

Palijativna skrb za oboljele od demencije

Nekić Matticchio, Vanja

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:392441>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-21**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Medicinski fakultet
Preddiplomski stručni studij
Sestrinstvo

VANJA NEKIĆ MATTICCHIO
PALIJATIVNA SKRB ZA OBOLJELE OD DEMENCIJE
Završni rad

Pula, lipanj 2024.

Sveučilište Jurja Dobrile u Puli
Medicinski fakultet
Preddiplomski stručni studij
Sestrinstvo

VANJA NEKIĆ MATTICCHIO
PALIJATIVNA SKRB ZA OBOLJELE OD DEMENCIJE
Završni rad

JMBAG:

Studijski smjer: Sestrinstvo

Predmet:

Znanstveno područje:

Znanstveno polje:

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Mentor: Dr.med., spec. psihijatrije, subspec. dječje i adolescentne psihijatrije Ivica Šain

Pula, lipanj 2024.

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, dolje potpisani **Vanja Nekić Matticchio**, kandidat za prvostupnika **sestrinstva (bacc. med. techn.)** ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student



Vanja Nekić Matticchio

U Puli, 13. lipnja 2024.



IZJAVA

o korištenju autorskog djela

Ja, **Vanja Nekić Matticchio** dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom **Palijativna skrb za oboljele od demencije** koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama.

Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, 13. lipnja 2024.

Potpis:

Vanja Nekić Matticchio

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentoru Ivici Šainu dr. med., na strpljenju, pomoći te savjetovanju tijekom izrade završnog rada. Najviše sam zahvalna svojoj obitelji i na razumijevanju i podršci tijekom studiranja. Želim se zahvaliti svojim kolegama na poslu koji su bili uz mene te mi izlazio u susret promjenom rasporeda i zamjenama. Također, posebnu zahvalu dugujem kolegama s fakulteta koji su nesebično dijelili informacije i surađivali, kao i svojim prijateljima koji su uvijek tu za mene.

SADRŽAJ

ZAHVALA.....	5
SADRŽAJ.....	6
UVOD.....	8
OBRADA TEME	1
1. Palijativna skrb.....	1
1.1 Uloga psihijatrijske bolnice u palijativnoj skrbi	3
2. Demencija	5
2.1.1. Jedva primjetan stadij.....	7
2.1.2. Dosta blag stadij.....	8
2.1.3. Blagi stadij.....	8
2.1.5. Ozbiljni srednji stadij.....	8
2.1.6. Ozbiljni stadij	9
2.1.7. Posljednji stadij.....	9
3. Oblici demencije.....	10
3.1. Alzheimerova bolest	10
3.1.1. Etiologija i patofiziologija.....	11
3.1.2. Simptomi i dijagnoza	12
3.2. Vaskularna demencija	13
3.2.1. Etiologija i patofiziologija	14
3.2.2. Simptomi i dijagnoza	15
3.3. Demencija lewyevih tjelešaca	16
3.3.1. Etiologija i patofiziologija.....	16
3.3.2. Simptomi i dijagnoza	17
3.4. Demencija u sklopu infekcije HIV-a.....	18
3.4.1. Etiologija i patofiziologija.....	18
3.4.2. Simptomi i dijagnoza	19
3.5. Frontotemporalna demencija.....	19
3.5.1. Etiologija i patofiziologija.....	20
3.5.2. Simptomi i dijagnoza	21

3.6. Demencije kao posljedice drugih stanja	21
3.6.1. Demencija nastala usljed Parkinsonove bolesti	22
3.6.2. Demencija zbog Huntingtonove bolesti	23
3.6.3. Demencija zbog traume glave	24
3.6.4. Demencija zbog Wilsonove bolesti.....	24
3.6.5. Tumori na mozgu	24
4. Rasprostranjenost demencije na području Republike Hrvatske	26
ZAKLJUČAK	30
LITERATURA.....	31
SAŽETAK.....	33

UVOD

Predmet ovog završnog rada je palijativna skrb za oboljele od demencije. Ovu temu završnog rada odabrala sam iz razloga jer sam uvijek željela znati nešto više o demenciji, te i samoj raširenosti ove bolesti u Hrvatskoj.

Istraživanja su pokazala da na području Hrvatske 30 do 40 %, pacijenata koji zahtijevaju palijativnu skrb boluju od neurodegenerativnih bolesti kao i od Alzheimerove bolesti, ali prisutne su i brojne druge poput cerebrovaskularne bolesti i cerebrovaskularnog infarkta, frontotemporalne demencije, demencije s Lewyjevim tjelešcima, Parkinsonove bolesti, Huntingtonove bolesti, Creutzfeldt-Jakobove bolesti, alkoholizam, itd..

Prva asocijacija kada spomenemo demenciju upućuje nas na Alzheimerovu bolest, za koju možemo reći da se sve više pojavljuje, ali i predstavlja jedan od najčešćih uzročnika demencije.

Palijativna skrb zahtjeva poseban i individualan pristup za svakog pacijenta, niti jednom pacijentu ne možemo pristupiti isto već sukladno njegovim potrebama, a u napredovaloj fazi bolesti palijativna skrb najčešće se obavlja na psihogerijatrijskim odjelima.

Cilj razvoja sustava palijativne skrbi i palijativne medicine je mogućnost dostupnosti ove skrbi pacijentima koji boluju od demencije, a zbrinuti su u krugu obitelji ili u domovima za stare i nemoćne osobe.

U radu smo obradili palijativnu skrb te smo objasnili kako dolazi do demencije, što na nju utječe te koji oblici demencije postoje. Također smo istražili palijativnu skrb u Hrvatskoj kao i samu statistiku oboljelih od ove bolesti na području RH.

OBRADA TEME

1. Palijativna skrb

Kao što smo već istakli u uvodu cilj palijativne skrb i medicine je pružiti mogućnost skrb pacijentima koji boluju od demencije, a nalaze se u krugu obitelji ili u domovima za stari i nemoćne osobe.

Palijativna skrb pruža se pacijentima koji boluju od neizlječive bolesti, u ovome slučaju to je demencija. Medicinsko osoblje nastoji olakšati samu težinu bolesti, usredotočeni su na simptome, podižu kvalitetu života te produžuju životni vijek pacijenata.

Sam tijek i način pružanja skrbi ovise o simptomima bolesti, preferencijama oboljelog te stanju pacijenta i mogućnosti skorije smrti.

Iako se radi o demenciji, neizlječivoj bolesti, nikako ne smijemo misliti da palijativna skrb predstavlja „neliječenje“ ili ukidanje aktivnog tretmana, naprotiv, ona je usredotočena na prioritete tijekom tretmana gdje se smanjuje nelagoda pacijenta i usmjerena je na što kvalitetniji život s bolešću. Pri ustanovljenoj bolesti pacijentima se odmah pruža palijativna skrb te ovisno od pacijenta traje od 5 do 10 godina. (Mimica, 2011)

Na samome početku pružanja palijativne skrbi jako je važno educirati obitelji oboljeloga o tijeku bolesti, psihoedukacija o psihijatrijskim simptomima te o tome koliko zapravo ova bolest narušava kvalitetu života, kako pacijenta tako i njihovih obitelji. Pored edukacije o simptomima važno je osvijestiti ih i o mogućim komplikacijama te i naprednim fazama bolesti. Često se dešava da osobe s demencijom u naprednoj fazi više ne prepoznaju članove svoje obitelji i ophode se prema njima na agresivan način ili uopće ne obraćaju pozornost na njih. S obzirom na to da je bolest smrtonosna, članove obitelji treba upozoriti i na skoriji gubitak. Navedene stavke uveliko mogu pomoći kod razumijevanja pacijenta i njegovog ponašanja od strane obitelji. (Marija Kušan Jukić, 2016.)

Demencija dosta ograničava samog bolesnika te on ne može napraviti puno toga bez tuđe pomoći npr. ne može se sam odjenuti, teško komunicira, hoda uz pomoć drugih osoba, nije u mogućnosti kontrolirati funkcije sfinktere, zahtjeva pomoć pri obavljanju osobne higijene (kupanje, pranje zuba, pranje kose, pranje ruku...) (Marija Kušan Jukić, 2016.)

Tijekom palijativne skrbi osoba s demencijom, koje se nalaze u naprednim stupnjevima bolesti, medicinsko osoblje se svakodnevno susreće s brojnim situacijama koje nisu ni malo ugodne i lake, a neke su: problemi s hranjenjem (nedostatak apetita; teškoće gutanja; umjetna prehrana i hidratacija); nepokretnost; neurološki problemi; infekcije; bolovi; kardiopulmonarna reanimacija; hospitalizacija; terminalna njega. (Mimica, 2011)

Kako bi sebi olakšali posao, pružatelji palijativne skrbi pored stručnih znanja trebaju imati razvijene komunikacijske sposobnosti. Stigma demencije još uvijek je jaka te ovakvi bolesnici često imaju problema s ponašanjem, znaju biti agresivni misleći da će im netko nauditi i da se nalaze u opasnosti. O ovoj bolesti govorit ćemo nešto kasnije u rada. (Mimica, 2011)

Istraživanje provedeno u SAD-u pokazalo je da 67m% pacijenata koji boluju od demencije umiru u domovima za stare i nemoćne jer njihove obitelji nisu u mogućnosti nositi se s težinom ove bolesti, a ovisno o kojoj se državi radi 5 do 37 % ovakvih pacijenata umire u bolnicama, kada pacijent već dođe do naprednog stupnja bolesti koji iziskuje hospitalizaciju. Sljedeći važni podaci iz SAD-a pokazuju da smrtnost od ove bolesti doseže čak 71 % kod pacijenata koji su smješteni tu u periodu od šest mjeseci. (Marija Kušan Jukić, 2016.)

Navedeni podaci nam govori da medicinsko osoblje koje radi u domovima za stare i nemoćne osobe također mora biti educirano o palijativnoj skrbi za osobe s demencijom, jer kao što smo vidjeli, osobe s demencijom jako brzo umiru u domovima za stare i iznemogle osobe, a s ovom bolešću mogle bi živjeti od 5 do 10, godina ovisno o pacijentu i vrsti demencije.

1.1 Uloga psihijatrijske bolnice u palijativnoj skrbi

Pacijenti koji boluju od demencije u razvijenom stupnju bolesti najčešće zahtijevaju skrb na psihogerijatrijskim odjelima.

Ranije duševni bolesnici nisu smatrani osobama kojima treba pružiti palijativnu skrb, s toga je prosječni životni vijek takvih bolesnika bo kraći od životnog vijeka ostatka populacije. Danas je to itekako drugačije, duševni bolesnici žive dulje zahvaljujući palijativnoj skrbi, iako i dalje, u prosjeku 15 godina, manje od ostale populacije, što ne znači da se taj broj ne može smanjiti u skorije vrijeme napretkom medicine. (Marija Kušan Jukić, 2016.)

Nadalje, sve veći postotak starijeg stanovništva ima potrebu za liječenjem psihičkih poremećaja, koji se često razvijaju u starijoj dobi, kao što je slučaj s demencijom. S toga, takvi bolesnici zahtijevaju skrb na posebnim odjelima u psihijatrijskim ustanovama. (Marija Kušan Jukić, 2016.)

Najstarija ustanova s odjelom psihogerijatrije u ovom dijelu Europe je Vrapče, koja je osnovana davne 1959. godine, a nastale je kada se javila potreba za zbrinjavanjem starijih duševnih bolesnika koji trebaju biti odvojeni od mlađih, u skladu sa svojim potrebama. Vremenom, ustanova je sve više orijentirana na bolesnike starije životne dobi, u prosjeku 65 godina i više. Bez obzira na tu jesu li se psihičke smetnje pojavile u starijoj životnoj dobi ili su prisutne od ranije. Ustanova godišnje zaprimi od 600 do 800 bolesnika, od čega u prosjeku umire oko 280 do 300 bolesnika, što iznosi 1/3, ista brojka od 1/3 otpušta se kući na skrb članovima obitelji, dok 1/3 odlazi na skrb u domove za stare i iznemogle osobe.

Tablica br. 1. broj kreveta za palijativne bolesnike u psihijatrijskim bolnicama u Hrvatskoj

Psihijatrijska bolnica	Broj kreveta za palijativne bolesnike
Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb	15
Psihijatrijska bolnica Sv. Ivan, Zagreb	15
Specijalna bolnica za psihijatriju i palijativnu skrb Sv. Rafael, Strmac	15
Neuropsihijatrijska bolnica „Dr. Ivan Barbot“, Popovača	8
Psihijatrijska bolnica Ugljan	6
Psihijatrijska bolnica Rab	3
Ukupno	62

Izvor: 822982.Pages_from_Medix_119-120_Kuan_Juki_Mimica.pdf

U psihijatrijskoj bolnici Vrapče smještaj za duševne bolesnike koji zahtijevaju palijativnu skrb donedavno nije postojao. Uvidjevši kolika je potreba za palijativnom skrbi omogućili su smještaj takvim bolesnicima u skladu s mogućnostima i palijativnom medicinom. Udvostručenje kreveta za palijativne bolesnike priznaje i plaća HZZO, palijativna skrb je u Republici Hrvatskoj postala minimalni standard. Kao što možemo vidjeti u tablici Klinika za psihijatriju Vrapče posjeduje 15 kreveta za palijativnu skrb, dok ukupni broj kreveta za palijativnu skrb na području Hrvatske iznosi 62. (Marija Kušan Jukić, 2016.)

2. Demencija

Danas demenciju nastojimo otkriti što prije kako bi pristupili s zbrinjavanjem bolesnika pružajući im terapije koje će usporiti napredovanje bolesti kao i povećati kvalitetnu palijativnu skrb. Medicinsko osoblje koje je zaduženo za palijativnu skrb nastoji bolesnicima osigurati kvalitetu života i produžiti njihov životni vijek što je više moguće.

U menedžmentu bolesti potrebno je koristiti i nefarmakološke intervencije koje su se pokazale učinkovitima. Hrvatska je poznata kao zemlja čija je prosječna starosna dob jedna od najdužih u Europi, te bi trebali napraviti akcijski plan za borbu s različitim vrstama demencije, tj. znatno ozbiljnije se pripremati za nadolazeću epidemiju te bolesti u skoroj budućnosti. Kvalitetna palijativna skrb od velikog je značenja u menedžmentu demencije te je potrebno razvijati palijativnu medicinu u Hrvatskoj, kako na Sveučilištu, tako i na terenu. (Mimica, 2011)

Demencija predstavlja grupni naziv za simptome koji uzrokuju poteškoće i poremećaj rada mozga. Kada govorimo o demenciji, ne govorimo samo o jednoj specifičnoj bolesti. Kod pacijenata koji boluju od demencije funkcija rada mozga toliko je oslabljena da utječe na ponašanje bolesnika, njegovo razmišljanje zapravo na sve za šta možemo reći da su normalne funkcije života kao i oslabljen kognitivni sistem koji je glavni uzrok. Ukoliko su dvije ili više kognitivnih funkcija značajno umanjene liječnici najčešće postavljaju dijagnozu demencije. Najčešće te kognitivne funkcije predstavljaju: jezične sposobnosti (razgovijetni govor, sposobnost odgovora na pitanje, sposobnost uključivanja u komunikaciju, razumijevanje informacija itd.), pamćenje, prosuđivanje, mogućnost snalaženja u prostoru te pamćenje. Ovdje možemo vidjeti da se radi o osnovnim kognitivnim funkcijama koje su važne u životu, ali možemo vidjeti o kakvoj težini bolesti je riječi kada pacijent nije u mogućnosti izraziti svoje osjećaje, samostalno komunicirati, pamtiti i sl. (Australia, 2017.)

Osobe koje boluju od demencije mogu imati problema u donošenju odluka, rješavanju problema, mogu iskusiti promjenu vlastite osobnosti te zbog toga takve osobe najčešće imaju skrbnika (njima blisku osobu, najčešće član obitelji) koja će umjesto njih donositi odluke koje su najbolje za njega. Specifični simptomi ove bolesti razlikuju se od pacijenta do pacijenta jer ovise o tome koji je dio mozga oštećen te u kojoj je fazi bolest. Kod različitih vrsta demencije može doći do odumiranja određenih živčanih stanica, koje prvo prestaju funkcionirati u mozgu, zatim se odvajaju od drugih i naposljetku odumiru. Zato kažemo da je demencija obično progresivna gdje se oboljenje postupno širi u druge dijelove mozga, a simptomi postaju sve teži i teži, pacijent gubi razum, u naprednom stupnju često se ne sjeća nikoga, zna biti agresivan te misli da će mu svi nauditi jer se osjeća izgubljeno. (Australia, 2017.)

Uzrok bolesti još uvijek je nepoznat, mnogi su ga znanstvenici pokušali otkriti genetskim nasljeđem, uzimanjem estrogena i progesterona, ali unatoč tome niti jedno istraživanje nije pokazalo uzročno-posljedičnu vezu. Epidemiološki je utvrđeno dosta mogućih čimbenika za nastanak bolesti i ako utjecaj i način nije poznat a jedni od njih su:

Dob (bolest se najčešće javlja u starosnoj dobi između 65. i 85. godine života)

- Pozitivna obiteljska anamneza (naslijeđivanje oba e4 alela za apolipoprotein E)
- Spol (ženski spol je više podložan od muškog, nakon 70 godine života)
- Trauma glave (jedna od najčešćih pretpostavki, zbog čestih udara u glavu to ne mora biti samo nezgoda, već možemo reći da takve povrede svakodnevno mogu dobiti boksači i nogometaši.)
- Različite bolesti srca i srčanih žila kao i posljedica moždanog udara
- Prekomjerno konzumiranje alkohola i droga koje mogu dovesti do propadanja krvnih žila i tako oštetiti mozak i njegove funkcije
- Neravnoteža hormona u organizmu
- Različite infekcije koje utječu na središnji dio nervnog sustava, kao što je AIDS.
- Nepravilna prehrana (prehrana koja nije nutritivno bogata koja „ne hrani mozak“

- Depresija (najčešće se radi o kliničkoj depresiji koja uključuje psihomotoričko usporavanje)

Kao što smo već spomenuli demencija je u 80 % slučajeva bolest koja nije izlječiva, ali ovih 20% predstavljaju demenciju „blažeg“ oblika koju je moguće izliječiti.

2.1. Klinička slika demencije

Prvi simptom demencije javlja se u obliku poremećaja pamćenja, u početku osoba zaboravlja samo stvari koje su se desile u novije vrijeme, teže se snalazi u prostoru i vremenu, tu dolaze i poteškoće s organiziranjem dnevnog plana. Vremenom bolest napreduje te pacijenti sve manje i manje sjećaju događaja koji su se desili unutar par mjeseci, nakon toga i par godina. Uglavnom ostaju pohranjena sjećanja iz djetinjstva ili neke kasnije dobi. Često se dešava da bolesnici ne mogu kontrolirati mokrenje i stolicu tj. postaju inkontinentni, jako su smeteni te bivaju agitirani. Vrlo brzo gube prostornu i vremensku orijentaciju, također i kontrolu nad nagonima pa takve osobe imaju i poremećaje ponašanja, znaju biti vrlo agresivni. U krajnjoj fazi dolazi do perservacija i apraksije. Osoba postaje opasna za sebe, ali i za ljude koji se nalaze u njenoj blizini. (Z.Demarin, 2010)

Naprotiv, kod ove bolesti simptomi ne moraju ići uvijek od blagih do onih težih, već se samo mogu pojaviti u jačem obliku u sklopu neke bolesti. Uzimajući u obzir ove činjenice jako je bitno pacijentu pružiti pomoć odmah kako ne bi došlo do loših posljedica koje nastaju zbog poremećaja ponašanja i nesvjesnosti pacijenta.

Ako bolest raste postupno onda govorimo o stupnjeva stadija demencije.

2.1.1. Jedva primjetan stadij

Ovo predstavlja sam početak bolesti, osoba može normalno funkcionirati s blagim, gotovo neprimjetnim, poteškoćama. (group, 2013)

2.1.2. Dosta blag stadij

Pretežno se javlja povremeno zaboravljanje, što pacijenti ukoliko se radi o starijoj životnoj dobi to vrlo lako mogu povezati s procesom starenja. (group, 2013)

2.1.3. Blagi stadij

Treća faza bolesti predstavljena je kao blagi stadij jer osoba i dalje možem obavljati svakodnevne radnje, poput osobne higijene, odijevanje i sl.

Najčešći simptomi su: problemi pri uzimanju lijekova, blagi poremećaj pamćenja i zaboravljanje; zbunjenost u saobraćajnom prometu u toku upravljanja motornim vozilom; pacijent često gubi svoje stvari i jako teško se snalazi u njihovom pronalasku; u ovom stadiju već dolaze i problemi s koncentracijom gdje je onda dosta niska. (group, 2013)

2.1.4. Srednji stadij

U ovom stadiju dolazi već do izraženih poteškoća pri obavljanju svakodневnih aktivnosti, a glavni simptomi koji ukazuju na ovaj stadij: dolazi do povećanog gubitka pamćenja; pacijent jako teško može riješiti test kognitivnih sposobnosti ovim testom najčešće medicinski djelatnici i otkrivaju demenciju. Poteškoće u razgovoru, nesposobnost razgovijetnog govora i njegovog tumačenja, najčešće kada dođe do problema s komunikacijom pacijent ima potrebu za socijalnom izolacijom. (group, 2013)

2.1.5. Ozbiljni srednji stadij

Po samom nazivu možemo vidjeti da je ovo peti stadij koji je dosta ozbiljniji od ostalih gdje osoba ne može obavljati svakodnevne zadatke, poput odijevanja, jela i osobne higijene, samostalno već samo uz pomoć drugih.

Dolazi do većeg gubitka pamćenja. Osoba zaboravlja osobne karakteristike i ono što čini njen identitet, osoba nije u mogućnosti sama se snaći, tu već dolazi i do problema u rješavanju dosta lakših i kraćih testova kognitivne sposobnosti, ne može procijeniti klimatske uvjete te zahtjeva pomoć pri odijevanju. (group, 2013)

2.1.6. Ozbiljni stadij

Govorimo o predzadnjem stadiju ove bolesti gdje je osoba ovisna o tuđoj pomoći, dakle, ne može obavljati sama nikakve aktivnosti. Simptome možemo opisati kao nemogućnost samostalnog odijevanja, obavljanja osobne higijene, problemi sa spavanjem, promjena i poremećaj **sposobnosti**, teško prisjećanje ili nemogućnost prisjećanja bliskih osoba. (group, 2013)

2.1.7. Posljednji stadij

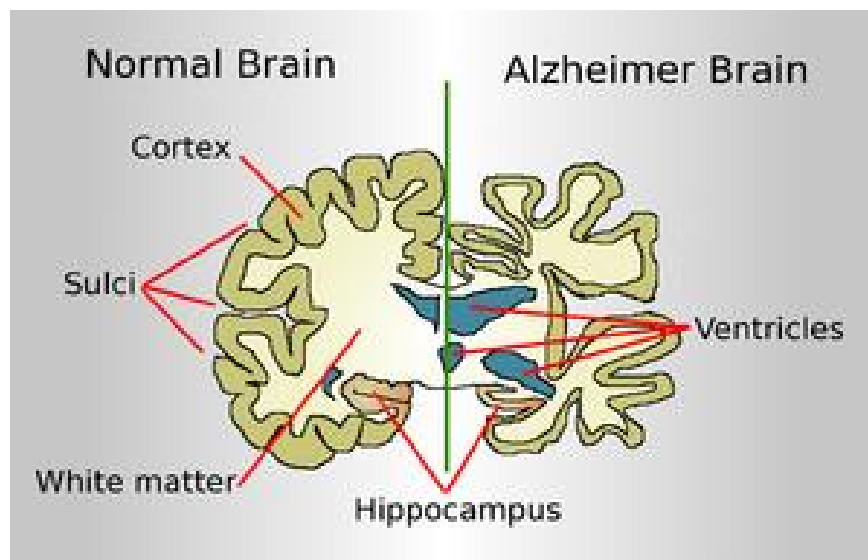
Posljednji stadij je jako ozbiljan stadij gdje je bolest dosegla svoj vrhunac, bolesnik je potpuno ovisan o tuđoj pomoći i najčešće **prikovan** za krevet. Simptomi su: potpuni gubitak jezičnih vještina, ne mogućnost orijentacije i snalaženja u prostoru. Gubitak mišićne mase, a samim time i slabost, pacijent ne može normalno jesti, piti ili praviti bilo kakve pokrete. (group, 2013)

3. Oblici demencije

3.1. Alzheimerova bolest

Alzheimerova bolest predstavlja najčešći uzrok demencije, pretopstavlja se da je ona uzrok 65 % slučajeva ove bolesti kod starije populacije. Unatoč dužem životnom vijeku više zahvata žensku populaciju nego što je to je slučaj s muškom populacijom. Prvenstveno obuhvaća dob od 65 do 74 godine izraženo u postocima oko 70 % ove populacije te 30 % populacije u starosnoj dobi od 85 godina. (Placebo, 2014)

Slika br. 1. Mozak pacijenta s Alzheimerovom bolesti



Izvor: https://en.wikipedia.org/wiki/Alzheimer%27s_disease

3.1.1. Etiologija i patofiziologija

Kod većeg dijela pacijenata bolest se odvija sporije, a iznad 60te godine nejasan je tijek razvoja bolesti. Tipično se razvijaju izvanstanični depoziti β -amiloidnog proteina, koji se nalaze unutar stanice neurofibrilarni snopići (sparene u dvostruku uzvojnici) i senilni plakovi dok se a neuroni gube. Atrofija moždanog korteksa je vrlo česta pojava, mozak manje upotrebljava glukozu koja je smeštena u njemu, kao što je perfuzija u parijetalnom režnju, temporalnom korteksu i prefrontalnom korteksu. (Placebo, 2014)

Minimalno pet genetskih različitih pozicija smješteni su 1, 12, 14, 19 i 21 i oni utječu na sam početak Alzheimerove bolesti kao i na trajanje i razvoj bolesti. (Placebo, 2014)

Druge genetske odrednice uključuju apolipoprotein (apo) E i njegov alel (ϵ). Protein Apo E utječe na taloženje β -amiloida, integritet citoskeleta i učinkovitost regeneracije neurona. Ljudi s alelom 2 ϵ 4 imaju značajno povećan rizik od Alzheimerove bolesti, dok oni s alelom ϵ 2 mogu imati smanjeni rizik od Alzheimerove bolesti. (Placebo, 2014)

Druge uobičajene abnormalnosti uključuju povećanu razinu tau proteina (sastavnog dijela neurofibrilarnih zapleta i beta-amiloida) u mozgu i cerebrospinalnoj tekućini te smanjenu razinu kolin transferaze i različitih neurotransmitera (poput somatostatina).

Odnos između čimbenika okoliša (na primjer, niske razine hormona, izloženost metalima) i Alzheimerove bolesti bio je predmet istraživanja, ali korelacija nije potvrđena. (Placebo, 2014)

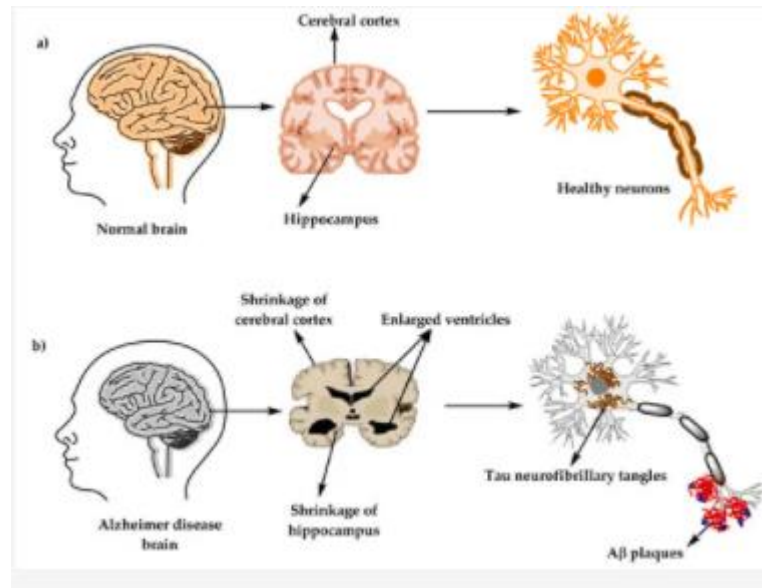
3.1.2. Simptomi i dijagnoza

Simptomi i znakovi Alzheimerove bolesti slični su onima kod drugih demencija, uključujući ranu, srednju i kasnu fazu. Kratkoročni gubitak pamćenja najčešći je znak bolesti. Bolest napreduje postupno, ali ponekad se može održati određena razina funkcije. Poremećaji u ponašanju (na primjer, lutanje, uznemirenost, vikanje) dosta su česti. (Placebo, 2014)

Općenito, dijagnoza je slična drugim demencijama. Tradicionalni dijagnostički kriteriji za Alzheimerovu bolest uključuju demenciju, koja se utvrđuje fizičkim pregledom i potvrđuje odgovarajućim pregledom psihičkog stanja; ≥ 2 defekta kognitivne domene; postupni početak i progresivno oštećenje pamćenja i drugih kognitivnih funkcija; nesvjesni poremećaji javljaju se nakon 40. godine života, najčešće nakon 65. godine života, a ne postoji sustavna bolest ili bolest mozga koja može objasniti progresivno pamćenje i kognitivne deficite. (Placebo, 2014)

Alzheimerovu bolest teško je razlikovati od drugih demencija. Evaluacijski testovi (poput ljestvice Hachinski) mogu pomoći u razlikovanju vaskularne demencije od Alzheimerove bolesti. Kognitivne fluktuacije, Parkinsonova bolest, jasne halucinacije i relativno zadržavanje kratkotrajnog pamćenja ukazuju na to da demencija s Lewyjevim tijelima više ukazuje na demenciju s Lewyjevim tijelima nego Alzheimerova bolest. U usporedbi s drugim osobama s demencijom, pacijenti s Alzheimerovom bolešću općenito su bolje odjeveni i čišći. U oko 85% pacijenata s Alzheimerovom bolešću, detaljna medicinska povijest i standardni neurološki pregled mogu postaviti točnu dijagnozu. (Placebo, 2014)

Slika br. 2. Alzheimerova demencija

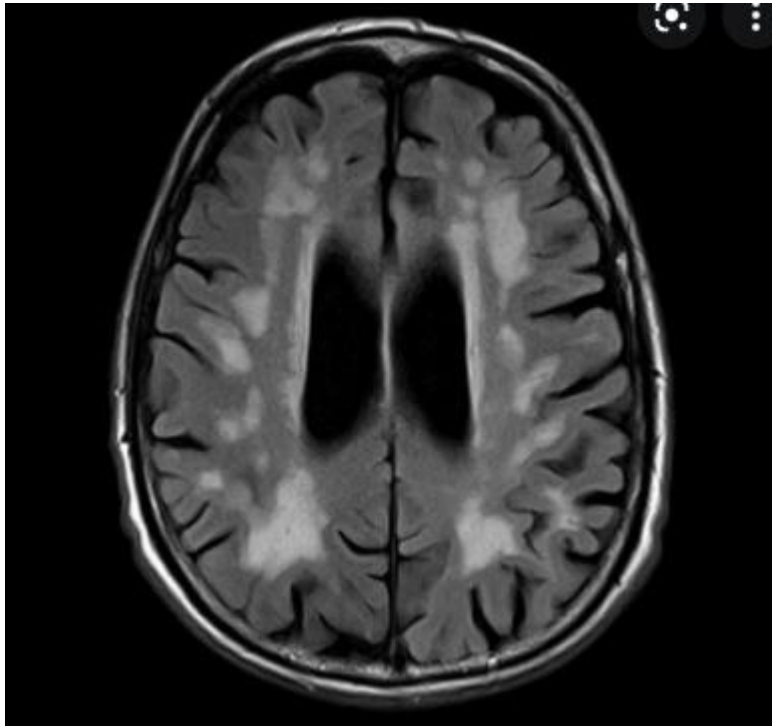


Izvor: <https://www.mdpi.com/1420-3049/25/24/5789>

3.2. Vaskularna demencija

Vaskularnu demenciju karakterizira akutni ili kronični kognitivni pad uzrokovan difuznim ili žarišnim cerebralnim infarktom, a najčešće je povezan s cerebrovaskularnom bolešću. (Placebo, 2014)

Slika br. 3. – Mozak pacijenta koji boluje od Vaskularne demencije



Izvor:

https://www.google.com/search?q=vaskularna+demencija&sxsrf=AOaemvJRj0AuJ8BBpC4DHCoxDEFPSiWOgg:1633974970527&source=lnms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwiHIsKN98LzAhUS8BQKHcR9DpkQ_AUoAXoECAEQAw&biw=1366&bih=657&dpr=1#imgrc=mHyIL0rKrGba_M

3.2.1. Etiologija i patofiziologija

Navedena demencija predstavlja drugi najčešći uzrok demencije u starijih osoba. Ono što ju razlikuje od Alzheimerove bolesti jeste to da je češći je kod muškaraca i obično počinje nakon 70. godine života, te se češće javlja kod osoba sa vaskularnim čimbenicima rizika na primjer visoki krvni tlak, dijabetes, hiperlipidemija, pušenje i više

moždanih udara. Mnogi pacijenti pate i od vaskularne demencije i od Alzheimerove bolesti zajedno. (Placebo, 2014)

Nastaje kada višestruki cerebelarni infarkti (ili ponekad krvarenje) dovedu do gubitka dovoljno neurona ili aksona koji narušavaju rad mozga. Vaskularna demencija posljedica je bolesti malih krvnih žila (lankularna bolest) ili krvnih žila srednje veličine (multi-infarktna demencija). (Placebo, 2014)

3.2.2. Simptomi i dijagnoza

Možemo reći kako su simptomi slični kao i kod drugih demencija, ali s obzirom na to da je uzrok srčani udar vaskularna demencija obično se razvija oprezno. Svaku epizodu prati pad inteligencije, a ponekad i umjeren oporavak. Kako bolest napreduje, obično se pojavljuju žarišni neurološki nedostaci; oni uključuju pojačane duboke tetivne reflekse, reakciju ekstenzora plantare, abnormalnosti hoda, slabost udova, hemiplegiju, pseudobulbarnu paralizu s patološkim smijehom i druge čunjeve. Znakovi disfunkcije in vitro sustava. Međutim, s ishemijskim oštećenjem malih krvnih žila, pogoršanje je postupno. Kognitivni gubitak može biti u fokusu. Neki ljudi s afazijom mogu biti svjesniji svojih nedostataka; stoga depresija može biti češće prisutna nego kod drugih demencija. (Placebo, 2014)

Kod Vaskularne demencije potrebno je provesti detaljan pregled pacijenta za moždani udar, ukoliko imamo prisutne znakove ili sumlje na cerebrovaskularnu bolest.

CT i MR mozga mogu pokazati više infarkta dominantnih hemisfera i rubnih struktura s obje strane, više lacunarnih poteza ili periventrikularne lezije bijele tvari koje su se proširile na duboku bijelu tvar. Kod Binswangerove demencije snimanje pokazuje pojavu leukoencefalopatije u spermatogenom središtu (polu-ovalno središte) mozga u blizini korteksa, obično popraćeno više šupljina koje uključuju strukture duboke sive tvari (npr. Bazalni gangliji, jezgra talamija).

Ljestvica Hachinski ponekad se koristi za bolje razlikovanje vaskularne demencije od Alzheimerove bolesti. Petogodišnja stopa mortaliteta iznosi 61 %, što je više od većine drugih oblika demencije, što je najvjerojatnije posljedica suživota drugih

aterosklerotičnih bolesti. Općenito, liječenje je isto kao i kod drugih demencija. Međutim, vaskularna demencija može se spriječiti i usporiti kontroliranjem krvnog tlaka i snižavanjem povišene razine kolesterola kao i prestankom i izbjegavanjem pušenja i zadimljenih prostorija (pasivnog pušenja). (Placebo, 2014)

3.3. Demencija lewyevih tjelešaca

Demencija Lewyjeva tjelešaca jedan je od glavnih uzroka sindroma demencije. Neuropatološka značajka je da se Lewyjevo tijelo sastoji od α -sinukleina, neurofilamenta i ubikvitina. Bolest je prvi put detaljno opisana u neuropatologiji 1976. Godine 1980. prvi je put predložen naziv Lewy Body Disease (LBD), a zatim Diffuse Lewy Body Disease (DLBD) 1984.

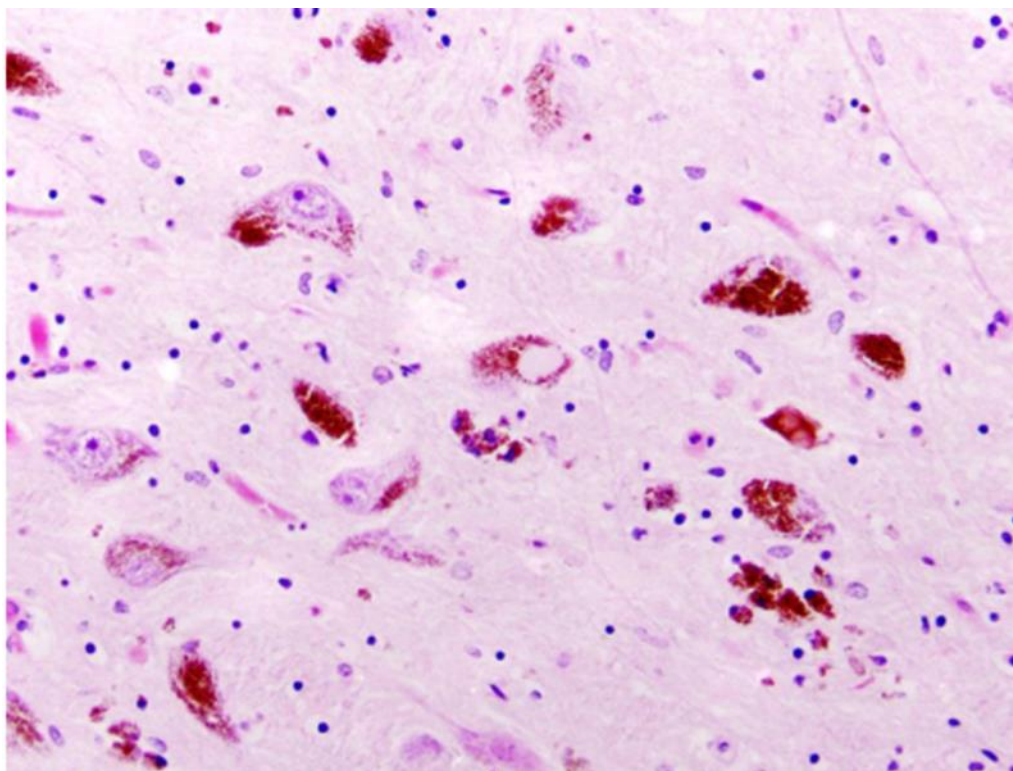
3.3.1. Etiologija i patofiziologija

Ova se bolest obično javlja kod ljudi starijih od 65 godina, a češća je kod muškaraca. Zbog raznolikosti kliničkih manifestacija često se koristi izraz "spektar demencije Lewyjeva tjelešaca", no radi boljeg razumijevanja preporučuje se podijeliti bolest u jednu od sljedeće tri vrste:

- Ako se tijelo Lewy uglavnom nalazi u srednjem mozgu obično je klinička manifestacija Parkinsonove bolesti (bradikinezija, ukočenost, tremor i oslabljen posturalni refleks; demencija tipa I s Lewyjevim tijelom.
- Ako se Lewyjeva tijela šire na druga područja, ali nisu uglavnom u kori velikog mozga, to su tip II (prijelazni oblik bolesti, Parkinsonov sindrom plus sindrom)
- Ukoliko su difuzna u kori velikog mozga, govorimo o tip III, To jest, difuzna Lewyjeva bolest. Kasnije je dodana vrsta IV-takozvana bolest mozga. (Šimić, 2015.)

Danas, kako je izvorno predloženo 1980. godine, LBD se klinički dijeli na PD, PD s demencijom (PDD) i DLBD. Osim navedenog, češće sinukleinopatije uključuju višestruku sistemsku atrofiju (MSA), čije su kliničke značajke znakovi autonomne disfunkcije. (Šimić, 2015.)

Slika br. 4. – Demencija s Lewyevim tjelešcima



Izvor: <https://bs.approby.com/13-vrste-bolesti-koje-uzrokuju-demenciju-simptomi-i-prognosticiranje/>

3.3.2. Simptomi i dijagnoza

Parkinsonov sindrom (MSA-P) i simptomi ozljede mozga (MSA-C) i simptomi. Klinička dijagnoza DLBDa temelji se na manje ili više tipičnim kognitivnim procesima i fluktuacijama ponašanja, Parkinsonovoj bolesti, vizualnim halucinacijama i poremećajima REM spavanja (to je vrlo specifično za sve sinukleinopatije) Često ga karakteriziraju snažni, živopisni, intenzivni snovi, hipotonija, pacijenti koji viču, udaraju,

miču se, ustaju iz kreveta), a kliničke manifestacije se pogoršavaju nakon uzimanja antipsihotika. To je gotovo patološko pa se upotreba male doze može dijagnosticirati (**juvantibus**), sinkopa (zbog ortostatske hipotenzije), prolazni gubitak svijesti, halucinacije u drugim osjetilnim načinima i drugi znakovi i simptomi. Psihoteični simptomi mogu se pojaviti i kao prvi simptom. Sveukupno, čak 80 % pacijenata s DLBDom ima psihoteične simptome. To su obično izraženije halucinacije i obično se javljaju prije tijeka Alzheimerove bolesti, što je važna diferencijalna dijagnoza. Zanimljivo je i da je upotreba inhibitora acetilholinesteraze u bolesnika s DLBD općenito učinkovitija nego u bolesnika s Alzheimerovom bolešću (dok memantin ima suprotan učinak: slab DLBD i umjerena AB). Važno je napomenuti da ova demencija predstavlja treću najučestaliju demenciju u svijetu. (Šimić, 2015.)

3.4. Demencija u sklopu infekcije HIV-a

Kao što možemo vidjeti po samom naslovu ovo je poseban oblik demencije koju se javlja kao dio infekcije HIV-a, još je poznatija pod nazivom AIDS demencija. Ono što ističe ovu demenciju od ostalih je češća pojava kod mlađih ljudi.

3.4.1. Etiologija i patofiziologija

Demencija može biti uzrokovana HIV infekcijom ili sekundarnom infekcijom JC virusom, što može dovesti do progresivne multifokalne leukoencefalopatije. Druge oportunističke infekcije (poput gljivica, bakterija, virusa, protozoa) također mogu uzrokovati demenciju i bijelu tvar. Prevalencija demencije uzrokovane uznapredovanom HIV infekcijom kreće se između 7 % i 27 %, te 30 % i 40 % gdje može biti blaga. Incidencija je obrnuto proporcionalna broju CD4 + limfocita.

Rani pokazatelji bolesti uključuju: apatiju, manifestaciju depresije koja se rijetko javlja, otežano razmišljanje i sama koncentracija. Motorički pokreti kod ove demencije dosta su usporeni, prisutna je opća slabost; mogu biti prisutna manija ili psihoza.

Javljaju se i abnormalni neurološki znakovi poput: parapareze, spasticiteta donjih ekstremiteta, ataksije i plantarne ekstenzije. (Placebo, 2014)

3.4.2. Simptomi i dijagnoza

Ukoliko se demencija ne liječi HIV bolesnici mogu imati težu dijagnozu, a ukoliko se demencija liječi kognitivno oštećenje može se stabilizirati te unatoč tome može doći do poboljšanja. Pacijenti koji boluju samo od HIV infekcije bez demencije, prognozira im se životni vijek od nekih 6 mjeseci, dok ako imaju i demenciju to je dosta kraći period.

Ako sumnjamo na kognitivno propadanje kod bolesnika s HIV infekcijom potrebno je odmah napraviti lumbalnu punkciju te CTR i MR mozga.

MRI mozga je dosta korisniji od CT-a iz razloga što može isključiti druge SŽS uzroke demencije kao što su: toksoplazmoza, progresivna multifokalna leukoencefalopatija, cerebralni limfom. Nalazi u kasnom stadiju često mogu uključivati difuzne hiperintenzitete bijele tvari koji se ne imbibiraju kontrastom, cerebralnu atrofiju i povećanje ventrikula.

Primarno liječenje zahtjeva visoko aktivnu antiretrovirusnu terapiju, koja će povećati broj CD4+ limfocita i poboljšati kognitivnu funkciju pacijenta. Dok ostale potporne mjere imaju dosta sličnosti s ostalim demencijama. (Placebo, 2014)

3.5. Frontotemporalna demencija

Ova demencija je poznata pod nazivom Frontotemporalna demencija jer obuhvaća čeonu i frontalnu režanj, pa je isto tako nazivamo i kao čeonu demenciju i demenciju frontalnog režnja.

Slika br. 5. – Mozak kod frontotemporalne demencije



Izvor: <https://bs.approbny.com/13-vrste-bolesti-koje-uzrokuju-demenciju-simptomi-i-prognosticiranje/>

3.5.1. Etiologija i patofiziologija

Nastala demencija dovodi do odumiranja živčanih stanica u prednjim dijelovima mozga (čeonni režanj ili sljepoočnice u moždanom režnju.)

Oštećenje koje se javlja usred demencije prvo zahvata čeonni moždani režanj kod frontotemporalne demencije. Taj dio mozga upravlja koncentracijom, rasuđivanjem i kontrolom impulsa. Ličnost osobe koja oboli počinje polako da se mijenja i osoba sve češće gubi moć rasuđivanja. Povećane poteškoće u preuzimanju inicijative i neobjašnjivi izljevi bijesa su drugi rani znaci. Uobičajeno je da osoba može biti uznemirena, emocionalno oslabljena i ponekad apatična. Sposobnost osjećanja empatije se postepeno smanjuje. Može doći i do pretjeranog konzumiranja hrane, cigareta ili alkohola. (Demenscentrum, 2018.)

Frontotemporalna demencija može početi i u prednjem dijelu temporalnog režnja koji je od značaja za jezik. U ovim slučajevima govorimo o progresivnoj afaziji. Ona se može manifestirati kroz smanjenu sposobnost razumijevanja riječi i kroz probleme sa pronalaženjem pravog naziva za stvari, kao što su auto ili ključ. Također se može manifestirati i u formi sporog i nerazgovjetnog govora sa mnogo gramatičkih grešaka. (Demenscentrum, 2018.)

3.5.2. Simptomi i dijagnoza

Najčešći simptomi koji se javljaju kod Frontotemporalne demencije su promjene ponašanja i problemi s govorom ovisno o djelu mozga koji je obuhvaćen. U početnom dijelu bolesti prvi simptomi su vezani za čeonu režanj, a taj dio mozga upravlja koncentracijom, prosuđivanjem te kontrolom impulsa. Nije rijetko da se ovakav oblik demencije javi već u srednjoj dobi života, bolest se širi polako i dugo traje, a bolesnici imaju sve veću potrebu za tuđom pomoći jer se oštećenje na mozgu proširuje. Ova demencija često se može povezati s depresijom, iscrpljenošću ili drugim mentalnim problemima, jer su uobičajni simptomi demencije na početku rijetki. Jako je važno da se bolest otkrije na vrijeme, ispitivanje se vrši obično na klinikama obavljanjem različitih testova i pregleda. Iako su istraživanja napredovala još uvijek nije pronađena metoda za sprječavanje širenja kao i kod ove demencije tako i kod ostalih. Jako je važno od početka pravilno postupiti te uključiti palijativnu skrb pacijenta kako bi se lakše nosio s samom demencijom. (Demenscentrum, 2018.)

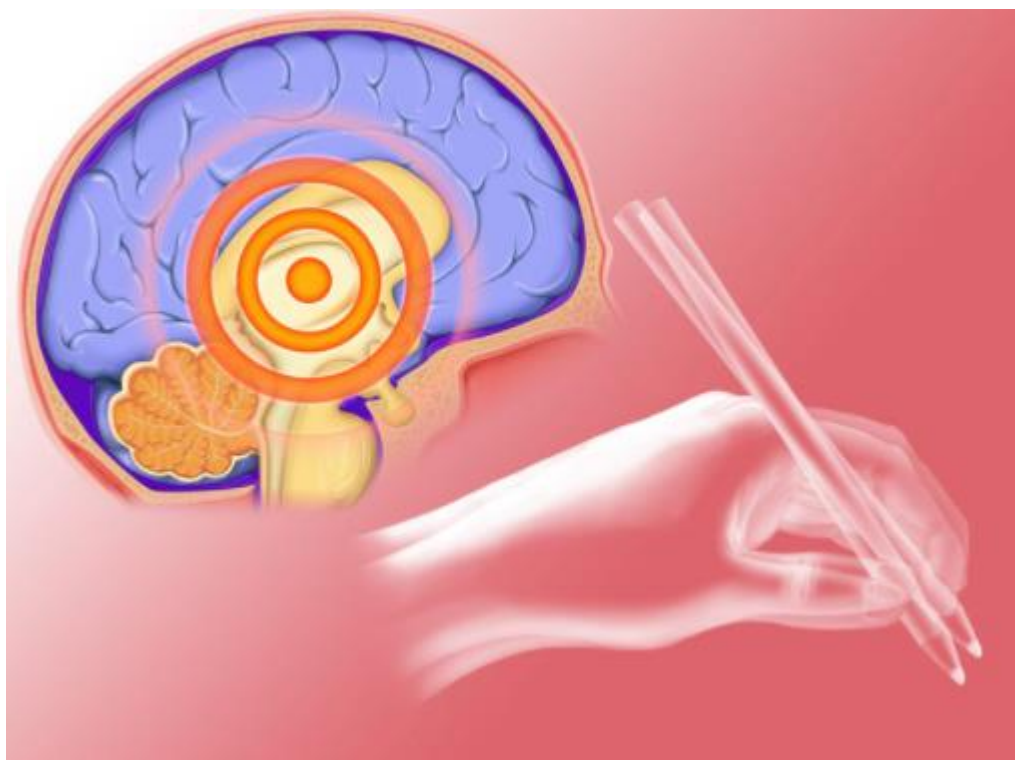
3.6. Demencije kao posljedice drugih stanja

Demencije mogu biti neurodegenerativni poremećaji koji su nastali kao posljedica nekog drugog stanja. Takve demencije su: . Demencija zbog Parkinsonove bolesti; Demencija zbog Huntingtonove bolesti; Demencija zbog traume glave; Demencija zbog Wilsonove bolesti; Tumori na mozgu. (Placebo, 2014).

3.6.1. Demencija nastala usljed Parkinsonove bolesti

Nastaje kasnoj fazi života, obično se definiše kao idiopatski poremećaj pokreta. Znakovi bolesti pojavljuju se kao što tremor u mirovanju, rigiditetom u obliku zupčanika i teškim hodom. Većina pacijenata koja boluje od ove dvije bolesti jeste dementna, ne može normalno i razgovjetno komunicirati te teško se sporazumijeva. Uzrok ove bolesti nije otkriven kod većine pacijenata, smatra se da jedan od uzroka može biti česti i jaki udarci u glavu ili uzimanje ilegalnih supstanci poput droga npr. Heroina.

Slika br. 6.- Parkinsonova bolest



Izvor: <https://bs.approby.com/13-vrste-bolesti-koje-uzrokuju-demenciju-simptomi-i-prognosticiranje/>

3.6.2. Demencija zbog Huntingtonove bolesti

Istraživanje je pokazalo da se Huntingtonova bolest dobiva nasljeđivanjem i kao takva označena je kao autosomno dominantna bolest te osoba čiji roditelj boluje od ove bolesti ima 50 posto šanse da istu dobije. Bolest se obično javlja u periodu između tridesete i četrdesete godine života, a demencija nastupa nešto kasnije tijekom razvoja Huntingtonove bolesti. Javlja se u obliku poremećaja ličnosti pa sve do težih psihijatrijskih slučajeva kao što je šizofrenija. Ustanovljeno je da pacijenti s ovom bolešću mogu živjeti od petnaest do dvadeset godina. (Harold I. Kaplan, 1998)

Slika br. 7. Genetski prijenos Huntingtonove bolesti



Izvor: <https://bs.approby.com/13-vrste-bolesti-koje-uzrokuju-demenciju-simptomi-i-prognosticiranje/>

3.6.3. Demencija zbog traume glave

Traume glave uglavnom nastaju zbog jakog udarca (prometna nesreća), zbog učestalih udaraca u glavu kao npr. udarci koji možemo vidjeti u brojnim sportovima poput boksa, nogometa itd., ali se također može javiti obično kod mladih ako se često i prekomjerno konzumira alkohol, droge i brojne druge štetne supstance. Usred nastanka Traume glave može doći do težih psihičkih stanja kao što su amnezija, demencija, anksioznost a najčešći uzrok je oštećenje mozga i moždanog tkiva. Ovisno o mjestu udaraca i nastanka oštećenja mozga javlja se određeno psihičko stanje. (Harold I. Kaplan, 1998)

3.6.4. Demencija zbog Wilsonove bolesti

Wilsonova bolest povezana je s poremećajem metabolizma i predstavlja genetički poremećaj gdje dolazi do nakupljanja bakra u organizmu. Ovo je jako rijetka bolest javlja se kod 1 osobe na 30 000 ljudi. Bakar možemo pronaći u brojnim namjernicama pa ga tako i svakodnevno unosimo u organizam, međutim postaje problem kada organizam nema sposobnost odbacivanja nepotrebnog bakra, već ga nakuplja u jetri i mozgu gdje dolazi do oštećenja istih organa i javljaju se različite druge bolesti. U slučaju mozga ovisno koji je dio oštećen javit će se određena demencija. (HUBPP)

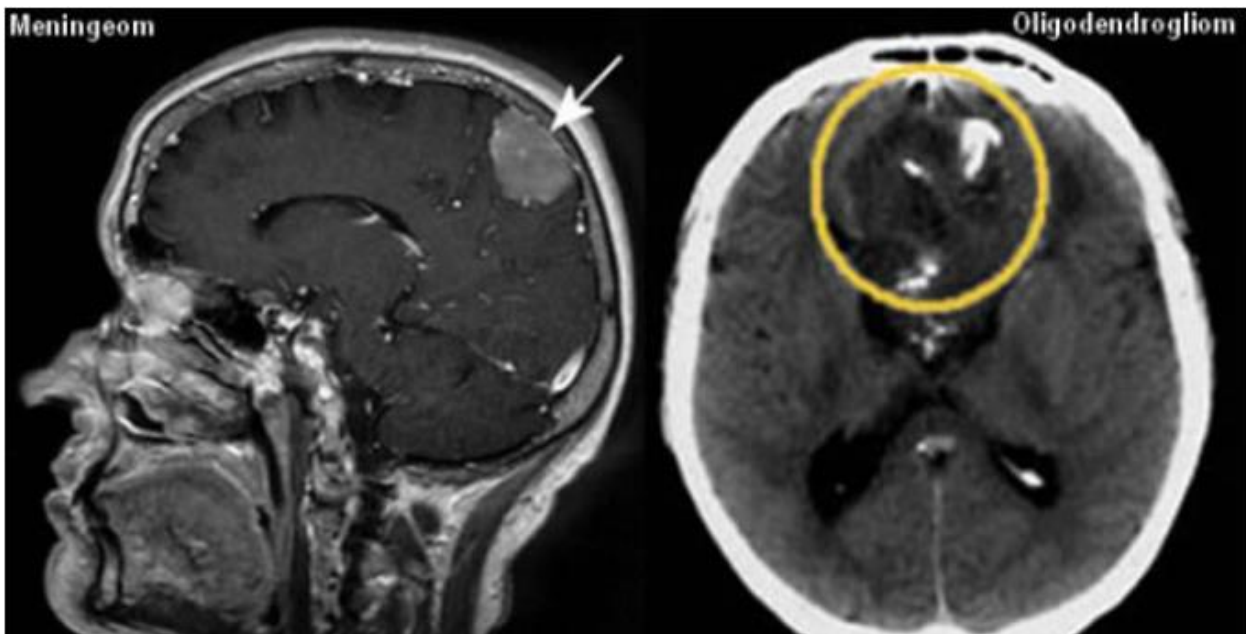
3.6.5. Tumori na mozgu

Tumor u mozgu može biti različitog oblika i veličine prema tome simptomi su različiti kod svakog pacijenta ovisno o smještaju tumora, ali također u mozgu može rasti i nekoliko malignih tumora.

Mnoge vrste dobroćudnih tumora mogu rasti u mozgu. Dobili su ime po stanici ili tkivu iz kojega potječu. To su švanomi iz Schwannovih stanica koje oblažu živce, endimomi iz stanica koje oblažu unutarnju površinu mozga, meningiomi iz moždanih ovojnica koje oblažu tkiva na vanjskoj površini mozga i adenomi iz žljezdanih stanica i

lubanje. Osteoma i hemangioblastom potječu iz krvnih žila. Meningiom je obično dobroćudan, ali se može ponoviti nakon uklanjanja. Ovi tumori su češći kod žena i obično se javljaju između 40. i 60. godine života. Simptomi i rizici ovog tumora ovise o njegovoj veličini i položaju u mozgu. Ako postanu preveliki, mogu uzrokovati mentalne poremećaje nalik demenciji. Demencija također ima sistemske uzroke, poput štitnjače, hipofize, zatajenja jetre na dijalizi, nedostatka niacina, nedostatka vitamina B12, nedostatka folne kiseline, infekcije, trovanja teškim metalima i kronične zlorabe alkohola. (Harold I. Kaplan, 1998)

Slika br. 8. – Tumori na mozgu



Izvor: <https://zdravlje.eu/2011/12/29/tumori-mozga/>

4. Rasprostranjenost demencije na području Republike Hrvatske

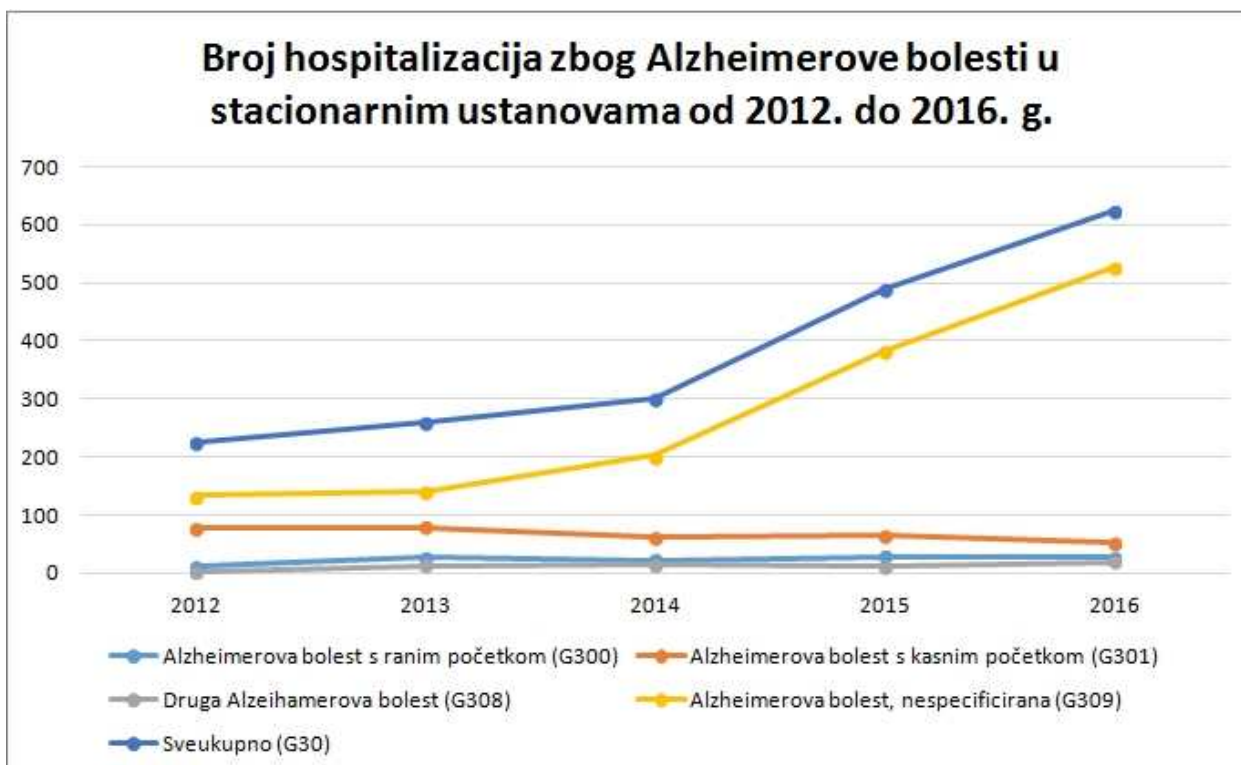
Svjetska zdravstvena organizacija u 2012. godini proglasila je Alzheimerovu bolest (AB) globalnim javnozdravstvenim prioritetom i uputila sve članice Europske unije a samim time i Hrvatsku, da trebaju poduzeti sve mjere ili razviti akcijski plan ili nacionalnu strategiju za borbu protiv Alzheimerove bolesti. Prema SZO, 47,5 milijuna ljudi u svijetu pati od nekog oblika demencije. Provedena istraživanja pokazala su da 6,4 milijuna ljudi unutar EU. boluje od neke vrste demencije. Smatra se da bi se u 2050. godine broj mogao povećati na više od 115 milijuna ljudi u svijetu. Smatra se da u Hrvatskoj u ovom periodu ima približno 86.000 pacijenata s demencijom. S obzirom da broj raste iz godine u godinu pretpostavke su da je broj u 2021. godini puno veći. (HZJZ, 2017.)

U Hrvatskoj prema popisu iz 2011. godine ustanovljeno je da stanovništvo starije od 65 godina čini čak 17,7% stanovništva, što predstavlja jedan od najdužih životnih dobi na svijetu. Briga o starijim osobama vrlo je važna. Važno je prenijeti jasnu poruku da Hrvatsko društvo želi osigurati okruženje koje se može prilagoditi potrebama i mogućnostima oboljelih pacijenata od različitih bolesti a tako i od demencije. Hrvatsko društvo za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi kao stručno društvo Hrvatskoga liječničkog zbora osnovano je 2012. godine. A već od davne 1999. godine u Hrvatskoj postoji i udruga građana za Alzheimerove bolesti koja ima glavni cilj da ovakvim bolesnicima pruži podršku te da im pokaže da nisu sami, ali i također upozorava na rastući broj oboljelih osoba od demencije, bavi se zagovaranje prava pacijenata i njihovih njegovatelja, te nastoji palijativnu skrb podići na što višu razinu. Možemo sa sigurnošću reći da Hrvatska radi puno toga za osobe oboljele od demencije, te da diže svijest o ovoj bolesti i kod ostalih građana. Kako je svijest godinama rasla o ovoj bolesti 2014. godine osnovana je Hrvatska Alzheimerova alijansa koja je sastavljena od ukupno 26 stručnih i različitih društava i udruga koje

zajedno utječu na podizanje svijesti o navedenoj bolesti kao i potrebama bolesnika. (HZJZ, 2017.)

Najvažnije je rano prepoznati simptome koji mogu ukazivati na bilo koji oblik demencije, jer samo rano otkrivenom demencijom možemo smanjiti razvoj bolesti i utjecati na kvalitetu života oboljelog, ali i na kvalitetu života obitelji i skrbnika. Iako nažalost ne možemo izliječiti potpuno demenciju jako je važnu početi s palijativnom skrbi od početka. Veliki broj dokaza potvrdio je da ako vodimo tjelesno aktivan i mentalno stimulativan način života uz stalno kontroliranje kardiovaskularnih čimbenika koji mogu biti rizični te kvalitetnijim kognitivnim funkcijama imamo manji rizik za obolijevanje od demencije. Također demenciju je moguće izbjeći i konstantnim konzumiranjem voća i povrća, kao npr. što je to borovnica koja ima mogućnost smanjenja razine slobodnih radikala u organizmu te pospješuje pamćenje. Ovdje možemo navesti i lisnato zeleno povrće kao i kvasac i iznutrice koje imaju u sebi folnu kiselinu koja se koristi kao preventivni učinak. Osobe koje najmanje tri puta u tjednu konzumiraju masnu ribu poput: lososa, tune i sardine manje su sklone nastanku Demencije. Stručnjaci preporučuju mediteranski tip ishrane koji nalaže unos: voća, povrća, ribe, cjelovitih žitarica, puretine, piletine i male količine crvenog mesa. Naročito treba izbjegavati konzumiranje alkohola i cigareta. Bavljenje tjelesnom aktivnošću od iznimne je važnosti i to najmanje 30 minuta dnevno, jer pomaže pri oslobađanju od stresa, ali i čini organizam zdravijim. Jako je važno učiniti sve ono što je u našoj mogućnosti kako ne bi došlo do bolesti koja može izazvati demenciju, kao što je to u slučaju traume glave gdje je jako bitno preventivno djelovati kako uopće ne bi došlo do pojave iste, to možemo učiniti tako što ćemo vezati pojas svaki put kada uđemo u motorno vozilo te nošenjem kacige prilikom vožnje bicikla, motocikla. (HZJZ, 2017.)

Graf broj 1.. broj pacijenata koji boluju od demencije



Izvor: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/>

Tablica br. 2. Broj hospitaliziranih pacijenta

Broj hospitalizacija zbog Alzheimerove bolesti u stacionarnim ustanovama od 2012. - 2016. godine po dobnim skupinama

	Ukupno	0-64	65-74	75-84	85-130
2012	225	29	68	104	24
2013	260	39	67	129	25
2014	302	48	84	127	43
2015	489	82	142	208	57
2016	612	93	205	227	87

Izvor: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/>

ZAKLJUČAK

Demencija predstavlja skupinu bolesti različitih uzroka koja je u 80 % slučajeva neizlječiva, a oboljelom se prognozira životni vijek s bolešću od 5 do 10 godina. Bolest se sastoji od ukupno sedam stadija te je svaki stadij sve teži i teži za bolesnika. Od velike važnosti je educiranje i upućivanje same obitelji ili skrbnika oboljelog o bolesti, njenom razvoju, tijeku i trajanju. Navedena bolest dosta narušava kvalitetu života kako samog bolesnika tako i njegovih najbližih iz tog razloga jako je bitno krenuti od same pojave bolesti s palijativnom skrbi.

Palijativna skrb primjenjuje se kod bolesnika koji imaju neki oblik neizlječive bolesti, u ovom slučaju to je demencija. Život s demencijom nije ni malo lagan, osoba vremenom postaje sve ovisnija i ovisnija o drugima, često tu dolazi i do promjene osobnosti, a u kasnom stadiju i do gubljenja pamćenja. Palijativna skrb usredotočena je na smanjene tegoba, olakšanje života s bolešću te nastoji poduzeti sve preventivne mjere kako bih se oboljeli osjećao ugodno i kako bi imao što bolju kvalitetu života.

Prema istraživanjima mogli smo vidjeti da u Hrvatskoj postoje brojna društva za osobe koje pate od ove bolesti i da se sve više diže svijest o ovom problemu. Spomenuta društva nastoje pružiti podršku oboljelima i skrenuti im pozornost da nisu sami, ali nažalost brojka oboljelih iz godine u godinu je sve veća.

LITERATURA

Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock.: Priručnik kliničke psihijatrije, Naklada Slap, 1998.

Marija Kušan Jukić, Ninoslav Mimica,: Palijativna skrb o oboljelima od Alzheimerove, Palijativna skrb i palijativna medicina, 2016.

Šimić, Goran: Biomarkeri u dijagnostici Alzheimerove i Lewyjeve bolesti // Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja "Praktičan pristup bolesniku s demencijom", 2015.

<http://hubpp.mef.hr/o-bolestima/wilsonova-bolest/>

<http://neurologiacroatica.com/hr/pdf/03-04-4.pdf>

<http://www.centarzdavlja.net/clanci/pregledi-dijagnoze-i-zahvati/8/1771/sto-je-demencija>

<http://www.mojezdravlje.ba/novost/162447/Sedam-stadijademencije>

<http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/alzheimerova-bolest>

https://demenscentrum.se/sites/default/files//globalassets/faktablad_pdf/bks/fakta_fro_totemporal_bks.pdf

https://www.dementia.org.au/sites/default/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia_croatian.pdf

<https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/>

Popis slika

1. Slika br. 1. Mozak pacijenta s Alzheimerovom bolesti
2. Slika br. 2. Alzheimerova demencija
3. Slika br. 3. – Mozak pacijenta koji boluje od Vaskularne demencije
4. Slika br. 4. – Demencija s Lewyevim tjelešcima
5. Slika br. 5. – Mozak kod frontotemporalne demencije
6. Slika br. 6.- Prkinsonova bolest
7. Slika br. 7. Genetski prijenos Huntingtonove bolesti
8. Slika br. 8. – Tumori na mozgu

Popis tablica

1. Tablica br. 1. broj kreveta za palijativne bolesnike u psihijatrijskim bolnicama u Hrvatskoj
2. Tablica br. 2. Broj hospitaliziranih pacijenta

Popis grafova

1. Graf broj 1. broj pacijenata koji boluju od demencije

SAŽETAK

Palijativna skrb sastavni je dio ljudskog prava na dostojanstven život u posljednjim fazama bolesti i smrti. U tom smislu zdravstveni sustav samo prepoznaje i liječi bol, što je jedan od simptoma koji imaju svi teško bolesni pacijenti. Postoje i drugi simptomi: mučnina, nesanica, otežano disanje, gubitak tjelesne težine i gubitak snage, dekubitus (ležanje) te strah od smrti. Palijativna skrb predstavlja veliku važnost za pacijente koji boluju od demencije, poboljšava kvalitetu života pacijenata i njihovih obitelji.

To se postiže ranim otkrivanjem, procjenom, liječenjem i ublažavanjem boli i drugih fizičkih, psiholoških, socio-psiholoških i duhovnih problema radi sprječavanja i ublažavanja simptoma bolesti, jer je ljudsko biće cjelina, razlikujemo ih : tjelesna (tjelesna), psihološka (psiha) i duhovna (pneuma) razina.

Posebna pozornost potrebna je za educiranje javnosti o odgovarajućim oblicima palijativne skrbi.

KLJUČNE RIJEČI: palijativna skrb, demencija, zdravstveni sustav.

ABSTRACT