

KOMUNIKACIJA S OSOBAMA OBOLJELIM OD ALZHEIMEROVE BOLESTI I DRUGIH DEMENCIJA

priručnik za patronažne sestre



KOMUNIKACIJA S OSOBAMA
OBOLJELIM OD ALZHEIMEROVE
BOLESTI I DRUGIH DEMENCIJA

priručnik za patronažne sestre

Autori:

Dr.sc. **Sanja Devčić**, dr.med., spec. psihijatar, NZJZ „Dr.Andrija Štampar“ (poglavlje 3-6)

Dr.sc. **Ljubomir Glamuzina**, dr.med., spec. psihijatar, , NZJZ „Dr.Andrija Štampar“ (poglavlje 3-6)

Cecilija Rotim, mag. sestrištva, NZJZ „Dr.Andrija Štampar“

Tomislav Huić, mag.art., Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest (poglavlje 8)

Dr.sc. **Marija Kušan Jukić**, dr.med, spec.psihijatar, NZJZ „Dr.Andrija Štampar“ (poglavlje 1-5,9)

Martina Mičuga, mac.act.soc., Dom za starije osobe Sveti Josip Zagreb (poglavlje 10)

Ana Puljak, dr.med., spec. javnog zdravstva, NZJZ „Dr.Andrija Štampar“ (prilog)

Dinko Štajduhar, dr.med., spec. psihijatar, NZJZ „Dr.Andrija Štampar“ (poglavlje 7)

Ljiljana Vrbić, univ.spec.act. soc., Dom za starije osobe Sveti Josip Zagreb (poglavlje 10)

Uredili:

prof.prim.dr.sc. Branko Kolarić, dr.med., spec.epidemiolog

Tanja Ćorić, dr.med.

Za izdavača:

Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr.Andrija Štampar“

Dr. Zvonimir Šostar, ravnatelj

Oblikovanje, prijelom i grafička priprema:

Miljenko Grbić

CIP zapis je dostupan u računalnome katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 001048300.

ISBN: 978-953-6998-66-1

Naklada: 500 primjeraka

Priručnik je pripremljen u sklopu programa „Unapređenje skrbi za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti i drugih demencija“ sufinanciranog od Grada Zagreba, Gradskog ureda za zdravstvo.

Ilustracije korištene u poglavlju “Kako prilagoditi prostor osobi s demencijom” preuzete su sa stranica www.enablingenvironments.com.au (CC licenca).

SADRŽAJ

Riječ urednika **5**

Predgovor **6**

1. Može li se demencija prevenirati? **7**
2. Alzheimerova bolest – rani simptomi i tijek **8**
3. Psihički i ponašajni simptomi demencije i liječenje lijekovima **15**
4. Nefarmakološki pristup osobama s demencijom **19**
5. Kako prepoznati delirij? **21**
6. Medicinska sestra i palijativna skrb osoba oboljelih od demencije **25**
7. Komunikacija s osobom s demencijom **29**
8. Kako prilagoditi prostor osobi s demencijom **42**
9. Kako prepoznati stres neformalnog njegovatelja **47**
10. Osnovne informacije o uslugama u sustavu socijalne i zdravstvene skrbi **49**

Prilog I: Kako negovati sebe **52**

Literatura **58**

Kontakti **59**

Riječ urednika

Osobe s demencijom najčešće žive u vlastitim domovima te im tijekom bolesti pomažu prvenstveno obitelj i prijatelji (tzv. neformalni njegovatelji). Stoga je uloga patronažne sestre, zdravstvenih i svih drugih djelatnika, koji ulaze u dom oboljele osobe, od neizmjerne važnosti. Patronažna sestra može, osim pružanja zdravstvene njege, educirati obitelj o provođenju skrbi za osobu s demencijom. Pomoć patronažne sestre je i u postavljanju realnih očekivanja od skrbi za oboljelu osobu te smanjenju stresa neformalnih njegovatelja.

Grupa autora, predvođena dr.sc. Marijom Kušan Jukić, u uvodnom dijelu priručnika na sažet, a opet dovoljno informativan način, prikazala je osnovne pojmove o demencijama, njihovom komplikacijama, liječenju i prevenciji. Drugi dio sadržaja odnosi se na opću komunikaciju i, s vrlo plastičnim primjerima ilustriranu, specifičnu komunikaciju s osobom u različitim fazama demencije. Ovaj priručnik donosi i praktične upute o prilagodbi prostora stanovanja što može neizmjereno poboljšati kvalitetu života osobe s demencijom i smanjiti rizike od nesretnih događaja.

Briga za osobu s demencijom, težak je i iscrpljujući posao. Njegovatelji se trebaju suočiti s činjenicom da unatoč velikom trudu koji ulažu, a s progresijom bolesti potreban je sve veći trud, osoba se neće izliječiti već će biti sve lošije. Umijeće je pronaći motivaciju i ravnotežu između njege za oboljelu osobu i očuvanja sebe u tom procesu. Posebno vrijednim smatram i dijelove Priručnika posvećene stresu i iscrpljivanju njegovatelja te lepeze preporuka u prilogu Kako njegovati sebe.

Priručnik je izrađen u sklopu programa „Unapređenje skrbi za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti i drugih demencija“ te će služiti kao dio materijala za edukaciju u sklopu treninga za patronažne sestre. Priručnik može služiti i svim drugim zdravstvenim djelatnicima koji ulaze u kuću bolesnika. Ovim putem zahvaljujem svima koji su sudjelovali u izradi priručnika te Gradu Zagrebu i domovima zdravlja na financijskoj i provedbenoj pomoći.

prof.prim.dr.sc. Branko Kolarić, dr.med.

Voditelj Referentnog centra Ministarstva zdravstva
RH za zaštitu zdravlja starijih osoba

PREDGOVOR

Demencije su oboljenja prepoznata po dominantnom simptomu gubitka pamćenja ali ono je samo jedan od simptoma koji se pojavljuju, a vezani su uz biološko, psihološko i socijalno funkcioniranje pojedinca. Progresija bolesti koja se odvija godinama znatno narušava kvalitetu života pojedinca i cijelih obitelji te ih dovodi pred brojne rizike kao što su gubitak zdravlja njegovatelja, ekonomski rizici, rizici od zapostavljanja i zanemarivanja osnovnih potreba bolesnika, nasilja i brojnih drugih.

Patronažne sestre i medicinske sestre koje rade u okviru primarne zdravstvene zaštite nositelji su edukacije pojedinaca i obitelji u smislu što ranijeg prepoznavanja oboljenja, pravilnog pristupa liječenju te skrbi za oboljele osobe. Uspostava dobre komunikacije temelj je kvalitetnih odnosa putem kojih se lakše ostvaruje primarni cilj, a taj je omogućavanje što dužeg i kvalitetnijeg samostalnog funkcioniranja bolesnika ili funkcioniranja u okviru obitelji.

Priručnik služi kao odličan praktičan vodič za formalne njegovatelje. On donosi mogućnost za stjecanje novih znanja, lakše razumijevanje stanja i potreba bolesnika i usvajanje intervencija koje će pridonijeti boljem razumijevanju procesa bolesti, kvalitetnijoj skrbi, adekvatnoj komunikaciji i pružanju podrške bolesniku te posebno članovima obitelji.

Suza Valenčak mag. med. techn.

Predsjednica

Hrvatske udruge patronažnih sestara

1. MOŽE LI SE DEMENCIJA PREVENIRATI?

Najnoviji podaci pokazuju da se svaki treći slučaj demencije može prevenirati, odnosno promjenom određenog ponašanja spriječiti.

Postoje čimbenici rizika za razvoj demencije, a to su:

- dob;
- debljina;
- povišen krvni tlak;
- udarci u glavu;
- pušenje;
- visok kolesterol;
- depresija.

Na primjer, što se tiče udaraca u glavu, preporučuje se da djeca obavezno nose zaštitne kacige za glavu prilikom vožnje bicikla, što je i zakonski regulirano.

Kao što postoje čimbenici rizika, tako je poznato da zaštitno mogu djelovati:

Edukacija, učenje

Aktivnost u starijoj životnoj dobi, sudjelovanje u poticajnim aktivnostima kao što su čitanje, rješavanje križaljki, posjeti muzejima, povezana je sa smanjenjem rizika od Alzheimerove bolesti.

Tjelovježba

Smanjuje krvni tlak i druge čimbenike rizika vezane uz demenciju.



U pravilu, sve ono što je dobro za srce dobro je i za naš mozak!

2. ALZHEIMEROVA BOLEST - RANI SIMPTOMI I TIJEK

Jedan od vodećih javnozdravstvenih problema u svijetu je sve veća pojavnost neurodegenerativnih bolesti mozga, odnosno različitih vrsta demencija, što je povezano sa starenjem populacije i produženjem očekivanog trajanja života.

To se posebno odnosi na Alzheimerovu bolest koja je najučestaliji uzrok nastanka demencije, a nazvana je po njemačkom liječniku Aloisu Alzheimeru. On je bolest prvi put opisao na sastanku psihijataru 1906.g. u Tübingenu na primjeru svoje 51-godišnje bolesnice Auguste D., primljene na odjel Bolnice za duševne bolesti u Frankfurtu na Maini 1901. godine sa simptomima gubitka pamćenja, poteškoćama u čitanju i pisanju, slikom promijenjena ponašanja i paranojom. Bolesnica je umrla pet godina kasnije.

Procjenjuje se da danas u Hrvatskoj ima nekoliko desetaka tisuća oboljelih. Procjene na svjetskoj razini govore da bi u 2020. godini u svijetu moglo biti 43 milijuna oboljelih, a polovicom stoljeća broj oboljelih bi mogao narasti do 115 milijuna.

Osim Alzheimerove bolesti postoje i druge vrste demencija, kao što su vaskularna demencija (npr. nastala nakon moždanog udara), frontotemporalna demencija, Lewy-body demencija, alkoholna demencija, demencija zbog manjka vitamina B12,

demencija zbog poremećaja u radu štitnjače i dr.

Alzheimerovu bolest karakterizira progresivno oštećenje pamćenja. Također dolazi do promjena na planu ličnosti, emocija (osjećaja) i ponašanja, no možemo reći da bolest nastaje i napreduje postupno te ju je u početku teško zamijetiti.

Glavno kliničko obilježje Alzheimerove bolesti



Usporedba zdravog mozga u starijoj životnoj dobi i mozga osobe oboljele od demencije

je slabljenje pamćenja i to je njen najizraženiji i najstalniji znak. Dvije su glavne promjene koje se nalaze u mozgu osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti:

1. nakupine uvijenih niti koje se zovu neurofibrilarna vretena i
2. nakupine proteina amiloida koje se zovu amiloidni plak.

Bolest ima tri stadija: rani, srednji i uznapredovali. U prvom, ranom stadiju bolesti, karakterističan je gubitak pamćenja i prisjećanja novih, "svježih" događaja.

Također poteškoće u pronalaženju prave riječi u spontanom govoru mogu biti prvi karakterističan znak. Tada bolesnik zaobilaznim putem nastoji reći što je naumio. Oscilacije raspoloženja s promjenama u osobinama ličnosti mogu biti dodatni simptomi.

Bolesnik može imati probleme u izvođenju svakodnevnih aktivnosti (oblačenje, zaboravlja gdje je ostavio stvari, ne može naći put), oštećeno je ispravno procjenjivanje i prepoznavanje osoba te se javlja nedostatak spontanosti i inicijative.

Kao prvi simptom kod dijela bolesnika javlja se

prostorna ili vremenska dezorijentacija. Također, mogu se javiti razdražljivost i agresivnost te rijetko, u ranom stadiju, paranoidne ideje i halucinacije.

U drugom je stadiju bolest već jasno izražena. Govor i čitanje postaju sve lošiji, uz još uvijek očuvanu artikulaciju. Učenje, prepoznavanje okoline i najbliže rodbine te pamćenje nedavnih događaja sve su slabiji, dok pamćenje davnih događaja još nije izgubljeno. Dolazi do sve većeg gubitka sposobnosti orijentacije u prostoru i vremenu, razvoja agresije, depresije, tjeskobe i paranoidnih reakcija. Javljaju se nerealne sumanute ideje, vidne i slušne halucinacije (bolesnik misli da mu ukućani žele zlo, da ga potkradaju, da je hrana otrovana, vidi nepoznate ljude u kući ili čuje kako netko hoda). Bolesnik često zamijeni dan za noć pa je pospan tijekom dana, a nemiran, smeten i agitiran tijekom večeri i noći. Noću u tom stanju može lutati po kući, ulaziti u različite prostorije, ometati druge ukućane.

U posljednjem, trećem stadiju pamćenje je u potpunosti izgubljeno. Bolesnik više ne zna hodati, žvakati, gutati niti kontrolirati mokrenje i stolicu te je potpuno ovisan o tuđoj pomoći i skrbi. Javljaju se stereotipni pokreti, ponavljanje istih fraza, riječi ili slogova. Na kraju dolazi do kome i smrti, najčešće zbog infekcije, a može doći i do gušenja hranom.

Alzheimerova bolest je najčešći uzrok funkcionalne onesposobljenosti u osoba starijih od 75 godina i četvrti uzrok smrti.

KAKO PREPOZNATI POJEDINI STADIJ BOLESTI?

RANI STADIJI ALZHEIMEROVE BOLESTI

- oslabljeno pamćenje, naročito za novije događaje, gubljenje/zametanje stvari;
- blaže smetnje u pronalaženju riječi;
- poteškoće u računanju;
- poteškoće u donošenju odluka, nesigurnost;
- poteškoće u rješavanju problema, složenijih zadataka i prosudbi (zadaci kao planiranje obiteljskog ručka, plaćanje računa i sl.);
- poremećeno prosuđivanje (npr. u prometu);
- oslabljena koncentracija, poteškoće i u izvođenju dobro poznatih zadataka;
- mogu biti depresivni i apatični, bezvoljni, bez inicijative i spontanosti;
- prostorna i vremenska dezorijentacija;
- potrebni su podsjetnici za obavljanje zadataka iz svakodnevnog života (odijevanje, obavljanje higijene).

SREDNJI (UMJERENI) STADIJ

- još više zaboravljaju, zaboravljanje imena i mjesta (ne mogu se prisjetiti brojeva telefona, priča, adresa);
- okolišav govor;
- poteškoće u vođenju razgovora, gledanju televizije, prestanak čitanja;

- dezorijentiranost u prostoru i vremenu, prema drugim osobama (zamjenjuju članove obitelji, mogu odlutati, biti smeteni, konfuzni);
- trebaju pomoć oko nekih aktivnosti svakodnevnog života;
- odlutaju (poteškoće u snalaženju u prostoru);
- poremećaji raspoloženja i ispadi u ponašanju sa razdražljivošću i agresivnošću;
- značajne promjene u osobnosti i ponašanju (sumnjičavost, halucinacije, nemir, agitacija, mogu gristi, gurati, vikati);
- motorička aktivnost u vidu hodanja satima;
- povećan rizik od padova;
- gube kontrolu nad mokrenjem.

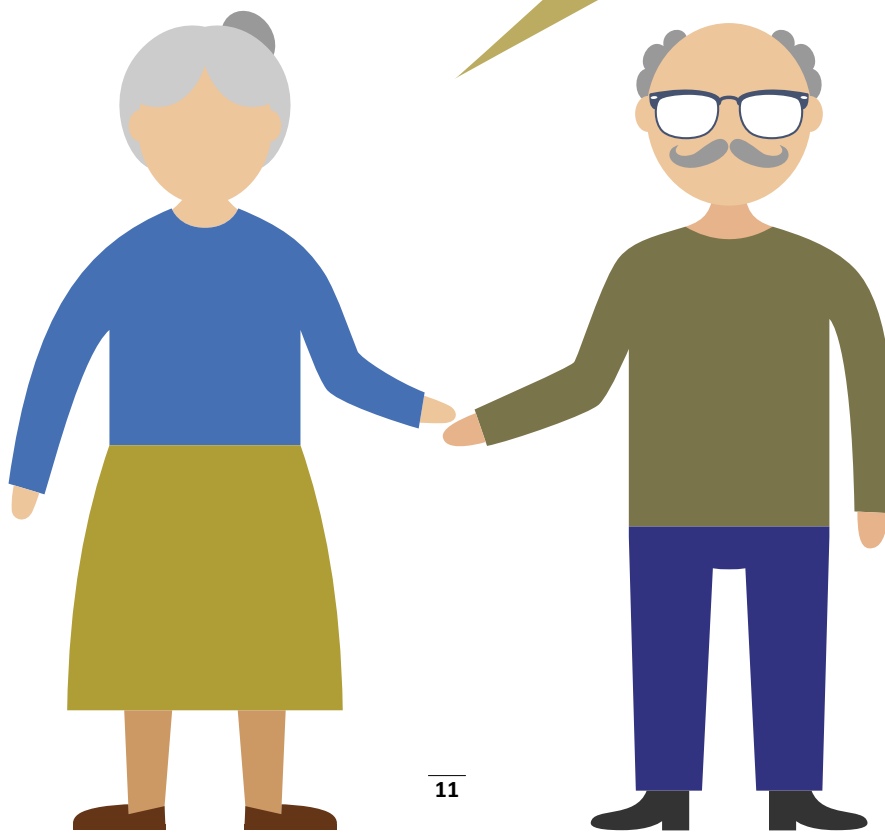
UZNAPREDOVALI STADIJ

- bolesnik više uopće nije u stanju brinuti se o sebi i svojim svakodnevnim potrebama;
- često je inkontinentan;
- teško pokretan ili nepokretan;
- tijelo i udovi (ruke i noge) postaju rigidni;
- ograničene komunikacije;
- mogući su: gubitak tjelesne mase, smetnje gutanja, odbijanje hrane i tekućine, pojavljuju se dekubitalni vrijedovi- oslabljen im je imunološki sustav uz povećanu sklonost infekcijama;
- najčešći razlozi smrtnog ishoda su pneumonija i urosepsa.

Alzheimerova bolest je progresivnog tijeka bez mogućnosti liječenja uzroka bolesti, no postoje lijekovi čije djelovanje može pomoći u odgađanju početka ispoljavanja bolesti i usporavanju njena napredovanja te otklanjanju i ublažavanju simptoma.

Stoga je iznimno važno na vrijeme prepoznati rane simptome bolesti kako bi se bolest rano dijagnosticirala i otpočelo s pravodobnim liječenjem.

**UOBIČAJENO S GODINAMA
POSTAJEMO ZABORAVLJIVI,
ALI ALZHEIMEROVA DEMENCIJA
JE BOLEST, A NE UOBIČAJENI
FIZIOLOŠKI DIO STARENJA!**



Razlika uobičajenih simptoma zaboravljivosti od ranih simptoma demencije

Što je normalno?

Zaboraviti registraciju vašeg automobila ili gdje ste ga parkirali?



Kada se trebamo zabrinuti?!

Ako zaboravimo što je to registracija ili tip automobila koji vozimo?!

Zaboraviti što ste naumili reći...

Zaboraviti koji dan u tjednu imate pregled kod zubara.

Zametnuti mobilni telefon, ključeve.

Zaboraviti ime osobe koja sjedi nasuprot Vas za stolom.

Zaboraviti ime patronažne sestre.

Ako zaboravimo kako se radi nešto uobičajeno – npr. koristi kartica na bankomatu.

Ako se izgubimo u vlastitom susjedstvu.

Ako spremamo glačalo u hladnjak.

Ako zaboravimo ime bliskog člana obitelji.

Ako zaboravimo da je patronažna sestra bila u kući jučer i dala injekciju B12 vitamina.



Pojavu ranih simptoma potrebno je zabilježiti i svakako osobu uputiti na pregled liječniku obiteljske medicine, odnosno neurologu i/ili psihijatru. Rane simptome Alzheimerove bolesti ne zamjećuju oboljele osobe, nego članovi njihove obitelji i druge osobe u okolini, a među njima su i patronažne sestre.

Potrebno je imati na umu da i osobe kojima patronažne sestre dolaze u posjetu iz drugih razloga (npr. osobe oboljele od šećerne bolesti s različitim komplikacijama) mogu s vremenom razviti demenciju, odnosno oboljeti od Alzheimerove bolesti.

Prepoznavanjem ranih znakova Alzheimerove bolesti možemo osigurati oboljelim osobama pravodobno prepoznavanje i rano liječenje što može bitno utjecati na tijek bolesti i kvalitetu života.



Deset ranih znakova Alzheimerove bolesti

- ➔ **POREMEĆAJI PAMĆENJA** [gubitak pamćenja razvija se polako tijekom više mjeseci ili godina]
- ➔ **POTEŠKOĆE U IZVRŠNIM FUNKCIJAMA** [kao što su kuhanje, spremanje, održavanje higijene]
- ➔ **POTEŠKOĆE GOVORA, ČITANJA I PISANJA** [zaboravljanje riječi, nadomještanje neuobičajenim zamjenama; rečenice postaju teško razumljive, nemaju svrhe niti dubljeg smisla]
- ➔ **GUBITAK PROSTORNE I VREMENSKE ORIJENTACIJE** [nepoimanje dana, mjeseca ili godine; nemogućnost snalaženja na od prije poznatim mjestima]
- ➔ **POGREŠNE PROCJENE I ODLUKE** [odijevanje neprimjereno vremenskim uvjetima ili socijalnim prigodama]
- ➔ **POREMEĆAJI APSTRAKTOG MIŠLJENJA** [nesnalaženje u novčanim poslovima ili nemogućnost ispunjavanja formulara; nerazumijevanje pojmova kao što su „rođendan“, „pravda“ ili „ljubav“]
- ➔ **UČESTALO ZAMETANJE I GUBLJENJE STVARI** [učestalo spremanje stvari na neuobičajena mjesta (npr. glačala u hladnjak)]
- ➔ **PROMJENE RASPOLOŽENJA I PONAŠANJA** [depresivnost, anksioznost, razdražljivost i emocionalna inkontinencija]
- ➔ **PROMJENA OSOBNOSTI** [pretjerana sumnjičavost, ustrašenost, ljubomora]
- ➔ **GUBITAK INTERESA ZA SOCIJALNE AKTIVNOSTI** [osjećaj napuštenosti, osamljivanje, nezainteresiranost]

3. PSIHIČKI I PONAŠAJNI SIMPTOMI DEMENCIJE - LIJEČENJE LIJEKOVIMA

Kada govorimo o liječenju Alzheimerove bolesti potrebno je istaknuti da je Alzheimerova bolest neizlječiva tako da antidementivi odnosno lijekovi koji odgađaju početak pojave simptoma i/ili usporavaju napredovanje bolesti imaju učinak na simptome, a ne liječe samu bolest. U skupinu antidementiva koji se primjenjuju u svakodnevnom tretmanu oboljelih od Alzheimerove bolesti ubrajamo inhibitore acetilkolinesteraze koji smanjuju razgradnju neuroprijenosnika acetilkolina koji je snižen u mozgu oboljelih od Alzheimerove bolesti.

U Hrvatskoj su registrirani donepezil i rivastigmin. Donepezil je lijek prvog izbora u liječenju osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti blagog i umjerenog stadija. Uobičajena terapijska doza donepezila je prvi mjesec 5 mg navečer te nakon toga 10 mg navečer. Ako izostane očekivani učinak lijekovi drugog izbora su rivastigmin i galantamin.

Osim navedenih inhibitora acetilkolinesteraze u Hrvatskoj je registriran i memantin lijek koji blokira NMDA-receptore u mozgu što ima protektivni učinak sprečavajući toksično oštećenje kolinergetičkih neurona. Memantin je lijek prvog izbora kod bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti umjerenog i teškog stadija. Terapijska doza memantina je 20 mg ujutro ili 2x dnevno po 10mg

memantina (ujutro i uvečer), a do nje dolazimo postupnim povećanjem doze po 5 mg kroz četiri tjedna. Uočeno je poboljšanje u kognitivnim funkcijama i svakodnevnom funkcioniranju kod osoba liječenih memantinom, odnosno bolesnici koji su liječeni memantinom u kombinaciji s jednim od inhibitora acetilkolinesteraze pokazivali su blaže znakove kognitivnog propadanja i bolje svakodnevno funkcioniranje. Osim što se kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti antidementivima usporava progresija bolesti te osobe imaju manje ostalih psihičkih i ponašajnih simptoma, rjeđe se bolnički psihijatrijski liječe te duže ostaju zbrinuti u krugu obitelji.

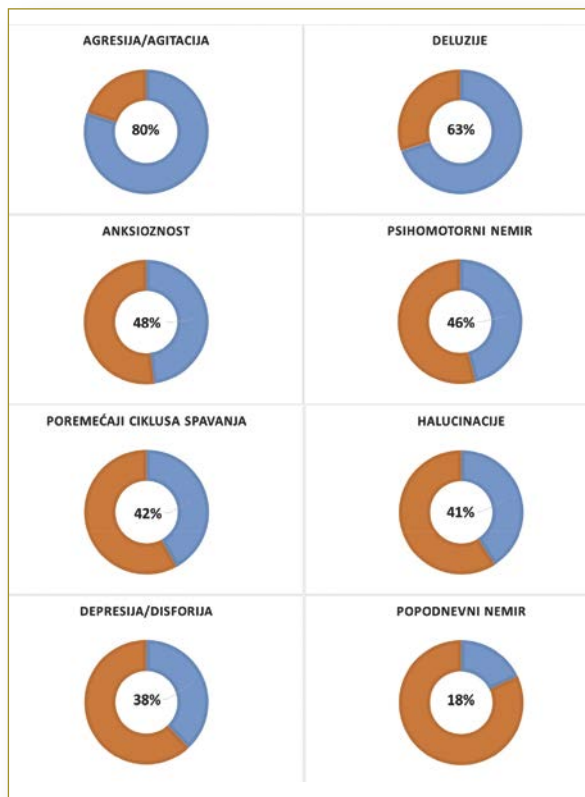
U osoba s Alzheimerovom bolesti mogu se osim kognitivnih oštećenja javiti i psihički simptomi kao što su psihomotorni nemir, anksioznost, smetnje spavanja, poremećaji raspoloženja, halucinacije, paranoja, razdražljivost, agresivno ponašanje u čijem liječenju koristimo anksiolitike, hipnotike, antidepressive i antipsihotike.

Najčešći psihički simptomi u osoba s demencijom u ranoj fazi bolesti su emocionalna inkontinencija (lako se rasplaču, ali i ponovno razvesele i na beznačajni poticaj), depresivni simptomi i anksioznost, dok se s napredovanjem bolesti javljaju

poremećaji spavanja, razdražljivost, agitacija, agresivno ponašanje, psihomotorni nemir, deluzije, halucinacije. Potonji simptomi opisuju se pod kliničkom slikom ponašajnih i psihičkih simptoma demencije (engl. behavior and psychiatric symptoms of dementia, BPSD). Simptomi BPSD mogu se pojaviti zbog straha, promjene rutine i okoline osobe s demencijom (npr. kada je osoba hospitalizirana), osjećaja ugroze, tjelesnih pogoršanja stanja, nuspojava lijekova, napose psihofarmaka te kao posljedica promjena na mozgu. Potrebno je imati na umu da pojedina stanja kao što su bol, infekcije, senzorne poteškoće, učinci lijekova, mogu izazvati pojavu psihičkih simptoma u osoba s demencijom.

Psihički simptomi (u smislu deluzija i halucinacija) uz pojačanu osjetljivost na psihofarmake) češći su kod pojedinih demencija kao što je primjerice Lewy-body demencija. Promjene na planu ličnosti, gubitak kontrole nagona, uz vulgarnost i pojavu ponavljajućih ponašanja (npr. satima mete lišće u dvorištu) su češće u osoba s frontotemporalnom demencijom.

Benzodiazepini su najčešće propisivani lijekovi u svrhu liječenja anksioznih poremećaja i poremećaja spavanja u osoba starije dobi. Određeni benzodiazepin ćemo odabrati ovisno o brzini početka djelovanja te o duljini djelovanja. Benzodiazepini s vrlo kratkim, kratkim i srednje dugim djelovanjem imaju manju mogućnost nakupljanja te su stoga sigurniji u primjeni.



Učestalost psihičkih simptoma u osoba s demencijom

Zbog toga oksazepam i lorazepam predstavljaju prvi izbor kod primjene benzodiazepina u starijih osoba. Oksazepam se primjenjuje u dozi od 15 mg do 60 mg dnevno počevši sa 15 mg jednom do dva puta na dan dok se lorazepam primjenjuje u rasponu doze od 0,5 mg do 4 mg na dan sa početnom dozom od 0,5 mg. I oksazepam i lorazepam se primjenjuju kao anksiolitici, sedativi i hipnotici

uz napomenu da lorazepam djeluje nešto brže. Potreban je zaista veliki oprez kod propisivanja benzodiazepina, preporuča ih se koristiti što je moguće kraće vrijeme, prvenstveno zbog rizika od sedacije i pada!

Najpropisivanija skupina antidepresiva u starijoj životnoj dobi su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS). Najčešće propisivani su escitalopram – maksimalna doza 10 mg, citalopram 20 mg, sertralin 50 mg, fluvoksamin i paroksetin – potrebno je kod uzimanja SIPPS pojačati nadzor zbog interakcije s nesteroidnim antireumaticima i rizika krvarenja iz probavnog sustava, a isto tako inhibiraju metabolizam antibiotika, antiaritmika, antimikotika, antipsihotika, benzodiazepina, steroida i drugih. Antidepresivi skupine SIPPS često ulaze u interakciju s oralnim antikoagulansima te bi osobama kojima je uveden SIPPS bilo potrebno u početku liječenja češće kontrolirati protrombinsko vrijeme!

Liječenje psihotičnih stanja kod osoba s demencijom provodi se primjenom antipsihotika i to u vrlo malim dozama uz pažljivo titriranje. Kod osoba starije dobi dolazi do smanjenja bubrežne i jetrene funkcije, povećava se volumen masnog tkiva, smanjuje se vezivanje proteina i albumina plazme, povećava se osjetljivost receptora u mozgu. Sve to dovodi do toga da se uz manje doze primijenjenih antipsihotika može postići neočekivano veća koncentracija lijeka u serumu što može dovesti češće do neželjenih nuspojava kao što su

poremećaji srčanog ritma, hipotenzija, sedacija i tome slično. Lijekovi iz skupine antipsihotika novije generacije sve se češće primjenjuju kod sumanutosti, halucinacija, agresije i agitacije u bolesnika starije životne dobi zbog povoljnijeg profila nuspojava u odnosu na starije antipsihotike. Dobro kupiraju psihotične simptome, nemir i agitaciju u sklopu psihotičnih epizoda kod dementnih osoba.

Među antipsihoticima nove generacije najčešće se primjenjuju risperidon do 2 mg dnevno, kветiаpin do 200 mg, olanzapin do 10 mg, aripiprazol do 20 mg, a klopаzin do 100 mg. Često su i značajno manje doze antipsihotika više nego dovoljne! Posebno treba paziti na rizik od kardiovaskularnih nuspojava jer su antipsihotici druge i treće generacije kod osoba starije životne dobi izvan odobrenih indikacija za te lijekove.

Možda će netko primjetiti kako je liječenje lijekovima napisano suviše opširno, ali zaista je važno da patronažna sestra bude upoznata koje psihofarmake osoba uzima, trebala bi provjeriti uzima li ih u preporučenim dozama te moći zamijetiti nuspojave - npr. pospanost, nestabilnost u hodu, ukočenost, poteškoće gutanja i sl., kako bi o tome izvijestila nadležnog liječnika.

Stariji antipsihotici (haloperidol i promazin) u pravilu se primjenjuju kod izrazito agitiranih bolesnika zbog parenteralnog oblika, ali imaju puno više nuspojava (ukočenost, otežano gutanje, akatiziju, retenciju urina i dr.).

Racionalno i učinkovito liječenje psihičkih poremećaja u osoba oboljelih od demencije stvara preduvjete za oporavak, prevenira daljnje pogoršanje psihičkog stanja, ali i tjelesnih bolesti, a time povećava kvalitetu života oboljele osobe i članova njene obitelji.

Osobe s psihičkim poremećajima vezanim uz stariju životnu dob liječe se stacionarno u gradu Zagrebu uglavnom na za to specijaliziranim odjelima kao što su Referentni centar Ministarstva zdravstva za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi pri Klinici za psihijatriju Vrapče u Zagrebu, na Odjelu za psihogerijatriju Psihijatrijske bolnice Sveti Ivan u Zagrebu, te na drugim psihijatrijskim odjelima.

Također većina ovih ustanova pruža i ambulantno liječenje kroz za to specijalizirane specijalističke ambulante, a u Psihijatrijskoj bolnici Sveti Ivan djeluje i Dnevna bolnica za oboljele od demencije u kojoj se provodi program PAM.

Specijalističku skrb te savjetovanje članova obitelji osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti i drugih demencija, kao i osoba starije životne dobi s drugim psihičkim poremećajima, moguće je dobiti u Centru za mentalno zdravlje osoba starije životne dobi Službe za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnost NZJZ „Dr. A. Štampar“.



4. NEFARMAKOLOŠKE METODE ZBRINJAVANJA PSIHIČKIH I PONAŠAJNIH SIMPTOMA DEMENCIJE

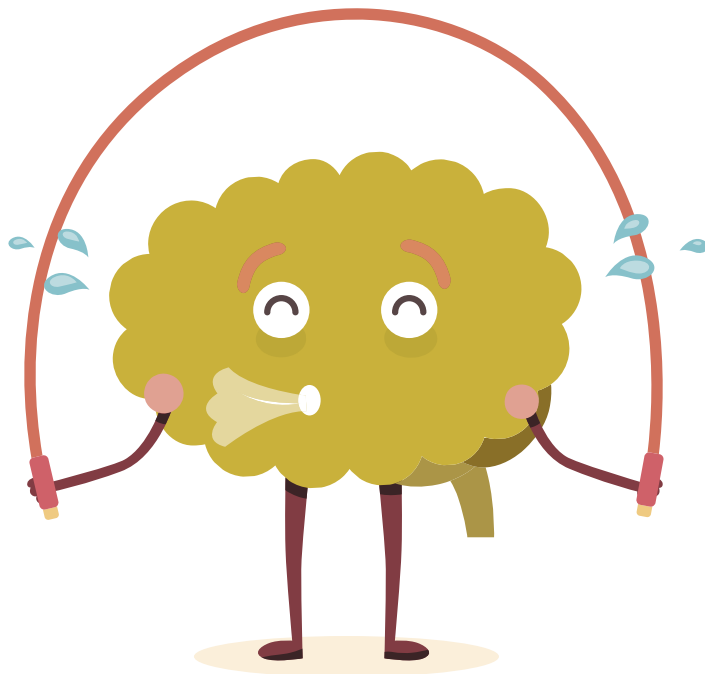
Kod osoba starije životne dobi postoji i niz drugih bolesti, kako psihičkih tako i tjelesnih, te starije osobe gotovo u pravilu uzimaju i velik broj različitih lijekova osim psihofarmaka. Potrošnja lijekova u starijih osoba je znatno veća od ostalih dobnih skupina i iznosi čak 25% ukupne potrošnje lijekova.

Uz lijekove za srčane bolesti, psihofarmaci su najčešće propisivani lijekovi u toj populaciji. Kod starijih osoba dolazi do gubitka tjelesne mase, smanjuje se relativan udio vode u tijelu, smanjuje se mišićna masa, dok se s druge strane povećava udio masnog tkiva. Također, dolazi i do smanjenja rada bubrega.

Zbog svega navedenog mijenja se način djelovanja i izlučivanja lijekova iz organizma starije osobe. Tako se na primjer poluvrijeme izlučivanja diazepama od prosječno 20 sati kod osobe stare 20 godina, povećava na 90 sati kod osobe stare 80 godina.

Kod haloperidola zbog zasićenja masnog tkiva nakon tjedan dana uz istu dozu lijeka dolazi do naglog porasta koncentracije lijeka u serumu što može dovesti do teškog ekstrapiramidalnog

sindroma (stanja praćenog ukočenim držanjem bolesnika, trešnjom rukom i nogu u mirovanju, otežanom pokretljivošću, usporenim hodom, ukočenim pogledom, poremećajem govora). Oporavak je nakon prekida uzimanja lijekova također sporiji kod starijih osoba.



Sve to ukazuje da je u liječenju i zbrinjavanju psihičkih i ponašajnih simptoma osoba s demencijom važno i mudro, kada je to god moguće, uključiti i različite nefarmakološke metode kao što su multisenzorna terapija odnosno muzikoterapija, aromaterapija, art-terapija, terapija životinjama, prilagodba okruženja, radno-okupacijska terapija, tjelovježba, ples itd.

Nefarmakološke metode mogu biti korisne u smirivanju bolesnika, odnosno u ublažavanju agitacije i agresivnosti, očuvanju i produljenju sposobnosti samostalnog svakodnevnog funkcioniranja, poboljšanju raspoloženja, reguliranju dnevnog bioritma, usporavanju napredovanja kognitivnih oštećenja te općenito podizanja i očuvanja kvalitete života. To se dijelom objašnjava time da su osobe s demencijom osjetljivije i prijemljivije na podražaje i utjecaje iz okoline.

Tako se muzikoterapija, bilo grupna ili individualna, bilo pasivna (slušanje radija, omiljene TV emisije) ili aktivna (pjevanje, sviranje), pokazala učinkovita u smirivanju bolesnika i smanjenju agitacije. Aromaterapija koja se primjenjuje putem inhalatora ili putem kupki i masaža (najčešće se preporuča lavandino ulje), također se pokazala korisna kod smirivanja agitiranog bolesnika.

Art-terapija, odnosno likovna terapija, pokazala je učinak u podizanju samopouzdanja bolesnika oboljelih od demencije te poboljšanju socijalnih interakcija. Na poremećaje usnivanja i prosnivanja, a osobito u razdobljima smetenosti i nemira koji

se kod osoba s demencijom često javljaju predvečer i tijekom noći, pozitivan učinak ima terapija svjetlom.

Različite vrste tjelovježbi kao što su sportske aktivnosti, ali i ples pokazale su se učinkovite u smanjenju agitacije, posebice noću, kao i za smanjenje padova kod osoba s demencijom.

Preporuča se za pokretne osobe s demencijom redovito odlaziti u duge šetnje kako bi se ublažilo razdoblja njihova nemira i regulirao ritam aktivnosti i sna.

Nefarmakološke metode mogu primjenjivati neformalni njegovatelji (a to su članovi obitelji) sukladno interesima oboljelih osoba, a temelj u primjeni nefarmakoloških metoda čini uspostavljanje komunikacije s osobom s demencijom.

Često njegovatelji tragaju za idejama što bi mogli raditi s oboljelom osobom, kako ispuniti zajedničko vrijeme te u tim okolnostima mogu bit dragocjeni savjeti patronažne medicinske sestre, njeno iskustvo i sposobnost da motivira članove obitelji na provođenje nefarmakoloških metoda zbrinjavanja psihičkih i ponašajnih simptoma demencije.

5. KAKO PREPOZNATI DELIRIJ?

Delirij nije bolest. To je stanje odnosno akutna reakcija mozga na određene nepovoljne čimbenike i događaje. Osim akutnosti, karakterizira ga i činjenica da je to najčešće reverzibilno psihotično stanje uz pojavu smetenosti, dezorijentiranosti i dezorganiziranog ponašanja.

U općoj populaciji učestalost delirija iznosi 0,4% uz važnu napomenu da je u osoba starijih od 55 godine do 1%. Kod posebno rizičnih skupina kao što su pacijenti na kirurškim odjelima učestalost se višestruko povećava i iznosi od 11% do 35%, a u jedinicama intenzivne skrbi čak i do 80%.

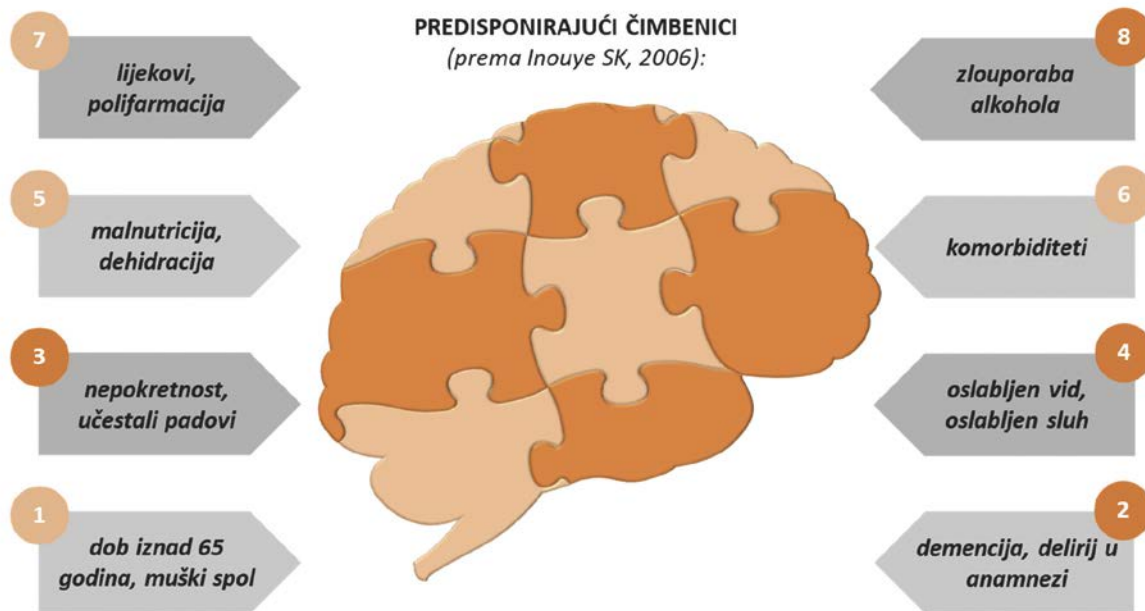
U kontekstu ovog priručnika važno je istaći kako je delirij usko povezan s demencijom tako da se dvije trećine delirija javljaju kod osoba koje boluju od demencije odnosno demencija je vodeći čimbenik rizika za nastajanje delirija. Štoviše i kod delirija i demencija nalazimo smanjeni moždani metabolizam, kolinergički deficit te različite upalne procese. Delirij vrlo često mijenja tijek demencije i dovodi do ubrzanja procesa i značajnog propadanja kognitivnog funkcioniranja. Osobe koje boluju od demencije nakon delirija vrlo rijetko se vrate na prethodnu razinu kognitivnog funkcioniranja.

Isto tako delirij povećava mogućnost pojave različitih komplikacija i prati ga visoki mortalitet.

Delirij ima fluktuirajući, promjenjivi tijek. Može se javiti klinička slika praćena agitacijom, hiperaktivnosti, smetenošću, vidnim i slušnim obmanama osjetila, ali i letargijom i hipoaktivnošću. Do pojave i razvoja delirija dovodi djelovanje više različitih čimbenika kao što je sama osjetljivost bolesnika, zatim dob iznad 65 godina, muški spol, kognitivni status (demencija), smanjena aktivnost, nepokretnost, nesamostalnost, oslabljeni vid i sluh, slabija ishrana, dehidracija, zlouporaba alkohola, uzimanje različitih lijekova te različite bolesti i stanja kao što su infekcije, vrućica, podhladenost, metabolički disbalans, moždani udar, krvarenja, kirurški zahvati, urinarni kateter, bol, nesanica.

Razvoj delirija tumači se promjenama u neuroprijenosnim sustavima acetilkolina i dopamina te razvojem upalnih procesa i kroničnog stresa. Acetilkinolin smanjuje ekscitabilnost neurona dok ga dopamin pojačava.

Tako se kolinergički deficit uz dopaminergičku hiperaktivnost smatra osnovnim mehanizmom neravnoteže neuroprijenosnika kod delirija.



Predisponirajući čimbenici za delirij

Višak dopamina dovodi do nastanka delirija. Sukladno tomu lijekovi kao što je levodopa koji se koristi kod oboljelih od Parkinsonove bolesti ili antidepresiv bupropion precipirajući su čimbenici delirija, a antipsihotici koji su dopaminski antagonisti učinkovito smanjuju simptome delirija.

Kod razvoja delirija važnu ulogu imaju i upalni procesi odnosno različiti citokini koji djeluju na sustave neuroprijenosnika, povećavaju propusnost krvno-moždane barijere te uzrokuju pojačanu aktivnost stanica mikroglije u mozgu što djeluje na funkcioniranje neurona i oštećuje ih.

Što se tiče kliničke slike delirija najvažniji simptom je promjena svijesti koja može varirati od potpune budnosti do stanja kome te promjena svijesti sebe i okruženja u kojemu se bolesnik nalazi. Pažnja je također narušena.

Javljuju se i poteškoće govora, obmane osjetila od kojih su najčešće vidne halucinacije kasno popodne ili rano navečer te sumnave ideje paranoidnog obilježja. Često bolesnik u deliriju zamijenjen dan za noć pa je tijekom dana pospan, a noću budan. Također dolazi do promjena u psihomotoričkoj aktivnosti – javlja se pojačana psihomotorna

Kako razlikovati delirij od demencije

	Delirij	Demencija
Početak	Nagao, s jasnim trenutkom javljanja	Postupan, s nejasnim trenutkom javljanja
Tijek	Fluktuirajući, reverzibilan	Spor, napredujući
Stanje svijesti	Može biti poremećeno	Poremećeno tek na kraju, u uznapreovalom, terminalnom stadiju bolesti
Pažnja	Poremećena	Poremećena tek na kraju, u uznapreovalom, terminalnom stadiju bolesti
Govor	Usporen, neprikladan, nepovezan	Otežano pronalaženje pravih riječi
Orijentacija	Promjenjiva	Uvijek poremećena
Pamćenje	Može biti poremećeno	Uvijek prisutno, na početku za svježe događaje
Medicinska intervencija	Hitna	Potrebna, ali nije hitna

pobuđenost do nivoa agitacije, ali i snižena psihomotorna aktivnost. Stanja delirija koji su praćeni smanjenom psihomotornom aktivnošću povezana su s većom smrtnosti.

Vrlo je važno diferencijalno dijagnostički razlikovati delirij od demencije. Situaciju dodatno posložuje i činjenica da se delirij vrlo često može superponirati na demenciju.

Tijekom pregleda i opservacije važno je promatrati promjene svijesti i pažnje. Kod delirija promjena svijesti nastupa naglo, ima promijenljiv tijek, a pažnja je značajno oštećena. Kod nekomplikirane demencije to nije slučaj već u prvom redu je u značajnijem obimu prisutan gubitak pamćenja.

Psihoteični simptomi u vidu halucinacija mogu se javiti i u jednom i drugom slučaju, no ipak su karakterističniji za delirij.

Što se tiče liječenja, od psihofarmaka koriste se antipsihotici i to najčešće haloperidol u niskim dozama. Važno je naglasiti da je haloperidol povezan s većom učestalošću ekstrapiramidnih nuspojava te akutne distonije zbog čega treba biti oprezan. Još se koriste i atipični antipsihotici (risperidon, olanzapine, kvetiapin). Kod primjene antipsihotika može se javiti čitav niz neželjenih učinaka kao što je somnolencija, tremor, nemir, poteškoće s gutanjem, maligni neuroleptički sindrom, produženje QT intervala, veći rizik za

moždani udar, padovi, sniženi prag za epileptične napadaje i dr. Važno je da medicinska sestra (bilo u kući, na bolničkom odjelu ili u domu za starije osobe) prati oboljelu osobu, prepoznaje najčešće nuspojave liječenja antipsihoticima, te o tome obaviještava nadležnog liječnika obiteljske medicine ili psihijatra.

Od benzodijazepina lijek izbora za delirantna stanja je lorazepam u malim dozama gdje također treba biti oprezan zbog moguće hipersedacije, respiratorne depresije, ali i konfuzije odnosno paradoksalne ekscitacije.

Delirij i demencija su dva najučestalija uzroka kognitivnih oštećenja kod starijih osoba. Možemo reći da je demencija jedna od najvažnijih rizičnih čimbenika za pojavu delirija dok je opet isto tako delirij nezavisan čimbenik rizika za razvoj demencije. U razmatranju njihove očite međupovezanosti i isprepletenosti koplja se lome ponajviše oko pitanja je li delirij samo pokazatelj osjetljivosti na razvoj demencijskog procesa, odnosno utječe li delirij zajedno s drugim rizičnim čimbenicima ili pak sam delirij dovodi do trajnih oštećenja neurona i demencije.



6. MEDICINSKA SESTRA I PALIJATIVNA SKRB OSOBA OBOLJELIH OD DEMENCIJE

Palijativna skrb jedno je od temeljnih ljudskih prava. To je sveobuhvatna aktivna skrb usmjerena na osobe koje boluju od neizlječivih bolesti odnosno čija bolest više ne reagira na postupke liječenja.

Svrha pružanja palijativne skrbi je poboljšavanje kvalitete kako života samog bolesnika tako i kvalitete života članova obitelji oboljelog.

U prvom redu se to odnosi na suzbijanje i kontrolu boli te drugih simptoma koji se javljaju tijekom progresije bolesti kao i na pružanje psihičke, duhovne i socijalne podrške. Palijativna skrb je multidisciplinarna, a timski rad je njena središnja komponenta. Članovi palijativnog tima su tako posebno educirani liječnici, medicinske sestre među kojima posebnu i istaknutu ulogu imaju patronažne sestre, psiholozi, ljekarnici, socijalni radnici, nutricionisti, duhovnici.

Palijativna skrb se pruža gdje god je to bolesniku potrebno dakle bilo u bolnici ili kod kuće. Ona podržava život, ali prihvaća smrt kao njegov sastavni dio. Važno je istaknuti da se palijativna skrb ne primjenjuje u kratkom vremenu, neposredno prije smrti, već ona treba započeti u trenutku postavljanja dijagnoze neizlječive bolesti.

Obzirom da je Alzheimerova bolest neizlječiva bolest progresivnog tijeka, u kasnijim fazama bolesti velika većina oboljelih biti će potrebiti 24-satne njege i primjene mjera palijativne skrbi. Situaciju dodatno usložnjuje činjenica da sama bolest može trajati od dvije pa do 15 godina, a terminalna faza bolesti od dvije do tri godine.

Sve to dovodi do fizičkog, ali i emocionalnog iscrpljivanja i sagorjevanja članova obitelji i njegovatelja. Kod oboljelih javljaju se kognitivna, funkcionalna i tjelesna oštećenja. Kvaliteta života se nepovratno gubi. Bolesnici postaju inkontinentni, otežano pokretni pa nepokretni, ne prepoznaju svoje najbliže, gubi se mogućnost suvisle komunikacije, ne mogu reći gdje ih i što ih boli.

Tako se osobe koje skrbe o osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti, a među inim i patronažne sestre, susreću s poteškoćama otežanog gutanja bolesnika, pothranjenosti do kaheksije, dehidracijom, različitim vrstama boli, inkontinencijom. Sve je to praćeno gubitkom komunikacijskih mogućnosti što negativno dijeluje i na oboljele, ali i na njegovatelje.

Uloge medicinskih sestara u zbrinjavanju osoba u uznapređovalom stadiju Alzheimerove bolesti su

brojne: pravovremeno planiranje aktivnosti vezano uz skrb i potrebe oboljele osobe, prepoznavanje i kontrola simptoma prvenstveno boli i patnje, donošenje odluka o medicinskim intervencijama iz djelokruga rada medicinske sestre, pružanje palijativne skrbi oboljelom, skrb i potpora čitavoj obitelji, komunikacija s obiteljskim liječnikom, s drugim članovima palijativnog tima.

Poseban problem kod osoba oboljelih od demencije su različita bolna stanja. Bol je općenito česta pojava kod starijih osoba pa i kod starijih osoba koje boluju od različitih vrsta demencija bilo da su zbrinute u vlastitom domu ili u instituciji.

Osobe s demencijom mogu trpjeti boli od različitih izvora, kao što su kontrakture kao posljedica nepokretnosti ili bolovi nakon pada i prijeloma, zatim genitourinarne infekcije, dekubitusi i sl.

Situaciju dodatno komplicira činjenica da u uznapredovalom stadiju demencije osobe ne mogu jasno i suvislo reći što ih i gdje boli te kakvog je karaktera i jačine osjećaj boli. Zbog toga je problem boli kod starijih osoba s demencijom izrazito podcijenjen i neprepoznat, što dovodi do toga da osobe s demencijom pojačano pate ne samo zbog perzistirajućeg osjećaja boli, već bol dovodi do pogoršanja simptoma same demencije.

Od iznimnog je značenja znati prepoznati neverbalne znakove boli u osoba s demencijom. U tu svrhu razvijene su različite ocjenske ljestvice u

kojima se jačina boli procjenjuje na osnovu neverbalnih znakova, kao što su:

- izraz lica (facijalna ekspresija);
- psihomotorni nemir;
- držanje i položaj tijela;
- promjene položaja tijela;
- odguravanje;
- mišićna napetost;
- agresivnost;
- ubrzan rad srca;
- povišen krvni tlak;
- čujno disanje i
- pojačano znojenje.

Tako npr. napetost mišića lica ili pak grimase mogu ukazivati na kontinuiranu bol kod bolesnika koji to zbog svog kognitivnog stanja ne može izraziti riječima. Važno je naglasiti kako bol, osim tjelesne, ima važnu psihološku i emocionalnu ulogu te svaka osoba različito reagira na bolne podražaje i senzacije, odnosno ima različit prag i toleranciju za bol.

Medicinska sestra stoga treba procijeniti kako bolesnik reagira na bol te kako bol na njega utječe. Kod osoba s demencijom važno je kontinuirano pratiti vitalne funkcije (puls, krvni tlak, tjelesnu temperaturu), postaviti ih u odgovarajući položaj, ukloniti druge uzroke koji potenciraju bol, primijeniti nefarmakološke metode smanjivanja boli te eventualno propisane lijekove za bol u preporučenoj dozi i u slučaju potrebe, pozvati liječnika.

Kako bolest napreduje mogu se javiti sljedeće medicinske komplikacije:

Pojava dekubitalnih vrijedova odnosno nekroza mekog tkiva koja nastaje zbog ishemije uzrokovane produženim pritiskom na kožu i potkožno tkivo. Posebno pogodna mjesta za nastanak dekubitalnih vrijedova su koštana izbočenja na kojima ima malo potkožnog tkiva. Rizik nastajanja se procjenjuje ovisno o stupnju pokretljivosti bolesnika, mobilnosti udova, kvaliteti osjeta, stanju svijesti, stanju motorike, dobi, uhranjenosti, kontroli sfinktera odnosno inkontinenciji urina i stolice, stanju cirkulacije te pratećim komorbiditetima. Intervencije i postupci za sprječavanje i liječenje dekubitalnih vrijedova su promatranja rizičnih mjesta i pravodobno uočavanje crvenila; procijeniti blijedi li crvenilo na pritisak; zabilježiti koliko dugo je prisutna reaktivna hiperemija nakon promjene položaja; palpirati područja radi procjene topline; procijeniti je li koža oštećena; smanjivati pritisak promjenom položaja te koristiti antidekubitalna pomagala; izbjegavati trenje i razvlačenje kože; održavati higijenu i integritet kože.

Respiratorne infekcije i upale pluća su vodeći uzrok smrti kod oboljelih od Alzheimerove bolesti. Potrebno je svakodnevno promatrati ritam, dubinu i zvukove pri disanju, poučiti članove obitelji vježbama dubokog disanja te poticati osobu s demencijom da ih izvodi svaka dva sata ako je potrebno. Također, u slučaju potrebe potrebno je omogućiti aspiraciju oboljelih osoba, kao i redovito provjetravati prostoriju u kojoj osoba boravi.

Učestale urinarne infekcije nastaju zbog nemogućnosti kontroliranja sfinktera, postavljenog urinarnog katetera, zatim nedovoljnog unosa tekućine, neodržavanja higijene urogenitalnog područja, poremećaja prehrane. Intervencije i postupci za sprječavanje urinarnih infekcija su održavanje higijene urogenitalnog područja; redovito mijenjanje pelena kod nepokretnih pacijenata; adekvatna hidracija bolesnika; praćenje boje, mirisa i količine urina ; korištenje urinarnih katetera svesti na minimum.

Opstipacija do koje dovode dugotrajno ležanje, dehidracija, smanjen unos prehrambenih vlakana. Važno je bolesniku osigurati hranu bogatu vlaknima i dovoljan unos tekućine, svakodnevno bilježiti je li oboljela osoba imala stolicu te ukoliko je nije imala pristupiti farmakološkim intervencijama ili klizmi.

Tromboza dubokih vena za koju možemo reći da je posljedica smanjene pokretljivosti i oštećenja periferne cirkulacije. Do pojave tromboze dovodi usporena cirkulacija kod bolesnika koji dugotrajno miruju, imaju povećanu sklonost zgrušavanju krvi, oštećenja venskog endotela. U svrhu sprečavanja pojave tromboze potrebno je često mijenjati položaj bolesnika u krevetu, raditi pasivne i aktivne vježbe donjih ekstremiteta, postaviti noge iznad razine srca radi bolje cirkulacije površinskih vena i provoditi vježbe disanja.



7. Komunikacija s osobom s demencijom

Općenito o komunikaciji

Jedno od središnjih pitanja u radu s osobama kojima je potrebna pomoć jest komunikacija. Za ovu priliku, komunikaciju možemo kratko definirati kao razmjenu značenja putem obostrano razumljivih znakova. To pak znači da komunikaciju ne definiramo kao razmjenu pukih informacija (tzv. 'objektivnog' sadržaja). Naime, mi ljudi suštinski ne možemo 'izaći iz sebe' i iz svojega iskustva i ne možemo, a i ne trebamo, pojave i odnose opisivati i tumačiti 'objektivno', nego iz našega osobnog kuta. Istodobno, vrlo je dobro da istodobno pretpostavljamo da i drugi ljudi čine isto i da su jednako pristrani i subjektivni. To zapravo znači da svaka osoba različito doživljava i razumije naizgled posve istovjetne pojave ili zbivanja i da komuniciranjem s drugima zapravo razmjenjujemo naša razumijevanja koja pridajemo odnosima, pojavama i zbivanjima. Komuniciranjem s drugima, bez obzira na subjektivnost, možemo se dogovoriti oko razumijevanja pojava i iskustava i uspješno funkcionirati kao zajednica.

Da kratko, drugim riječima, rezimiramo što smo rekli: nije bitno samo ono što pošiljatelj poruke misli da je poručio, nego i kako je to primatelj poruke razumio. Svi smo nebrojeno puta doživjeli da

Trebaš biti jako strpljiv, odgovori lisica. Najprije ćeš sjesti malo dalje od mene, eto tako, na travu. Ja ću te gledati krajičkom oka, a ti nećeš ništa govoriti. Govor je izvor svih nesporazuma. Ali svakoga dana primaknut ćeš se malo bliže... Ulomak iz „Malog Princa“, Antoine de Saint-Exupéry

smo uputili poruku koja je za nas imala jedno značenje, a osoba kojoj smo poruku uputili razumjela ju je bitno drugačije. Tek kad pošiljatelj poruke razumije kako je druga osoba razumjela njegovu poruku, zaokružili smo cjelinu smislenog komuniciranja. Kad su u pitanju osobe s demencijom, ovo će značiti da je zadatak pomagača da aktivno istražuje kako ga je osoba s demencijom razumjela i prilagođava se njezinim načinima razumijevanja, jer osoba s demencijom postupno će izgubiti tu sposobnost prilagodbe.

Iz rečenog slijedi još jedna vrlo važna činjenica: za komunikaciju je puno bolje ako obje (ili sve, ako ih je više) strane imaju razvijenu sposobnost pripisivanja značenja i smisla ponašanjima sebe i drugih osoba, a što nazivamo mentalizacijom. Sposobnost mentalizacije uvelike doprinosi izgradnji kvalitetnih odnosa kako s bliskim osobama, tako

i s osobama u široj zajednici, i povezana s sa sposobnošću empatije (suosjećanja). Na neki način, radi se o sposobnosti razumijevanja smislenosti postupaka sebe i drugih, kao posljedica voljnih mentalnih stanja (osjećaja, potreba, želja, vjervanja), uz uvažavanje mogućih pogrešaka u pretpostavkama o motivacijama, željama i potrebama drugih osoba, kao i njihove promjenjivosti.

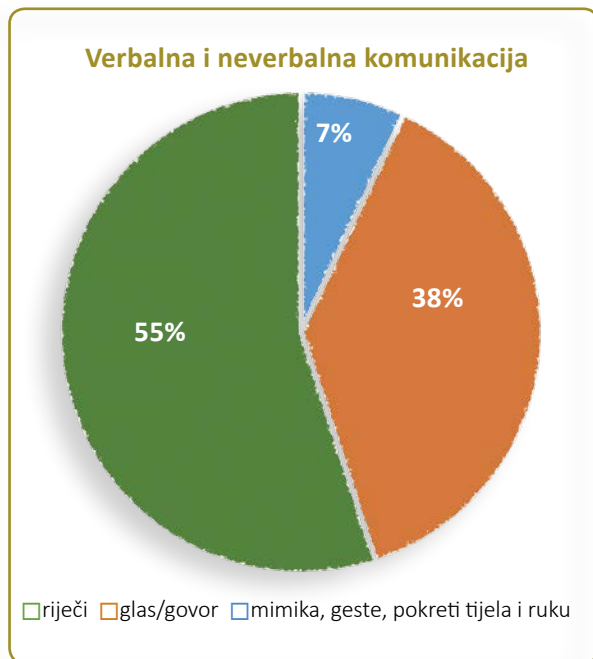
Čemu rasprava o pitanju mentalizacije u ovakvu tekstu? Pa stoga što osobe s demencijom – što će lako razumjeti svaka osoba koja svakodnevno radi s osobama s tim problemom – postupno gube kapacitet stvaranja pretpostavki i razumijevanja želja, potreba i osjećaja ne samo drugih osoba, već i samih sebe. I iako je osoba s demencijom kroz svoj život bez sumnje imala taj kapacitet, sada se nalazi u prilici da su joj za svakodnevno snalaženje u svijetu, ali i sa samom sobom, potrebne druge osobe koje će svojim aktivnim trudom nadomjestiti taj nedostatak. To znači da će druga osoba 'čitati' potrebe i želje osobe s demencijom, koje takve osoba sama ne može jednostavno izreći ili pokazati i, s druge strane, učiniti im sebe i svoje doživljavanje jasnijim.

Korisno je ovdje spomenuti i manje-više općepoznatu činjenicu da je posve uobičajeno razlikovati verbalnu i neverbalnu komunikaciju. Pod verbalnom komunikacijom razumijevamo sadržaj izrečen riječima (dakle ono što bismo, od sadržaja komunikacije, mogli napisati u obliku riječi koje su izgovorene, ali bez opisa kako su izgovorene).

Pojam neverbalne komunikacije odnosi se na sve druge poruke u komunikaciji (osim 'digitalnih'), a koje zapravo čine veći dio sadržaja komunikacije. U neverbalnu komunikaciju ubrajamo ton glasa, glasnost, dinamiku glasa, brzinu govora, pauze u govoru, dinamiku disanja, mimiku (izraze lica) te osnovni stav i pokrete i geste rukama, tijelom, nogama, glavom. Moglo bi se reći da je za komunikaciju s osobama s demencijom bitniji neverbalni dio komunikacije. Umijeće doživljaja neverbalnog govora ponekad se naziva intuicijom.

Najveći dio onoga što doživljavamo u komunikaciji i odnosima s drugim osobama proizlazi iz naše percepcije neverbalne komunikacije koja prati riječi koje smo izgovorili, odnosno koje su izgovorili naši sugovornici. Pritom nam je često bitan međusobni odnos neverbalnih i verbalnih poruka. Naime, verbalne i neverbalne poruke mogu biti ponešto različite ili, štoviše, u potpunoj suprotnosti. I drugim ljudima, a i nama, može se dogoditi da se u nekoj situaciji trudimo biti konvencionalno pristojni ili ljubazni, ali iz našeg neverbalnog govora mimike i tijela druga osoba može, svjesno ili nesvjesno, doživjeti da nam nije baš simpatična i da bismo kontakt najradije izbjegli, kad bismo mogli. Tako osobi možemo govoriti da nam je draga a istodobno, tijelom i mimikom, 'govoriti' da imamo i druge, negativne osjećaje, bez obzira na to jesmo li toga uopće svjesni, ili ne. No, ishod komunikacije, pa i sveukupnog odnosa, ovisit će upravo o sadržaju neverbalnog govora. Važnije je što smo rekli tijelom, tonom glasa, mimikom, od-

nosno postupcima, nego ono što smo izgovorili. Ujedno, ovo znači da je od iznimne važnosti na koje načine mi sebe prilagođavamo drugoj osobi, kao i situaciji, jer će i naš neverbalni govor nužno biti usklađen s našim doživljajem, koji može biti manje ili više pozitivan, ali i negativan.



Osobe s demencijom postupno gube sposobnost mentalizacije, a to znači da su sve manje sposobne razumjeti motivacije, želje, potrebe i unutar-nji svijet drugih osoba, dok se istodobno i njihov unutarnji svijet mijenja i sužava, a potrebe i načini doživljaja sebe, drugih i svijeta postaju sve jednostavniji. Također, osoba s demencijom postupno

će biti sve nesposobnija da drugim osobama oko sebe, bilo riječima ili neverbalno, prenese svoje unutarnje doživljaje i potrebe. To znači da će osoba koja živi s osobom s demencijom, ili joj profesionalno pomaže, trebati preuzeti dio tih funkcija na sebe te manje ili više učinkovito pomagati osobi da iskaže svoje potrebe, i/ili pretpostavljati što se s osobom s demencijom zbiva, i koje su njezine potrebe. Također, zadatak je pomagača da pokuša identificirati koji je način uspostave kontakta s osobom s demencijom za nju najprihvatljiviji i, također, koja je razina komunikacije koju osoba može primiti i razumjeti. Sve ovo važno je stoga što je učinkovito komuniciranje pretpostavka da osobi s demencijom pomognemo da odgovori na svoje potrebe i želje, i otuda je kvaliteta komunikacije presudno povezana s kvalitetom života osoba s demencijom.

Za osobe s demencijom, sve radnje koje se odnose na odgovaranje na vlastite, kao i na potrebe drugih osoba, postupno će postati teško izvedive ili potpuno neizvedive. Vanjski pomagač trebat će pomagati osobi da prepozna potrebe i zadovolji ih, ali i da stvori ugodni kontekst odnosa. U napredovanju bolesti nastupit će stadij u kojem je kontakt s osobom moguć samo putem neverbalnih znakova, dodirom, nježnošću, maženjem, nježnim govorom. Ništa što je zahtjevnije od toga osoba neće moći razumjeti, često niti sadržaj izrečenoga. No čak i osoba u dubokoj demenciji moći će doživjeti nježan, obazriv ton govora osobe koja joj se obraća dok ju njeguje, a moći će doživjeti i

nježnost blagog dodira rukama, maženja po licu, ili osjet ugone masaže po leđima. Osoba neće moći reći da joj je ugodno, ali će pomagač to moći 'pročitati' s njezinog lica. Za osobu s demencijom, nježnost i ljubav često su onaj dio svijeta kojeg mogu prepoznati i doživjeti do kraja svoje priče.

U uspostavi i održanju kontakta u komunikaciji s različitim osobama možemo koristiti dvije grupe taktika, od kojih se jedna odnosi na mikrorazinu kontakta od sekvence do sekvence, a druga na makrorazinu kontakta, tj. na globalna obilježja i posebnosti ponašanja, mišljenja i osjećanja osobe. U oba slučaja, mi koristimo ova znanja kako bismo prvenstveno mijenjali i prilagođavali sebe te pospješili vlastitu prilagodbu na posebnost i individualnost

određene osobe, i olakšali svoje razumijevanje te osobe, a prema osobi postupamo iz ravnopravne pozicije. Drugačije rečeno, mi ne koristimo znanja o načinima prilagodbe na posebnost osoba kako bismo se, emocionalno distancirani, postavili u poziciju moći i kontrole.

Od dviju grupa taktika, s osobama s problemom demencije prikladnije su taktike na mikrorazini kontakta. Ove taktike uključuju naše usklađivanje s (1) posturom (položajem tijela) te ritmom izmjena položaja tijela, (2) opsegom i ritmom gesta i drugih pokreta rukama, (3) mimičkim izrazom te ritmom promjena mimičke ekspresije i treptanja vjeđa, (4) brzinom, glasnoćom, tonom govora kao i nekim specifičnim izborima riječi i izraza, (5) ritmom i načinom disanja. Ovisno o vlastitim osobnim iskustvima i preferencijama, možemo iskušavati načine svjesne izmjene obrazaca uspostave kontakta i varirati različite načine praćenja osoba s kojima komuniciramo, te opaziti s kojim se načinima mi osjećamo najugodnije i u kojima smo najvještiji, te kakve promjene u nama i našem doživljaju druge osobe izazivaju prilagodbe na drugu osobu koje proizvodimo ovim postupcima.



Temeljne preporuke za komunikaciju s osobama s demencijom

Demencija kao zdravstveni problem definirana je, prije svega, napredujućim kognitivnim deficitima. Deficiti, međutim, nisu najbolje polazište za razvijanje osobnih vještina u komunikaciji s osobama s demencijom. U komunikaciji s osobama s demencijom uputno je voditi se osnovnom pretpostavkom korištenja (utilizacije) resursa za komunikaciju koji su preostali u osobe, namjesto da u postupanju polazimo od pretpostavke kakvi su deficiti prisutni i koje bi se poteškoće mogle dogoditi. Neki od karakterističnih preostalih komunikacijskih resursa u osoba s demencijom jesu:

- **Zaboravljanje**, kao jedno od osnovnih negativnih i nepoželjnih obilježja demencije, u određenim situacijama moguće je iskoristiti kao svojevrsnu prednost. Osoba s demencijom zaboravit će na konflikt, a često i na određene afektivne odgovore (npr. ljutnju) u stresnim situacijama. U konfliktu s osobom s demencijom možemo preusmjeriti pažnju osobe tako da započnemo razgovor o drugoj temi, primjerice o nekim davnim sretnim događajima ('hajde da prošetamo malo... pogledajte taj snijeg... sjećate se zima kad ste bili dijete'), možemo prekinuti razgovor i otići pa se vratiti nakon stanovita kraćega vremena, ili možemo započeti neku alternativnu aktivnost. Osoba s demencijom može zaboraviti na konflikt i naknadno se kontakt može nastaviti kao da se ništa nije dogodilo. Tako zaboravljanje, koje suštinski predstavlja problem,

'preokrećemo' u određenim situacijama u dobrobit osobe.

- **Neverbalni kontakt**. O neverbalnoj smo komunikaciji u ovome tekstu već nešto rekli, a ovdje ističemo kapacitet za neverbalnu komunikaciju kao preostali važan resurs u osoba s demencijom. Osoba s demencijom otežano će, ako uopće, razumjeti govor riječi, posebice ako govorimo u dugim rečenicama i sa složenim riječima. Nasuprot tomu, ovisno o našem poznavanju osobe i njezinih preferencija, komunicirati možemo tako da posebnu pažnju posvetimo nježnom, mirnom tonu glasa, pogledom, nježnim dodirima i maženjem po rukama pa i licu ili tjemenu ukoliko je to prikladno. Možemo pratiti odgovor osobe te opažati znake opuštanja, smirenosti, čak i radosti.

- **Humor i glazba**. U osoba s demencijom postupno će se gubiti sadržaj eksplicitne memorije, a to su sjećanja i informacije koji se mogu pretočiti u jezik i riječi. No, osoba s demencijom često će znatno duže zadržati kapacitete za procesiranje glazbe, a i za humor, i ova je obilježja moguće, posebice uz učešće članova obitelji koji poznaju osobu, iskoristiti za strukturiranje vremena i kreiranje ugodnog okruženja za osobu.

- **Osobne vrijednosti, vještine i interesi te životni svijet osobe s demencijom**. Osoba koja je u odnosu s osobom s demencijom može upoznati

manje ili više detalja osobne povijesti, vještina i znanja koja je osoba imala, što je voljela i koji su bili njezini interesi te kako je izgledao životni svijet osobe s demencijom. Poznavanje osobe s demencijom može znatno olakšati razumijevanje nekih ponašanja osobe te potencijalno omogućiti dekodiranje nekih njezinih poruka i želja. Također, njegovatelj može inicirati kontakt prisjećanjem na neka prošla iskustva, sjećanja ili važne vrijednosti i omiljene uspomene osobe s demencijom.

Važno polazište u komunikaciji s osobama s demencijom jest i razumijevanje njegovatelja da nije moguće niti opravdano očekivati da će osoba s problemom demencije razvijati 'točno' i 'ispravno' shvaćanje pojava i procesa u okolini. To znači da o

'ispravnosti' i 'logici' izjava osobe s demencijom ne treba brinuti, a važnije je održavati odnos i kontakt, makar i u kratkim razmjenama, i brinuti da se osoba s demencijom potiče na održavanje komunikacije, primjerice, uvođenjem tema u kojima osoba uživa, i koje su na njezinoj razini razumijevanja. Uvjeravanje u ispravne podatke i činjenice, a posebice opetovano korigiranje osobe besmisleno je, i osobu može nepotrebno izložiti stresu suočavanja s deficitima koje obično nije moguće prevazići.

Također, niti rasprave u situacijama kada se njegovatelj i osoba s demencijom razlikuju u ciljevima ili zamislima nemaju smisla i potrebno ih je izbjegavati, a namjesto toga uputnije je davati osobi više izbora ('hoćete li x ili y').

Pomoć u regulaciji stresa kao potpora u komunikaciji s osobom s demencijom

Poteškoće u komunikaciji s osobom s demencijom najčešće će nastati u nepovoljnoj interakciji (1) čimbenika koji osobi s demencijom proizvode stres, te (2) manjka resursa za suočavanje sa stresom, koji je posljedica kognitivnog deficita.

U osobe s demencijom uobičajeni su stresori:

- Mentalni i tjelesni umor
- Promjene u dnevnim rutinama, njegovateljima ili okolišu
- Zavaravajući stimulusi
- Unutarnji ili vanjski zahtjevi koji su iznad funkcionalnog kapaciteta osobe

- Fizički stresori (bol, infekcije, dehidracija, depresija)
- Osjećajni odgovori na gubitke svakodnevnih vještina i neovisnosti
- Gubitak sposobnosti osobe da izrazi potrebe i/ili razumije izgovorene riječi.

Stres u osobe s demencijom može voditi u:

- Agitaciju (uznemirenost),
- Smanjenje sposobnosti za sudjelovanje u svakodnevnim aktivnostima,
- Fizičku agresivnost (grebanje, udaranje, pljuvanje),

- Verbalnu agresivnost (psovanje),
- Fizički neprikladno (neagresivno) ponašanje (neprikladno razodijevanje, lutanje, nametljivo ponašanje),
- Verbalno neprikladno (neagresivno) ponašanje (vikanje, neprekidni zahtjevi, kontinuirano ponavljanje riječi)

Usljed stalne izloženosti unutarnjim i vanjskih stresorima, i s nedovoljnim sposobnostima za suočavanje sa stresom, osoba s demencijom može svoj životni svijet svesti na kontinuiranu frustraciju i smanjenu toleranciju te negativne osjećaje, izazvane naizgled minornim, pa čak i samo zamišljenim negativnim poticajima.

Osobi s demencijom potrebna je njega koja će otkrivati i uvažavati ono što ona želi, pojednostaviti njezin život, pobrinuti se za umor, rastumačiti okoliš, poštivati ju, i neće ju suočavati s nepremostivim izazovima.

Minimizacija stresa

[1] Upoznati osobu.

[2] Stav i pristup osobi s demencijom. Idealno je da njegovatelj, koliko je to moguće, pristupi u osobni životni svijet osobe s demencijom. Fokus ove prilagodbe nije demencija, kao niti gubici koje je izazvala, već je to sama osoba kao jedinstvena, posebna, jednaka, s bogatstvom osjećaja. Njega za osobu s demencijom podrazumijeva poštovanje za nju kao odraslu osobu. Njega, ukratko, treba biti

usmjerena na osobu. U pokušajima suočavanja sa stresnim ponašanjima bit će uspješniji njegovatelji koji ulože trud u pokušaje da razumiju izvorišta naoko često nerazumnih ponašanja osobe s demencijom.

- Shvatite osobu s demencijom ozbiljno, identifikirajte njezine potrebe i ispunjavajte ih;
- Izbjegavajte razgovor o osobi s demencijom u krugu njezina sluha, bez obzira na to koliko se demencija činila uznapredovalom. Osobu s demencijom uključite u razgovore o njezinim potrebama, čak i ako je nesposobna smisljeno doprinijeti diskusiji;
- Poštujte i cijenite namjere osobe s demencijom i njihove geste i doprinos komunikaciji, kako biste im pomogli da održe osjećaj samopoštovanja, bez obzira na to koliko se njihova ponašanja ili komentari činili nesukladni situaciji, i nemojte ih ispravljati. Osobama s demencijom učešće u komunikaciji važno je za održanje dostojanstva. Često će neki od komentara osobe s demencijom biti temeljen na nekom iskustvu ili sjećanju koje naoko nije razumljivo;
- Potičite osjećaj kompetencije, a da se ne ponašate prezaštitnički niti osobu suočavate s greškama. Istražujte preostale sposobnosti kako biste uvećali osjećaj osobne vrijednosti;
- Komunicirajte individualizirano, s uvažavanjem osjećaja osobe. Ovo će umanjiti stresna ponašanja;

- Agitirana ponašanja shvatite kao izraz nesposobnosti osobe da razumije ili izađe na kraj sa stresom. Shvatite ih kao samoizražavanje koje može pomoći njegovateljima i voditi njihove odgovore na osobu.
- Potrebno je izbjegavati visoke ili niske temperature;

[3] Okoliš. Okoliš zatvorenih prostora, posebice ako se radi o domu, nije idealno mjesto za boravak osoba s demencijom. No, u istraživanjima opaženo je da osobe s demencijom više dolaze u dio prostora i dulje se zadržavaju u prostoru u kojem svira blaga ili etnička glazba, gdje su na zidovima plakati s prizorima prirode ili obitelji te s mirisima agruma ili šume odnosno drveća. U takvim prostorima, što više, osobe s demencijom s manjom učestalošću demonstriraju lutajuća ponašanja i agitaciju.

- Potrebno je smanjiti okolinsku buku (telefoni, strojevi);
- Preporučljivo je izbjegavati žustre i glasne razgovore u prostoru gdje osoba boravi, a i razgovore koji isključuju osobu s demencijom;
- Ogledala, nejasne slike ljudi, a ponekad i TV prijemnik mogu predstavljati zbunjujuće stimulse;
- Potrebno je izbjegavati da osoba bude uključena u velike grupe i ekscesivnu aktivnost;
- Potrebno je izbjegavati i stil odjeće koji je nesukladan onom na što je osoba inače navikla, jer ju to može zbunjivati (npr. hlače za žensku osobu koja ih inače nikada nije nosila);

- Nepoznati okoliš može biti izbor velikog stresa za osobu s demencijom;
- Obiteljske svečanosti i izlasci mogu biti vrlo stresni ukoliko se ne povede posebna briga kako bi se izbjegla pretjerana stimulacija;
- Komuniciranje preko razglasa može biti stresno jer osoba može glas doživjeti kao bestjelesan, osim možda u slučaju osoba koje su profesionalno radile u okruženju s razglasom pa im takvo komuniciranje i u demenciji može činiti ugodu.

U okoliš je potrebno smjestiti:

- Predmete iz osobne prošlosti osobe, fotografije važnih osoba kao i fotografije koje reflektiraju važne osobne interese i potrebe;
- Prostor bi po mogućnosti trebalo urediti sukladno prostorima na koje je osoba navikla (npr. 'staromodni' dnevni boravak), ukoliko osoba ne nastavlja živjeti u svojem prostoru;
- Jednostavna memorijska pomagala (kalendari, satovi, slikovne oznake o predmetima);
- Opuštajuća glazba koja potječe iz vremena kada je osoba bila mlada ili u srednjoj dobi;
- Pristup zahodu sa slikovnom uputom;
- Uređaji iz prošlosti na koje je osoba navikla.

[4] Komunikacija. Razina svakodnevnog funkcioniranja osobe s demencijom postupno će se znatno oštetiti zbog redukcije jezičnih vještina. Smanjena sposobnost komunikacije može dovesti do socijalnog povlačenja te do razvoja stresnom izazvanih ponašanja. Komunikacijske vještine osobe s demencijom potrebno je aktivno održavati, a i njega koja uključuje posebne komunikacijske vještine može značajno smanjiti frustraciju zbog nezadovoljenih tjelesnih i emocionalnih potreba. Posebnim vještinama njegovatelj može nadomjestiti neke od izgubljenih kapaciteta osobe, a da se pritom, prema iskustvu, ukupno trajanje njege ne povećava.

- Osigurajte okoliš bez distrakcija i smanjite količinu osjetne stimulacije – čak i glazba koja svira tijekom razgovora, kao i previše prisutnih osoba, može omesti napore da se učinkovito komunicira;
 - Ako se radi o formalnom susretu ili osobi koju osoba s demencijom ne viđa svakodnevno, rukovanje je dobar način da se osobu fokusira, a oslovljavati ju treba s ‘gospođo’ i po prezimenu, osim u slučaju da osoba sama zatraži oslovljavanje po imenu;
 - Dodir je vrlo prikladan način za uspostavu kontakta i za stvaranje ugodnog okruženja u kontaktu jer se radi o poruci koju će osoba s demencijom najvjerojatnije doživjeti pozitivno. Potrebno je ipak način i mjeru dodirivanja prilagoditi osobitostima i preferencijama osobe s demencijom, ali i preferencijama njegovatelja ili druge osobe. Članovi obitelji ovdje su u bitno drukčijoj situaciji i tjelesni kontakt od blagog dodira šake sve do zagrljaja bit će prije pravilo nego iznimka;
- U uspostavi kontakta osobi je uputno prići sprijeda, s licem u liniji pogleda, i ako se radi o iniciranju neke radnje, objasniti osobi o čemu se radi i zatražiti dopuštenje. Osoba koja pristupa osobi s demencijom, ukoliko ju ne viđa svakodnevno i nije član obitelji, treba se predstaviti imenom;
 - Uputno je govoriti smirenim, njegujućim tonom glasa – potrebno je poći od pretpostavke da je u osobe očuvana sposobnost osjećanja vlastitih i doživljavanja tuđih emocija;
 - Govorite polagano i koristite jednostavan jezik;
 - Govorite u izravnim i jednostavnim izjavama, a upute ili zahtjeve izgovarajte korak po korak i budite spremni ponavljati izgovoreno te uvijek pričekajte neko vrijeme kako biste po mogućnosti utvrdili je li osoba razumjela;
 - Koristite govor tijela, izraze lica te vizualne demonstracije kako biste naglasili ono što govorite (primjerice, uz poziv na pranje zuba možete demonstrirati pokrete kao da perete zube). Osobe s demencijom ponekad jako oviše upravo o govoru tijela i tonu glasa. Ponekad, međutim, osobe s demencijom mogu imati i poteškoće s dekodiranjem izraza lica;

- Izbjegavajte pokroviteljski ton glasa jer osobe s demencijom tendiraju imati negativan stav prema osobama koje im se tako obraćaju. Izrazi od milja, kao ‘draga’ ili ‘srce’ nisu primjereni, osim ukoliko nisu dio stvarnog odnosa između njegovatelja i osobe s demencijom;
- Izbjegavajte nepotrebno propitkivanje. Primjerice, nema puno smisla osobu koja ne zna gdje je pitati kuda je krenula;
- Osobu s demencijom uključite u diskusije u vezi njege;
- Za osobe s demencijom koje iskazuju značajnu sumnjičavost i podozrenje u pogledu namjera drugih osoba posebice je važno da budu uključene u razgovore u vezi njihove njege. Također, takve osobe veći će stupanj nepovjerenja

iskazati prema osobama koje su prema njima otvoreno tople i srdačne odnosno prijateljski nastrojene te je uputnije u takvoj situaciji osobi pristupati ponešto suzdržanijeg i “čvršćeg”, ali ipak ljubaznog stava;

- Potrebno je, kad god je to moguće, izbjegavati negativne izjave (‘nemojte’, ‘nema’), i reformulirati ih u pozitivne. Primjerice, ‘nemojte mokriti u zdjelu s cvijećem’ reformulirajte u ‘dođite, hoćete li mokriti u zahod, pokazat ću Vam kako to ide’;
- Izbjegavajte otvorena pitanja, primjerice, ‘što biste željeli?’, i namjesto njih koristite pitanja koja, prema mogućnosti, sugeriraju izbor: “biste li sada željeli A ili B”;

[5] Praksa njege.

- Istražite i ohrabrite održavanje postojećih sposobnosti osobe s demencijom, i omogućite maksimalnu neovisnost o pomoći i samostalnu njegu, a istodobno izbjegavajte nepotrebno suočavanje s nesposobnostima i neuspjehom. Primjerice, odjeću je moguće složiti na način koji osobi olakšava da se samostalno odjene. Odjeća i obuća na ‘čičke’ može olakšati osobi da se odjene i obuče.
- Na stijenke ladica moguće je staviti slike koje označavaju sadržaj ladica. Također, moguće je na ormar ili drugdje staviti slike koje ilustriraju redoslijed odijevanja.

Primjer

Gospođa u dobi od 81 godinu većinu je vremena provodila u krevetu i štapom je mahala prema osobama koje su joj se pokušavale približiti. Osoblje doma u kojem je bila smještena uklonilo je štap, no potom su se u gospođe pojavili izljevi bijesa. Razmatralo se i liječenje lijekovima, no jednog dana na sastanku osoblja doma osoblje je došlo na ideju da bi možda bilo dobro poštivati činjenicu da je prostor kreveta i njegove neposredne okoline jedini svijet kojeg gospođa još ima, jer ga vjerojatno zato tako žestoko brani. Od tog trenutka nadalje osoblje je za svako pristupanje tražilo dopuštenje, i ona štap više nije koristila niti je bilo redovitih izljeva bijesa, a kada bi gospođa i postala uznemirena, osoblje bi se udaljilo uz obrazloženje da će do nje doći kasnije kako bi vidjeli je li spremna.

- Pojednostavite zadatke. Podijelite odijevanje, kupanje, oralnu higijenu i uređivanje u lanac manjih postupaka kako biste postupke prilagodili deficitu radne memorije.
 - Ljudi s demencijom mogu imati čak i sposobnost za novo učenje, u minimalnom opsegu. U ranim stadijima demencije moguće je stoga intervenirati u poteškoće s pamćenjem i pokušati dulje zadržati neke funkcije.
 - Neke osobe s demencijom koje ne mogu inicirati radnje samonjege, mogu biti sposobne imitirati iste radnje ako ih demonstrira druga osoba, i tako obaviti samonjegu.
 - Ohrabrujte kretanje. Povećan mišićni rigiditet obilježje je demencije, i osobe s demencijom izgubit će sposobnost hodanja ukoliko se ne kreću.
 - Postupke njege potrebno je obavljati što je više moguće uniformno, u jednakom slijedu i s predvidivom rutinom, kako bi se na minimum smanjila potreba za kognitivnim planiranjem.
 - Usvojite postupke dnevne njege kao i rutine koji će nalikovati nekadašnjim navikama koje je osoba s demencijom provodila i prije;
 - Omogućite, kad god je to prikladno i moguće, da osoba bira hranu, odjeću i aktivnosti;
 - Potičite neovisnost, i istodobno izbjegavajte zahtjeve koji prelaze kapacitete osobe, primjerice, pretjerano ohrabrivanje na zadatke koje osoba očito neće moći izvesti, ili postavljanje pitanja na koja vjerojatno neće moći odgovoriti.
- Neuspjeh u izvršenju zadatka u osobe s demencijom može dovesti do značajne emocionalne reakcije;
- Ukoliko je osoba smještena u ustanovu, prema dostupnim mogućnostima uputno je da se minimizira broj njegovatelja koji ju njeguju, te odredi jedan glavni njegovatelj koji će pobliže upoznati obitelj, prijatelje i osobnu povijest osobe;
 - Ukoliko je osoba s demencijom nesuradljiva, otidite od nje i ponovno pokušajte kasnije.
- U njezi posvetite posebnu pažnju tjelesnim potrebama, nesposobnostima i neugodi. Skrb organizirajte na način koji uvažava tjelesna stanja i bolesti osobe;
 - Provjeravajte postojanje mogućih bolova;
 - Predvidite i brinite o fiziološkim potrebama osobe – glad, temperatura, žeđ, kontinencija.
 - Vodite svakodnevnu evidenciju unosa tekućine, koji ne bi smio biti manji od 1.5 litara tekućine. Osoba s demencijom često sama ne može reći da je žedna niti može inicirati napajanje tekućinom, pa je u vezi toga potrebna aktivna brigada. Dehidracija, kojoj su izložene osobe s demencijom u slučaju nedostatka unosa tekućine, može dovesti do kognitivnog pogoršanja, a predstavlja i jedan od najčešćih uzroka delirija u demenciji.
 - Obraćajte pažnju i bilježite, te reagirajte na bilo kakve promjene u tjelesnim funkcijama te promjenama u dnevnoj aktivnosti – moglo bi se raditi o nuspojavama lijekova, ali i o nekom zdravstvenom stanju koje zahtijeva obraćanje liječniku.

Komunikacija patronažne sestre s članovima obitelji osobe s demencijom

Patronažna sestra jedan je od zdravstvenih profesionalaca koji obitelji osobe s demencijom može ponuditi podršku te biti modelom za učenje važnih vještina u komunikaciji i njezi. U nastavku teksta prikazat ćemo nekoliko bitnih preporuka za kontakt s članovima obitelji osobe s demencijom koji su primjenjivi za svakog pomagača, bio to liječnik ili patronažna sestra.

Svaka je osoba ekspert za vlastito iskustvo, i u kontaktu s članovima obitelji uputno je aktivno tragati za načinima na koje ćemo uspjeti uvažavati znanja, iskustva, stavove i razumijevanja članova obitelji u vezi njih samih i u vezi osobe s demencijom, bez obzira na to što članovi obitelji najčešće nisu 'stručne' osobe. Patronažna sestra ekspert je za njegu i moguć je izvor dobrih ideja i savjeta za članove obitelji, ali njezin je zadatak da članovima obitelji istodobno 'prizna' njihovo iskustvo, trud i znanje i da ih za to pohvaljuje.

Članovi obitelji kao neformalni njegovatelji teško će, naime, prihvatiti preporuke za promjene u postupanju s osobom s demencijom ukoliko im se one čine drastične i ukoliko bi njegovatelj savjete za korekcije potencijalno mogao shvatiti kao poruke da nešto radi krivo.

U pravilu, najbolje je u radu s obitelji poći od **pohvala za sve ono što članovi obitelji već rade dobro**, a to mogu biti i pohvale za nježnost, za prisutnost, za trud, za ljubav, za povezanost, ali i za neke specifične postupke i ideje koje je patronažna sestra uočila ili doznala od obitelji, a odnose se na osobu s demencijom. Kada je neko ponašanje uputno korigirati (primjerice, nastojanje člana obitelji da s osobom s demencijom 'raspravi' sve nesuglasice ili nerazumijevanja), uvijek je dobro poći od ideje da su **sva ponašanja pozitivno motivirana** (pa tako i spomenuto ponašanje njegovatelja), i pohvaliti trud da se osobi s demencijom pomogne uvjeravanjem i razgovorom, a potom ponuditi alternativne postupke kao iskustvo drugih ljudi koje bi obitelji moglo biti od pomoći.

Ukoliko je patronažna sestra uočila znatnu potrebu za edukacijom obitelji o njezi osobe s demencijom, uputno je planirati više posjeta ili uključene drugih pomagača te za svaki pojedini susret **dozirati onoliko novih 'korektivnih' informacija koliko bi obitelj mogla prihvatiti** a da korekcije ne primi kao kritiku te razvije negativan stav prema pomoći. Često se tu radi o iskustvu i doživljaju same patronažne sestre o onomu što bi moglo biti primjereno, a što bi za obitelj moglo biti previše.

Naglasak je, dakle, na **osnaživanju obitelji** i, jednako kao što će patronažna sestra pomoći članovima obitelji da kod osobe s demencijom uočavaju resurse, tako će i sama u odnosu s članovima obitelji **opažati resurse koje obitelj ima u suočenju s njegovim dementnog člana**. Vodeći se, okvirno, navedenim načelima, patronažna sestra radit će s obitelji na neki način isto ono što bi članovi obitelji trebali raditi s osobom s demencijom koju njeguju. Na taj način patronažna sestra može njegovateljima **pružiti model ponašanja prema članu obitelji s demencijom**.



8. KAKO PRILAGODITI PROSTOR OSOBI S DEMENCIJOM

Osobe s demencijom uz sposobnost pamćenja gube i sposobnost orijentacije u prostoru. Kako bolest napreduje sve teže im je sjetiti se kamo su pošli, čemu služe predmeti oko njih, određivati pravac kretanja i mjesto na kojem se nalaze. Razlozi za to su osim gubitka sposobnosti dosjećanja i preopterećenost informacijama koje iz prostora dopiru do njih. Istraživanja pokazuju da mi možemo pomoći ukoliko im:

- olakšamo orijentaciju;
- promičemo samostalno funkcioniranje;
- potičemo intelektualnu i osjetilnu stimulaciju;
- pružamo zaštićeno i sigurno okružje;
- osiguramo prisnost domaćeg ugođaja.

Osobama s demencijom možemo tako kompenzirati kognitivne promjene koje se izražavaju simptomima demencije, maksimizirati preostale sposobnosti orijentacije, promicati osjećaj zaštićenosti i sigurnosti, pružiti veće mogućnosti socijalizacije i podržati funkcionalne sposobnosti putem osmišljenih aktivnosti.

Patronažnim sestrama to može omogućiti bolju skrb i njegu osoba s demencijom, bolje korištenje terapijskih mogućnosti takvih okružja i rad u manje stresnim uvjetima.

Rodbini osoba s demencijom patronažne sestre tako mogu pomoći u boljem razumijevanju vrijednosti njihove brige za člana obitelji s demencijom i da ju pružaju s manje opterećenja.

Ilustracije u nastavku pokazuju osnovne preporuke za uređenje osobnog doma osobe s demencijom. Preuzete su prema međunarodnim načelima poštenog korištenja u nekomercijalne i edukativne svrhe sa stranica www.enablenvironments.com.au na kojima se nalaze dodatna objašnjenja.

Detaljni savjeti, koji se odnose i na okružje u domovima za starije osobe, nalaze se u Preporukama za optimizaciju životnih uvjeta u domovima koji skrbe o osobama s demencijom koje možete preuzeti sa stranica Hrvatske udruge za Alzheimerovu bolest <http://tiny.cc/9p7efz>.

Dnevna soba

U dnevnoj sobi osigurajte dovoljno prostora za nesmetano kretanje (1). Postupno uklonite nestabilan i nepotreban namještaj i predmete (2). Učinite osobi s demencijom dostupne mekane taktilne materijale i predmete kojima se vole bavljati (3 i 4). Kad više neće biti u stanju pratiti TV programe (5) ili ga njegov zvuk počne smetati, televizor uklonite i nadomjestite s CD uređajem i snimkama glazbe iz mladosti osobe. Radi orijentacije u vremenu na vidno mjesto stavite klasičan sat s kazaljka i brojevima (6).

U svim prostorijama udvostručite snagu rasvjete (7), a prekidače rasvjete istaknite kontrastnim okvirom (8). Pojačajte i kontrast boja zidova i podova i namještaja. Koristite mat boje radi sprječavanja snažnih odraza svjetla. Uz prozirne zavjese dodajte neprozirne (9) i navucite ih preko prozora prije zalaska sunca kako biste spriječili moguću pojavu straha 'od sunca koje nestaje', a po noći odraz sobe u staklima. Na vrata koja vode u neželjenim pravcima kretanja postavite foto-naljepnice (10) s npr. slikom polica s knjigama, vitrine ili sl. Uklonite tepihe i ne koristite šarene podne obloge.



Kuhinja

Kuhinja je izvor mnogih aktivnosti, ali i opasnosti za osobe s demencijom. Zato budite uz nju posebice kada upotrebljava kuhala i druge električne aparate i pazite da ne korača po mokrom podu. Ako je potrebno, stavite na pod gumene protuklizne podloge. Ormarići s prozirnim vratima (1) omogućuju lakše nalaženje potrebnih stvari. Na neprozirna vrata ormarića i ladica stavite naljepnice koje slikom i riječima upućuju na njihov sadržaj (2). Potencijalno opasne tekućine i predmete uklonite iz kuhinje ili ih zaključajte.

Na hladnjak stavite ploču za obavijesti što osoba treba uzeti iz njega i druge važne obavijesti ili podsjetnike (3). Ako osoba s demencijom treba pripremiti neko jelo, stavite na radnu ploču sve sastojke ili obavijest gdje se nalaze (4). Nije na odmet uz namirnice ostaviti pojednostavljenu uputu o slijedu pripreme jela. Predmete koji se koriste često stavite na vidno mjesto (5), a ostale uklonite. Preporuča se i zamjena plinskih uređaja s električnim. Predložite savjetovanje s električarom i vodoinstalaterom o ugradnji sigurnosnih uređaja.



Spavaća soba

Spavaću sobu uredite tako da po ničemu ne nalikuje bolničkoj sobi. Krevet istaknite posteljinom i prekrivačima u kontrastnim bojama (1) kako bi bile uočljive i kada je rasvjeta ugašena ili je upaljeno samo noćno svjetlo (2), idealno sa senzorom pokreta kako bi se automatski palilo kada se osoba s demencijom ustane iz kreveta. U otvoreni dio ormara ili na vješalicu (3) stavite samo one dijelove odjeće koju osoba treba odjenuti nakon počinaka kako biste spriječili da ne obuče dvostruke odjevne predmete. Na ladice stavite naljepnice koje slikom i riječima opisuju što se nalazi u njima (4).

Ako je iz spavaće sobe moguć izravan ulazak u kupaonicu i zahod, držite ta vrata otvorena (5), a u kupaonicu postavite senzor za automatsko paljenje svjetla. Dovratnike obojite kontrastno kako bi osoba lakše uočavala gdje su izlazi iz sobe (6). I spavaću sobu opremite klasičnim satom s kazaljka (7). Ukoliko se u spavaćoj sobi nalazi ogledalo (8), a osoba s demencijom se više ne prepoznaje u njemu ili ga uznemiruje njegov sadašnji izgled, uklonite ga ili pokrijite.



Kupaonica i zahod

Gdje god se nalazila kupaonica ili zahod u stanu držite njihova vrata otvorena (1) kada nisu u uporabi kako bi mu pomogli u njihovom bržem nalaženju. Sve ključne predmete odnosno opremu istaknite jarkim bojama, posebice WC dasku (2), ručicu za ispiranje WC školjke, rukohvate, SOS prekidače, kvaku itd. Radi uočljivosti razmislite i o uporabi živopisnih ručnika (3) i toaletnog papira u boji - kojeg je najbolje smjestiti na produženi ruko- hvat kako bi bio u vidnom polju (4).

Koš za otpatke uklonite kako ga osoba s demenci- jom nehotice ne bi zamijenila s pisoarom ili nekom drugom vrstom slivnika. Prostor za tuširanje bolje je zaštititi čvrstom pregradom (5) nego zavjesom, jer oslanjanje na nju može biti opasno. Ako je moguće, uklonite nadglavne tuševe (6) jer polijevanje preko glave potiče zatvaranje očiju, a time i mogući gubitak ravnoteže. Ako postoje zatvoreni ormari- ci, označite što se u njima nalazi i predvidite način zaklanjanja ogledala (7). Najčešće korištene stvari smjestite u vidno polje korisnika (8).



9. KAKO PREPOZNATI STRES NEFORMALNOG NJEGOVATELJA

Briga o osobi koja boluje od Alzheimerove bolesti i drugih demencija fizički je, psihički i emotivno iscrpljujuća. U okolnostima kada još uvijek nemamo lijek za uzrok bolesti, a medicinskim metodama liječenja tek ograničeno uspijevamo liječiti neke od simptoma bolesti, glavni čimbenik u pružanju i kvaliteti skrbi za osobe s Alzheimerovom demencijom čine NJEGOVATELJI. Razlikujemo formalne negovatelje (koji imaju određenu edukaciju, zaposleni su u ustanovama sl.) te neformalne negovatelje. Neformalni negovatelji najčešće su članovi obitelji koji nerijetko godinama brinu o osobama oboljelim od demencije, prikupljaju znanja o Alzheimerovoj bolesti i razvijaju niz potrebnih vještina. I jedni i drugi negovatelji brinući se o osobama oboljelim od demencije nalaze se u emocionalno stresnim situacijama te su u riziku da dožive iscrpljenje i sindrom sagorijevanja (burn-out).

Važnu podršku neformalnim negovateljima pružaju svojom prisutnosti u kući patronažne sestre savjetima i svojim radom. Većina osoba koje postaju neformalni negovatelji su članovi obitelji osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti ili neke druge demencije te nemaju medicinsko obrazovanje, po prvi put se susreću s nekim stanjima, zahtjevima za negovanjem i pomoći od strane druge osobe koja uključuje održavanje osobne higijene, hranjenje i dr. U osnaživanju neformalnih negovatelja posebice u davanju potrebne farmakološke terapije,

praćenju mogućih nuspojava, prepoznavanju simptoma pogoršanja psihičkog i/ili tjelesnog stanja važnu ulogu ima patronažna sestra koja će također moći i među prvima primijetiti znakove iscrpljivanja kod neformalnih negovatelja.

Pitanja za neformalne negovatelje koje može postaviti patronažna sestra kako bi procijenila rizik od iscrpljivanja

- Osjećate li se kao da sve morate učiniti sami te istodobno imate osjećaj kako ne činite dovoljno?
- Jeste li se otuđili od obitelji, prijatelja i aktivnosti koje su Vas veselile?
- Zabrinuti ste za sigurnost osobe o kojoj brinete?
- Jeste li tjeskobni zbog financija i medicinskih odluka koje trebate donijeti?
- Negirate li učinak bolesti na obitelj?
- Osjećate li tugu zbog gubitka odnosa s osobom koja boluje od demencije?
- Frustrira li Vas ponavljanje istih pitanja od osobe s demencijom, njezino nerazumijevanje i dojam da Vas ne sluša?
- Imate li osobnih zdravstvenih problema u smislu tjelesnih ili mentalnih poremećaja?

Deset znakova stresa njegovatelja

1. negacija (“Znam da će moj otac biti bolje, on je radio u školi.”);
2. ljutnja;
3. socijalna izolacija;
4. anksioznost (“Što kad se ne budem mogao brinuti o njoj?”);
5. depresija;
6. iscrpljenje (“Ne stižem sve obaviti.”);
7. poremećaj sna;
8. razdražljivost (“Ostavite me svi na miru!”);
9. dekoncentracija (“Imam toliko obveza da sam zaboravila na naš dogovor i da nam danas dolazite u posjet.”);
10. zdravstveni problemi (“Ne sjećam se kad sam se zadnji put osjećala dobro.” „Trebala sam prošle godine ići na operaciju zbog žučnih kamenaca, ali sam je odgodila jer se nema tko brinuti o mom suprugu.”).

Rano prepoznavanje simptoma velike frustracije u stresnim situacijama

(iste simptome u okolnostima stresa, preopterećenosti mogu iskusiti i patronažne sestre, a ne isključivo neformalni njegovatelji):

1. fizički simptomi;
2. kratak dah;
3. „knedla” u grlu;
4. glavobolja;

5. bol u prsima;
6. grčevi u trbuhu;
7. gubitak strpljenja;
8. želja da se udari;
9. štetna ponašanja;
10. rizična ponašanja (pojačano pušenje, prejedanje, pretjerano konzumiranje alkohola).

Kako dobra komunikacija pomaže u stresnim okolnostima?

1. dobra komunikacija umanjuje frustracije;
2. važno je razumjeti vlastite granice i potrebe. Svaka osoba ima svoju granicu!;
3. važno je zauzeti se za sebe i osobu o kojoj brinemo na asertivan način, izbjegavajući agresivnu ili pasivnu komunikaciju;
4. izbjegavajte trebao/la bih izjave;
5. koristite „ja” izjave;
6. poštujujte vlastite osjećaje, potrebe i želje.

U prilogu Kako njegovati sebe, koji se nalazi na kraju ovog priručnika, pronaći ćete niz preporuka, tehnika i vježbi za nošenje s profesionalnim i njegovateljskim stresom.

Savjet za neformalne njegovatelje, a i za patronažne sestre: “Brinite o sebi i vlastitom zdravlju kako biste mogli brinuti o osobama koje to ne mogu same – kao što su osobe s demencijom!”

10. OSNOVNE INFORMACIJE O USLUGAMA U SUSTAVU SOCIJALNE I ZDRAVSTVENE SKRBI

Kod obilaska osoba koje su oboljele od Alzheimerove bolesti i drugih demencija, članovi obitelji imat će niz pitanja za patronažnu sestru. Neka pitanja će se odnositi na dostupnost usluga u sustavu socijalne i zdravstvene skrbi koje su namijenjene osobama oboljelima od demencije, kao i članovima obitelji. Najbolje je članove obitelji uputiti u nadležni Centar za socijalnu skrb, kao i na izvore informacija na web stranicama Centra za socijalnu skrb grada Zagreba (<https://www.czss-zagreb.hr/>) i/ili Hrvatske udruge za Alzheimerovu bolest (<https://alzheimer.hr/>). Na razini informacije patronažna sestra ipak može dati osnovne upute.

Na području grada Zagreba djeluju dva savjetovišta namijenjena obiteljima oboljelih članova:

Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest koja djeluje od 1999. godine koja provodi savjetovanje, telefonske konzultacije (SOS telefon – 091 4004138) te grupe samopomoći.

Savjetovište Njegos pri Domu za starije osobe Sveti Josip gdje su organizirana individualna i grupna savjetovanja za neformalne njegovatelje/članove obitelji oboljelih osoba. Na grupno savjetovanje koje se održava svake treće srijede u mjesecu od 17.30-19.00 može se doći bez prethodne najave na adresu Bolnička 1 (prostor Cjelodnevnog boravka).

Što se tiče organizirane skrbi u domovima za starije osobe čiji je osnivač grad Zagreb osigurana je usluga dugotrajnog smještaja, boravka i pomoći u kući. Zasada samo tri doma za starije osobe (Medveščak, Maksimir, Park – dislocirani objekt na adresi Laščinska 98a) imaju ukupno četiri specijalizirana odjela za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti i drugih demencija.

Specijalizirani odjeli su u potpunosti prilagođeni za pružanje usluge osobama oboljelima od demencije kroz 24 sata. U takvim specijaliziranim odjelima mali je broj korisnika (10-12 osoba).

Većina osoba s demencijom zbrinuta je u krugu obitelji (preko 95%) te je oboljeloj osobi dostupna usluga dnevnog smještaja tj. cjelodnevnog boravka.

Usluga je namijenjena osobama treće životne dobi kojima je potrebna tuđa pomoć i ne mogu ostajati sami kod kuće duže vrijeme (npr. dok su članovi obitelji na poslu). U gradu Zagrebu djeluju tri boravka:

1. Dom za starije osobe Medveščak – Iblerov trg 1
2. Dom za starije osobe Sveta Ana – Islandska 2
3. Dom za starije osobe Sveti Josip – dislocirani objekt Bolnička 1.

U okviru boravka osigurane su usluge socijalnog rada, psihosocijalne rehabilitacije, organizirano provođenje slobodnog vremena, boravka prehrane, brige o zdravlju, njege, održavanja osobne higijene i prijevoza korisnika.

Također je moguće pri domovima za starije ostvariti uslugu pomoći u kući koja obuhvaća:

- organiziranje prehrane (pripremu i dostavu gotovih obroka u kuću);
- pomoć gerontodomačice (obavlja poslove održavanja osobne higijene, kućne poslove i zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba).

Devet domova za starije osobe (Centar, Dubrava, Maksimir, Medveščak, Peščenica, Sv. Ana, Sveti Josip, Trešnjevka, Trnje) ima posudionicu ortopedskih pomagala u kojima se može zatražiti najam potrebnog ortopedskog pomagala.

Postupak ostvarivanja svih prava koje pružaju domovi za starije osobe pokreću se predajom zahtjeva službi za socijalnu skrb u domu ili u tajništvu doma u kojem se želi ostvariti pravo na neku od usluga.

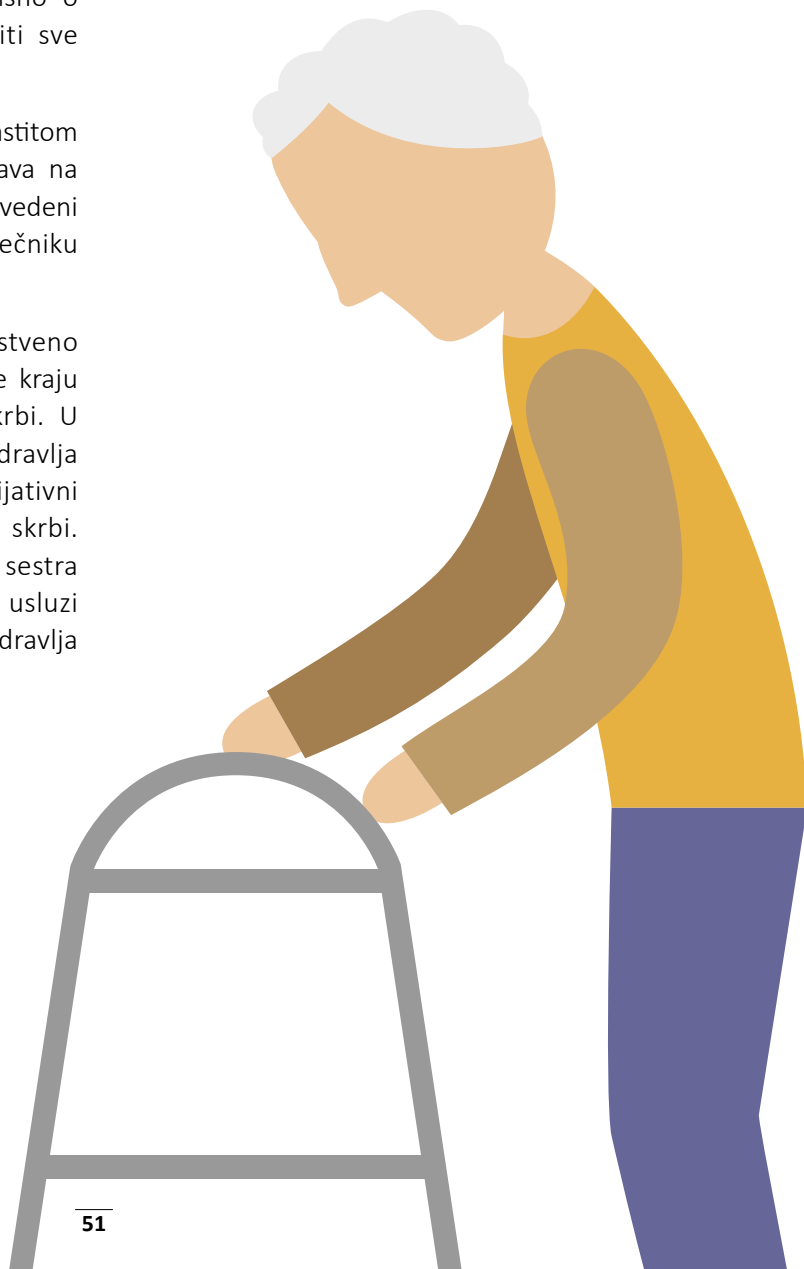
Sustav socijalne skrbi uz usluge dugotrajnog smještaja, boravka, pomoći u kući i savjetovanja osigurava prava koja su dostupna osobama oboljelim od demencije ili članovima njihovih obitelji, ali pod određenim uvjetima:

- jednokratna naknada (pomoć samcu ili obitelji za podmirenje troškova za osnovne životne potrebe nastale zbog trenutčne materijalne teškoće);
- doplatak za pomoć i njegu (ostvaruje ga osoba koja ne može samostalno brinuti o vlastitim životnim potrebama uslijed čega joj je potrebna pomoć i njega od strane druge osobe kod organiziranja prehrane, pripreme i uzimanja obroka, nabavi namirnica, čišćenju i pospremanju stambenog prostora, oblačenju, svlačenju, održavanju osobne higijene i obavljanju drugih životnih potreba; može se ostvariti u punom ili smanjenom obliku nakon provedenog postupka vještačenja pri nadležnom tijelu);
- osobna invalidnina (namijenjena je osobama s teškim invaliditetom ili drugim teškim promjenama u zdravstvenom stanju u svrhu zadovoljavanja životnih potreba za uključivanje u svakodnevni život; postupak priznavanja prava na osobnu invalidninu ostvaruje se nakon postupka vještačenja pri nadležnom tijelu);
- status njegovatelja ostvaruje jedan od članova obitelji s kojom osoba s invaliditetom živi u obiteljskoj zajednici.

Navedeni postupci ostvaruju se nakon pokretanja postupaka za priznavanje određenih prava pri nadležnom centru za socijalnu skrb (ovisno o mjestu prebivališta) gdje se mogu dobiti sve potrebne informacije.

Ako obitelj odluči skrbiti za osobu u vlastitom domu, postoji mogućnost ostvarivanja prava na provođenje zdravstvene njege u kući, a navedeni postupak se pokreće pri odabranom liječniku obiteljske medicine.

U okviru zdravstvene skrbi kada se zdravstveno stanje oboljele osobe pogorša i bližimo se kraju života dostupna je usluga palijativne skrbi. U sklopu Doma zdravlja Centar, Doma zdravlja Zapad i Doma zdravlja Istok djeluju palijativni mobilni timovi i koordinatori palijativne skrbi. Mobilni palijativni tim čine medicinska sestra i liječnik specijalista, a sve informacije o usluzi moguće dobiti putem navedenih domova zdravlja ili odabranih liječnika obiteljske medicine.



PRILOG I: KAKO NJEGOVALI SEBE

„Svoj put možemo naći ili ga možemo stvoriti.“

Kako bismo uspješno savladavali svakodnevni stres, moramo naučiti negovati sebe – kako u situacijama akutnog stresa tako i u svakodnevici. Usvajanjem odgovarajućih načina ponašanja, učenjem upravljanja svojim emocijama i reakcijama, uravnoteženim navikama i uvođenjem relaksacijskih i ugodnih aktivnosti podižemo kapacitete za suočavanje sa stresom i ublažavamo posljedice koje stres može imati na fizičko i psihičko zdravlje.

TJELESNA AKTIVNOST I STRES

Tjelesna aktivnost usko je povezana s psihičkim zdravljem. Naš organizam organiziran je i ugođen poput finog instrumenta preko različitih sustava „povratne sprege“, odnosno „kružnih tokova“ i naša emotivna stanja zapravo su fiziološke reakcije našeg tijela, a naša misao i osjećaji usko su povezani s tjelesnim događajima. Jednako tako, tjelesna aktivnost, mehanizmom „povratne sprege“ djeluje na emocije i psihičko zdravlje. Npr. običan pokret ili položaj tijela može utjecati na naše emocionalno stanje. Svjesno opustite mišiće i tijelo - osjetit ćete kako se polako smiruje i um. Uvođenje tjelesne aktivnosti u svakodnevicu značajno doprinosi mentalnom zdravlju i otpornosti na stres. Tjelesna aktivnost udružena s glazbom (ples) ili ona koja se provodi u prirodi imaju izrazito povoljan utjecaj na

psihičko zdravlje i povećavaju kapacitete za borbu sa svakodnevnom stresom. Naš unutarnji osjećaj kao “mehanizam kontrole” je najpreciznija informacija o tom pozitivnom učinku.

OPĆE PREPORUKE ZA TJELESNU AKTIVNOST:

- zagrijte se i istegnite prije aktivnosti;
- postupno povećavajte opterećenje;
- nakon aktivnosti provedite vježbe istezanja i opuštanja;
- obavite preventivni zdravstveni pregled prije nego započnete s aktivnosti;
- ukoliko tijekom tjelesne aktivnosti osjetite i najmanje zdravstvene smetnje, prekinite vježbanje i javite se liječniku.

KAKO ODRŽATI MOTIVACIJU ZA TJELESNU AKTIVNOST?

- izaberite tjelesnu aktivnost koja vas veseli i u kojoj uživate;
- razmislite o aktivnosti koja vam je prikladna obzirom na interese, tjelesnu konstituciju, izdržljivost, fleksibilnost i dr;

- nemojte pretvoriti tjelesnu aktivnost u frustraciju. Neka vam ona bude izvor radosti, zadovoljstva ili opuštanja;
- vizualizirajte rezultat koji želite postići dok vježbate;
- podsjećajte se redovito da, osim pozitivnih fizičkih utjecaja na tijelo, tjelesna aktivnost ima izuzetno dobre učinke na psihičko zdravlje. Lučenje endorfina, uzrokovano vježbanjem, šetnjom, plesom donosi nam osjećaj ugone i dobrog raspoloženja;
- vježbajte s prijateljem ili u društvu ako vam je tako zabavnije ili lakše;
- vodite dnevnik svojih aktivnosti;
- nagradite se nečim nakon razdoblja „odrađene“ aktivnosti.

Osobama sklonim anksioznim (tjeskobnim) stanjima ili depresivnim raspoloženjima preporučuju se oblici tjelesne aktivnosti cikličkog i/ili ponavljajućeg karaktera: hodanje, brzi hod, trčanje, plivanje. Izuzetan doprinos čini i obavljanje tjelesne aktivnosti u prirodi.

KAKO DIŠEMO?

Vrlo važno je i kako dišemo. Uobičajena frekvencija disanja odraslog čovjeka je 12-14 ciklusa u minuti. Kad smo u stresu, naše disanje se ubrzava. Međutim, postoji i obrnuta mogućnost: uvježbavanjem promjene ritma disanja (usporavanjem) možemo smanjiti simptome i posljedice stresa.

Ciklus od šest udisaja u minuti dovodi do opuštanja tijela i uma. Naš mozak sposoban je aktivirati mehanizma stresne reakcije, ali jednako tako i „sluša“ signale iz našeg tijela. Usporeno disanje – interpretira kao znak da smiri puls, snizi tlak i smiri um te potakne smanjenje lučenja hormona stresa kortizola i adrenalina.

Vrlo važno je i kako dišemo. Uobičajena frekvencija disanja odraslog čovjeka je 14 ciklusa u minuti. Kad smo u stresu, naše disanje se ubrzava. Međutim, postoji i obrnuta mogućnost: uvježbavanjem promjene ritma disanja (usporavanjem) možemo smanjiti simptome i posljedice stresa. Ciklus od šest udisaja u minuti dovodi do opuštanja tijela i uma. Naš mozak sposoban je aktivirati mehanizma stresne reakcije, ali jednako tako i „sluša“ signale iz našeg tijela. Usporeno disanje - interpretira kao znak da smiri puls, snizi tlak i smiri um te potakne smanjenje lučenja hormona stresa: kortizola i adrenalina.

VJEŽBA USMJERENOG DISANJA

Svrha: opuštanje, meditacija, distrakcija (skretanje pažnje) u stresnim situacijama.

Većinu vremena ne obraćamo pažnju na to kako dišemo. Usmjeravanjem pažnje na disanje naše se osvješčujemo svoje tijelo, fokusiramo se na udah i izdah, a time i na neposredni trenutak, „ovdje i sada“. Kada smo prisutni u trenutku i fokusirani na tjelesne doživljaje, manje pažnje posvećujemo

svom umu - koji je glavni izvor stresa (opravdano ili neopravdano). Ova vježba uvod je u *mindfulness* meditaciju.

Vježbu započnite usmjeravanjem pažnje na udah i izdah. Bez prosuđivanja i kontroliranja, pratite svoje disanje. Osvijestite kojim dijelom tijela dišete, pomiču li se pritom neki drugi dijelovi tijela osim trbuha i prsa. Pokušajte pratiti kojim putem prolazi zrak koji udišemo te kakva je razlika između zraka koji ste udahnuli i onoga koji ste izdahnuli. Pratite disanje tamo gdje ga najlakše osjećate (trbuh, nosnice, prsni koš). Misli koje se pojavljuju pokušajte samo primjećivati kao prolazne slike na platnu.

Vježbajte 5 - 10 minuta u sjedećem ili ležećem položaju.

VJEŽBA TRBUŠNOG DISANJA

Svrha: opuštanje, oporavak, distrakcija u stresnim situacijama

Trbušno disanje preporučuje se ukoliko se želimo opustiti u stresnoj situaciji, ali i u mirnijim okolnostima. Ono uključuje korištenje volumena trbuha, odnosno mišića ošita, koji se diže i spušta prilikom udisanja i izdisanja. Ovaj način disanja učinkovitiji je u fiziološkom smislu, relaksira nas i omogućuje brži oporavak od napora.

Vježba se izvodi tako da jedan dlan stavite na trbuh, a drugi dlan na prsa. Dok dišete, dopustite dlanu na trbuhu da se pomiče (napuhujemo trbuh

poput lopte) i pokušavajte da dlan na prsima bude nepomičan. U početku možete na prsa vršiti lagani pritisak kako se prsa i ramena ne bi podizala, dok dlan na trbuhu samo „promatrate“. Kada se malo uvježbate, ruku s prsa možete maknuti te koristiti samo donju ruku kao kontrolu ispravnog postupka disanja.

Neka udah traje četiri sekunde, a izdah barem šest. Istovremeno, disanje treba biti isključivo „trbušno“. Da bi učinak opuštanja bio potpuniji, poželjno je različitim bojama vizualno obojiti udahnuti i izdahnuti zrak. Primjerice, zamislite da je zrak koji udišete zelene ili plave boje, a onaj koji izdišete crvene boje. Također, možete zamisliti kako kroz izdisaj izdišete i sve stresne događaje toga dana.

Vježbajte 5 – 10 minuta. U početku vježbajte u ležećem položaju, a poslije sjedeći ili ležeći.

OPTEREĆUJUĆE „ MISLI“ – ŠTO S NJIMA?

Veliki izvor stresa mogu biti i naše misli koje mogu biti vezane za realnu situaciju ili našu interpretaciju nekog događaja. U stresu ili ljutnji pokrećemo mehanizam „bori se ili bježi“ koji dovodi do niza fizioloških reakcija u našem tijelu i lučenja hormona stresa. Ovi mehanizmi, između ostalog, utječu i na naše misaone procese. U takvoj situaciji i naš mozak dobiva „signal“ da se fokusira i „suzi vidno polje“ i mi, uglavnom, filtriramo one informacije i misli koje podržavaju ljutnju i stres.

To nas, ukoliko je preintenzivno i učestalo iscrpljuje te usporava proces smirivanja, opuštanja i šireg sagledavanja situacije. Kako biste zaustavili opterećujući „samogovor“ (u fazi uznemirenosti ili ljutnje „vrtimo“ negativne misli), trebate ga prvo primijetiti, a zatim nastojati uznemirujuće misli redefinirati u realističnije, odnosno one koja izazivaju manju razinu uzbuđenosti i vraćaju vam dio kontrole u stresnoj situaciji.

Na početku pokušajte voditi dnevnik svojih negativnih misli koje možete na papiru zamijeniti realističnijima i više ohrabrujućima. Uz dovoljno vježbanja i ustrajnosti, nakon nekog vremena moći ćete to činiti i bez dnevnika.

Preuzimanje zasluga za uspjeh i realno objašnjavanje neuspjeha također je ključno u razvijanju mentalne snage.

ŠTO JOŠ UČINITI DA NE „PREGORITE“?

- ne preuzimajte odgovornost za ishode koji su izvan vaše kontrole;
- čestitajte sebi za postignute uspjehe – i to uvijek. Ne kritizirajte svoje sposobnosti kada, niste bili uspješni (što to uopće znači?) Uvijek se fokusirajte na ono što je pod vašom kontrolom.
- pripazite da i u pozitivnijem samogovoru budete što realističniji jer ako ste nerealni, možete preći u u samozavaravanje.

KAKO SE „ISPRAVNO“ LJUTITI I NOSITI S LJUTNJOM?

Ljutnja je normalna ljudska emocija, potrebna za preživljavanje i funkcioniranje. Međutim, jako je važno „znati“ se ljutiti. To znači: na koga ili što se ljutimo, koliko intenzivno, s kojim razlogom i koliko dugo. Također je važno koliko nam ta ljutnja „koristi“ ili „ne koristi“.

MEHANIZAM LJUTNJE

OKIDAČ - INETPRETACIJA - EMOCIJA - MOTIVACIJA - REAKCIJA

Prema psihoterapijskom kognitivno-bihevioralnom modelu, proces ljutnje možemo prekinuti na bilo kojem ili na istovremeno više karika ovog lanca. Kada osjetimo ljutnju možemo biti motivirani da ju iskažemo ili ne iskažemo, a vodimo se unutarnjim ili vanjskim razlozima. Jedan od unutarnjih razloga može biti jer imamo uvjerenje da nije dobro, pristojno ili korektno iskazati ljutnju. Vanjska motivacija se odnosi na to da procjenjujemo kako bi nam bilo na štetu ili nam nije od nikakve koristi iskazati ljutnju pa je iz tog razloga ne iskazujemo.

Ono što nam stoji na raspolaganju je:

- prepoznati okidače koji su česti izvor ljutnje;
- prepoznati emociju i prihvatiti ju;
- prepoznati svoju interpretaciju i raditi na njejoj promjeni (restrukturirati misli u racionalnije);

- prepoznati svoje motivatore i svjesno izabirati one koje nam „koriste“ (ponekad je korisno iskazati ljutnju, ponekad možemo procijeniti da nije);
- umiriti fiziologiju vježbama opuštanja i distrakcije.

VJEŽBA ZA SUOČAVANJE S LJUTNJOM: UZEMLJENJE (ILI KAKO IZAĆI „IZ SEBE“ I VRTLOGA LJUTNJE I STRESA)

Kad osjetite da ste jako preplavljeni ljutnjom ili uznemirenošću, važno je izaći „iz sebe“, odnosno misaonog procesa. To se može učiniti tako da aktiviramo sva naša osjetila i okrenemo doživljavanje na vanjske događaje koji nisu uzrok ljutnje. Na taj način preusmjeravamo svoju pažnju i misli i prekidamo krug uznemirenosti i ljutnje i postepeno se smirujemo, a naš um ima vremena proširiti vidik i sagledati situaciju realističnije ili više prijateljski prema nama samima.

Kada osjetite da vas preplavljuje uznemirenost - nađite u okolini 5 objekata koja možete vidjeti; 4 stvari koje možete dotaknuti; 3 zvuka koja možete razaznati; 2 mirisa koja možete osjetiti i 1 okus koji možete osjetiti.

ANTISTRESNA PREHRANA

Prehrana je vrlo važna komponenta fizičkog i mentalnog zdravlja. Za mentalnu izdržljivost vrlo je važno da ne dolazite u stanje hipoglikemije (niske razine šećera u krvi) koja sama po sebi izaziva

tjeskobu i nemir, glavobolju i iritabilnost. Važno je ne prejedati se, jesti više manjih, uravnoteženih obroka. Postoje namirnice za koje je poznato da podižu i razinu mentalne otpornosti i kapacitete za suočavanje sa stresom jer sadrže tvari koje pomažu u proizvodnji serotonina i endorfina („hormoni sreće i dobrog raspoloženja“) te vitamine i minerale važne za funkcioniranje našeg živčanog sustava). Bitna je pravilna proizvodnja melatonina – hormona kojeg izlučujemo prilikom spavanja, a sudjeluje u regulaciji brojnih fizioloških, metaboličkih i hormonalnih procesa našeg organizma.

„Antistres namirnice“:

- puretina, piletina, jaja (triptofan-serotonin)
- zeleno lisnato povrće (magnezij)
- banane (kalij, magnezij, B vitamini)
- naranče, paprike (C vitamin)
- trešnje (melatonin, lakše se spava)
- kiseli kupus, kiseli krastavci (probiotički)
- kefir (probiotički, bjelančevine)
- tamna čokolada (feniletilamin)
- plava riba (omega 3)
- bobičasto voće (kalij, magnezij, antioksidanti)
- orašasti plodovi (magnezij, željezo)
- sušeno voće (magnezij, željezo).

Važno je jesti namirnice tzv. niskog i umjerenog glikemijskog indeksa koje dugo održavaju razinu šećera u krvi na stabilnoj razini. Pazite da pijete i dovoljno tekućine, radi ispravne hidracije tijela i mozga.

DOVOLJNO SNA

Dobar i kvalitetan san iznimno je važan u borbi protiv stresa. Istraživanja pokazuju da je dovoljno sna neophodno za optimalan rad imunološkog sustava i održavanje mentalnog zdravlja. Za dobar san zaslužan je melatonin, hormon koji luči žlijezda epifiza. Pravilno lučenje melatonina podrazumijeva dovoljno kvalitetnog sna i to noću. Odraslim osobama potrebno je sedam do osam sati sna, s tim da je ženama potrebno više sna nego muškarcima. Nedostatak sna kod žena ima teže posljedice na zdravlje. Problemi sa spavanjem uzrokuju iritabilnost i umor – najčešći su simptomi narušenog mentalnog zdravlja i kod muškaraca i kod žena – češći nego depresija i anksioznost. Kvalitetan san štiti nas i od pretilosti te od razvoja kroničnih nezaraznih bolesti (dijabetes, bolesti srca i krvnih žila).

Preporuke za dobar san:

- neka prostorija u kojoj spavate bude prozračena i temperatura neka ne prelazi 19 stupnjeva;
 - prostorija u kojoj spavate neka vam služi samo za spavanje i seks (izbacite televizor iz spavaće sobe);
 - pola sata do sat vremena prije spavanja ne koristite mobitele, odnosno uređaje koje emitiraju tzv. plavo svjetlo (sprječavaju lučenje melatonina);
 - zadnji dio dana koristite za relaksaciju i relaksacijske aktivnosti;
- završite sve „planove u glavi“ barem sat vremena prije spavanja;
 - ako ne možete prestati „vrtjeti misli“ vezane za planove ili brige – zapišite ih na papir, odložite na noćni ormarić i svjesno odgodite ih za jutro;
 - ako ne možete zaspati poštujujte „pravilo 15 minuta“ – ne usnivate 15 minuta od trenutka kada ste legli, dignite se iz kreveta i radite nešto drugo, popijte, vode, pročitajte par stranica knjige (nemojte gledati u mobitel) i sl.
 - nemojte piti kavu ili crni čaj iza 14.00 sati;
 - dobre prehrambene namirnice za usnivanje: mlijeko i mliječni proizvodi, trešnje, puretina, piletina, tamna čokolada.

UGODNE AKTIVNOSTI

Jedan od osnovnih mehanizama održavanja mentalnog zdravlja je i ostavljanje prostora u svakodnevici za ugodne aktivnosti, odnosno aktivnosti koje nas raduju i /ili opuštaju.

Ukoliko ste „izbacili“ ugodne aktivnosti iz svog života pod hitno ih vratite. Pokušajte u jednom uobičajenom tjednu pratiti koji dio vremena (dana i tjedna) posvećujete ugodnim aktivnostima. Tako si možete jasnije osvijestiti svoje obrasce ponašanja i uvesti promjene ako je potrebno.

LITERATURA

Beck J. Kognitivna terapija. Naklada Slap, Jastrebarsko, 2011.

Bonner C. Reducing Stress-related Behaviours in People with Dementia. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia, 2006.

Duraković Z i sur. Farmakoterapija u gerijatriji. Zagreb: C.T.- Poslovne informacije d.o.o.; 2011.

Grošić V. Antidepresivi i antipsihotici u starijoj životnoj dobi. Medicus 2017;26(2):239-243.

Kušan Jukić M, Mimica N. Palijativna skrb o oboljelima od Alzheimerove bolesti i drugih demencija. Medix 2016;XXII(119/120):179-83.

Lucijanić D, Kušan Jukić M, Mimica N. Delirij superponiran na demenciju-klinička slika i protokoli za liječenje. Soc. psihijat. 2016; 44 (2): 130-139.

Mimica N, Kušan Jukić M. Demencija i psihički poremećaji. Medicus 2017; 26(2): 215-222.

Mimica N, Kušan Jukić M. Depresija u osoba starije životne dobi: specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje. Medix 2013;106(XIX):182-187.

Preporuke za optimizaciju životnih uvjeta u domovima koji skrbe o osobama s demencijom. <http://tiny.cc/9p7efz>

Santo Pietro M. J. I Ostuni E. Successful Communication with Persons with Alzheimer's Disease: An In-Service Manual. Butterworth-Heinemann: Oxford and Waltham, 2003.

Štrbenac D. Uloga medicinske sestre u zbrinjavanju oboljelih od Alzheimerove bolesti. 2016

Tomek-Roksandić S, Mimica N, Kušan Jukić M. Rano prepoznavanje i zaštita zdravlja osoba oboljelih od Alzheimerove demencije i drugih demencija. Medicinska naklada, Zagreb, 2017; 207-211.

Vrbić Lj, Mičuga M. Savjeti socijalnog radnika. U.I.Belančić, S. (Ur.) Alzheimerova bolest - priručnik za pomoć obiteljima i njegovateljima osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti. Plava šapa, Zagreb 2019; 39-42.

KONTAKTI


Za sva pitanja i programe Službu za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti Nastavnog zavoda za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“ možete kontaktirati na brojeve telefona 01 3830 066; 01 3830 088; 01 6468 333.

Informacije su dostupne i na internetskim stranicama [http://www.stampar.hr/hr/sluzba-za-mentalno-zdravlje-
iprevenciju-ovisnosti](http://www.stampar.hr/hr/sluzba-za-mentalno-zdravlje-iprevenciju-ovisnosti).

Niz materijala, preporuka i testova o zaštiti zdravlja starijih osoba možete pronaći i na internetskim stranicama Službe za javnozdravstvenu gerontologiju www.stampar.hr/gerontologija.

Osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti i članovima njihovih obitelji na raspolaganju su i volonteri Hrvatske udruge za Alzheimerovu bolest, Vlačka ulica 24, telefon 091 4004 138; email: alzheimer@xnet.hr.



 **NASTAVNI ZAVOD ZA
JAVNO ZDRAVSTVO
DR. ANDRIJA ŠTAMPAR**
Stvaramo zdraviju budućnost

Služba za javnozdravstvenu gerontologiju
Referentni centar MZ za zaštitu zdravlja starijih osoba
www.stampar.hr/gerontologija