

Proces zdravstvene skrbi kod bolesnika s kognitivnim poremećajima: delirij i demencija

Pavelić, Igor

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:162:067800>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-23**



Sveučilište u Zadru
Universitas Studiorum
Jadertina | 1396 | 2002 |

Repository / Repozitorij:

[University of Zadar Institutional Repository](#)



zir.nsk.hr



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

Sveučilište u Zadru

Odjel za zdravstvene studije
Studij sestrinstva

Igor Pavelić

**Proces zdravstvene skrbi kod bolesnika s
kognitivnim poremećajima: delirij i demencija**

Završni rad

Zadar, 2019.

Sveučilište u Zadru
Odjel za zdravstvene studije
Preddiplomski sveučilišni studij sestrinstva

**Proces zdravstvene skrbi kod bolesnika s kognitivnim
poremećajima: delirij i demencija**
Završni rad

Student/ica:

Igor Pavelić

Mentor/ica:

Anita Škarica, mag. med. techn.

Zadar, ožujak 2019.



Izjava o akademskoj čestitosti

Ja , **Igor Pavelić** ovime izjavljujem da je moj **završni** rad pod naslovom: „ Proces zdravstvene skrbi kod bolesnika s kognitivnim poremećajima: delirij i demencija „ rezultat mojega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na izvore i radove navedene u bilješkama i popisu literature. Ni jedan dio mojega rada nije napisan na nedopušten način, odnosno nije prepisan iz necitiranih radova i ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem da ni jedan dio ovoga rada nije iskorišten u kojem drugom radu pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj, obrazovnoj ili inoj ustanovi.

Sadržaj mojega rada u potpunosti odgovara sadržaju obranjenoga i nakon obrane uređenoga rada.

Zadar, ožujak 2019.

SAŽETAK

NASLOV: Proces zdravstvene skrbi kod bolesnika s kognitivnim poremećajima: delirij i demencija

Medicinske sestre trajnim usavršavanjem na području zdravstvene njege, te edukacijama u užem specijalnim područjima pružat će kvalitetnu zdravstvenu njegu u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba. Procesom zdravstvene skrbi medicinska sestra promatranjem, planom, ciljem i evaluacijom omogućava kvalitetnu zdravstvenu njegu bolesnika s kognitivnim poremećajima. Delirij je akutna, najčešće reverzibilna, nespecifična psihoza u čijoj kliničkoj slici dominiraju dezorijentiranost, psihomotorni nemir, konfuzija i dezorganizirano ponašanje. Sa druge strane demencija je vodeći rizični čimbenik za razvoj delirija jer se 2/3 delirija javljaju u osoba s demencijom. Pojava delirija najčešće će znatno pogoršati kognitivno funkcioniranje osobe s demencijom. Znanstvena istraživanja pokazala su da se osobe nakon delirantnog stanja rijetko vraćaju na prijašnju razinu funkcioniranja, imaju višu stopu kognitivnog oštećenja i institucionalizacije. Zdravstvena njega osoba s delirijem i demencijom usmjerena je na smiravanje bolesnika, i osiguravanje od samoozljeđivanja, te ozljeđivanje drugih.

Ključne riječi: kognitivni poremećaji, proces zdravstvene njege, delirij, demencija.

SUMMARY

TITLE: Health care process for patients with cognitive disorders: delirium and dementia

Nurses, with permanent training in the field of health care and education in narrow special areas, will provide quality health care in satisfying the basic human needs. Providing quality health care for patients with cognitive disabilities consists of: observation, planning, goal and evaluation.

Delirium is an acute, most often reversible, nonspecific psychosis in whose clinical image predominates disorientation, psychomotor disorder, confusion, and disorganized behaviour.

Dementia is the leading risk factor for delirium development because 2/3 delirium occurs in people with dementia.

The appearance of delirium will most likely significantly exacerbate the cognitive functioning of a person with dementia. Scientific researchers have shown that people after delirium rarely return to their previous level of functioning, have a higher rate of cognitive deterioration and institutionalization.

The health care of person with delirium and dementia is focused on calming the patient, ensuring from self-injury, and injuring others.

Key words: cognitive disorders, health care process, delirium, dementia.

SADRŽAJ

1. Uvod.....	7
2. Načela zdravstvene njege u skrbi za psihijatrijskog bolesnika.....	8
2.1. Cjelovitost (holistički) pristup	8
2.2. Poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića	8
2.3. Privatnost i dostojanstvo	9
2.4. Terapijska komunikacija	9
2.5. Uključivanje bolesnika	9
2.6. Pomoć pri učinkovitoj prilagodbi.....	9
3. Demencija.....	10
3.1. Ispitivanje kognitivnog statusa	11
3.2. Mini –mental test	11
3.3. Montreal Cognitive Assessment	14
3.4. Mini – Cog	16
3.5. Vrste demencija	17
3.5.1. Alzheimerova demencija	17
3.5.2. Demencija Lewyjevih tjelešaca	17
3.5.3. Vaskularna demencija.....	17
4. Delirij.....	19
5. Proces zdravstvene njege	21
5.1. Utvrđivanje potrebe za zdravstvenom njegom	21
5.2. Planiranje zdravstvene njege.....	21
5.3. Provođenje zdravstvene njege	22
5.4. Evaluacija u procesu zdravstvene njege	22
6. Teorije sestrinstva	23
7. Zdravstvena njega dementnih i delirantnih bolesnika.....	24
7.1. Sestrinske dijagnoze	24
7.2. Sestrinske intervencije.....	24
8. Zaključak	30
9. Literatura.....	31

1. UVOD

Mnogi znanstvenici i liječnici upozoravaju nas na bolest današnjice „demenciju“, najčešća treća ili četvrta dijagnoza postavljena bolesniku koji se prima u bolnicu. Bolest koju mnogi pacijenti ne mogu sami primijetiti već se heteroanamnezom postavlja dijagnoza, a usko je povezana s delirijem. Gubitak kognitivnih funkcija vrlo je negativna za svaku osobu jer ipak nas one definiraju na neki način. Karakteriziraju je: gubitak vještina, poteškoće u izražavanju, poteškoće zapamćivanja, zaboravnost, rupe u sjećanju, općenito pad intelektualne učinkovitosti. Kako je demencija složena bolest uz promjenu ponašanja i ličnosti, u tolikoj mjeri da ometa svakodnevnu aktivnost bolesnika i značajno smanjuje njegovu kvalitetu života, sve je češća potreba za hospitalizacijom takvih bolesnika. Ovo je bolest ne samo pojedinca već cijele obitelji jer djeca vide kako ih roditelji zaboravljaju, ne prepoznaju, a ne mogu im pomoći. Nesporno je da populacija republike Hrvatske stari i da udio stanovnika preko 65 godina neprestano raste. Hrvatska se po starosnoj strukturi stanovnika svrstala među vrlo stare države. Logično je očekivati da će porast broja stanovnika iznad 65 godine dovesti do povećanog oboljevanja od demencije. Delirij i demencija su usko povezani te je demencija vodeći rizični čimbenik za razvoj delirija. Studije praćenja su pokazale da se osobe s demencijom i preboljenim delirijem rijetko vraćaju na prijašnju razinu funkcioniranja, imaju veću stopu kognitivnih oštećenja, institucionalizacije i smrti.

2. NAČELA ZDRAVSTVENE NJEGE U SKRBI ZA PSIHIJATRISKO BOLESNIKA

U provedbi zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika sestre primjenjuju načela:

- Cjelovitost zbrinjavanja bolesnika
- Poštovanje jedinstvenosti ljudskog bića
- Privatnost i dostojanstvo
- Terapijska komunikacija
- Uključivanje bolesnika
- Pomoć pri učinkovitoj prilagodbi

2.1. Cjeloviti (holistički) pristup

Provedba zdravstvene njege podrazumijeva shvaćanje čovjeka u skladu s njegovom prirodom kao cjelovitog bića, u sklopu biološke, psihološke i socijalne demencije. Osnovne su ljudske potrebe uvjetovane upravo ovim čimbenicima.

2.2. Poštivanje jedinstvenosti ljudskog bića

Prihvatanje bolesnika onakva kakav jest, sa svim njegovim vrijednostima, različitostima i osobitostima.

2.3. Privatnost i dostojanstvo

Poštivanje slobode izbora, podupiranje samopoštovanja, čuvanje tajni itd. Potreba za samopoštovanjem i poštivanjem jedna je od osnovnih ljudskih potreba.

2.4. Terapijska komunikacija

Komunikacijska vještina koja razvija odnos bolesnikova povjerenja, a osigurava bolesniku prihvaćenost, potporu, savjete, uvjete za promjenu stavova i ponašanja. Svaka sestra mora neprestano usavršavati svoje teorijsko i praktično znanje iz komunikologije.

2.5. Uključivanje bolesnika

Isticanje bolesnikovog potencijala, mogućnost i jaka strana i oslanjanje na njih, a ne na slabosti i nedostatke. U zdravstvenoj skrbi sudjeluju medicinska sestra i bolesnik te se njihove uloge nadopunjuju.

2.6. Pomoć pri učinkovitoj prilagodbi

Podrazumijeva pomoć pri usvajanju novih prilagođenih ponašanja i uključuje stvaranje terapijskog okružja. Bolesnika prihvaćamo kao biopsihosocijalno biće i kao člana šire zajednice (1).

Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika jedno je od vrlo važnih područja zdravstvene njege koje zahtjeva posebna stručna znanja. Produžetak životnog vijeka te ekonomski i socijalni uvjeti znatno utječu na porast broja psihijatrijskih oboljenja te je potrebno povećati razinu obrazovanja zdravstvenih radnika (2).

3. DEMENCIJA

Demencija je klinički sindrom koji nastupa kada postoji deficit kognitivnog funkcioniranja u jednoj ili više kognitivnih domena (učenje i pamćenje, jezik, egzekutivne funkcije, pažnja, perceptivno – motorna i socijalna kognicija) te je dovoljno snažan da utječe na svakodnevno funkcioniranje i neovisnost osobe (3).

Kako nam se poboljšava životni vijek, to jest razvojem medicine produljujemo život, u svijetu imamo sve više osoba starije životne dobi. S obzirom na to da demencija najviše zahvaća osobe starije od 65 godina povećava se svijest o ovoj bolesti čije je pojavljivanje u porastu. Oko 40 milijuna ljudi u cijelom svijetu ima demenciju (podatci iz 2015 godine), a svake 3,2 sekunde otkrije se nov slučaj što čini oko 10 milijuna novih pacijenata godišnje. Najčešća je Alzheimerova demencija čiji je udio 60-80 % od svih demencija. Prema projekcijama organizacije Alzheimer Disease International do 2050. bit će približno tri puta više ljudi s demencijom (110 milijuna) u odnosu na 2015 godinu. Stoga je potrebno podići svijest o epidemiji demencije u budućnosti, njenom utjecaju na društvo i najvažnije načine prepoznavanja, pravilnu i ranu dijagnostiku te pravovremeno liječenje (3).

Pacijenti koji boluju od demencije najčešće se ne žale na tegobe otežanog pamćenja, najčešće to primjeti okolina koja na to ukazuje liječniku. S druge strane članovi obitelji i okolina često imaju odgođenu reakciju jer smatraju da su smetnje nastale zbog starenja.

Prema jednom istraživanju koje obuhvaća 161 kognitivno zdravu osobu, staru između 62 i 100 godina, učenje i stjecanje novih vještina bili su slabiji sa starenjem, dok je pamćenje ostalo relativno stabilno (3).

Za dijagnozu demencije najbitnija je anamneza, odnosno heteroanamneza. Također je potrebno isključiti druge somatske bolesti. Potreban je kompletan liječnički pregled, uzimanje neurološkog statusa, laboratorijski nalazi i neuroradiološka obrada.

3.1. Ispitivanje kognitivnog statusa

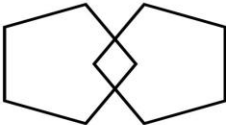
Posebno dizajniranim upitnicima kojima se uspostavlja stupanj kognitivnog zatajivanja, te neuropsihologijskom evaluacijom zajedno s odgovarajućom anamnezom/heteroanamnezom postiže se visoka vjerojatnost pravilnog dijagnosticiranja demencije (3).

3.2. Mini –mental test

Mini mental test (MSE, eng. Mini Mental State Examination) najrašireniji je test koji prosječno traje oko 10 minuta. Obuhvaća široki spektar kognitivnih funkcija kao što je orijentacija, kratkoročno pamćenje, pažnja, računanje, jezična manipulacija i konstrukcijska praksija. Maksimalni broj bodova je 30, a rezultat manji od 22 sugerira moguće postojanje demencije. MMT bi se trebao ponavljati unutar 6 do 9 mjeseci (3).

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Name:
DOB:
Hospital Number:

One point for each answer	DATE:		
ORIENTATION Year Season Month Date Time Country Town District Hospital Ward/Floor	...../ 5	...../ 5	...../ 5
REGISTRATION Examiner names three objects (e.g. apple, table, penny) and asks the patient to repeat (1 point for each correct. THEN the patient learns the 3 names repeating until correct).	...../ 3	...../ 3	...../ 3
ATTENTION AND CALCULATION Subtract 7 from 100, then repeat from result. Continue five times: 100, 93, 86, 79, 65. (Alternative: spell "WORLD" backwards: DLROW).	...../ 5	...../ 5	...../ 5
RECALL Ask for the names of the three objects learned earlier.	...../ 3	...../ 3	...../ 3
LANGUAGE Name two objects (e.g. pen, watch). Repeat "No ifs, ands, or buts". Give a three-stage command. Score 1 for each stage. (e.g. "Place index finger of right hand on your nose and then on your left ear"). Ask the patient to read and obey a written command on a piece of paper. The written instruction is: "Close your eyes". Ask the patient to write a sentence. Score 1 if it is sensible and has a subject and a verb.	...../ 2	...../ 2	...../ 2
COPYING: Ask the patient to copy a pair of intersecting pentagons			
	...../ 1	...../ 1	...../ 1
TOTAL:	...../ 30	...../ 30	...../ 30

MMSE scoring
 24-30: no cognitive impairment
 18-23: mild cognitive impairment
 0-17: severe cognitive impairment



Slika 1. Mini mental test

https://www.google.com/search?q=Mini+%E2%80%93mental+test&client=firefox-bd&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjYuhYu0ob7gAhVDqIsKHcMXDR8Q_AUIDigB&biw=1600&bih=764#imgrc=R3cy257OLp7E_M:

Orijentacija (1 bod za svaki točan odgovor)

- Koliko je sati?
- Koji je datum?
- Koji je dan?
- Koji je mjesec?
- Koja je godina? (ukupno 5 bodova)

- **Koji je naziv?**
- odjela
- bolnice
- okruga
- grada
- države (ukupno 5 bodova)

Prepoznavanje

Imenovati tri predmeta koja se pokažu (npr. olovka, sat, ključ). Ocjena od 1 do 3 boda ovisno o točnosti ponavljanja. Ponoviti nazive soba dok ih pacijent ne ponovi točno zbog kasnijeg utvrđivanja pamćenja. Ocjenjuje se samo prvi pokušaj (ukupno 3 boda).

Pozornost i računanje

Od osobe se traži da oduzme 7 od 100 te da od dobivenog rezultata ponovo oduzme 7, ukupno 5 puta do brojke 65. Svaki točan odgovor ocjenjuje se 1 bodom. Moguće je zatražiti i da unatrag čita zamišljenu riječ od pet slova, npr.: MOZAK - KAZOM i za svako točno slovo ocjenjuje se 1 bod (ukupno 5 bodova).

Pamćenje

Ponoviti ranije imenovana tri predmeta koja su korištena u ispitivanju prepoznavanja. Jedan bod za svaki točan odgovor (ukupno 3 boda).

Govor

- jedan bod za točno imenovanje svakog od dva objekta (npr. čekić i stol) (ukupno 2 boda)
- jedan bod za točno ponavljanje, npr. „ne tako ili ako” (ukupno 1 bod)
- tri boda ako su točno izvedena tri stupnja zapovijedi, npr. „uzmite komad papira u desnu ruku, presavinite ga na polovicu i stavite na stol!” (ukupno 3 boda)
- jedan bod ako je točno izvedena pisana zapovijed: „Zatvorite oči!” (ukupno 1 bod)
- zatražiti od osobe da napiše rečenicu. Ocjenjuje se 1 bodom ako rečenica ima značenje, glagol i subjekt (ukupno 1 bod)
- vidnoprstorni test – tražiti osobu da prekopira jednostavan dvodimenzionalni lik sa crteža (ukupno 1 bod)

Sveukupno 30 bodova – potražite savjet liječnika ako osoba zabilježi manje od 25 bodova (3).

3.3. Montreal Cognitive Assessment

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) je test probira dizajniran za otkrivanje ranijeg kognitivnog oštećenja prvenstveno kod mladih ispitanika. Taje oko 10 minuta, a sastoji se od 30 pitanja. Prag prema kojemu test sugerira demenciju je 25 ili manje (3).

MONTREALSKA LJESTVICA KOGNITIVNE PROCJENE
(MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT, MOCA)

IME I PREZIME: _____
Godine školovanja: _____ Datum rođenja: _____
Spol: _____ Datum: _____

VIZUOSPACIJALNE/IZVRŠNE

Završetak (E) → A → 2
Početak (1) → B → 2
D → 4 → 3
C

Oblik Brojke Kazaljke

____/5

IMENOVANJE

____/3

PAMĆENJE

Pročitati listu riječi, ispitanik ih treba ponoviti. Ponoviti dva puta i ako je već prvo ponavljanje bilo uspješno. Ispitati prisjećanje nakon 5 minuta.

	LICE	BARŠUN	CRKVA	IVANČICA	CRVENO	
1. test						Nema bodova
2. test						

PAŽNJA

Pročitati popis brojki. Ispitanik ih treba ponoviti po redu. 2 1 8 5 4
(1 broj/sek) Ispitanik ih treba ponoviti obrnutim redoslijedom 7 4 2

Pročitati popis slova. Ispitanik lagano lupne rukom svaki puta kada čuje slovo A. Bez bodova kod ≥ 2 pogreške
 F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

Serijsko oduzimanje po 7 počevši od 100 93 86 79 72 65
4 ili 5 točnih oduzimanja: **3 boda**; 2 ili 3 točna: **2 boda**; 1 točno: **1 bod**; 0 točnih: **0 bodova**

____/2

____/1

____/3

JEZIK

Ponovite: Samo znam da je danas na Ivanu red da pomaže.
Mačka se uvijek skrivala pod kaučem kada su psi bili u sobi.

Fluentnost: Navedite što je moguće više riječi u jednoj minuti koje počinju slovom S __ (N ≥ 11 riječi)

____/2

____/1

ABSTRAKTNO MIŠLJENJE

Sličnost npr. banane i naranče=voće vlak – bioikl sat - ravnalo

____/2

ODGOĐENO PRISJEĆANJE

Prisjećanje riječi	LICE	BARŠUN	CRKVA	IVANČICA	CRVENO	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bodovi SAMO za sjećanje bez podsjetnika

Dopunske opcije

Podsjetnik kategorija	LICE	BARŠUN	CRKVA	IVANČICA	CRVENO	
Višestruki izbor						____/5

ORIJENTACIJA

Datum Mjesec Godina Dan Mjesto Grad

____/6

© Z. Nasreddine MD Verzija 7.1 www.mocatest.org Normalan rezultat: ≥ 26/30
Hrvatski prijevod i prilagodba: dr I. Martinić Popović
Ispitivač: _____

UKUPNO _____/30
Dodati 1 bod ako ispitanik ima ≤ 12 god. školovanja

Slika 2. Montreal Cognitive Assessment

https://www.google.com/search?q=Montreal+skala+kognitivne+procjene&client=firefox-bd&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiEusv7nr7gAhXqSoKHfwrCMkQ_AUIDigB&biw=1600&bih=764#imgdii=mIMrTPdVjiDLuM:&imgsrc=tDUvKPxDh4zh0M

3.4. Mini – Cog

Mini – Cog test sastoji se od crtanja sata i ponavljanja triju nepovezanih riječi. Crtež sata je uredan ako su brojevi na pravom mjestu, a kazaljke pokazuju jasno i vjerno zadano vrijeme. Bodovanje se provodi prema sljedećim uputama. Ispitaniku koji ne može ponoviti nijednu od tri riječi sugerira se prisutnost demencije. S druge strane, ispitaniku koji može ponoviti sve tri riječi ne sugerira se demencija, a za ispitanika koji ponovi jednu ili dvije riječi smatra se da ima kognitivni poremećaj ili da nije dementan ovisno o crtežu sata (3).

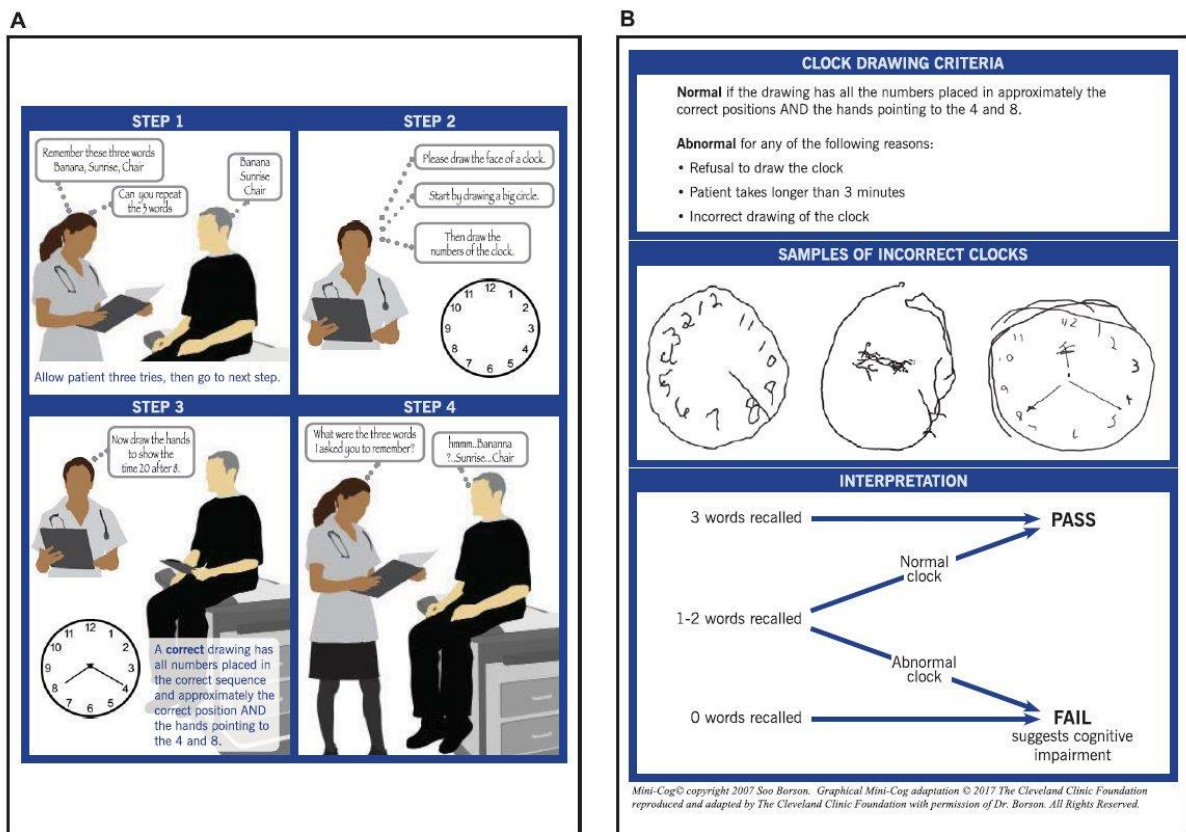


Figure 1. Graphical Mini-Cog instructions: (A) front and (B) back of card. [Color figure can be viewed at wileyonlinelibrary.com]

Slika 3. Mini - Cog

https://www.google.com/search?q=mini+cog&client=firefox-bd&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahXDA2MBHQXIDIAQ_AUIDigB&biw=1600&bih=764#imgdii=nWmgWotjkwlrM:&imgrc=xzILd4HhWA9UoM:

3.5. Vrste demencija:

- Alzheimerova demencija
- Demencija Lewyjevih tjelešaca
- Vaskularna demencija

3.5.1. Alzheimerova demencija – je neurodegenerativna bolest nepoznatog uzroka i nejasne patogeneze koja primarno zahvaća stariju populaciju te obuhvaća najveći udio među demencijama. Prva klinička manifestacija klasičnog Ad-a je selektivno oštećenje pamćenja. Iako postoje lijekovi koji usporavaju bolest, ne postoji lijek za izlječenje (4).

3.5.2. Demencija Lewyjevih tjelešaca – je vrsta progresivne demencije koja dovodi do pada sposobnosti razmišljanja, rasuđivanja te smanjenja motornih funkcija pojavom psihoza i samostalnog funkcioniranja zbog nakupljanja proteina alfa-sinukleina u neuronima (4).

3.5.3. Vaskularna demencija – druga je najčešća demencija poslije AD-a, te je njezin udio 15 – 20 % svih demencija. Vaskularna demencija nastaje kada dijelovi mozga nisu dovoljno opskrbljeni irigacijskom mrežom koja osigurava optimalan protok krvi i kisika i to najčešće zbog bolesti krvnih žila u formi ateroskleroze (4).



Slika 4. Alzheimer











https://www.google.com/search?q=mozak+kod+alzheimera&client=firefox-bd&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwir6OLUmsDgAhWvwosKHWkvDXgQ_AUIDigB&biw=1600&bih=764

Promjene u svakodnevnom ponašanju koje upućuju na Alzheimerovu bolest

Alzheimerova bolest je najčešći uzrok demencije.

Svake godine u svijetu oboli 4,6 milijuna osoba (cijela jedna Hrvatska).

Glavni simptomi su poremećaji spoznajnih funkcija od kojih je najvažniji gubitak pamćenja.

 <p>1. Poremećaji pamćenja</p> <ul style="list-style-type: none"> Gubitak pamćenja razvija se polako tijekom više mjeseci ili godina Nedavni događaji sve se teže pamte 	 <p>2. Poteškoće u izvršavanju svakodnevni aktivnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> Kuhanje Pospremanje i Održavanje osobne higijene 	 <p>3. Poteškoće govora, čitanja i pisanja</p> <ul style="list-style-type: none"> Zaboravljanje riječi, nadomještanje neobičajenim zamjenama Rečenice su teško razumljive, nemaju svrhe niti dubljeg smisla
 <p>4. Gubitak prostorne i vremenske orijentacije</p> <ul style="list-style-type: none"> Nepoimanje dana, mjeseca ili godine Nemogućnost snalaženja na otprije poznatim mjestima 	 <p>5. Pogrešne procjene i odluke</p> <ul style="list-style-type: none"> Odjevanje neprimjereno vremenskim uvjetima ili socijalnim prigodama 	 <p>6. Poremećaj apstraktnog mišljenja</p> <ul style="list-style-type: none"> Nesnalaženje u novčanim poslovima ili nemogućnost ispunjavanja formulara Nerazumijevanje pojmova poput „rođendan“, „jubav“, „pravda“
 <p>7. Učestalo gubljenje i zemetanje stvari</p> <ul style="list-style-type: none"> Ostavljanje stvari na neobičajenim mjestima 	 <p>8. Promjene raspoloženja i ponašanja</p> <ul style="list-style-type: none"> Neprimjereno plakanje i smijanje Česte izmjene smirenosti i nervoze 	 <p>9. Promjena osobnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> Preterana sumnjičavost Ustrašenost Ljubomora
 <p>10. Gubitak interesa za socijalne aktivnosti</p> <ul style="list-style-type: none"> Osećaj napuštenosti Osamljivanje Nezainteresiranost 	<p>Zaboravljivost, dezorijentiranost, strah, priviđenja, promjena raspoloženja, depresija, agresivnost... skup su simptoma koji nose ime Alzheimerova demencija, a posljedica su Alzheimerove bolesti. Ranije prepoznavanje i liječenje Alzheimerove bolesti usporava njen tijek, te poboljšava kvalitetu života.</p>	



Projekt ranog prepoznavanja Alzheimerove bolesti provodi Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest u suradnji s Gradom Zagrebom - Gradskim uredom za zdravstvo
 Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest: Vlaška 24 - Zagreb, www.alzheimer.hr, e-mail: alzheimer@xnet.hr
 telefoni: 091/569 1660, 091/4004 137, 091/4004 133

Alzheimerova bolest, Hrvatska Alzheimerova udruga, www.alzheimer.hr

Slika 5. Rano prepoznavanje Alzheimerove bolesti

<https://alzheimer.hr/novosti/imajte-li-alzheimera-rijesite-test-i-saznajte-na-vrijeme/>

4. DELIRIJ

Delirij je sindrom koji se pojavljuje u svim dobnim skupinama. Simptomi delirija opisani su već u ranoj medicinskoj literaturi, a sam termin „delirium“ prvi je upotrijebio Celsus u 1. st. poslije Krista. Najčešći oblik akutnog moždanog sindroma je delirij. To je akutna, reverzibilna, nespecifična psihoza koja obilježava dezorijentiranost, konfuznost i dezorganizirao ponašanje. Diljem svijeta procjenjuje se da je učestalost delirija 0,4 % u općoj populaciji uz povećanje do 1% u dobi iznad 55 godina starosti. U bolnici je delirij češći i pojavljuje se u 2 % pacijenta koji se liječe u bolničkim odjelima, 11 – 35% na kirurškim i do 80 % bolesnika u jedinicama intenzivne skrbi. Na razvoj delirija utječu predisponirajući čimbenici i izloženost precipitirajućim čimbenicima. Dijagnoza delirija je klinička i temelji se na anamnezi, opservaciji ponašanja i kognitivnoj procjeni (5).

Tablica 1. Predisponirajući čimbenici delirija

Demografski	dob iznad 65 godina, muški spol
Kognitivni status:	demencija, kognitivna oštećenja, delirij u anamnezi, depresija
Funkcionalni status:	nesamostalnost, nepokretnost, učestali padovi, slaba aktivnost
Senzorna oštećenja:	oslabljen vid, oslabljen sluh
Slabiji unos hrane i tekućine:	malnutricija, dehidracija
Lijekovi:	psihoaktivne supstance, polifarmacija, zloupotreba alkohola
Komorbiditeti:	teške bolesti, kronična bubrežna i jetrena zatajenja, moždani udar, neurološke bolesti, metabolička neravnoteža, terminalne bolesti, frakture u anamnezi.

Izvor:

https://www.researchgate.net/publication/304215883_Delirij_superponiran_na_demenciju_klinicka_slika_i_preporuke_za_lijecenje

Tablica 2. Preciptirajući čimbenici koji mogu pridonjeti nastanku delirija

Lijekovi	sedativi, narkotici, lijekovi s antikolinergičkim učinkom, alkoholni apstinencijski sindrom
Neurološke bolesti	moždani udar (nedominantna strana), intrakranijalno krvarenje, meningitis ili encefalitis
Interkurentne bolesti	infekcije, jatrogene komplikacije, ozbiljne akutne bolesti, hipoksija, šok, vrućica ili hipotermija, anemija, dehidracija, slab nutritivni status, metabolički disbalans
Kirurški zahvati	ortopedski, kardijalni, druge operacije
Okolinski činitelji	prijam u jedinicu intenzivne njege, upotreba fizičkog sputavanja, urinarni kateter, bol, emocionalni distres
Deprivacija sna	

Izvor:

https://www.researchgate.net/publication/304215883_Delirij_superponiran_na_demenciju_-_klinicka_slika_i_preporuke_za_lijecenje

5. PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE

Proces zdravstvene njege je sustavna, logična i racionalna osnova za utvrđivanje i rješavanje pacijentovih problema, a odvija se kroz četiri osnovne faze:

- Utvrđivanje potrebe za zdravstvenom njegom
- Planiranje zdravstvene njege
- Provođenje zdravstvene njege
- Evaluacija zdravstvene njege

H. Yura i M. Walsh (1983) definiraju proces zdravstvene njege kao „unaprijed određeni niz aktivnosti usmjerenih ispunjavanju svrhe zdravstvene njege - održavanju zdravlja pojedinca ili ako je ono narušeno, osiguravaju one količine i kakvoće zdravstvene njege koju njegovo stanje zahtjeva da bi ozdravio. Ako se zdravlje ne može vratiti, primjena procesa zdravstvene njege mora doprinijeti postizanju najviše moguće kakvoće života što je duže moguće“ (6).

5.1. Utvrđivanje potrebe za zdravstvenom njegom

Utvrđivanje potrebe za zdravstvenom njegom počinje utvrđivanjem pacijentovih problema, odnosno potreba za zdravstvenom njegom što obuhvaća prikupljanje podataka, analizu podataka i definiranje problema. Podatke prikupljamo od pacijenta osobno (primarni izvor), a zatim od članova obitelji i bliskih osoba (sekundarni izvor). Analiza podataka obuhvaća njihovu reviziju, interpretaciju i validaciju. Zaključak interpretacije prikupljenih podataka je ujedno i problem u procesu zdravstvene njege. Dijagnoza u procesu zdravstvene njege opis je aktualnog ili potencijalnog zdravstvenog problema kojeg su medicinske sestre s obzirom na edukaciju i iskustvo ovlaštene tretirati (5).

5.2. Planiranje zdravstvene njege

Obuhvaća utvrđivanje prioriteta, definiranje ciljeva i planiranje intervencija. Utvrđivanje prioriteta znači odrediti redoslijed rješavanja i otkrivanje problema s obzirom na njihovom važnost, težinu i objektivne mogućnosti rješenja. Po završetku utvrđivanja prioriteta, medicinska sestra zajedno s pacijentom definira ciljeve zdravstvene njege posebno za svaki

otkriveni problem. Pri planiranju intervencija medicinska sestra mora imati uvid u sve teoretski poznate načine rješavanje nekog problema te na osnovi određenih kriterija izabrati najprikladnije (5).

5.3. Provođenje zdravstvene njege

Provođenje zdravstvene njege je treća faza procesa zdravstvene njege koja se sastoji od validacije plana, analize uvjeta i kritičke realizacije planiranog. Validacija plana je provjera njegove ispravnosti, opravdanosti i valjanosti. Analiza uvjeta sastoji se od usklađenosti u zdravstvenoj ustanovi i mogućnostima osoblja (5).

5.4. Evaluacija u procesu zdravstvene njege

Obuhvaća evaluaciju cilja i evaluaciju plana. Evaluacija cilja sastoji se od ponovne procjene pacijentovog stanja i ponašanja te usporedbe sa željnim, unaprijed definiranim ishodom. Evaluacija plana nastavlja se na evaluaciju cilja. Ako cilj nije postignut potrebno je utvrditi zašto nije došlo do toga i eventualno mijenjati plan (5).

6. TEORIJE SESTRINSTVA

Pojam teorija često se shvaća kao „školska mudrost koja nema veze sa životom“ (Klaić), suprotno tom prvom shvaćanju, teorija i praksa su tijesno povezani. Wiedenbach kaže: „Teorije se rađaju u praksi, potvrđuju kroz istraživanja i opet se vraćaju u praksu“ (6).

Mnoge medicinske sestre svojim teorijama u radu s pacijentima pomogle su nam da shvatimo pojedinca u svojoj okolini i dan danas ponavljamo njihove teorije te nam one pomažu pri provedbi procesa zdravstvene njege. Tri su teoretičarke koje su usko povezane sa psihološkim pristupom, a to su : Hildegard E. Peplau, Calista Roy i Betty Neuman (7).

Hildegard E. Peplau – razvoj interpersonalnog modela (1909. – 1999.) rođena u Pannsylvania, prva medicinska sestra koja je izdala knjigu nakon F. Nightingale. Razvila je sestrički model koji je uglavnom primjenjiv u skrbi za mentalno oboljele, ali i u drugim segmentima sestričinstva (7).

Calista Roy – konceptualni model zdravstvene njege (1939.) rođena u Los Angelesu. C. Roy navodi da svaki pojedinac teži relativnoj životnoj ravnoteži, ali je podložan raznim stresorima (7).

Betty Neuman – osmislila je sistemni model zdravstvene skrbi odnosno model kompleksnih sustava usredotočenih na stres i sposobnost pojedinca da se odhrva stresu. Opisala je tri vrste stresora: intrapersonalni (stresori koji su prisutni u osobi), interpersonalni (stresori koji su u vezi s odnosima između dvoje ili više ljudi) i ekstrapersonalni odnose se na vanjske čimbenike stresa koji su povezani sa širom okolinom (7).

7. ZDRAVSTVENA NJEGA DEMENTNIH I DELIRATNIH BOLESNIKA

Dvije dijagnoze usko su povezane u zdravstvenoj njezi te se plan zdravstvene njege može primijeniti na jednu i na drugu. Ovdje su navedene neke sestrinske dijagnoze i njihove intervencije.

7.1. Sestrinske dijagnoze

- Smanjena mogućnost brige o sebi (SMBS) – hranjenja
- SMBS – održavanja higijene
- SMBS – odijevanja
- SMBS – obavljanja nužde
- SMBS – održavanje domaćinstva
- Smanjeno podnošenje napora u/s mišićnom slabošću
- Smanjena pokretnost u/s mišićnom slabošću
- Visok rizik za pad u/s poremećenom motorikom
- Potištenost u/s poremećenim općim funkcioniranjem (socijalna izolacija)
- Neupućenost okoline
- Visok rizik za samoozljeđivanje ili ozljeđivanje drugih
- Visok rizik za ozljedu (2).

7.2. Sestrinske intervencije

Sestrinske intervencije trebaju biti usmjerene prema edukaciji bolesnikove okoline jer degenerativne bolesti mozga i dob bolesnika imaju ireverzibilan tijek. Kako bolest bude napredovala trebat će mijenjati sestrinske intervencije, tj. svaka sestrinska intervencija mora biti individualizirana i primjenjiva na bolesnikovo trenutno stanje (2).

SMBS – hranjenja

- Poticati bolesnika na samostalno hranjenje koliko god je moguće
- Pripremati hranu tako da je bolesnik sam može konzumirati
- Pripremati hranu koju bolesnik voli
- Pripremati hranu u obliku u kojem će najlakše moći gutati
- Poštivati vrijeme obroka i dati više vremena za obrok (2).

SMBS – održavanja osobne higijene

- Poticati bolesnika na samostalno održavanje higijene
- Pomoći u održavanju higijene nedostupnih dijelova tijela
- Osigurati dostupnost prostorija i sredstva za održavanje higijene
- Prilagoditi pribor za održavanje higijene
- Osigurati dovoljno vremena (2).

SMBS – odijevanje

- Poticati bolesnika na samostalno odijevanje
- Omogućiti odjeću sa patentnim zatvaračem
- Pomoći bolesniku pri odijevanju
- Omogućiti bolesniku vlastiti izbor odjeće (2).

SMBS – obavljanja nužde

- Poticati bolesnika na samostalno obavljanje nužde
- Osigurati dostupnost sanitarnih prostorija i pomagala
- Pomoći bolesniku tijekom obavljanja nužde
- Održavati bolesnikove pozitivne navike u/s obavljanja eliminacije
- Osigurati dovoljno vremena (2).

SMBS – održavanje domaćinstva

- Poticati bolesnika da samostalno održava domaćinstvo
- Omogućiti bolesnika da određuje aktivnost u održavanju domaćinstva
- Nadzirati bolesnika tijekom održavanja domaćinstva
- Osigurati dovoljno vremena za održavanje domaćinstva (2).

Smanjeno podnošenje napora u/s mišićnom slabošću

- Prilagoditi okolinu bolesnikovim mogućnostima i psihičkom stanju
- Provoditi s bolesnikom dnevne aktivnosti
- Stvari koje bolesnik koristi staviti nadohvat ruke
- Osigurati dovoljno vremena za obavljanje određenih radnji (2).

Visok rizik za pad u/s poremećenom motorikom

- Osigurati pomagala za oslanjanje ili pridržavanje
- Ukloniti sve nepotrebne stvari
- Rasporediti namještaj tako da ne smeta bolesniku
- Nadzirati i pomoći bolesniku prilikom kretanja (2).

Potištenost u/s poremećenim općim funkcioniranjem (socijalna izolacija)

- Razgovarati s bolesnikom i poticati ga na razgovor
- Osigurati socijalne kontakte u skladu s bolesnikovim mogućnostima
- Omogućiti bolesniku da sve što može učini sam
- Okupirati bolesnika s aktivnostima koja može sam obavljati (2).

Neupućenost okoline

- Educirati obitelj i druge osobe bliske bolesniku o komunikaciji s bolesnikom
- Upoznati obitelj s bolešću i promjenama koje mogu nastupiti
- Poticati obitelj da održe iskrene i tople odnose bez obzira na bolesnikovo ponašanje (2).

Visok rizik za samoozljeđivanje ili ozljeđivanje drugih

Definicija: Pacijent pokazuje visoki rizik u svom ponašanju da može biti fizički, emocionalno i/ili seksualno štetan za sebe ili za druge.

Vodeća obilježja:

- Promjene strukture ili funkcije moždanog tkiva
- Višestruki infarkti
- Trauma glave
- Hiv – bolesti
- Kronična zloupotreba tvari

Mogući ciljevi:

Kratkoročni ciljevi:

Pacijent će držati agitaciju na normalnoj razini kako ne bi bio nasilan.

Dugoročni ciljevi:

Pacijent neće naštetiti ni sebi ni drugima.

Intervencije:

- Procijeniti razinu anksioznosti i ponašanja pacijenta koji ukazuju na povećanje anksioznosti. Prepoznajući takva ponašanja, medicinska sestra može intervenirati prije nego što dođe do nasilja.

- Održavati nisku razinu podražaja u okruženju pacijenta (slabo osvijetljenje, malo ljudi, jednostavan dekor, niska razina buke). Anksioznost se povećava u vrlo stimulirajućem okruženju.
- Uklonite sve potencijalno opasne objekte iz pacijentove okoline. U dezorijentiranom, zbunjenom stanju, pacijent može koristiti te objekte kako bi naškodio sebi ili drugima.
- Imati dovoljno osoblja za obavljanje fizičkog sukoba, ako je potrebno. Od drugih se može tražiti pomoć kako bi se osigurala fizička sigurnost pacijenta i primarne medicinske sestre ili oboje.
- Održavajte miran način ophođenja s pacijentom. Pokušajte spriječiti nepotrebno zastrašivanje pacijenta. Pružite trajno zadovoljstvo i podršku.
- Prekid razdoblja nerealnosti i preorijentacije. Sigurnost pacijenta ugrožena je tijekom razdoblja dezorijentacije. Ispravljanje pogrešnih tumačenja stvarnosti povećava pacijentove osjećaje vlastite vrijednosti i osobnog dostojanstva.
- Koristiti lijekove za smirenje i neka ograničenja, kako to propisuje liječnik
- Sjednite s pacijentom i osigurajte promatranje *jedan-na-jedan* ako se ocijeni da je aktivno suicidalan. Sigurnost pacijenta je prioritet za njegu, a odnos *jedan-na-jedan* može biti nužan kako bi se spriječio pokušaj samoubojstva.
- Podučavati vježbama opuštanja da interveniraju u vrijeme povećane anksioznosti
- Naučite buduće skrbnike da prepoznaju ponašanje pacijenta koji ukazuje na povećanu anksioznost i načine intervencije prije nego što dođe do nasilja

Mogući ishodi / Evaluacija:

Potencijalni skrbnici mogu verbalizirati ponašanja koja ukazuju na sve veću razinu anksioznosti i načine na koje mogu pomoći pacijentu u upravljanju tjeskobom prije nego se dogodi nasilje.

Visok rizik za ozljedu

Definicija: Pacijentu je naglašen rizik od slučajnog oštećenja tkiva npr. rana, opekлина, prijeloma.

Vodeća obilježja:

- Promjene strukture ili funkcije moždanog tkiva
- Višestruki infarkti
- Trauma glave
- Hiv – bolesti
- Kronična zloupotreba tvari

Mogući ciljevi:**Kratkoročni ciljevi:**

Pacijent će prihvatiti pomoć ambulantnog liječenja.

Dugoročni ciljevi:

Pacijent neće doživjeti tjelesne ozljede.

Intervencije:

- Procjena razine dezorijentiranosti i konfuzije
- Uvesti odgovarajuće sigurnosne mjere u sprječavanju ozljeda npr. pomaknuti namještaj, spremite oštre predmete, upaljač i sl.
- Usmjeriti pacijenta prema sigurnoj okolini (dezorijentiranost može ugroziti sigurnost pacijenta te oni često odlutaju iz sigurnog okruženja)
- Koristiti lijekove za smirenje po preporuci liječnika
- Podučiti skrbnika o metodama koje uspješno sprječavaju ozljede

Mogući ishodi / Evaluacija:

Pacijent je u mogućnosti obavljati dnevne aktivnosti unutar okruženja bez ozljeda.

8. ZAKLJUČAK

Gubitak kognitivnih funkcija kao što su govor i pamćenje već samo po sebi izaziva strah. Do pojave ove bolesti najčešće dolazi u trećoj životnoj dobi kada čovjek proživi svoj život, omogući djeci sve potrebno, i kada bi se trebao okrenuti sebi i radostima sa svojim unucima ili pak putovanjima, bolest polako ulazi u život i oduzima pomalo od svega. Bolest možemo usporiti ali je ne možemo zaustaviti. Zato baš u takvim trenucima čovjeku treba kvaliteta zdravstvene njege, potpora obitelji i okoline. Kako nam suvremena medicina produžuje život tako bi i društvo u cijelosti trebalo pridonijeti naporu u rješavanju problema pacijenata s demencijom. Potrebno je prilagoditi okolinu i zdravstvenu njegu jer ipak nisu oni birali bolest već je bolest izabrala njih.

9. LITERATURA:

1. Prlić N., Rogina V., Muk B. Zdravstvena njega 4: Zdravstvena njega kirurških, onkoloških i psihijatrijskih bolesnika. 1. izd. Zagreb, Školska knjiga 2001; 249-250.
2. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Priručnik za studij sestrinstva. Zagreb, Zdravstveno veleučilište 2007; 128-133.
3. Sošić M., Vuletić V., Tomić Z., Bogdanović N. Dijagnostički i terapijski pristup pacijentu s kognitivni smetnjama. *Medicinafluminensis* 2018, ol.54, No2, p.140-154. https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=291995 (Datum pristupa: 25.02.2019.)
4. Lucijanić D., Kušan Jukić M., Mimica N. Delirij superponiran na demenciju – klinička slika i preporuke za liječenje. *Soc.psihijat.* Vol.44(2016)Br.2, str.130-139 https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=240063 (Datum pristupa: 25.02.2019.)
5. Fučkar G. Proces zdravstvene njege. Zagreb, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu 1992; 11-32, 35-67.
6. Mojsović Z. i sur. Sestrinstvo u zajednici, Zagreb, Visoka zdravstvena škola 2004; 16-34.
7. Mimica Z., Kušan Jukić M. Demencija i psihički poremećaji, *Medicus* 2017;26(2):215-222. https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=278698 (Datum pristupa: 25.02.2019.)
8. Slika 1: Mini mental test
9. Slika 2: Montreal Cognitive Assessment
10. Slika 3: Mini - Cog
11. Slika 4: Alzheimer
12. Slika 5: Rano prepoznavanje Alzheimerove bolesti
13. Tablica 1: Predisponirajući čimbenici delirija
14. Tablica 2: Preciptirajući čimbenici koji mogu pridonjeti nastanku delirija