. Duraković Z. i suradnici. *Gerijatrija medicina starije dobi*. Medicinska naklada. Zagreb. 2007.
3. Moro Lj. Frančišković T. i suradnici.*Psihijatrija*. Medicinska naklada. Zagreb. 2011
4. Alzheimerova bolest. Drvo Znanja br. 102. Zagreb. SysPrint. 2007.
5. Sestrinski glasnik službeni časopis Hrvatske udruge medicinskih sestara. br.2. 2015.
6. Medix, specijalizirani medicinski dvomjesečnik. Br.3.2014.
7. Brinar V. i suradnici. *Neurologija za medicinare*. Medicinska naklada. Zagreb. 2009.
8. Narodni zdravstveni list. mr.sc. Tomić Z. br . 636/637. 2013.
9. Shenk D. *Zaboravljanje*. Algoritam. Zagreb. 2005.
10. Sedić B. *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*. Zdravstveno veleučilište. Zagreb. 2006.
11. Fučkar G. *Proces zdravstvene njege*. Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu. Zagreb. 1995.
12. Đorđević V. Braš M., Brajković L. *Osnove palijativne medicine*. Medicinska naklada. Zagreb.2013.
13. Laura E. Berk. *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada slap.2008.
14. <http://www.alzheimer.hr/ucionica/kognitivne-funkcije-i-dob/>, 12.04.2016.
15. <http://www.pbsvi.hr/hr/program/dnevno-lijecenje-obiljelih-od-alzheimerove-i-drugih-demencija/>, 12.04.2016.

10. SAŽETAK

Alzheimerova bolest je bolest stanica moždane kore i okolnih struktura, a karakterizira je brza progresivnost i ireverzibilnost te oštećenja živčanih stanica. To je duga i teška bolest, za sada neizlječiva, iscrpljujuća za oboljelog i njegovu obitelj. Manifestira se kao zaboravljivost, izgubljenost u vremenu i prostoru, nemogućnost samostalnog življenja, što dovodi do potpune ovisnosti o stalnoj skrbi i njezi druge osobe, te socijalne izoliranosti oboljelog i njegove obitelji jer ponašanja oboljelog za društvo postaju neprihvatljiva.

Znakovi i simptomi su: poremećaj pamćenja, poteškoće u izvršavanju svakodnevnih aktivnosti, poteškoće govora, čitanja i pisanja, gubitak prostorne i vremenske orijentacije, pogrešne procjene i odluke, poremećaj apstraktnog mišljenja, učestalo gubljenje stvari, promjene raspoloženja i ponašanja, promjena osobnosti, gubitak koncentracije i interesa .

Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju oboljelog od Alzheimerove bolesti počinje već u prvoj fazi gdje uglavnom educira i savjetuje te upućuje obitelj. U drugoj fazi uloga podrazumijeva više sestrinskih intervencija, a u trećoj fazi smatra se da je uloga medicinske sestre neizbježna i prijeko potrebna.

Ključne riječi: Alzheimerova bolest, demencija, gubitak pamćenja, povećanje oboljelih, uloga medicinske sestre

10.SUMMARY

Alzheimer's disease is a disease of the cerebral cortex cells and surrounding structures, and it's characterised by fast progressivity and irreversibility, and damaging nerve cells. It's a long and hard disease, and for now incurable, exhausting for the patient and his family. It's manifested as forgetfulness, disorientation in time and space, impossibility to live alone, which leads to complete addiction on constant care of others, and social isolation of the patient and his family, because the actions of the patient become unacceptable for the society.

Signs and symptoms are : memory disorder, difficulties in completing every day activities, speech, reading and writing disabilities, loss of spacial and time orientation, poor evaluation and decision making, abstract opinion disorder, frequent loss of things, mood swings and behavioral changes, change of personality, lack of concentration and interest.

Role of a nurse in taking care of the Alzheimer's patient starts in phase one where she mainly educates and gives advice to the family. In phase two her role implies more nursing interventions, in phase three a role of a nurse is inevitable and overly needed.

Key words : Alzheimers disease, dementia, memmory loss, increasing rates of the ill, role of a nurse

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

DANIJELA ŠTRBENAC

(Ime i prezime)

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 26.04.2016.

D. Štrbac

(potpis studenta/ice)