

Psihički poremećaji u gerijatrijskoj dobi

Turina, Stjepan

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Dental Medicine and Health Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:243:891243>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-09-24**

Repository / Repozitorij:

[Faculty of Dental Medicine and Health Osijek
Repository](#)



SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Stjepan Turina

PSIHIČKI POREMEĆAJI U

GERIJATRIJSKOJ DOBI

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2021.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

FAKULTET ZA DENTALNU MEDICINU I ZDRAVSTVO

OSIJEK

Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Stjepan Turina

PSIHIČKI POREMEĆAJI U

GERIJATRIJSKOJ DOBI

Diplomski rad

Slavonski Brod, 2021.

Mentor rada: doc. dr. sc. Štefica Mikšić

Rad ima 38 stranica.

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

ZAHVALA

Zahvaljujem svim profesorima i predavačima Diplomskog studija sestrinstva na prenesenom znanju, posebno svojoj mentorici doc. dr. sc. Štefici Mikšić na stručnoj pomoći tijekom izrade ovog rada.

Zahvaljujem svojoj supruzi i obitelji na velikoj podršci i razumijevanju.

Ovaj diplomski rad posvećujem svom sinu Mari.

Sadržaj

1. UVOD	1
2. POSTUPCI.....	2
3. MENTALNE BOLESTI U OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI	3
3.1. Poremećaji raspoloženja.....	3
3.1.1. Nesanica	3
3.1.2. Anskioznost.....	5
3.1.3. Depresija.....	7
3.1.4. Bipolarni poremećaj	11
3.2 DELIRJ I DEMENCIJA.....	14
3.2.1. Delirij	14
3.2.2. Demencija.....	17
3.3. PREVENCIJA I SKRB	22
3.3.1. Uloga medicinske sestre.....	22
3.3.2. Uloga obitelji.....	25
4. ULOGA ILI VAŽNOST ZA SESTRINSKU PRAKSU	28
5. ZAKLJUČAK	30
6. SAŽETAK.....	31
7. SUMMARY	31
8. LITERATURA.....	33
9. ŽIVOTOPIS	38

Popis kratica

DSM-5 – Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje

ICD-10 - Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija

OPK – opsesivno-kompulzivni poremećaj

PTSP – posttraumatski stresni poremećaj

GDS – ljestvica gerijatrijske depresije

CSDD – Cornellova skala za depresiju kod demencije

TMS – transkranijalna magnetska stimulacija

SSRI – selektivni inhibitori ponovnog uzimanja serotonina

SNRI – inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina i norepinefrina

SMS – serotoninski modulatori i stimulatori

MAOI – inhibitori monoaminooksidaze

ECT – elektrokonvulzivna terapija

BP – bipolarni poremećaj

BP-I – bipolarni poremećaj I

BP-II – bipolarni poremećaj II

FTD – frontotemporalna demencija

HIV – virus humane imunodeficijencije

EEG – elektroencefalografija

MR - magnetska rezonanca

SPECT - jednofotonska emisijska računalna tomografija

1. UVOD

Mentalne bolesti su česte, no jednako tako i često zanemarivane bolesti u osoba starije životne dobi. Smatra se kako oko 15% osoba starijih od 60 godina pati od nekog mentalnog poremećaja (1). Unatoč tome, nerijetko se simptomi mentalnih bolesti u starijih zamijene s normalnim znakovima starenja, budući da uzrokuju blage do teške poremećaje u kognitivnom ponašanju ili sposobnosti obavljanja svakodnevnih životnih zahtjeva i održavanja rutine. U starijoj populaciji najčešći su mentalni poremećaji anksioznost i depresija te Alzheimerova bolest, no zbog stigme, pogrešnih informacija i uvjerenja o starenju, oboljele osobe nerijetko ne primaju odgovarajuću njegu, a liječenje se često svodi na farmakološko liječenje, čime se rijetko kada uspije riješiti pitanje mentalnog zdravlja i dobrobiti osobe starije životne dobi.

Rješavanje pitanja mentalnog zdravlja u starije populacije zahtijeva više pažnje, tim više što anksiozni ili depresivni simptomi mogu ukazivati i na fizičku bolest, no isto tako i tjelesne tegobe mogu ukazivati i na probleme s mentalnim zdravljem. Kako bi se osobama starije životne dobi pomoglo u rješavanju problema mentalnog zdravlja, sustav i medicinsko osoblje moraju na pravilan i adekvatan način odgovoriti na fizičke i mentalne potrebe ovih pacijenata. Osobe starije životne dobi imaju isti cilj kao i svi drugi, a to je osjećati se što zdravije i sretnije. Zato im je potrebno omogućiti pristupačne načine i metode liječenja mentalnih poteškoća uz minimalne nuspojave.

Razvijajući sestrinsku struku i znanost, važno je prepoznati jedinstvene potrebe starije populacije i još više se usredotočiti na područje mentalnih bolesti. Iako starije osobe mogu imati različite brige i probleme, treba znati kako im je važno pružiti psihološku dobrobit i podršku, kao i osobama mlađe životne dobi, te kako zaslužuju brigu i njegu koja im pomaže da što duže samostalno obavljaju svoje svakodnevne aktivnosti.

Izrazito je bitno prepoznati i osvijestiti ozbiljnost mentalnih bolesti u osoba starije životne dobi i važnost sestrinske skrbi za takve pacijente. Cilj ovog diplomskog rada je prikazati najčešće mentalne poremećaje u starijoj populaciji, njihovu prevenciju te ulogu i važnost za praksu područja.

2. POSTUPCI

Ovaj diplomski rad je pregledni rad koji primjenom znanstvenih i istraživačkih metoda daje prikaz stručnih i znanstvenih spoznaja o mentalnim bolestima u starije populacije. Prilikom pisanja ovog završnog rada korišteni su sekundarni izvori podataka, odnosno izvori prikupljeni ranijim stručnim i znanstvenim istraživanjima. Pretražene su stručne i znanstvene baze dostupne putem Interneta te je korištenjem Internet preglednika pregledana stručna i znanstvena literatura o mentalnim bolestima u osoba starije životne dobi.

Pretražene su stručne i znanstvene baze: PubMed, Medline, Science Direct, Researchate, Hrčak te Internet stranice relevantnih organizacija poput Svjetske zdravstvene organizacije i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo. Pri traženju relevantne literature korištene su ključne riječi: mentalno zdravlje, mentalno zdravlje starijih, mentalne bolesti starijih, mentalne bolesti u osoba starije životne dobi i keywords: *mental disorders, mental disorders in elderly, mental illness in elderly, mental health in elderly*.

Članci su uključeni prema kriteriju da ih je najmanje 1/3 o temi mentalnih bolesti u starijoj dobi objavljeni unazad 5 godina. Uključeni su i radovi starijih datuma zbog njihove relevantnosti za teoriju i spoznaje o razvoju mentalnih bolesti u starijoj populaciji.

3. MENTALNE BOLESTI U OSOBA STARIJE ŽIVOTNE DOBI

3.1. Poremećaji raspoloženja

Poremećaji raspoloženja česti su u starijoj dobi, a njihova prevalencija raste sa starenjem stanovništva (2). Zbog svojih teških posljedica, poremećaji raspoloženja u kasnoj životnoj dobi mogu se smatrati važnim javnozdravstvenim problemom. Depresija i bipolarni poremećaj (dalje u tekstu: BD) u starijih osoba povezani su s medicinskim popratnim bolestima i padom kognitivnih sposobnosti, uz povećani rizik od demencije, samoubojstva i ukupne smrtnosti (3, 4).

3.1.1. Nesanica

Nesanica se definira kao trajna poteškoća u spavanju koja ometa dnevne funkcije organizma (6). Peto izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-5) naglašava da poremećaj spavanja uzrokuje klinički značajan distres ili funkcionalno oštećenje i javlja se najmanje 3 noći tjedno tijekom najmanje 3 mjeseca unatoč odgovarajućoj mogućnosti spavanja, dok Međunarodna statistička klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija (ICD-10), zahtijeva da simptomi traju najmanje 1 mjesec i nisu objašnjeni drugim poremećajima, upotrebom nedopuštenih supstanci ili istodobnim medicinskim i psihijatrijskim poremećajima (7).

Do nesanice može doći zbog više uzroka, a najčešće je riječ o prolaznoj nesanici u trajanju od nekoliko dana, kratkotrajnoj nesanici u trajanju do najviše tri tjedna i kroničnoj nesanici koja traje duže od tri tjedna. Prolazne nesanice se dovode u vezu sa stresom i do njih dolazi ako je osoba uzbuđena ili zabrinuta. Mogu se spriječiti uzimanjem hipnotika koji imaju kraće vrijeme djelovanja tijekom jednog ili dva dana. Kratkotrajne nesanice koje obično traju do tri tjedna uzrokuje jak ili trajni stres poput gubitka bliske osobe, operacije, bolesti i slično, a liječe se farmakološki i ponašajno. Uzrok kronične nesanice nije uvijek jasan i do njega može doći zbog nekoliko razloga. Zato je važno diferencirati dijagnoze, što olakšava sustavni pristup shematskom postupku tretiranja nesanice (8).

Jedna od najčešćih smetnji spavanja u starijoj populaciji je nesanica (9). Čak 50% starijih osoba žali se na poteškoće u postizanju ili održavanju sna. Ukupna prevalencija simptoma nesanice kreće se od 30% do 48% kod starijih osoba (10), dok se prevalencija nesanice u općoj populaciji kreće od 12% do 20% (11). Otprilike 50% pacijenata sa simptomima nesanice imat će remisiju

tijekom razdoblja praćenja, s višom stope remisije kod starijih muškaraca u odnosu na žene (12).

Povećana prevalencija kroničnih stanja u starijoj životnoj dobi može objasniti većinu simptoma nesanice u starijoj populaciji, a prema tomu se od 1% do 7% nesanice u starijoj životnoj dobi događa neovisno o kroničnim stanjima. Smanjena pokretljivost, odlazak u mirovinu i smanjena socijalna interakcija izvori su poremećaja spavanja (13).

Prema Ohayon (14), Spielman i sur. (15) su predstavili model od tri čimbenika za razumijevanje etiologije i trajanja nesanice. Ovaj model identificira predisponirajuće, precipitirajuće i odražavajuće čimbenike koji utječu na vjerojatnost pojave nesanice. Predisponirajući čimbenici uključuju demografske, biološke, psihološke i socijalne karakteristike. U žena starijih od 45 godina javlja se 1,7 puta veći rizik od nesanice nego je to u osoba muškog spola. Razvedene žene ili udovice također imaju veću vjerojatnost za nesanicu od udanih žena. Niža razina obrazovanja ili niža primanja mogu u nekim slučajevima pridonijeti nesanici. Pušenje, uzimanje alkohola i smanjena tjelesna aktivnost drugi su čimbenici povezani s višim stopama nesanice u starijih ljudi (14).

Precipitirajući čimbenici obično uključuju stresne životne događaje ili medicinska stanja koja mogu poremetiti san. Starije odrasle osobe s respiratornim smetnjama, tjelesnim invaliditetom i lošim percepcijama zdravlja imaju povećan rizik od nesanice, a isto tako i neki lijekovi mogu pridonijeti nesanici. Također, starije osobe s depresijom i anksioznim poremećajem mogu imati veću stopu nesanice. Odražavajući čimbenici se često sastoje od ponašanja ili kognitivnih promjena koje nastaju kao rezultat akutne nesanice. Akutna epizoda nesanice neće se nužno razviti u kroničnu nesanicu bez ovih bihevioralnih i kognitivnih događaja (14).

Nesanica je povezana sa značajnim morbiditetom ako se ne liječi. Najsnažnija razina dokaza je za mentalne bolesti. Starije osobe s nesanicom imaju 23% povećan rizik od razvoja simptoma depresije (16). Nekoliko studija dokumentiralo je povećani rizik od depresije u starijih bolesnika s dugotrajnom nesanicom (17). Uz to, nesanica također donosi povećani rizik od suicidalnosti (18). Dugotrajni simptomi nesanice također su povezani s većim rizikom od razvoja oštećenja kognitivnih sposobnosti (19).

Nesanica u starijih osoba liječi se nefarmakološki i farmakološki. Nefarmakološko liječenje je usmjereno ka bihevioralnom modelu, dok se u farmakološkoj terapiji primjenjuju benodiazepeni, niske doze antidepresiva te melatonin (11).

3.1.2. Anksioznost

Osjećaj tjeskobe ili nervoze uobičajena je emocija za ljude svih dobnih skupina i normalna reakcija na stres. Normalno je osjećati tjeskobu zbog bolesti, novih socijalnih interakcija i zastrašujućih događaja. Ali kada se čovjek često osjeća tjeskobno, a tjeskoba je prevladavajuća i utječe na svakodnevne zadatke, društveni život i odnose, to može biti bolest. Smatra se kako je anksioznost česta bolest među starijom populacijom i pogađa i do 20% osoba starije životne dobi.

U DSM-5 skupina anksioznih poremećaja proširena je tako da uključuje anksiozni poremećaj razdvajanja, dijagnozu koja je u prethodnoj DSM verziji bila rezervirana samo za djecu (7). Uobičajene vrste anksioznih poremećaja i njihovi simptomi su (20):

- Panični poremećaj: karakteriziraju ga napadaj panike ili iznenadni osjećaji terora koji se događaju opetovano i bez upozorenja. Fizički simptomi uključuju bol u prsima, lupanje srca, otežano disanje, vrtoglavicu, nelagodu u trbuhu i strah od smrti (20).
- Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP): osobe s ovim poremećajem pate od ponavljajućih neželjenih misli (opsesije) ili rituala (prisile) koje osjećaju da ne mogu kontrolirati. Rituale, poput pranja ruku, brojanja, provjere ili čišćenja, često izvode u nadi da će spriječiti opsesivne misli ili ih natjerati da nestanu (20).
- Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) karakteriziraju trajni simptomi koji se javljaju nakon što osoba proživi traumatični događaj poput nasilja, zlostavljanja, prirodnih katastrofa ili neke druge prijetnje čovjekovom osjećaju preživljavanja ili sigurnosti. Uobičajeni simptomi uključuju noćne more, utruće osjećaja, depresiju, lakoću zaprepaštenja i osjećaj ljutnje, razdražljivost (20).
- Fobija: krajnji, onesposobljavajući i iracionalan strah od nečega što stvarno predstavlja malu ili nikakvu stvarnu opasnost; strah dovodi do izbjegavanja predmeta ili situacija i može dovesti do toga da ljudi ograniče svoj život. Uobičajene fobije uključuju agorafobiju (strah od vanjskog svijeta), socijalnu fobiju, strah od određenih životinja, vožnje automobila, visine, tunela ili mostova i sl. (20).
- Općeniti anksiozni poremećaj: kronična, pretjerana briga zbog svakodnevnih rutinskih životnih događaja i aktivnosti, koja traje najmanje šest mjeseci, gotovo uvijek predviđajući najgore iako je malo razloga za to očekivati. Popraćeni su tjelesnim simptomima poput umora, drhtanja, napetosti mišića, glavobolje ili mučnine (20).

Prema Mihaljević-Peješ (21), anksioznost i anksiozni poremećaji se u svojoj kliničkoj manifestaciji razlikuju kod starijih osoba pa je potrebno obratiti pažnju na sljedeće podatke (21):

- a) Socijalnu i medicinsku anamnezu što uključuje bračni status, visinu prihoda, živi li osoba sama ili s obitelji, kronične i druge bolesti, zloupotrebu alkohola, lijekova ili droge, oštećenja kognitivne funkcije, oštećenja vida ili sluha, nemogućnost održavanja osobne higijene i odijevanja, recentne stresne situacije poput smrti bliskih osoba i slično (21).
- b) Farmakološku terapiju koja može potaknuti anksioznost kao što je: levodop, amantadin, bromokriptin, ciklosporin, interferon, hormoni štitnjače, kofein, amfetamin i sl. (21).
- c) Čimbenike rizika anksioznosti u starijoj populaciji: osobe ženskog spola, niži stupanj obrazovanja, siromaštvo, smrt supružnika, razvod, kronične bolesti i traume (21).
- d) Psihološke čimbenike: neuroticizam, slabe socijalne vještine, druge psihičke bolesti, kognitivna oštećenja, prethodni teži psihički poremećaji (21).

Kada je riječ o liječenju anksioznih poremećaja, ne liječe se svi ovi poremećaji kada su simptomi blagi te kada ne dolaze s povezanim osjećajem oštećenja socijalne i profesionalne funkcije. Anksiozni poremećaji se najčešće mogu liječiti ambulantno, a indikacije za hospitalizaciju uključuju suicidalnost te izostanak učinka na standardni tretman liječenja. Standardni tretman liječenja anksioznosti uključuje nefarmakološko i farmakološko liječenje.

Mihaljević-Pleše (21) navodi kako se nefarmakološki tretman starijih osoba s mentalnim poteškoćama provodi upotrebom različitih tehnika i metoda poput toga da se osobama strukturiraju svakodnevne aktivnosti i na taj način utječe na ublažavanje simptoma anksioznosti, da se uvede redovita tjelovježba, redoviti san te da se omogući bihevioralna terapija, opuštanje, kognitivno bihevioralna terapija koja je usmjerena na rješavanje nekih specifičnih životnih problema, tehnika usklađivanja doživljaja uma i osjećaja tijela, različite druge vrste terapija poput joge, plesa, glazbe, vježbi socijalnih aktivnosti, kognitivna rehabilitacija i drugo (21).

U slučaju da nefarmakološko liječenje ne pokaže zadovoljavajuće rezultate, anksioznost se u starijih osoba liječi farmakološkom terapijom koja uključuje antidepresive i benzodiazepine, ali treba imati na umu kako se ova vrsta terapije treba provoditi kratko vrijeme i u što manjim dozama (21).

3.1.3. Depresija

Depresija je bolest koja se svrstava u kategoriju poremećaja raspoloženja, a može se manifestirati kroz tugu koju osoba osjeća duže vrijeme ili na način da osoba ne može uživati u stvarima u kojima je ranije uživala te kroz duševnu bol. Depresija se negativno odražava na obavljanje uobičajenih svakodnevnih aktivnosti, a ponekad se može negativno odraziti i na obiteljske odnose, kao i na odnose s prijateljima i kolegama te na produktivnost na radnom mjestu. Za postavljanje dijagnoze depresije potrebno je da osoba osjeća simptome depresije u trajanju od najmanje dva tjedna (22).

Depresija se često javlja u starijih odraslih ljudi, no treba znati kako depresija nije uobičajen i normalan način starenja. Tako smrt voljenih osoba, odlazak u mirovinu ili ozbiljna bolest mogu prouzročiti osjećaje tuge i anksioznosti te potaknuti razvoj depresije. Američki nacionalni institut starenja naglašava kako depresiju kod starijih osoba može biti teško prepoznati jer mogu pokazivati drugačije simptome od mlađih ljudi. Nekim starijim osobama tuga nije primarni simptom depresije već mogu imati druge, manje očite simptome depresije ili možda nisu spremni razgovarati o svojim osjećajima pa je manje vjerojatno da će liječnici prepoznati da njihov pacijent ima depresiju (23).

Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje, 5. izdanje (DSM-5), definira depresiju kao višestruko određeno mentalno zdravstveno stanje koje karakterizira niz od četiri ili više sljedećih simptoma: promjene raspoloženja, apetita, spavanja, anhedonija, letargija, osjećaj krivnje i nisko samopoštovanje, poteškoće u koncentraciji, uznemirenost i samoubilačke ideje. Za dijagnozu depresije od pojedinca treba razmotriti razdoblje od dva tjedna, s prikazom najmanje četiri navedena simptoma, uključujući depresivno raspoloženje ili gubitak interesa ili užitka. Promjene raspoloženja i anhedonija su glavni simptomi i barem bi jedan trebao biti prisutan za konačnu dijagnozu (24).

Mimica i Kušan Jukić (25) određuju čimbenike rizika u osoba starije dobi upotrebom biopsihosocijalnog modela koji uključuje biološke i socijalne čimbenike te psihološke rizike. Biološki čimbenici koje navode autori su genetski čimbenici, kao što je normalan gen prijenosnik serotonina, ženski spol, gubitak neurona i narušena neurotransmisija, promjene u endokrinološkom sustavu, kao što je povišena razina kortizola kroz određeni period, cerebrovaskularne bolesti, tjelesne bolesti poput kardiovaskularnih bolesti te drugi mentalni poremećaji, kao što je tjeskoba, dok su socijalni čimbenici stresne životne situacije poput gubitka voljenih osoba ili odlazak u mirovanje, usamljenost, stres, društveni i ekonomski status.

Psihološki rizici koje navode autori su crte ličnosti koje se odražavaju kroz ambivalenciju, nemoć, pasivnu ovisnost, nisko samopoštovanje, osjećaj napuštenosti i slično (25).

Osim različitih simptoma, razlikuju se i različiti oblici depresije. Unipolarna depresija je najčešći oblik depresije i obično nastaje u bolesnika koji ranije nisu pokazivali simptome povišenog, nesuzdržanog ili razdražljivog raspoloženja, odnosno manije ili simptome povišenog ili razdražljivog raspoloženja u abnormalnom opsegu za pogođenu osobu, a traje najmanje četiri dana za redom koje se naziva hipomanija. Dijagnoza depresije se u ovom slučaju može potvrditi tek kada se depresivna epizoda ponovi dva ili više puta (26). Bipolarna depresija je depresivna faza koja se veže uz afektivni poremećaj. U praksi je teško razlikovati bipolarnu od unipolarne depresije jer imaju sličnu kliničku sliku. Psihotičnu depresiju karakteriziraju sumanute ideje i halucinacije, kao i osjećaj krivnje, grijeha ili kazne (27). Sekundarna depresija se javlja kod osoba koje boluju od drugih bolesti poput endokrinoloških ili neuroloških, ili kod osoba koje uzimaju određene vrste lijekova kao npr. kortikosteroide, digitalis i slično. Kod sekundarne depresije je potrebno najprije liječiti primarnu bolest (26).

Depresija se kod starijih osoba manifestira na različite načine. Jones (28) navodi kako se depresija u starijih može manifestirati kao:

- Povlačenje koje može biti začarani krug kada je riječ o depresiji. Nedostatak interesa može biti simptom depresije i dovesti do toga da ljudi prestanu socijalno kontaktirati. Izolacija može biti uzrok depresije pa tako depresija može pogoršati ovaj mehanizam razmjene informacija (28).
- Zamišljeni i stvarni fizički simptomi. Fizički simptomi, uključujući poteškoće sa spavanjem i neobjašnjiv gubitak kilograma mogu ukazivati na depresiju, a vjerojatnije je da će biti prisutni u osoba starije životne dobi. Neke starije osobe s depresijom također mogu vjerovati u fizičke simptome bolesti koje nemaju (28).
- Misli o smrti i samoubojstvu su često simptomi depresije, a kod starijih osoba su i vjerojatni pokazatelj depresije. Misli o samoubojstvu su znak depresije na koji treba odmah reagirati. I misli o smrti su simptomi depresije, a smatraju se manje opasnim od misli o samoubojstvu jer je smrt prirodni dio života (samoubojstvo to nije) pa je za starije ljude razumljivo da razmišljaju o smrti. Takve misli postaju simptom depresije kad postanu opsesivne (28).

Kako bi se utvrdilo pati li starija osoba od depresije, potrebno je ispitati je li se osoba koja je nedavno izgubila blisku osobu ili se suočila s dijagnozom teže bolesti nedavno susrela i s nekim

od simptoma koji ukazuju na depresiju, npr. mislima o samoubojstvu, psihomotornim problemima, naglim promjenama raspoloženja, izraženim funkcionalnim oštećenjem koje traje duže od 2 mjeseca nakon gubitka ili dijagnoze. Također, procjenu ove bolesti treba obavezno učiniti ako se u razdoblju od 3 do 6 mjeseci nakon gubitka ili dijagnoze osoba socijalno izolira, žali se na teškoće u pamćenju ili se susrela s tjelesnom bolešću, trajnim poteškoćama sa spavanjem, značajnom somatskom zabrinutošću ili nedavnim nastupom anksioznosti, ako odbija jesti ili zanemaruje osobnu njegu, ponavljajuće je ili produljeno hospitalizirana te ako ima dijagnozu demencije, Parkinsonove bolesti, moždanog udara ili je nedavno smještena u dom za starije i nemoćne osobe ili drugu ustanovu za pružanje dugotrajne njege (29).

Ljestvica gerijatrijske depresije (GDS) je dobro provjereni alat za utvrđivanje depresije u starijih osoba, a nalazi se u dva uobičajena formata: ljestvica samoprocjene s 30 stavki (dugi oblik) i ljestvica samoprocjene s 15 stavki (kratki oblik). Dugi oblik koristi graničnu vrijednost od 11 točaka, a kratki oblik graničnu vrijednost od 7 točaka (30). No, iako istraživanja sugeriraju kako je GDS pouzdan alat za otkrivanje depresije kod starijih osoba s minimalnim kognitivnim oštećenjima, njegova pouzdanost opada s povećanjem kognitivnog oštećenja (31). Ako osoba boluje od demencije ili drugog oblika značajne kognitivne nepravilnosti, tada je Cornellova skala za depresiju kod demencije (CSDD) zlatni standard. CSDD se oslanja na razgovor s članom obitelji ili njegovateljem, kao i s pacijentom, i odobren je za uporabu kod nedementnih i dementnih depresivnih starijih osoba (32).

Pri dijagnosticiranju depresije u starijih osoba moraju biti zadovoljeni kriteriji depresivnog poremećaja navedeni u DSM-5. Ipak, treba znati kako su u osoba starije životne dobi manje depresivne epizode česte (traju 2 tjedna ili dulje s manje od pet simptoma depresije) i često su povezane s istim negativnim učincima kao i dijagnoza depresije.

Liječenje depresije u starijih osoba uključuje lijekove, psihoterapiju ili savjetovanje, elektrokonvulzivnu terapiju i druge novije oblike stimulacije mozga (poput ponavljane transkranijalne magnetske stimulacije ili rTMS). Ponekad se može koristiti kombinacija ovih tretmana, a na koji način će se liječiti ova bolest ovisi o težini simptoma depresije, ranijem liječenju i općem zdravlju pacijenta (33).

Istraživanja su otkrila da, iako antidepresivi mogu biti korisni kod starijih osoba, ne moraju uvijek biti učinkoviti kao kod mlađih pacijenata. Također, mora se pažljivo razmotriti rizik od nuspojava ili potencijalnih reakcija s drugim lijekovima. Primjerice, neki ranije korišteni antidepresivi, poput amitriptilina i imipramina, mogu sedirati, izazvati zbunjenost ili nagli pad

krvnog tlaka kad osoba ustane što može dovesti do padova i prijeloma. Lijekovi koji se mogu koristiti u liječenju depresije u osoba starije životne dobi su (33):

- selektivni inhibitori ponovnog uzimanja serotonina (SSRI) poput citaloprama (Celexa), escitaloprama (Lexapro), fluoksetina (Prozac), paroksetina (Paxil) i sertralina (Zoloft),
- inhibitori ponovnog preuzimanja serotonina i norepinefrina (SNRI) poput desvenlafaksina (Pristiq), duloksetina (Cymbalta) i venlafaksina (Effexor),
- serotoninški modulatori i stimulatori (SMS), uključujući vilazodon (Ciiibryd) i vortiooksetin (Trintellix),
- atipični antidepresivi poput bupropiona (Aplenzin, Wellbutrin), mirtazapina (Remeron) i trazodona (Oleptro ER),
- inhibitori monaminoooksidaze (MAOI), poput izokarboksazida (Marplan), fanelzina (Nardil), selegilina (Eldepryl, Emsam, Zelapar) i tranilcipromina (Parnate) (33).

Antidepresivima može trebati više vremena da počnu djelovati u starijih nego u mlađih osoba. Budući da su starije osobe osjetljive na lijekove, liječnici u početku mogu propisati niže doze. Općenito, duljina liječenja depresije u starijih odraslih osoba duža je nego u mlađih bolesnika (33).

Kada liječnik odabere antidepresiv kao tretman liječenja depresije u starijih osoba, početna doza bi trebala biti upola manja od propisane za mlađu odraslu osobu kako bi se nuspojave svele na najmanju moguću mjeru. Smatra se kako su povećane nuspojave od primjene antidepresiva u starijih osoba posljedica promjena metabolizma jetre koja dolazi sa starenjem, istodobnih medicinskih stanja i interakcija lijekova. U prošlosti je preporuka bila „početi s niskim i ići polako“, iako sada dokazi sugeriraju da možda neće biti potrebno tako sporo liječiti depresiju kod svih starijih osoba. Umjesto toga, cilj bi trebao biti redovito povećanje doze u intervalima od 1 do 2 tjedna kako bi se brže, a unutar mjesec dana, postigla prosječna terapijska doza (34).

Ako nakon 2 do 4 tjedna ne dođe do značajnog poboljšanja primjenom prosječne terapijske doze, potrebno je daljnje povećanje dok ne dođe do kliničkog poboljšanja, nepodnošljivih nuspojava ili dok se ne postigne maksimalna predložena doza. Stoga je važno zakazati redovite kontrolne preglede radi praćenja odgovora na liječenje, istodobno procjenjujući nuspojave i djelujući u skladu s tim. Također je važno pri svakom posjetu nadzirati bilo kakvo pogoršanje depresije, pojavu uznemirenosti ili anksioznosti, kao i rizik od samoubojstva, posebno u ranim fazama liječenja. Nema dokaza o porastu suicidalnih misli zbog upotrebe antidepresiva u starijih osoba (35).

Većina depresivnih ljudi smatra kako im može pomoći podrška obitelji ili prijatelja, sudjelovanje u grupama za samopomoć i podršku te psihoterapija. Psihoterapija je posebno korisna za one koji su prošli kroz velike životne stresove (poput gubitka prijatelja i obitelji, preseljenja iz kuće i zdravstvenih problema) ili koji radije ne uzimaju lijekova i imaju samo blage do umjerene simptome. Također je korisna za ljude koji ne mogu uzimati lijekove zbog nuspojava, interakcije s drugim lijekovima ili drugih bolesti. Psihoterapija kod starijih odraslih osoba može biti usmjerena na širok spektar funkcionalnih i socijalnih posljedica depresije. Mnogi liječnici preporučuju psihoterapiju zajedno s antidepresivima (33).

Elektrokonvulzivna terapija (ECT) može imati važnu ulogu u liječenju depresije u starijih odraslih osoba. Kada stariji ljudi ne mogu uzimati antidepresive zbog nuspojava ili interakcije s drugim lijekovima, kada je depresija vrlo teška i ometa osnovno svakodnevno funkcioniranje (poput prehrane, kupanja i njege) ili kada je rizik od samoubojstva posebno visok, ECT je često sigurna i učinkovita opcija liječenja (33).

Stigma vezana uz mentalne bolesti i psihijatrijsko liječenje još je snažnija među osobama starije životne dobi. Ova stigma može spriječiti starije ljude da priznaju da su depresivni, čak i sebi. Stariji ljudi i njihove obitelji ponekad također mogu pogrešno prepoznati simptome depresije kao „normalne“ reakcije na životne stresove, gubitke ili proces starenja. Također, depresija se može izraziti fizičkim tegobama, a ne uobičajenim simptomima. To odgađa odgovarajuće liječenje. Uz to, depresivni stariji ljudi možda neće izraziti svoju depresiju jer pogrešno vjeruju kako nema nade za pomoć. Starije odrasle osobe također ne žele uzimati lijekove zbog nuspojava ili troškova. Uz to, postojanje određenih drugih bolesti istovremeno s depresijom može ometati učinkovitost antidepresiva. Alkoholizam i zlouporaba drugih tvari mogu uzrokovati ili pogoršati depresiju i ometati učinkovito liječenje. Nesretni životni događaji, uključujući smrt obitelji ili prijatelja, siromaštvo i izolacija, isto tako mogu utjecati na motivaciju osobe da nastavi s liječenjem (33).

3.1.4. Bipolarni poremećaj

Bipolarni poremećaj (BP) je glavni afektivni poremećaj obilježen ponavljajućim/cikličnim epizodama manije/hipomanije i depresije, a kako je opisano u Dijagnostičkom i statističkom priručniku za mentalne poremećaje, 5. izdanje (7). Podtipovi BP uključuju bipolarni poremećaj I (BP-I) i bipolarni poremećaj KK (BP-II). Pacijenti s BP-I doživljavaju manične epizode i gotovo uvijek imaju velike depresivne i hipomanične epizode, dok BP-II obilježava barem jedna hipomanička epizoda, barem jedna velika depresivna epizoda i odsutnost maničnih

epizoda. Kako bi se zadovoljila klinička dijagnoza BP-a, abnormalne epizode raspoloženja trebale bi imati štetan učinak na socijalno i profesionalno funkcioniranje pojedinca. BP u kasnom životu ili gerijatrijski BP obično se odnosi na pacijente starije od 60 godina s BP-om (36). U oba spola zabilježeno je da se uzorak bipolarnih dijagnoza povećava tijekom godina do srednje dobi kada je najčešći (37).

Zbog fizioloških dobnih promjena, različite farmakodinamike i kinetike, kognitivnih oštećenja, komorbiditeta i upotrebe lijekova, dugotrajnog liječenja stabilizatorima raspoloženja i njihovog potencijalnog negativnog učinka, stariji pacijenti mogu imati različite kliničke karakteristike i odgovor na liječenje od mlađe bipolarne populacije. BP je u starijoj životnoj dobi povezan s više medicinskih popratnih bolesti, među kojima se ističu dijabetes mellitus tip II, respiratorna i kardiovaskularna stanja te druge endokrine abnormalnosti (38). Karakteristike životnog stila kao što su pušenje, prehrana, zloupotreba supstanci i metaboličke abnormalnosti povezane s upotrebom psihotropnih droga pridonose medicinskim komplikacijama i lošim prognozama (39).

Prevalencija gerijatrijskog bipolarnog poremećaja varira ovisno o okruženju. Pojava maničnih simptoma u starijih odraslih osoba trebala bi potaknuti kliničare da razmotre druge dijagnoze, uključujući maniju izazvanu lijekovima. Maniju karakterizira abnormalno povišeno, ekspanzivno ili razdražljivo raspoloženje koje traje najmanje 1 tjedan. Ako su simptomi dovoljno ozbiljni da zahtijevaju hospitalizaciju, ovaj uvjet trajanja ne mora biti zadovoljen za postavljanje dijagnoze. Sljedeći uobičajeni simptom manične epizode je smanjena potreba za snom. Ovo je važno za razlikovanje od nesanice kada osoba želi spavati, ali ne može (40).

BP se javlja u nekoliko faza. Depresivna faza bipolarnog poremećaja ima iste simptome kao i glavna depresivna epizoda: manjak energije, gubitak interesa za neke aktivnosti, osjećaj krivnje ili bezvrijednosti, poremećaj spavanja što uključuje nesanicu ili previše sna, tuga, promjena apetita i depresivno raspoloženje. Nema razlike u simptomima između pacijenta koji ima veliku depresivnu epizodu od onoga koji je razvio bipolarni poremećaj. Jedina razlika je povijest manije. Čini se da je samoubilačko ponašanje češće među osobama s bipolarnim poremećajem. Procjenjuje se da će od 20% do 60% osoba s bipolarnim poremećajem pokušati samoubojstvo barem jednom u životu, a od 4% do 19% osoba s bipolarnim poremećajem će život završiti samoubojstvom, što ukazuje na to kako je rizik od samoubojstva kod osoba s bipolarnim poremećajem i do 30 puta veći nego u općoj populaciji (41).

Faza održavanja je vrijeme između manične i depresivne faze. Pacijenti su u ovoj fazi eutični i asimptomatski. Više od 90% osoba koje imaju maničnu epizodu imat će buduću maničnu ili depresivnu epizodu pa je liječenje u ovoj fazi presudno jer pacijenti s bipolarnim poremećajem često zahtijevaju dugotrajno liječenje i praćenje kako bi se spriječile daljnje epizode. Čak i uz adekvatan medicinski tretman, od 19% do 25% pacijenata će imati ponovljenu ili maniju ili depresiju unutar godinu dana. Međutim, to je bolje od procjene recidiva od 23% do 40% u jednoj godini za neliječene bolesnike (42).

Upravljanje BP-om u starijih osoba može biti teško zbog različitih komorbiditeta. U diferencijalnoj dijagnozi mora se pažljivo razmotriti pojava medicinskog komorbiditeta. Uz to, postoji rizik od istodobnog morbiditeta s nekim oblicima demencije, posebno s frontotemporalnom demencijom (FTD) i Alzheimerovom bolešću. Na takozvanu sekundarnu maniju može se sumnjati u pacijenata koji nemaju povijest poremećaja raspoloženja i može biti povezana sa sistemskim infekcijama poput gripe ili druge medicinske etiologije. Ova pitanja snažno podržavaju potrebu strogog medicinskog i neurološkog pregleda, posebno za pacijente koji se prvi put liječe (42).

U liječenju BP-a treba se uzeti u obzir učinkovitost farmakoloških sredstava tijekom različitih faza bolesti, uključujući razdoblje eutemije, u kojima se mogu primijeniti strategije prevencije recidiva. Poželjno je da liječenju prethodi detaljna klinička procjena, u kojoj stručnjak za mentalno zdravlje može formulirati sindromsku dijagnozu i utvrditi rizične situacije, poput samoubilačkih misli i agresivnog ponašanja. Kada se utvrdi rizik, treba izraditi plan liječenja, primjerice hospitalizacijom ili liječenjem u dnevnoj bolnici te pratiti pacijenta tijekom cijelog procesa liječenja. Nakon toga se može izvršiti procjena znakova i simptoma i koristiti ljestvice ocjena za kvantificiranje ozbiljnosti bolesti akutne epizode te se savjetuje provjera odgovora na liječenje. Treba provesti liječnički pregled radi utvrđivanja popratnih bolesti i dijagnoza. Poremećaji ponašanja mogu nalagati trenutnu primjenu farmakoloških sredstava, čak i prije nego što se može poduzeti sveobuhvatna psihijatrijska procjena, kako bi se osigurala sigurnost pacijenta (42).

Starije osobe s BP-om su posebno osjetljive na štetne farmakoterapijske učinke kao rezultat njihovih višestrukih kroničnih bolesti, upotrebe više istovremenih lijekova te farmakokinetičkih i farmakodinamičkih promjena koje prate starenje. Neželjene reakcije na lijekove se povećavaju s dobi, a vežu se uz dob, spol, genetiku, raspored uzimanja lijekova, tjelesni habitus i farmakokinetičke interakcije lijekova. Litij, antikonvulzivi, atipični antipsihotici, antidepresivi i elektrokonvulzivna terapija uvriježeni su postupci liječenja bolesnika starije dobi s BP-om.

Liječenje BP-a u starijih osoba sugerira korisnu ulogu litija i novog antikonvulzivnog lamotrigina, kao i atipičnih antipsihotika kvetiapina, olanapina i aripiprazola (43).

Iz svega navedenog se može zaključiti kako u liječenju BP-a u gerijatrijskih bipolarnih bolesnika psihološke terapije daju obećavajuće rezultate, ali još uvijek nisu dovoljno znanstveno proučene.

3.2 DELIRJ I DEMENCIJA

3.2.1. Delirij

Delirij je akutni poremećaj pažnje (smanjena sposobnost usmjerenja, fokusiranja, održavanja i preusmjerenja pažnje) i svijesti (smanjena orijentacija na okoliš) koji se relativno često opaža kod starijih osoba (tj. onih starijih od 65 godina). Poremećaj se obično razvija tijekom kratkog vremenskog razdoblja (od nekoliko sati do nekoliko dana) i ima tendenciju fluktuacije ozbiljnosti tijekom dana. Može se pojaviti i dodatni poremećaj u kogniciji (npr. deficit memorije, dezorijentacija, jezik, vizualno-prostorna sposobnost ili percepcija). Mogu postojati i poremećaji u psihomotornom ponašanju, osjećajima i ciklusu spavanja i budnosti (7).

Delirij karakteriziraju globalni ili višestruki nedostaci u kogniciji, uključujući oštećenje pamćenja i dezorijentaciju. Ustvari, zbog ove nepažnje, registracija novih informacija može biti narušena, što utječe na pamćenje i orijentacijske funkcije (44). U prvom slučaju je najčešće pogođeno kratkoročno pamćenje, ali i pronalazak pohranjenih podataka može biti poremećen. Dezorijentacija je obično česta, prvo u odnosu na vrijeme, a zatim i na mjesto. Funkcije mišljenja i govora preklapaju se i ne mogu se međusobno lako odvojiti, ali očito se razlikuju. Oboje mogu biti oštećeni delirijem (45).

Jezične poteškoće i osiromašenje jezika kod bolesnika s delirijem vjerojatno su više povezani s poremećajem uzbuđenja i razine pažnje, nego s određenim uzrokom, ili ipak mogu otkriti promjenu misaonog procesa. U težim slučajevima globalnog oštećenja, iskrena konfabulacija može dominirati ostavljajući malo mogućnosti za procjenu jezika, pamćenja i sadržaja misli. Često su jezik i govor, uključujući čitanje, manje pogođeni od pisanja, posebno u blažoj ili ranoj fazi. Dostupno je malo specifičnih zapažanja o jezičnim smetnjama utvrđenim tijekom delirija. Upad riječi se dijelom objašnjava ustrajnošću. Pacijent ponavlja prethodno izgovorenu riječ, a ne očekivanu riječ koju ne može pronaći ili izgovoriti. Nepovezana pogrešna uporaba riječi koja se po značenju razlikuje od tražene riječi i nema odnos primjeren kontekstu, razlikuje delirij od parafazije (46).

Poremećaji percepcije se također opisuju kod osoba starije životne dobi s delirijem, a mogu uključivati iluzije i pogrešna tumačenja koja proizlaze iz pogrešnog dojma stvarnog podražaja. Na primjer, pacijent može postati uznemiren i uplašen jer vjeruje kako je sjena u mračnoj sobi zapravo napadač. Poremećaj opažanja može uključivati halucinacije. Vizualne halucinacije se najčešće javljaju noću, a u nekim slučajevima se mogu pojaviti i danju čim pacijent zatvori oči. Sadržaj halucinacija obično je jednostavan, poput boja, linija ili oblika (46).

Poremećeno psihomotorno ponašanje je još jedna klinička značajka delirija, s neobično povećanom ili smanjenom motoričkom aktivnošću. U prvom slučaju, pacijenti mogu biti nemirni ili imati česte i nagle promjene raspoloženja. S druge strane, pacijenti također mogu pokazivati tromost ili letargiju približavajući se omami. U tih pacijenata mogu se primijetiti i emocionalni poremećaji poput anksioznosti, straha, razdražljivosti, bijesa, depresije i euforije. Na ove simptome često utječu čimbenici poput medicinskih ili kirurških stanja, osobina ličnosti, psihijatrijskih poremećaja ili nedavnih životnih događaja (7).

Lipowski (47) je prvi sugerirao da se delirij može javiti u tri klinička oblika: hiperaktivnom, hipoaktivnom i mješovitom, a na temelju psihomotornog ponašanja. U hiperaktivnom podtipu dolazi do povećane psihomotorne aktivnosti. Pacijenti pokazuju značajke kao što su hiper budnost, nemir, uznemirenost, agresivnost, labilnost raspoloženja, a u nekim slučajevima i halucinacije i zablude (47). Ponašanja su često ometajuća (npr. vikanje ili odupiranje) ili potencijalno štetna (npr. izvlačenje katetera) pa je zbog toga ovaj podtip najlakše identificirati. Suprotno tomu, hipoaktivni oblik karakterizira smanjena psihomotorna aktivnost, uz prisutnost letargije i pospanosti, apatije i zbunjenosti. Pacijenti postaju povučeni, polako odgovaraju na pitanja bez spontanosti. Ponekad se čini i da su pacijenti sedirani. Ovo je najčešći podtip delirija u starijih osoba. Međutim, zbog odsustva ometajućeg i štetnog ponašanja, kliničari mogu teže prepoznati ovu podvrstu delirija. U mješovitom deliriju pacijenti imaju simptome obje gore spomenute podvrste (48).

Delirij se aktivira kada je osjetljiva osoba izložena često višestrukim čimbenicima što uključuje infekciju, lijekove, bol i dehidraciju (49). Smatra se kako ovi čimbenici djeluju kumulativno pa što je veći broj tih čimbenika, veći je i rizik od delirija. Razvoj delirija zahtijeva teška akutna zdravstvena stanja poput sepse, no u osjetljivih bolesnika čak i prilično blagi podražaj može dovesti do delirija ili produžiti njegovo trajanje. Nadalje, patofiziološke promjene povezane s delirijem mogu pridonijeti već postojećoj cerebralnoj bolesti i ubrzati napredovanje neurodegenerativnih procesa (50). Čini se da je nekoliko patofizioloških stanja, uključujući infekciju, cerebralnu hipoperfuziju, oksidativni stres, disfunkciju mitohondrija,

hiperreaktivnost osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda i drugi, uključeno u genezu delirija i može pridonijeti njegovim dugoročnim posljedicama. Iako precizni mehanizmi još uvijek nisu potpuno razumljivi, postoje dokazi da poremećena interakcija između različitih neurotransmitera, uključujući acetilkolin, dopamin, noradrenalin, glutaman i gama-amino hidroksi-maslačnu kiselinu leži u osnovi simptoma delirija (51).

Delirij je uobičajeno kliničko stanje u starijih osoba, posebno u onih koji su hospitalizirani. Prevalencija delirija kod starijih osoba koje žive u zajednici je općenito niska (1% do 2%), ali raste s godinama i doseže 14% među osobama starijim od 85 godina. Prevalencija je 10-30% kod starijih osoba koje pomoć traže putem hitne službe, a delirij tada često ukazuje na medicinsku bolest. Prevalencija delirija je najveća među hospitaliziranim starijim osobama i varira ovisno o osobinama pojedinca, pruženoj njezi i osjetljivosti pacijenta, a kreće se od 14% do 24%, dok se procjene učestalosti delirija koji nastaje tijekom hospitalizacije kreće od 6% do 56% u općoj bolničkoj populaciji. Delirij se javlja u 15% do 53% starijih osoba postoperativno, u 70% do 87% onih na intenzivnoj njezi, u do 60% pojedinaca u domovima za starije i nemoćne osobe i na kraju u do 83% svih pojedinaca koji se nalaze na kraju svog života (52).

Posljedice delirija mogu biti kratkoročne, a tada zbunjenost u deliričnih osoba traje nekoliko sati pa do par dana. Neke delirične osobe su tihe i pospane, a druge su uznemirene i dezorijentirane, što može predstavljati poteškoće ne samo za pacijente već i za njihovu obitelji i druge osobe uključene u njihovu njegu. Ti pacijenti mogu imati ozbiljne poremećaje pažnje i percepcije, jezične smetnje, uznemirenost, promjene ciklusa spavanja i budnosti i značajne promjene motoričke aktivnostima kojima je teško upravljati. Delirij je u starijih odraslih osoba povezan s duljim boravkom u bolnici, većom upotrebom kontinuirane sedacije i fizičkim ograničenjima, kao i učestalim nenamjernim uklanjanjem katetera, samoekstubacijom, većim stopama komplikacija i povećanom smrtnošću (52).

Danas postoje i dokazi kako delirij može imati ozbiljne dugoročne posljedice na pacijente starije životne dobi. Delirij se i nakon remisije dovodi u vezu s povećanim rizikom od funkcionalnog propadanja, kognitivnom disfunkcijom i smještajem u ustanove za stare i nemoćne te s većom smrtnošću. Hospitalizirane osobe starije od 65 godina s delirijem imaju tri puta veći rizik od smještaja u dom za stare i nemoćne i otprilike tri puta veći funkcionalni pad u odnosu na hospitalizirane pacijente bez delirija, i pri otpustu i tri mjeseca nakon otpusta (53). Starije osobe koje žive u domovima za stare i nemoćne i drugim institucijama imaju visok rizik od delirija što povećava rizik od prijema u bolnicu, razvoja ili pogoršanja demencije i smrtnosti. Delirij je povezan s povećanim dugotrajnim morbiditetom, funkcionalnim padom, rizikom od

razvoja ili pogoršanja demencije i smrtnosti. Delirij je također povezan sa značajnim troškovima zdravstvene zaštite (53).

Prvi cilj liječenja delirija je rješavanje svih temeljnih uzroka delirija, na primjer prestankom uzimanja određenog lijeka, rješavanjem metaboličkih neravnoteža ili liječenjem infekcije. Tada se liječenje usredotočuje na stvaranje najboljeg okruženja za ozdravljenje tijela i smirivanje neuroloških uznemirenosti. Suportivna skrb ima za cilj spriječiti komplikacije koje se vežu uz dišne puteve, opskrbu hranom i vodom, poteškoće s kretanjem, liječenjem boli, rješavanjem inkontinencije, izbjegavanjem promjena u okolini i promjena njegovatelja kad je to moguće te poticati uključivanje članova obitelji ili drugih osoba bliskih pacijentu. Članovi obitelji, skrbnici i njegovatelji osobe s delirijem trebaju s liječnikom razgovarati o izbjegavanju ili smanjenju upotrebe lijekova koji mogu pokrenuti deliriji. Određeni lijekovi mogu biti potrebni za kontrolu boli koja uzrokuje delirij. Druge vrste lijekova mogu pomoći smiriti osobu koja ima ozbiljnu uznemirenost ili zbunjenost ili koja pogrešno tumači okoliš na način koji dovodi do teške paranoje, straha ili halucinacija. Ovi lijekovi mogu biti potrebni kako bi se kontrolirala određena ponašanja poput smanjenja rizika od ugroze sigurnosti pacijenta s delirijem ili drugih osoba, a obično se smanjuje doza ili se prekida njihova upotreba kad se delirij povuče (54).

3.2.2. Demencija

Demenciju karakterizira pad socijalnih sposobnosti. Ovu bolest najčešće karakterizira sporo napredovanje, a utječe na pamćenje, prosudbu, sposobnost obraćanja pažnje i učenje. Osoba koja boluje od demencije se može suočiti s propadanjem svoje osobnosti. Ova bolest najčešće pogađa ljude starije od 60 godina, ali je ne treba smatrati normalnim dijelom starenja. Starenje sa sobom nosi cerebralne promjene koje se najčešće odražavaju kroz gubitak kratkotrajne memorije i smanjenu sposobnost učenja, ali se ovo ne odražava na sposobnost funkcioniranja pojedinca. Staračka zaboravljivost, koja se naziva i benignom staračkom zaboravljivošću, ne ukazuje uvijek na demenciju ili ranu Alzheimerovu bolest. Demencija znači značajnije opadanje društvene sposobnosti, a razlika u odnosu na staračku zaboravljivost je u tome što ljudi koji normalno stare mogu zaboraviti detalje, dok dementne osobe zaboravljaju sve nedavne događaje (55).

Svjetska zdravstvena organizacija definira demenciju kao sindrom kod kojeg najčešće dolazi do pogoršanja sposobnosti pamćenja, ponašanja i obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Iako se demencija uglavnom javlja kod osoba starije životne dobi, ova bolest nije normalan dio starenja.

Širom svijeta oko 50 milijuna ljudi pati od demencije, a svake godine se dijagnosticira gotovo 10 milijuna novih slučajeva ove bolesti (56).

Demencija je danas u korelaciji s više od 50 bolesti koje je mogu uzrokovati: vaskularnom demencijom koju uzrokuju cerebrovaskularne bolesti zbog aterosklerotskih promjena na krvnim žilama mozga, različitim tvarima poput ugljičnog monoksida ili alkohola, neurološkim bolestima (Parkinsonova bolest, Huntingtonova bolest, Pickova bolest, Wilsonova bolest, Hallevorden-Spatzova bolest i druge), upalama u području središnjeg živčanog sustava, metaboličkim bolestima (oštećenja jetre, bubrega, nadbubrežne žlijezde, štitnjače), poremećajima s manjkom minerala i vitamina, bolestima koje je primarno uzrokuju (Parkinsonova, Wilsonova, cerebrovaskularna i druge), epilepsijom, multiplom sklerozom te od psihijatrijskih entiteta poremećaji raspoloženja.

U kliničkoj praksi se, prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti s pripadajućim šiframa, vrste demencije dijele na (57):

1. Alzheimerova demencija koja može imati rani ili kasni početak. Rani početak Alzheimerove bolesti se u pacijenta razvija prije 65. godine života, a njezina obilježja su brza detrioracija koju karakteriziraju višestruke smetnje viših kortikalnih funkcija. U ranoj Alzheimerovoj demenciji se javljaju afrazija, agrafija (nemogućnost pisanja), aleksija (nemogućnost čitanja) i apraksija. Kasni početak Alzheimerove bolesti je onaj nakon 65. godine života. Ovaj oblik Alzheimerove bolesti karakterizira spori razvoj te značajno oštećenje pamćenja (57).
2. Vaskularne demencije se od Alzheimerovih razlikuju po početku, kliničkim obilježjima i tijeku bolesti. Pacijenti koji pate od vaskularne demencije prethodno su se susreli s kratkotrajnim poremećajem svijesti, prolaznom parezom ili gubitkom vida. Vaskularne demencije se javljaju nakon akutnih cerebrovaskularnih bolesti ili nakon jednog jakog udara. Karakteriziraju ih poremećaji mišljenja i pamćenja, najčešće se javljaju u starijoj životnoj dobi, najčešće nakon moždanog udara koji je posljedica neke vaskularne ili cerebrovaskularne bolesti (57).
3. Demencija u Pickovoj bolesti. Pickova bolest je nakupljanje štetnih količina masti u organima kao što su pluća, jetra, slezena, koštana srži i mozak, a bolest uzrokuje nedostatak enzima sfinomijelinaze. Pickova bolest je nasljedna i ubraja se u metaboličke bolesti, a demencija se u ovoj bolesti razvija brzo te ju karakterizira zatupljenost obilježja frontalnog režnja, euforija, emocionalna tupost, neprimjereno društveno ponašanje, dezinhibicija, apatija ili nemir, uz oštećenje pamćenja što dolazi kasnije (58).

4. Demencija u Cruetzfeldt-Jacobovoj bolesti je progresivna demencija koju karakteriziraju značajne neurološke smetnje uslijed specifičnih neuropatoloških promjena koje vjerojatno uzrokuje prenosivi uzročnik prion. Ova bolest se javlja u srednjoj ili starijoj dobi i već u razdoblju od jedne do dvije godine dovodi do smrti. Ovaj oblik demencije prate neurološki simptomi poput spastične paralize ekstremiteta i tremor, rigiditet, koreiformni pokreti, nestabilnost u hodu, slabovidnost i druge motorne poteškoće (57).
5. Demencija u Huntingtonovoj bolesti je demencija koju karakteriziraju specifični pokreti tijela koji se nazivaju koreiformni pokretni. Ti su pokreti nepravilni i nesvrhsihodni, a mogu se javiti u mirovanju ili pokretu, dok se micanje mišića lica može pojaviti kao grimase. Ovo je nasljedna bolest, a javlja se između 30. i 50. godine života te dovodi do depresije, paranoje i halucinacija. Do demencije kod ove bolesti dolazi uslijed velike degeneracije mozga (57).
6. Demencija u Parkinsonovoj bolesti se razvija u sklopu ove bolesti. Kliničke manifestacije su slične demenciji u Alzheimerovoj ili vaskularnoj demenciji. Ova bolest je nasljedna i karakteriziraju je neurološke smetnje poput tremora koji se ne može kontrolirati, ukočenih mišića i usporenih pokreta uslijed gubitka dopaminergičnih neurona u dijelu mozga za kontrolu pokreta (57).

Dijagnoza se usmjerava na razlikovanje demencije od delirija i identifikaciju zahvaćenih moždanih područja te potencijalno reverzibilnih uzroka. Razlikovanje demencije i delirija je ključno (zato što je delirij obično reverzibilan ako se neposredno započne s liječenjem), ali može biti teško. Prvo se procjenjuje pažnja. Ako bolesnik ima oštećenje pažnje, najvjerojatnije se radi o deliriju, premda je pažnja oštećena i kod uznapredovale demencije. Druga obilježja koja pretpostavljaju delirij, a ne demenciju, određuju se kod uzimanja anamneze, fizikalnim pregledom i testiranjem na specifične uzroke (58).

Demencija se mora razlikovati od staračkog gubitka pamćenja; stariji imaju relativan gubitak u prisjećanju, osobito ako se uspoređuje s njihovom sposobnošću prisjećanja u mlađoj dobi. Ova promjena nije progresivna i ne utječe na svakodnevne funkcije. Ako se takvim osobama pruži dovoljno vremena da nauče nove informacije, njihova intelektualna sposobnost je dobra. Blago kognitivno oštećenje uključuje subjektivnu pritužbu o oslabljenom pamćenju; pamćenje je oštećeno u usporedbi s odgovarajućim dobnim kontrolama, ali nema oštećenja drugih kognitivnih područja i svakodnevnih funkcija. Čak do 50% bolesnika s blagim kognitivnim oštećenjem razvijaju demenciju unutar 3 godine (58).

Demencija se treba razlikovati od depresivne demencije; ovaj se kognitivni poremećaj povlači s liječenjem depresije. Stariji depresivni bolesnici mogu imati kognitivno propadanje, ali za razliku od bolesnika s demencijom, skloni su pretjerivanju o gubitku sposobnosti pamćenja i rijetko kad im se dogodi da zaborave važne sadašnje događaje ili stvari od osobne važnosti. Neurološkim pregledom pokazuje se uredan nalaz, osim što postoje znakovi psihomotornog usporenja. Kad se testiraju, bolesnici s depresijom se obično ne trude odgovarati, dok se oni s demencijom jako trude, ali obično netočno. Kad su istodobno prisutne depresija i demencija, liječenje depresije neće u potpunosti povratiti oštećenu kogniciju (58).

Najbolji test pretraživanja za demenciju je test kratkoročnog pamćenja (npr. zamjećivanje 3 predmeta kojih se moraju prisjetiti nakon 5 minuta); bolesnici s demencijom zaboravljaju jednostavne informacije unutar 3 do 5 minuta. Drugi test procjenjuje sposobnost imenovanja predmeta u nekim kategorijama (npr. popis životinja, biljaka ili dijelova namještaja). Bolesnici s demencijom se trude da imenuju nekoliko; oni koji nemaju demenciju lako imenuju mnoge (55).

Osim gubitka kratkoročnog pamćenja, dijagnoza demencije zahtijeva prisutnost najmanje jednog od sljedećih kognitivnih deficita: afazija, apraksija, agnozija ili oštećenje sposobnosti planiranja, organiziranja, uspostavljanja slijedom složenih radnji ili sposobnost apstraktnog razmišljanja (izvršna disfunkcija). Svaki kognitivni poremećaj mora značajno oštetiti funkciju i predstavljati značajan pad u odnosu na prethodnu sposobnost funkcioniranja. Također, deficit ne smije biti prisutan samo tijekom delirija (55).

Anamnezu i fizikalni pregled treba usmjeriti na znakove sistemskih poremećaja koji mogu ukazivati na delirij ili na lječive uzroke koji dovode do kognitivnog oštećenja (manjak vitamina B₁₂, uznapredovali stadij sifilisa, hipotireoza, depresija). Treba se provesti propisni pregled mentalnog stanja (vidi Okvir 206–1 na str. 1749). Ako delirij nije prisutan, bodovanje <24 bodova ukazuje na demenciju; prilagodbe radi edukacije poboljšavaju dijagnostičku točnost. Ako dijagnoza ostaje upitna, bolesnika se treba usmjeriti na neuropsihološko testiranje, koje može pomoći izdvojiti specifični deficit nastao radi demencije. Pretrage trebaju uključiti KKS, jetrene probe, TSH te razinu vitamina B₁₂. Ako kliničkim pregledom posumnjamo na specifični poremećaj, indicirani su i drugi testovi (npr. testiranje na HIV, serologija na sifilis). Rijetko je potrebna lumbalna punkcija, ali je treba razmotriti ako se posumnja na kronični neurosifilis. Drugi se testovi mogu koristiti kako bi se isključili uzroci delirija (55).

U prvom koraku dijagnostike demencije potrebno je napraviti CT ili MR snimku kako bi se dobio uvid u promjenu mentalnog statusa te kako bi se pomoću snimke mozga mogli uočiti reverzibilni anatomske poremećaji poput tumora mozga, hidrocefalusa ili subduralnog hematoma ili metabolički poremećaji kao što je Wilsonova bolest. U sklopu redovitih kontrola treba napraviti i EEG kako bi se na vrijeme uočile epizode koje ukazuju na gubitak pažnje ili čudno ponašanje. Funkcijski MR ili SPECT (engl. *single-photon emission computed tomography*) će dati informacije o perfuziji mozga i bit će pomoć u diferencijalnoj dijagnostici (58).

Većina vrsta demencije se ne može izliječiti, ali se može upravljati simptomima. Lijekovi koji se koriste za privremeno poboljšanje simptoma demencije su (59):

- Inhibitori holinesteraze. Ti lijekovi, uključujući donepezil, rivastigmin i galantamin, djeluju na povećanje razine kemijskog glasnika koji sudjeluje u pamćenju i prosuđivanju. Iako se primarno koriste za liječenje Alzheimerove bolesti, ovi lijekovi se mogu propisati i za druge demencije, uključujući vaskularnu demenciju i demenciju Parkinsonove bolesti. Nuspojave mogu uključivati mučninu, povraćanje i proljev. Ostale moguće nuspojave uključuju usporeni rad srca, nesvjesticu i poremećaje spavanja (59).
- Memantin djeluje tako da regulira aktivnost glutamata, drugog kemijskog glasnika koji sudjeluje u funkcijama mozga poput učenja i pamćenja. U nekim slučajevima se memantin propisuje s inhibitorima holinesteraze. Česta nuspojava memantina je vrtoglavica (59).
- Ostali lijekovi koje liječnik može propisati za liječenje drugih simptoma ili stanja, kao što su depresija, poremećaji spavanja, halucinacije, parkinsonizam ili uznemirenost (59).

Nekoliko simptoma demencije u početku se može liječiti primjenom pristupa bez lijekova kao što su (59):

- Radna terapija. Radni terapeut može pokazati kako učiniti dom sigurnijim i podučiti ponašanju u suočavanju. Svrha je spriječiti nezgode poput padova, upravljati ponašanjem i pripremiti pacijenta za napredovanje demencije (59).
- Modificiranje okoline. Smanjivanje nereda i buke može nekima s demencijom olakšati fokusiranje i funkcioniranje. Možda će biti potrebno sakriti predmete koji mogu ugroziti sigurnost, poput noževa i ključeva automobila. Sustavi za nadzor mogu upozoriti ako

osoba s demencijom luta. Pojednostavljivanje zadataka na lakše korake pomažu pacijentu da se usredotoči na uspjeh, a ne na neuspjeh. Struktura i rutina također pomažu smanjiti zbunjenost kod osoba s demencijom (59).

Demencija je česta među osobama starije životne dobi i iako je riječ o neizlječivoj bolesti, treba naglasiti kako tretmani i terapije mogu pomoći oboljeloj osobi u što dužem boravku u krugu obitelji. Također, radna terapija ili modificiranje okoline može pomoći i obitelji oboljele starije osobe u što boljem suočavanju s demencijom i njezinim posljedicama, kao i u osiguravanju najveće moguće kvalitete života za oboljelu osobu.

3.3. PREVENCIJA I SKRB

3.3.1. Uloga medicinske sestre

Gerijatrijske medicinske sestre educirane su da razumiju i liječe često složene potrebe tjelesnog i mentalnog zdravlja starijih ljudi. Pokušavaju pomoći svojim pacijentima u zaštiti zdravlja i nositi se s promjenama njihovih mentalnih i fizičkih sposobnosti, tako da stariji ljudi mogu ostati neovisni i aktivni što je duže moguće. Kad radi s pacijentima, gerijatrijska medicinska sestra će:

- procijeniti mentalni status i kognitivne sposobnosti pacijenta,
- razumjeti akutne i kronične zdravstvene probleme pacijenta,
- razgovarati o uobičajenim zdravstvenim problemima kao što su padovi, inkontinencija, promjena načina spavanja,
- organizirati lijekove,
- educirati pacijenta o osobnoj sigurnosti i prevenciji bolesti,
- objasniti i preporučiti prilagodbe pacijentovog režima liječenja kako bi se osiguralo njegovo poštivanje,
- povezati pacijenta s lokalnim resursima po potrebi.

Mnogi stariji ljudi imaju zdravstvena stanja koja ne zahtijevaju hospitalizaciju, ali se moraju liječiti lijekovima, promjenama prehrane, upotrebom posebne opreme (poput mjerača šećera u krvi ili hodalice), svakodnevnim vježbama ili drugim prilagodbama. Gerijatrijske medicinske sestre pomažu u dizajniranju i objašnjavanju ovih zdravstvenih režima pacijentima i njihovim obiteljima. Često funkcioniraju kao „voditelji slučajeva“, povezujući obitelji s resursima zajednice kako bi im pomogli u skrbi o starijim članovima (60).

Sestre za mentalno zdravlje čine jednu od temeljnih profesionalnih skupina uključenih u liječenje i podršku starijih psihijatrijskih pacijenata i njihovih njegovatelja. U svakodnevnom radu upoznaju njegovatelje pacijenata s teškim mentalnim bolestima. Međutim, sestrinske intervencije za rješavanje osnovnih potreba njegovatelja mogu se smatrati još uvijek u povojima. Uključuju informacije o bolesti i liječenju; osposobljavanje za suočavanje s bolešću i njezinim implikacijama na obitelj i podršku za sebe. Za razvoj sestrinske intervencije koja odgovara složenoj prirodi potreba pacijenta i njegovatelja, važno je identificirati i uputiti se na postojeće sestrinske dijagnoze. Sestre za mentalno zdravlje pomažu u promicanju i potpori oporavka osobe i omogućavaju joj da više sudjeluje i kontrolira svoje stanje. Zadatak im je podržavati ljude s mentalnim zdravstvenim problemima, od anksioznosti i depresije do poremećaja osobnosti i poremećaja prehrane ili ovisnosti o drogama ili alkoholu (61).

Medicinske sestre za mentalno zdravlje rade kao dio tima stručnog i medicinskog osoblja koji uključuje liječnike, socijalne radnike, terapeute i psihijatre. Rade u raznim okruženjima, uključujući bolnice i domove za stare i nemoćne. Mogu se specijalizirati za rad s određenom skupinom, na primjer s osobama starije životne dobi. Tipične dužnosti medicinske sestre za mentalno zdravlje uključuju (62):

- procjenu i planiranje zahtjeva za njegu,
- organizaciju dnevnih aktivnosti pacijenta,
- posjet pacijentima kod kuće,
- izgradnju odnosa s pacijentima, uvjeravanje te slušanje i razgovor s pacijentima,
- suzbijanje stigme i pomoć pacijentima i njihovim obiteljima u upravljanju bolešću,
- davanje lijekova,
- dogovaranje i preispitivanje planova skrbi i praćenje napretka,
- davanje savjeta i organiziranje podrške za pacijente, rodbinu i njegovatelje,
- povezivanje s liječnicima, socijalnim radnicima i drugim stručnjacima,
- procjena uspješnosti liječenja na konferencijama i sastancima,
- pisanje i ažuriranje kartona pacijenta,
- poticanje pacijenta da sudjeluje u terapijskim aktivnostima poput umjetnosti ili radne terapije (62).

Na početku procesa koji obilježava sestrinsku njegu, zadaća medicinske sestre je utvrditi potrebe pacijenta za sestrinskom skrbi. U tu svrhu medicinska sestra prikuplja podatke koje

potom analizira kako bi definirala probleme pacijenta i postavila sestrinske dijagnoze. Postavljanju sestrinske dijagnoze prethodi procjena općeg stanja pacijenta, koja se vrši prema prikupljenim podacima o tjelesnom i mentalnom zdravlju pacijenta i utjecajima okoliša pacijenta na njegovo zdravstveno stanje. Kako bi procijenila opće stanje pacijenta, medicinska sestra će informacije prikupiti od pacijenta i to su primarni podaci, te od članova obitelji i drugih bliskih osoba kao i drugih zdravstvenih djelatnika koji skrbe za pacijenta i tada je riječ o sekundarnim podacima. Na temelju primarnih i sekundarnih podataka koje analizira, medicinska sestra će postaviti sestrinske dijagnoze (63). Sestrinska dijagnoza se odnosi na zdravstvene poteškoće pacijenta i rezultat je analize podataka koje je medicinska sestra prikupila o općem stanju pacijenta. Sestrinska dijagnoza se razlikuje od medicinske dijagnoze, sestrinskih intervencija i terapijskih postupaka (64).

Na temelju sestrinskih dijagnoza medicinske sestre pružaju sestrinske intervencije. To su specifične aktivnosti koje medicinske sestre provode kako bi pacijentima ublažile simptome bolesti ili kako bi pomogle u rješavanju njihovog zdravstvenog problema. Ove intervencije zahtijevaju znanje, holistički i individualni pristup koji moraju biti u skladu s donesenim planom skrbi, zatim trebaju biti realne, moguće i logično raspoređene, kako bi se ostvarili ciljevi sestrinske njege i kako ne bi došlo do negativnih učinaka. Zadnja faza procesa sestrinske skrbi je evaluacija. U ovoj fazi se stanje pacijenta uspoređuje s planiranim stanjem i ranije određenim ciljevima pružanja sestrinske skrbi. Evaluacija je važna zbog daljnjeg tijeka liječenja pacijenta i pružanja sestrinske skrbi, ali i zato što se na ovaj način prati koliko su promjene u općem zdravstvenom stanju pacijenta usklađene sa željenim ciljevima. Evaluacija sestrinske skrbi obuhvaća evaluaciju ciljeva i evaluaciju plana sestrinske skrbi (63).

Medicinske sestre starijim osobama koje boluju od mentalnih bolesti sestrinsku skrb i pomoć mogu pružati u bolnicama, njihovim domovima ili u ustanovama u kojima te osobe trajno borave, kao što su domovi za stare i nemoćne. U sklopu pružanja sestrinske skrbi u bolnicama, medicinske sestre žele ostvariti ciljeve osiguranja sigurne okoline za pacijenta te pružanje zdravstvene njege kako bi se poboljšalo opće stanje pacijenta. Za razliku od pružanja skrbi u bolnici, kada medicinska sestra pruža sestrinsku njegu pacijentu u njegovom domu, njezin je cilj tom pacijentu pružiti socijalnu i emocionalnu podršku i na taj način unaprijediti kvalitetu njegovog života. Cilj medicinske sestre je potaknuti pacijenta starije životne dobi na veću samostalnost u obavljanju svakodnevnih aktivnosti, kao i samozbrinjavanje upotrebom očuvanih sposobnosti te pružanjem kontinuirane i integrirane njege, kako bi se spriječile

komplikacije kroničnih i drugih bolesti i očuvala se kvaliteta života kroz adekvatnu zdravstvenu njegu, osobito onu koja se pacijentima starije životne dobi pruža po otpustu iz bolnice ili u konačnoj fazi njihova života (66). Kada pružaju skrb u ustanovama, poput domova za starije i nemoćne osobe, medicinske sestre imaju zadaću spriječiti komplikacije bolesti, umanjiti bol pacijenta te osigurati zadovoljavajući nutritivni unos. Uz to, cilj je u pacijenata što je duže moguće održati samostalnost i aktivnost, poticati zdrav način života i voditi brigu o dostojanstvu i zadovoljstvu pacijenta i njegove obitelji te pružiti potporu i psihološku pomoć te poticati kompetencije koje znače održavanje kvalitete života i priznatog mjesta u društvu i zajednici (66).

Iz navedenog se može zaključiti kako je uloga medicinske sestre u liječenju starijih osoba s mentalnim bolestima pružanje njege i podrške liječenju prema napatku liječnika. Nakon što medicinska sestra procijeni pacijenta, radit će na izradi plana skrbi koji odgovara potrebama pacijenta. Uz to, medicinske sestre ovim pacijentima mogu pružati i savjetovanja i procjene njihovog mentalnog zdravlja. Mentalne bolesti mogu za obitelj oboljelog predstavljati veliki problem i opterećenje te ostaviti mnoga pitanja bez odgovora. Medicinske sestre često su jedina veza između liječnika i obitelji pacijenta. Ova uloga zahtijeva od medicinske sestre da obitelji objasni složena stanja mentalnog zdravlja pacijenta, kao i da pregleda pacijentov plan liječenja za oporavak ili upravljanje stanjem mentalne bolesti.

3.3.2. Uloga obitelji

Mentalna bolest starijeg člana obitelji je relativno česta pojava uslijed gubitka funkcionalnih i kognitivnih sposobnosti tijekom procesa starenja i razvoja mentalnih poteškoća. Normalno starenje trebalo bi se odvijati bez bolesti, no mnogi čimbenici poput načina života, nasljeđa i okoline utječu na zdravlje pojedinca. Ukoliko dođe do razvoja mentalnih bolesti, potrebno je oboljelom starijem članu obitelji omogućiti adekvatnu skrb i podršku, osobito od strane obitelji.

Obitelji osoba starije životne dobi mogu biti neprocjenjiv izvor podrške u upravljanju mentalnim poremećajima. Članovi obitelji najčešće prvi prepoznaju promjene u ponašanju koje prate mentalne poremećaje i mogu pomoći oboljeloj osobi u uspostavljanju kontakta s liječnicima i drugim stručnim osobljem. Također, obitelji osoba oboljelih od mentalnih bolesti često same upravljaju njegom osobe oboljele od mentalne bolesti. Kako bi bili uspješni u ovoj zadaći, članovi obitelji trebaju edukaciju i savjetovanje o tome kako se suočiti sa simptomima kao što su halucinacije, anksioznost ili suicidalne misli starijeg člana obitelji. Nova znanja i

vještine članovima obitelji koji skrbe za starijeg člana obitelji koji je obolio od mentalne bolesti potrebna su i u vezi s održavanjem zdravog načina života, prilagodbe stambenog prostora potrebama pacijenta, održavanja zdravih prehrambenih navika i svakodnevnih aktivnosti, ali i vještine koje uključuju sposobnost suočavanja s osjećajima i utjecaj bolesti na njihov život.

Sljedeća područja su identificirana kao načini na koje obitelji mogu pomoći u upravljanju mentalnim poremećajima (67):

1. Učenje o mentalnim bolestima i dostupnim uslugama. Obitelj i stariji članovi koji su oboljeli od mentalne bolesti mogu imati koristi od edukacije koja im pomaže u razumijevanju, često zbunjujuće, prirode mentalnih bolesti. Edukacija treba uključivati učenje o:
 - ponašanju/simptomima koji stvaraju probleme pojedincu (a koji mogu biti zastrašujući za ostale članove obitelji),
 - zašto osoba možda ne vidi da s njom nešto nije u redu,
 - zašto osoba može odbiti potražiti pomoć (npr. otići liječniku ili u centar za mentalno zdravlje),
 - vještinama samoupravljanja koje osoba može koristiti za upravljanje svojom bolešću,
 - zašto se upotrebljavaju određeni lijekovi i njihove nuspojave,
 - razumijevanju razloga i implikacija neprihvatanja lijekova kako je propisano ili nakon preporučenog liječenja,
 - kako odrediti koje su zdravstvene usluge potrebne starijem članu obitelji koji boluje od mentalne bolesti, što je dostupno u njihovoj zajednici i kako mogu pomoći svom članu obitelji u pristupu tim uslugama (67).
2. Uključivanje osobe u plan liječenja: učenje kako komunicirati s oboljelom osobom na načine koji će je potaknuti na traženje pomoći te alternativni koraci koje može poduzeti obitelj kada se osoba ne složi s traženjem pomoći (67).
3. Prepoznavanje znakova upozorenja ili simptoma recidiva: učenje kako dati povratne informacije starijem pacijentu o simptomima ili znakovima koji ukazuju na mogući recidiv te prepoznavanje i minimiziranje situacija koje mogu stvoriti previše stresa za osobu i povećati šanse za recidiv (67).
4. Upravljanje lijekovima: pomaganje starijem članu obitelji da razvije rutinu uzimanja lijekova, informacije o načinima kako olakšati redovito uzimanje lijekova, učenje o

načinima rješavanja nuspojava, pomaganje osobi u radu sa svojim liječnikom oko nuspojava (67).

5. Suradnja sa starijim pacijentom na izradi kriznog plana za recidiv. Preporučuje se da ovaj plan za hitne slučajeve uključuje korake koje treba slijediti kada osoba osjeti pojavu bolesti ili epizode bolesti. To može uključivati povećanje doze lijekova, kontaktiranje obiteljskog liječnika (ili psihijatra) ili uzimanje slobodnih dana na poslu. Naglasak bi trebao biti na razvoju akcijskog plana koji omogućava što sigurnije rješavanje situacije. Plan također treba sadržavati informacije o trenutnom liječenju, imena i podatke za kontakt od strane zdravstvenih radnika i lokalne psihijatrijske ustanove te niz koraka koje treba slijediti. Također treba imati na umu pojedince koji čine mrežu podrške te osobe i ulogu koju bi svaka osoba trebala igrati u slučaju krize. Plan također treba odrediti tko će se pobrinuti za financijske i druge aspekte života te osobe, ako treba biti hospitalizirana ili ne može više brinuti o sebi (67).
6. Pomoć u njegovanju načina života koji pogoduje oporavku i održavanju dobrog mentalnog zdravlja. To uključuje pružanje socijalne podrške oboljelom starijem članu obitelji, poticanje neovisnosti, poticanje angažmana u društvenim aktivnostima i sl. (67).

Uz odgovarajuću medicinsku njegu, upravljanje i snažnu podršku, učinak mentalnih bolesti se može ublažiti. Obitelji mogu igrati dragocjenu ulogu u pružanju podrške starijim osobama s mentalnim bolestima.

4. ULOGA ILI VAŽNOST ZA SESTRINSKU PRAKSU

Procjenjuje se da oko 15% osoba starije životne dobi pati od nekog oblika mentalnog poremećaja ili razvije mentalnu bolest (1). Mentalno zdravlje starijih odraslih često se zanemaruje ili ne liječi jer se pripisuje normalnom tijeku starenja pa se tako mnogo starijih osoba nosi s mentalnim stresom, depresijom i anksioznošću što uvelike utječe na smanjenje kvalitete njihova života. Briga i pažnja obitelji, zajednice, njegovatelja, medicinskih sestara, liječnika i drugih stručnjaka vrlo je važna za očuvanje mentalnog zdravlja osoba starije životne dobi, a još je važnija danas kada se starije osobe, uslijed izolacije, još više susreću s anksioznošću i zabrinutošću.

Unatoč tome što je većina osoba starije životne dobi dobrog zdravlja, s godinama se javlja i veći rizik od nastanka mentalnih problema. Iako ovaj rizik nije specifičan za pozne godine, stresori s kojima se susreće starija populacija zahtijevaju posebnu pažnju i brigu te cjeloviti pristup, jer se potrebe i problemi starijih osoba značajno razlikuju ovisno o njihovoj dobi, socijalno-ekonomskom statusu, trenutnom zdravstvenom stanju, životnom statusu i slično. Sveobuhvatni plan skrbi za osobe starije životne dobi, uključujući i one koje boluju od neke mentalne bolesti, moguć je samo uz suradnju obitelji, medicinske sestre i zajednice te uz nacionalni program prevencije i brige za oboljele od mentalnih bolesti u starijoj životnoj dobi. Multidisciplinarni pristup koji uključuje stručnjake raznih profila, od socijalnih radnika do liječnika specijalista, od ključne je važnosti za socijalnu komponentu skrbi za starije osobe oboljele od mentalnih bolesti i podizanje kvalitete njihova života.

Sveobuhvatni plan skrbi važan je i za medicinske sestre koje predstavljaju jedan od najvažnijih segmenata multidisciplinarnog tima, budući da o medicinskim sestrama uvelike ovisi učinkovita provedba cjelovitog plana skrbi za osobe starije životne dobi oboljele od mentalnih bolesti. Podrška medicinske sestre može biti ključna za život takvih pacijenata kod kuće, njihovu angažiranost u društvenim aktivnostima te za pomoć i podršku obitelji, koja je i sama pogođena mentalnom bolešću svog starijeg člana. Programi njege i podrške koje kreiraju i implementiraju medicinske sestre uključuje aktivnu ulogu svih sudionika, jer osobama koje pate od mentalnih bolesti može biti od ključne važnosti socijalna i psihološka podrška cijele zajednice. Ova podrška može biti presudna za kvalitetu života osoba oboljelih od mentalnih bolesti i može im omogućiti da nastave živjeti u svojoj obitelji i zajednici.

Medicinska sestra ima vrlo važnu ulogu u rješavanju problema mentalnog zdravlja starijih osoba zahvaljujući svojoj stručnosti i pravovremenom postavljanju sestrinskih dijagnoza, koje omogućuju i pružanje adekvatne skrbi i njege. Također, medicinska sestra može razgovarati s osobom kod koje se javljaju simptomi neke mentalne bolesti o značenju tih simptoma te objasniti toj osobi, ali i obitelji oboljele starije osobe, koliko je njege i podrške potrebno da bi se uspješno nosilo s mentalnom bolešću.

Medicinska sestra u pružanju skrbi i njege starijoj osobi koja boluje od mentalne bolesti, ima i ulogu surađivati s liječnikom kako bi se oboljeloj osobi pružila adekvatna vrsta skrbi. Također, iz komunikacije s liječnikom medicinska sestra može saznati nove informacije o općem stanju pacijenta i novim terapijskim postupcima, tretmanima i lijekovima koji se mogu pozitivno odraziti na kvalitetu života pacijenta. Ujedno, medicinska sestra tako može pratiti farmakološku terapiju koju pacijent uzima, bilježiti nuspojave i nadzirati raspoloženje i ponašanje pacijenta.

Kako bi ostvarila svoju ulogu u njezi i skrbi starije osobe koja boluje od mentalnih bolesti, medicinska sestra treba se stalno educirati i usavršavati kako bi mogla pružiti savjet i utjehu pacijentu i njegovoj obitelji, ali istovremeno zaštititi svoje zdravlje jer briga i njega usmjerena k osobi koja boluje od mentalne bolesti zahtijeva i emocionalno iscrpljivanje svih uključenih u proces njege, pa tako i medicinske sestre.

5. ZAKLJUČAK

Osobe starije životne dobi sve su više izložene rizicima razvoja mentalnih bolesti koje imaju negativne ishode. Kako bi se ti ishodi sveli na najmanju moguću mjeru, potrebno je na vrijeme prepoznati simptome mentalnih bolesti u starije populacije i liječiti simptome. Anksioznost i depresija se često javljaju kod velikih životnih promjena poput smrti bliskog člana obitelji ili neke druge bliske osobe, a u osoba starije životne dobi simptomi koji ukazuju na razvoj ovih poremećaja se nerijetko zanemaruju i pripisuju fiziološkom starenju. Razvoj mentalnih bolesti nije normalan tijek starenja i zato ovim bolestima u osoba starije životne dobi treba posvetiti posebnu pažnju. Prilagodba načina života, osjećaj pripadnosti obitelji i zajednici koje pružaju aktivnu podršku osobi oboljeloj od mentalne bolesti, može biti ključno za prilagodbu te osobe i postizanje pozitivnog ishoda u vidu zdravstvenog statusa.

Liječenje mentalnih bolesti dugo se smatralo individualnom slabošću ili lošim životnim izborom. Danas, iako je stigma još uvijek prisutna, razumijemo kako mentalne bolesti imaju ogroman utjecaj na zdravlje zajednice te kako je važno pružiti podršku i pomoć starijim članovima obitelji i društva. Suvremene prakse mogu poboljšati javno zdravlje i, što je možda jednako važno, aktivnije angažirati obitelj u skrbi za osobe koje pate od mentalnih poremećaja i ovisnosti, što jasno ukazuje na to kako povezivanje senzibiliteta i iskustva s modernom medicinom često daje najbolji odgovor. Bolje razumijevanje ljudskog mozga i uma i prepoznavanje mentalnog zdravlja kao ključnog za tjelesno zdravlje, preduvjeti su cjelovitog pristupa u zaštiti starijih osoba od mentalnih bolesti.

6. SAŽETAK

Uvod: Mentalne bolesti su česte, no nerijetko i zanemarivane bolesti u osoba starije životne dobi. U starijoj populaciji su najčešći mentalni poremećaji anksioznost i depresija te Alzheimerova bolest, no zbog stigme, pogrešnih informacija i uvjerenja o starenju, oboljele osobe nerijetko ne primaju odgovarajuću njegu, a liječenje se često svodi na farmakološko liječenje čime se rijetko kada uspije riješiti pitanje mentalnog zdravlja i dobrobiti pacijenta. Rješavanje pitanja mentalnog zdravlja u starije populacije zahtijeva više pažnje, tim više što anksiozni ili depresivni simptomi mogu ukazivati i na fizičku bolest, no isto tako i tjelesne tegobe mogu ukazivati i na probleme s mentalnim zdravljem.

Postupci: Prilikom pisanja ovog završnog rada korišteni su sekundarni izvori podataka, odnosno izvori prikupljeni ranijim stručnim i znanstvenim istraživanjima. Pretražene su stručne i znanstvene baze dostupne putem Interneta.

Prikaz teme: Mentalne bolesti česte su u starijoj dobi, a njihova prevalencija raste sa starenjem stanovništva. Zbog svojih teških posljedica, mentalne bolesti u kasnoj životnoj dobi mogu se smatrati važnim javnozdravstvenim problemom. Depresija i bipolarni poremećaj u starijih osoba povezani su s medicinskim popratnim bolestima i padom kognitivnih sposobnosti, uz povećani rizik od demencije, samoubojstva i ukupne smrtnosti.

Zaključak: Razvijajući sestrinsku struku i znanost, važno je prepoznati jedinstvene potrebe starije populacije i još se više usredotočiti na područje mentalnih bolesti. Iako starije osobe mogu imati različite brige i probleme, zadaća medicinske sestre je pružiti im psihološku dobrobit i podršku te brigu i njegu koja im pomaže da što duže samostalno obavljaju svoje svakodnevne aktivnosti.

Ključne riječi: mentalne bolesti starijih; mentalne bolesti u osoba starije životne dobi; mentalno zdravlje; mentalno zdravlje starijih.

7. SUMMARY

Mental disorders in geriatric age

Introduction: Mental illness is a common but often neglected illness in the elderly. In the elderly population, the most common mental disorders are anxiety and depression and Alzheimer's disease, but due to stigma, misinformation and beliefs about aging, people often do not receive adequate care, and treatment is often reduced to pharmacological treatment, which rarely solves mental health and patient's well-being. Addressing mental health issues in older populations requires more attention, even more because anxiety or depression symptoms can indicate even physical illness, but also physical ailments can indicate mental health problems.

Procedures: While writing this final paper, secondary data sources were used, ie sources collected from previous professional and scientific research. Professional and scientific databases available online were searched.

Overview: Mental illnesses are common in old age, and their prevalence increases with the aging of population. Because of their severe consequences, mental illness in late life can be considered an important public health problem. Depression and bipolar disorder in the elderly are associated with medical comorbidities and cognitive decline, with an increased risk of dementia, suicide, and overall mortality.

Conclusion: In developing the nursing profession and science, it is important to recognize the unique needs of the elderly population and focus even more on the field of mental illnesses. Although the elderly may have different worries and problems, the task of the nurse is to provide them with psychological well-being and support, as well as care and nursing that helps them to perform their daily activities independently for as long as possible.

Keywords: *mental disorders, mental disorders in elderly, mental health in elderly, mental illness in elderly.*

8. LITERATURA

1. Svjetska zdravstvena organizacija. Mental Health in older adults. 2017. Dostupno na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults#:~:text=Approximately%2015%25%20of%20adults%20aged,suffer%20from%20a%20mental%20disorder> (7.4.2021.)
2. Sajatovic M, Strejilevich SA, Gildengers AG, et al. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. *Bipolar Disord.* 2015;17(7):689-704.
3. Brailean A, Comijs HC, Aartsen MJ, et al. Late-life depression symptom dimensions and cognitive functioning in the Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). *J Affect Disord.* 2016;201:171-78.
4. Mirza SS, Wolters FJ, Swanson SA, et al. 10-year trajectories of depressive symptoms and risk of dementia: a population-based study. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(7):628-35.
5. Guerra M, Prina AM, Ferri CP, et al. A comparative cross-cultural study of the prevalence of late life depression in low and middle income countries. *J Affect Disord.* 2016;190:362-68.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013.
7. Reite M, Ruddy J, Nagel K. *Evaluacija i liječenje poremećaja spavanja.* Jastrebarsko: Naklada Slap; 2003.
8. Morin CM, Benca R. Chronic Insomnia. *lancet.* 2012;379(9821):1129-41.
9. Crowley K. Sleep and sleep disorders in older adults. *Sleep and sleep disorders in older adults.* 2011;21(1):41-53.
10. Buysse DJ. Insomnia. *JAMA.* 2013;309(7):706-16.
11. Gureje O, Oladeji BD, Abiona T, Lebowitz MD. The natural history of insomnia in the Ibadan study of ageing. *Sleep.* 2011;34(7):965-73.
12. McCurry SM, Logsdon RG, Teri L, Vitiello MV. Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychol Aging.* 2007;22(1):18-27.
13. Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev.* 2002;6(2):97-111.
14. Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky BP. A Behavioral Perspective on Insomnia Treatment. *Psych Clin of North Am.* 1987;10(4):541-53.

15. Jaussett I, Bouyer J, Ancelin ML, et al. Insomnia and daytime sleepiness are risk factors for depressive symptoms in the elderly. *Sleep*. 2011;34(8):1103-10.
16. Pigeon WR, Hegel M, Unutzer J, et al. Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep*. 2008;31(4):481-88.
17. Pigeon WR, Pinquart M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *J Clin Psychiatry*. 2012;73(9):e1160-67.
18. Yaffe K, Falvey CM, Hoang T. Connections between sleep and cognition in older adults. *Lancet Neurol*. 2014;13(10):1017-28.
19. Mental Health America. *Anxiety In Older Adults*. 2021.
20. Mihaljević-Peješ A. Anksiozni poremećaji u starijih osoba. *Soc psihijat*. 2019;47:283-91.
21. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. *Depresija*. 2017. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-promicanje-zdravlja/depresija/> [7.4.2021].
22. National Institute on Aging. *Depression and Older Adults*. 2021. Dostupno na: <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults> [7.4.2021].
23. Sung SC, Low CC, Fung DS, Chan YH. Screening for major and minor depression in a multiethnic sample of Asian primary care patients: a comparison of the nine-item Patient Health Questionnaire (PHQ-9) and the 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology - Self-Report (QIDSSR16). *Asia Pac Psychiatry*. 2013;5(4):249-58.
24. Mimica N, Kušan Jukić M. Depresija u osoba starije životne dobi: specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje. *Medix: specijalizirani medicinski dvomjesečnik*. 2013;106:213-2018.
25. Kunac A. *Depresija u starijoj životnoj dobi - uloga medicinske sestre*. Split2014.
26. Hautzinger M. *Depresija*. Zagreb: Naklada Slap; 2009.
27. Jones L. *Depression In the Eldery: Causes, Symptoms, And Precautions*. 2020. Dostupno na: https://www.betterhelp.com/advice/depression/depression-in-the-elderly-causes-symptoms-and-precautions/?utm_source=AdWords&utm_medium=Search_PPC_c&utm_term=_b&utm_content=118051369567&network=g&placement&target&matchtype=b&utm_campaign=11771068538&ad_type=text&adposition&gclid=EAAlaIQobChMInInkyaP77wIV2wJ7Ch2DlwBeEAAYASAAEgKxtfD_BwE [10.4.2021].
28. Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. *National guidelines for seniors' mental health: The assessment and treatment of depression*. 2010. Dostupno na: <https://ccsmh.ca/en/guidelinesUsers.cfm> [10.4.2021].

29. Leshner EL, Berryhill JS. Validation of the Geriatric Depression Scale—Short Form among inpatients. *J Clin Psychol.* 1994;50:256-60.
30. Debruyne H, Van Buggenhout M, Le Bastard N, et al. Is the geriatric depression scale a reliable screening tool for depressive symptoms in elderly patients with cognitive impairment? In *J Geriatr Psychiatry.* 2009;24:556-62.
31. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC et al. Cornell Scale for Depression and Dementia. *Biol Psychiatry.* 1988;23:271-84.
32. Wiese B. Geriatric Depression: The Use of Antidepressants In The Eldery. *BC Medical J.* 2011;53(47):341-47.
33. Roose SP SH, Krishnan KR, et al. Antidepressant pharmacotherapy in the treatment of depression in the very old: A randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry.* 2004;161:2050-59.
34. Barak Y, Olmer A, Aizenberg D. Antidepressants reduce the risk of suicide among elderly depressed patients. *Neuropsychopharmacol.* 2006;31:178-81.
35. Vikan Rise I, Haro JM, Gjervan B. Clinical features, comorbidity, and cognitive impairment in elderly bipolar patients. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:1203-13.
36. Kodesh A, Goldshtein I, Gelkopf M, Goren I, Chodick G, Shalev V. Epidemiology and comorbidity of severe mental illnesses in the community: findings from a computerized mental health registry in a large Israeli health organization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;11:1775-82.
37. Lala SV, Sajatovic M. Medical and psychiatric comorbidities among elderly individuals with bipolar disorder: a literature review. *J Geriatr Psychiatry Neurol.* 2012;25(1):20-5.
38. Kemp DE, Gao K, Chan PK, Ganocy SJ, Findling RL, Calabrese JR. Medical comorbidity in bipolar disorder: relationship between illnesses of the endocrine/metabolic system and treatment outcome. *Bipolar Disord.* 2010;12(4):404-13.
39. Chavez B. Bipolar Disorder in Older Adults. *Geriatric and Psychiatric Care.* 2020:7-25.
40. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide risk in bipolar disorder: a brief review. *Medicina (Kaunas).* 2019(55):403.
41. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV et al.. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2018;20:97-170.
42. Dols A, Kupka R, Vedel Kessing L, Stek M, Sajatovic M. Bipolar disorder in the elderly. *Aging Health.* 2011;7(6):797-800.

43. Cole MG. Delirium in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2004;12:7-21.
44. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL et.al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18th Edn. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division; 2011.
45. Caraceni A, Grassi L. Delirium. *Acute Confusional States in Palliative Medicine*, 2nd Edn. Oxford: Oxford University Press; 2011.
46. Lipowski ZJ. Delirium updated. *Compr Psychiatry*. 1980;21:190-96.
47. Meagher D J, Leonard M, Donnelly S, Conroy M. A longitudinal study of motor subtypes in delirium: relationship with other phenomenology, etiology, medication exposure and prognosis. *J Psychosom Res*. 2011;71:395-403.
48. Inouye SK. Delirium in hospitalized older patients: recognition and risk factors. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1998;11:118-25.
49. Popp J. Delirium and cognitive decline: more than a coincidence. *Curr Opin Neurol*. 2013;26:634-9.
50. Cerejeira J, Nogueira V, Luis P, Vaz-Serra A, Mukaetova-Ladinska EB. The cholinergic system and inflammation: common pathways in delirium pathophysiology. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60:669-75.
51. Mattoo SK, Grover S, Gupta N. Delirium in general practice. *Indian J Med Res*. 2010;131:387-98.
52. Witlox J, Eurelings LS, de Jonghe JF, Kalisvaart KJ, van Gool WA. Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*. 2010;304:443-51.
53. Mayo Clinic. Delirium. 2021. Dostupno na: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/delirium/diagnosis-treatment/drc-20371391> [15.4.2021].
54. MSD Priručnik. Delirij i demencija. 2021. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-za-pacijente/bolesti-mozga-i-zivcanog-sustava/delirij-i-demencija> [15.4.2021].
55. Svjetska zdravstvena organizacija. Demencija. 2021. Dostupno na: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia> [15.4.2021].
56. Begić D. *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
57. MSD Priručnik. Demencija. 2021. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/demencija> [17.4.2021].
58. Mayo Clinic. Dementia. 2021. Dostupno na: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/dementia/diagnosis-treatment/drc-20352019> [17.4.2021].

59. Explore Health Careers. Geriatric Staff Nurse. 2021. Dostupno na:
<https://explorehealthcareers.org/career/geriatrics/geriatric-staff-nurse/#:~:text=Geriatric%20nurses%20are%20educated%20to,active%20as%20long%20as%20possible> [17.4.2021].
60. Newcross Healthcare. What does a mental health nurse do?. 2021. Dostupno na:
<https://www.newcrosshealthcare.com/jobs/what-does-mental-health-nurse-do> [17.4.2021].
61. Target Jobs. Mental Health Nurse: Job Description. 2021. Dostupno na:
<https://targetjobs.co.uk/careers-advice/job-descriptions/276121-mental-health-nurse-job-description#:~:text=Mental%20health%20nurses%20are%20responsible,to%20personality%20and%20eating%20disorders> [17.4.2021].
62. Fučkar G. Proces zdravstvene njege, 2. neizmijenjeno izdanje. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1995.
63. Fučkar G. Uvod u sestriinske dijagnoze. Zagreb: HUMS; 1996.
64. Mrzljak V. Zdravstvena njega bolesnika u kući. Zagreb: Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući; 2016.
65. Birren JE. Handbook of the psychology of aging. Seattle: Elsevier; 1990.
66. Chovil N. How Families Can Help in Self-Management of a Mental Disorder. *Visions Journal*. 2003;1(18):7-8.

9. ŽIVOTOPIS

Osobne informacije

Ime i prezime: Stjepan Turina

Adresa: Miroslava Krleže 8, 34000 Požega

Datum i mjesto rođenja: 27. 2. 1990., Požega

Telefon: 099/2641-172

E-mail: pipopozega@gmail.com

Obrazovanje:

2004. - 2008. : Srednja medicinska škola Pakrac

2015. - 2018. : dislocirani Studij sestrinstva u Novoj Gradiški

2019. - danas: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Osijek, Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo

Radno iskustvo:

2008. - 2009. pripravnički staž u Domu zdravlja Požega

2010. Dom zdravlja Crikvenica Hitna Pomoć

2010. Dragovoljni vojni ročnik

2011. - danas: Dom zdravlja Požeško-slavonske županije - Požega, Služba sanitetskog prijevoza

- studeni 2019. - svibanj 2019.: Dom zdravlja Požeško-slavonske županije - Požega, Služba sanitetskog prijevoza - Voditelj službe

- studeni 2020. - svibanj 2020.: Dom zdravlja Požeško-slavonske županije - Požega, Služba sanitetskog prijevoza - Voditelj službe