Znanja i stavovi opće populacije prema osobama oboljelim od demencije

Mehkek, Mateja

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:038459

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-31**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

Sveučilište
Sjever

Završni rad br. 982/SS/2018

Znanja i stavovi opće populacije prema osobama oboljelim od demencije

Mateja Mehkek, 0726/336

Varaždin, rujan 2018. godine

Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 982/SS/2018

Znanja i stavovi opće populacije prema osobama oboljelim od demencije

Student

Mateja Mehkek 0726/336

Mentor

Melita Sajko, dipl. med. techn.

Varaždin, rujan 2018. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za sestrinstvo

PRISTUPNIK: Mateja Mehkek | MATIČNI BROJ: 0726/336

DATUM: 11.07.2018. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA: Znanja i stavovi opće populacije prema osobama oboljelim od demencije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: General population knowledge and attitudes towards people with dementia

MENTOR: Melita Sajko, dipl.med.techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, predsjednik
2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor
3. Ivana Živoder, dipl.med.techn., član
4. dr.sc. Marijana Neuberg, zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 982/SS/2018

OPIS:

S porastom životnog vijeka dolazi do povećanja udjela osoba starije životne dobi u ukupnoj populaciji. Kao rezultat toga raste i pojavnost degenerativnih bolesti mozga. Jedna od takvih bolesti je i demencija. Demencija je ireverzibilna bolest od koje oboljeva sve veći broj ljudi,a koju nije jednostavno dijagnosticirati. Ona nastaje bez konkretno poznatog uzročnika i za posljedicu ima slabljenje i propadanje kognitivnih funkcija. U radu se definira pojam demencije, vrste demencije i rizični čimbenici za nastanak te bolesti, te potencijalna mogućnost protektivnog djelovanja za smanjenje rizika od razvijanja demencije.
Osobama oboljelim od demencije važno je pružiti adekvatnu zdravstvenu njegu, a potrebno je i znati na primjeren način komunicirati s njima te educirati obitelj ako su oni ti koji im pružaju zdravstvenu njegu. Tu do izražaja dolazi uloga medicinske sestre i njena znanja i vještine.
U radu je potrebno: - opisati pojam demencije
- opisati pojam i razvoj stavova i predrasuda
- navesti dostupne epidemiološke podatke vezane uz demenciju
- opisati etiologiju demencija i vrste demencija
- provesti istraživanje u općoj populaciji o znanju i stavovima prema osobama oboljelim od demencije
- prikazati i raspraviti rezultate istraživanja
- donijeti zaključke na osnovi dobivenih rezultata

ZADATAK URUČEN: 27.8.2018. | POTPIS MENTORA:

REPUBLIKA HRVATSKA 5 SVEUČILIŠTE SJEVER KOPRIVNICA SVEUČILIŠTE SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici gospođi Meliti Sajko, dipl. med. techn. na stručnoj i nesebičnoj pomoći te na posebnoj motivaciji, vedrini i srdačnosti s kojom uvijek pristupa studentima. Iznimno je zadovoljstvo imati takvu profesoricu i pohađati njena predavanja, a još veće je zadovoljstvo biti pod vodstvom takve mentorice, prepune znanja i iskustva, koja je uvijek spremna pomoći i usmjeravati.

Posebnu zahvalu iskazujem svojoj obitelji na bezuvjetnoj podršci i motivaciji koju mi uvijek pružaju i koja me neprekidno potiče na više, ona me je učinila bogatijom osobom u svakom smislu i bez njih ništa od ovoga ne bi bilo moguće.

Sažetak

Demencija se prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije može odrediti kao sindrom, najčešće kroničnog ili progresivnog tijeka, kod kojeg je prisutno opadanje kognitivnih funkcija (sposobnosti za provođenje misaonog procesa) izvan onoga što bi se moglo očekivati kod normalnog starenja. Najbrže i najprije pogađa i utječe na pamćenje pa zatim i na razmišljanje, orijentaciju, razumijevanje, računanje, sposobnost učenja jezika i prosuđivanje. S produljenjem životnog vijeka dolazi do neprekidnog porasta osoba starije životne dobi u udjelu ukupne populacije stanovništva diljem svijeta. A upravo starije osobe najčešće obolijevaju od demencije (iako je moguće da pogađa i mlađe osobe, ali to je znatno rjeđe).

U radu se definiraju pojmovi stava, stereotipa i predrasude te objašnjava način na koji se oni razvijaju. To područje važno je detaljnije objasniti iz razloga jer je kasnije u istraživačkom dijelu rada većina hipoteza bazirana oko navedenih pojmova

Cilj istraživanja bio je dobiti uvid kakva znanja o osobama oboljelima od demencije ima opća populacija, te postoje li predrasude prema osobama oboljelim od te opake bolest.

U radu su se ispitivali znanje i stavovi opće populacije prema osobama oboljelim od demencije. Istraživanjem je obuhvaćeno 896 ispitanika sa područja Republike Hrvatske. Anketa je provedena u lipnju 2018. godine. Ispitanici su podijeljeni u dvije skupine: oni koji su se susreli s osobama oboljelim od demencije i oni koji se do sada nisu susreli sa njima. Njihovi odgovori se uspoređuju i traže eventualne razlike među njima.

Rezultati govore u prilog tome da ispitanici koji su se susreli s osobama oboljelim od demencije imaju više znanja o toj bolesti. Prilikom uspoređivanja odgovora, kod obje grupe predrasude su podjednako zastupljene bez obzira na znanje.

Od velike je važnosti imati što veći spektar znanja o demenciji jer je ona globalno zastupljena bolest koja bilježi trend rasta. Velika većina ljudi tijekom života susreće se s osobama oboljelim od demencije i u takvim situacijama poželjno je znati kako se ophoditi s njima.

Ključne riječi: demencija, znanja, stavovi.

Popis korištenih kratica

SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
AB	Alzheimerova bolest
HZJZ	Hrvatski zavod za javno zdravstvo
SŽS	Središnji živčani sustav
AD	Alzheimerova demencija
VD	Vaskularna demencija
DAT	Demencija Alzheimerovog tipa
CT	Kompjuterizirana tomografija
MR	Magnetska rezonanca
FTD	Frontotemporalna demencija
MMSE	Mini Mental State Examination
EEG	Elektroencefalografija
PET	Pozitronska emisiona tomografija
HUAB	Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Demencija i starenje 3
3. Stavovi, stereotipi i predrasude 4
3.1. Definiranje stavova 4
3.2. Stereotipi 4
3.3. Predrasude 5
4. Epidemiologija demencije 7
5. Etiologija demencije 9
5.1. Vrste demencije 10
5.1.1. Alzheimerova demencija 10
5.1.2. Vaskularna demencija 11
5.1.3. Demencija s levijevim tjelešcima 12
5.1.4. Miješana demencija 12
5.1.5. Frontotemporalna demencija 13
5.1.6. Ostale vrste demencije 13
6. Dijagnoza demencije 14
7. Simptomi i stadiji demencije 16
7.1. Rani stadij demencije 16
7.2. Napredovali stadij bolesti 16
7.3. Stadij potpuno razvijene bolesti 17
8. Rizični i protektivni čimbenici 18
8.1. Kognitivna rezerva 19
9. Komunikacija s oboljelima 20
10. Cijevi istraživanja 21
11. Metodologija 22
12. Rezultati istraživanja 23
12.1. Deskriptivna statistička analiza 23
12.2. Inferencijalna statistička analiza 31
12.3. Zaključci u vezi hipoteza 35
13. Rasprava 37
14. Zaključak 40
15. Literatura 41
Popis slika, tablica i grafikona 44
Prilozi 46

1. Uvod

Proces starenja neprestano traje i neizbježan je kod svake osobe. To je fiziološki, individualan proces. Starenje i starost se jasno razlikuju. Dok starenje predstavlja progresivni stalan i postupan proces smanjenja strukture i funkcije organa i organskih sustava, sama starost predstavlja određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi. Iako je teško odrediti strogu dobnu granicu po kojoj bi osoba bila određena kao stara, prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), starije su osobe u dobi od 60 do 75 godina, stare su osobe u dobi od 76 do 90 godina, a vrlo su stare osobe one starije od 90 godina.[1]

S porastom broja starih osoba raste i broj osoba oboljelih od demencije. Demencija se može opisati kao duševni poremećaj obilježen općim oštećenjem intelektualnog funkcioniranja s oštećenim pamćenjem, teškoćama u računanju, smetenošću, promjenama raspoloženja i emocija, oštećenjem prosudbe i apstrakcije, smanjenim govornim sposobnostima te poremećenom orijentacijom. [2] Postoje brojne različite definicije demencije, a posebno se izdvaja ona Svjetske zdravstvene organizacije (SZO).

SZO definira demenciju kao sindrom, najčešće kroničnog ili progresivnog tijeka, kod kojeg je prisutno pogoršanje kognitivnih funkcija izvan onoga što bi se moglo očekivati kod normalnog starenja. Ona utječe na pamćenje, razmišljanje, orijentaciju, razumijevanje, računanje, sposobnost učenja jezika i prosuđivanje. Na svijest ne utječe. [3]

Najčešći vrste unutar sindroma demencije jesu Alzheimerova demencija (AD) i vaskularna demencija (VD), koje su zajedno odgovorne za oko 90% slučajeva demencije. Ostale zastupljene vrste demencije osim Alzheimerove i vaskularne su i frontoteporalna te demencija s levijevim tjelešcima odnosno Lewy body demencija. [4]

Prevalencija demencije raste ubrzano sa životnom dobi te se podvostručuje svakih 5 godina iza 60. godine života. Kao rezultat s jedne strane porasta očekivanoga trajanja života, a s druge strane smanjenog nataliteta, odnosno fertiliteta, došlo je do povećanja udjela starijih osoba u cjelokupnoj populaciji Hrvatske. Demografske projekcije za Hrvatsku danas ozbiljno upozoravaju na povećanje udjela osoba starijih od 65 godina. Predviđa se da će se broj osoba starijih od 65 g popeti na 27% do 2025. godine, kada će starijih od 65 godina biti gotovo dvostruko više nego djece. To su sve čimbenici koji upozoravaju na potencijalni porast broja osoba oboljelih od demencije. Demenciju treba shvatiti vrlo ozbiljno, naime ona je izdvojena kao vodeći uzrok nesamostalnosti.[5]

Simptomi koji se manifestiraju u demenciji razvijaju se paralelno s tim kako bolest napreduje. Prvi simptom je gubitak kratkoročnog pamćenja. Simptomi se izmjenjuju, odnosno počinje ih se

javljati sve više kako bolest napreduje. Postoje 3 stadija demencije. Rani, napredovali i stadij potpuno razvijene bolesti. Detaljnije su objašnjeni s pridruženim im simptomima u radu.

Demenciju nije jednostavno dijagnosticirati. Za nju treba napraviti više različitih pretraga koje su iznesene u radu. Među njima ističe se Mini Mental State Examination, odnosno test kojim se mogu dobiti prve informacije i uvid u stanje eventualne prisutnosti demencije.

Komunikacija je jedna posebno važna stavka kod osoba oboljelih od demencije. Ona se može najjednostavnije definirati kao način prijenosa poruke od pošiljatelja do primatelja. Međutim kod osoba koje pate od demencije ona nije tako jednostavna jer se mijenja kompletno funkcioniranje oboljelih (sužava se vidno polje, mogu imati poteškoća s razumijevanjem itd.). Zbog toga je poseban izazov čim duže održavati komunikaciju s osobama oboljelima od demencije. U radu su navedene vrlo jednostavne smjernice koje pomažu kod svakodnevne komunikacije.

Poznato je da je demencija progresivna i ireverzibilna bolest. Postoje neki čimbenici koji ukazuju na povećanu sklonost, odnosno rizik od razvijanja demencije (primjerice genetika) na koje nije moguće utjecati. Usprkos tome postoje i određeni čimbenici koji mogu protektivno djelovati na način da umanje rizik od razvoja demencije(primjerice tjelesna akivnost i prehrana) ili eventualno uspore njenu progresiju. Obje vrste, rizični i protektivni čimbenici prikazani su u radu. Također je i posebna pozornost posvećena pojmu kognitivne rezerve i na koji ona način može utjecati kod osoba oboljelih od demencije.

Bolesniku nikakvim do sada poznatim načinom liječenja nije moguće vratiti izgubljene živčane stanice u mozgu, no može mu se pomoći da kontrolira vrijednosti krvnoga tlaka, razinu masnoća i šećera u krvi, može mu se savjetovati da prekine pušenje, smanji korištenje alkohola, liječi bolesti srca i karotidnih arterija. Na takav način umanjuje se mogućnost nastanka novih incidenata u moždanom krvožilju te se time usporava napredovanje demencije. [6]

Stav koji pojedinac zauzima prema određenom čovjeku ili stvari uvelike utječe na njegovo daljnje ponašanje. Kao jedna od širih definicija stava s uzima se da je stav stečena, relativno trajna i stabilna organizacija pozitivnih ili negativnih emocija, vrednovanja i reagiranja prema nekom objektu. [7] Pozitivan stav može pomoći kod suočavanja s teškim situacijama.

S obzirom na globalnu raširenost demencije važno je da što više ljudi ima točna i čim opširnija znanja o demenciji jer vrlo su velike šanse da se gotovo svaki čovjek tijekom svog životnog vijeka susretne s osobom oboljelom od demencije i da zna kako se u datoj situaciji ophoditi prema njoj. Dobro je znati na koji način ona djeluje na oboljelog, kako pružiti pomoć oboljelima, kako komunicirati s njima Pa na kraju krajeva i znati što svatko za sebe može učiniti kako bi umanjio rizik od razvoja te opake bolesti za koju se kaže da odnosi ljude i puno prije njihovog konačnog odlaska.

2. Demencija i starenje

Proces starenja je fiziološki, individualan proces koji kod ljudi napreduje različitom brzinom, što znači da svaki čovjek drugačije stari. Nije lako odrediti životnu, dobnu granicu od koje se sa sigurnošću može odgovoriti kada u čovjeka nastupa starost. Starenje i starost se jasno razlikuju i dok starenje predstavlja progresivni stalan i postupan proces smanjenja strukture i funkcije organa i organskih sustava, sama starost predstavlja određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi. Prema definiciji SZO, starije su osobe u dobi od 60 do 75 godina, stare su osobe u dobi od 76 do 90 godina, a vrlo su stare osobe one starije od 90 godina.[1]

Starenje je progresivan i ireverzibilan proces praćen degenerativnim promjenama na raznim organima i organskim sustavima. Degenerativne promjene na mozgu često su posljedica degenerativnih bolesti koje su po pojavnosti najčešće u starijih osoba. U razvijenim zemljama svijeta brojnost starije populacije stanovništva neprestano raste. Zbog porasta broja starih ljudi raste i broj starijih osoba koje pate od demencije, ali demencija nikako nije i ne smije biti smatrana normalnim dijelom procesa starenje.

Danas u svijetu postoji velik broj ljudi koji boluju od demencije, a ta brojka s vremenom postaje sve veća. Mnogi autori pokušali su dati svoju što precizniju i točniju definiciju i opis pojma demencije. Demencija se može opisati kao duševni poremećaj obilježen općim oštećenjem intelektualnog funkcioniranja, često s oštećenim pamćenjem, teškoćama u računanju, smetenošću, promjenama raspoloženja i emocija, oštećenjem prosudbe i apstrakcije, smanjenim govornim sposobnostima te poremećenom orijentacijom. [2]

SZO definira demenciju kao sindrom, najčešće kroničnog ili progresivnog tijeka, kod kojeg je prisutno pogoršanje kognitivnih funkcija (sposobnosti za provođenje misaonog procesa) izvan onoga što bi se moglo očekivati kod normalnog starenja. Sindrom demencije utječe na pamćenje, razmišljanje, orijentaciju, razumijevanje, računanje, sposobnost učenja jezika i prosuđivanje. Na svijest ne utječe. Slabljenje kognitivnih funkcija obično prate, a nekad im i prethode opadanje emocionalne kontrole, promijenjeno društveno ponašanje i nedostatak kontrole. [3]

Bolesniku nikakvim do sada poznatim načinom liječenja nije moguće vratiti izgubljene živčane stanice u mozgu, no možemo mu pomoći da kontrolira vrijednosti krvnoga tlaka, razinu masnoća i šećera u krvi, možemo mu savjetovati da prekine pušenje, smanji korištenje alkohola, liječi bolesti srca i karotidnih arterija. Pozitivnim zdravstvenim ponašanjem može se umanjiti mogućnost nastanka novih incidenata u moždanom krvožilju te se time usporava napredovanje demencije. [6]

3. Stavovi, stereotipi i predrasude

S poprilično sigurnošću može se reći da su stereotipi prisutne kod većine ljudi. Teško da je itko u potpunosti lišen stereotipa pa čak i predrasuda koje su također sveprisutne. Kroz život ljudi su skloni stvaranju predrasuda kao i stereotipa prema određenim skupinama ljudi prema nekom od vidljivih svojstava koje imaju.

3.1. Definiranje stavova

Stereotipi i predrasude utječu na formiranje vlastitih stavova. Većina socijalnih psihologa stav definira kao vrednovanje ljudi, objekata ili ideja. Kao jedna od širih definicija stava se odnosi na to da je „stav stečena, relativno trajna i stabilna organizacija pozitivnih ili negativnih emocija, vrednovanja i reagiranja prema nekom objektu“. [7]

Pojam stav zauzima središnje mjesto u socijalnoj psihologiji, a odnosi se na vrednovanje ljudi, objekata ili ideja, koje može biti pozitivno ili negativno. Bez obzira na to koju definiciju stava prihvatimo, ono što je zajedničko različitim stavovima je: da su socijalni stavovi stečene i relativno trajne osobine ličnosti, da imaju veliki značaj za ljudsku interakciju, da se većina ljudskih konflikata dešava zbog razlika u socijalnim stavovima, da su socijalni stavovi složeni, da objekt socijalnog stava može biti sve s čim je osoba u određenom odnosu. [8]

3.2. Stereotipi

Česti su stereotipi i predrasude prema starijim osobama. Uz osobe starije životne dobi često se vežu negativne konotacije. Prema istraživanju provedenom 2004. studenti Sveučilišta u Zadru slobodno su navodili osobine starih ljudi. U istraživanju 56% sudionika opisalo je stare ljude kao senilne, 52% kao čangrizave, 38% kao dosadne, 23% kao bolesne ili boležljive, 15% studenata je navodilo da su usporeni i nostalgični, 13% da su uplašeni zbog starosti i smrti, 12% da su zaboravni i preosjetljivi, a 10% da su tvrdoglavi i bespomoćni. Pozitivne osobine su rijetko navođene, tek je 18% studenata navelo da su stari ljudi mudri i 18% da su iskusni. [9] S obzirom da su najčešće upravo starije osobe te koje pate od demencije(vrlo često su starost i demencija dva pojma između kojih je, neutemeljeno i nepravedno, stavljen znak jednakosti) može se pretpostaviti da i prema njima postoje stereotipi i predrasude. Kako bi se moglo dalje raspravljati o tim pojmovima potrebno je ponajprije definirati svaki od navedenih konstrukata.

Stereotip se najčešće definira kao ustaljeni sklop pojednostavljenih i pretjerano uopćenih psihičkih osobina koje se pridaju cijeloj skupini ljudi. On je relativno trajna kognitivna shema o zajedničkim, češće negativnim nego pozitivnim značajkama cijele grupe, nacije, rase. [10] Iako

pristrani i samo djelomično točni, stereotipi olakšavaju obradu informacija pojednostavljivanjem složene socijalne okoline i olakšavaju snalaženje u njoj. Tri su osobine koje karakteriziraju stereotipe. Prvo, ljudi se kategoriziraju po vidljivim značajkama kao što su rasa, spol, nacionalnost, fizički izgled i slično. Drugo, svim članovima te kategorije ili društvene grupe pripisuje se posjedovanje istih značajki, i treće, bilo kojem pojedincu za kojeg se percipira da pripada toj grupi pripisuje se posjedovanje tih stereotipnih značajki. [11]

Već od djetinjstava počinjemo razumijevati kategorijalnu različitost pojmova mlado i staro i vežemo uz te pojmove određena vjerovanja koja se snažno integriraju u naš mentalni sklop i za njihovu je aktivaciju dovoljna prisutnost člana kategorije. [12] Većinu vremena naš um radi na način da traži znakove iz okoline čija će se percepcija uklopiti u naš sustav razmišljanja i vjerovanja što služi kao održavajući mehanizam našim stavovima, stereotipima i predrasudama.[10] Prilikom prvog susreta s novim osobama, kategoriziramo ih u određene skupine po nekim vidljivim obilježjima, kao što su boja kože, podrijetlo, spol, dob i slično. Takvoj je kategorizaciji često svojstvena generalizacija.

Stereotipi već na samom početku smanjuju količinu informacija koje je potrebno znati o nekoj osobi jer služe kao svojevrsna membrana kroz koju propuštamo samo određene informacije i, na neki način, vidimo samo ono što želimo vidjeti, dok velikoj količini informacija ne pridajemo pozornost. Dakle, stereotipi su vrsta mentalnih prečaca. [13]

Korištenje stereotipnog znanja u stvaranju dojmova o pojedinačnoj osobi koja je kategorizirana kao član stereotipizirane skupine naziva se stereotipiziranje. Ono nije nužno emocionalno i ne vodi nužno diskriminaciji, ali ako nas stereotip čini slijepima za individualne razlike unutar grupe ljudi, on je neadaptivan, nepravedan, može dovesti do predrasuda i potencijalno je zlostavljački. [10]

3.3. Predrasude

Za razliku od stereotipa, predrasude se temelje na afektivnoj komponenti i obilježava ih neprijateljski ili negativan stav prema prepoznatljivoj grupi ljudi, koji se zasniva isključivo na njihovu članstvu u toj grupi. One su usmjerene prema članovima grupe kao cjelini, zanemarujući obilježja po kojima se ti ljudi razlikuju. [10] Također, predrasuda se može definirati kao održavanje negativnih osjećaja prema grupi i njezinim pripadnicima ili kao negativno tretiranje grupe i njezinih pripadnika. [14] Iako predrasude mogu imati i pozitivna značenja, najčešće ih se povezuje uz one negativnih stavova.

Predrasude mogu imati četiri uzroka. Prvi je način na koji mislimo, odnosno socijalna kognicija. Tu se podrazumijeva da su predrasude popratna pojava ljudskog načina procesiranja i organiziranja informacija. Ljudi imaju sklonost kategorizirati i grupirati informacije, zatim

formirati sheme te se pri tumačenju informacija koristiti - mentalnim prečacima u zaključivanju. Ovi aspekti socijalne kognicije mogu izazvati formiranje negativnih stereotipa i njihovu primjenu pri diskriminaciji. Temelj socijalne kognicije je socijalna kategorizacija, svrstavanje nekih ljudi u jednu grupu na osnovi određenih karakteristika i drugih ljudi u drugu grupu na osnovi njihovih različitih karakteristika. Rezultat ovakve kategorizacije je stvaranje "vlastite" i "vanjske" grupe. S vlastitom grupom pojedinac se identificira, a s vanjskom ne. To dovodi do razmišljanje da su svi ljudi u grupi isti i da, ako znamo nešto o jednom članu vanjske grupe, znamo nešto o svima njima.[10]

Drugo objašnjenje uzroka predrasuda odnosi se na način na koji pripisujemo značenje, odnosno na pristranosti u atribuiranju. Ljudi često pribjegavaju zaključku da je ponašanje osobe posljedica nekog aspekta njene ličnosti, pri čemu zanemaruju aspekt situacije. Kada se ljudi ponašaju tako da potvrđuju naše stereotipe, mi zanemarujemo informacije o situaciji ili životnim okolnostima koje objašnjavaju zašto su se oni ponašali na određen način te pretpostavljamo da je nešto u njihovom karakteru ili dispozicijama uzrokovalo njihovo ponašanje. [10]

Treće objašnjenje uzroka predrasuda odnosi se na način na koji raspoređujemo resurse, odnosno teoriju realnog konflikta. Prema njoj, natjecanje je izvor sukoba i predrasuda. Ljudi se natječu za posjedovanje rijetkih resursa, za političku moć i za društveni status. Ograničeni resursi vode sukobu među grupama i rezultiraju predrasudama i diskriminacijom. Iz toga slijedi da se predrasude pojačavaju u teškim vremenima i kada postoji sukob oko nedjeljivih ciljeva. Kada su vremena teška i resursi ograničeni, članovi vlastite grupe osjećaju jaču prijetnju od članova vanjske grupe te su skloniji predrasudama, diskriminaciji i nasilju prema njima. [10]

Četvrto objašnjenje uzroka predrasuda i diskriminacija odnosi se na način na koji se konformiramo, odnosno mijenjamo svoja ponašanja i uvjerenja kao posljedica stvarnog ili zamišljenog pritiska grupe. [10]

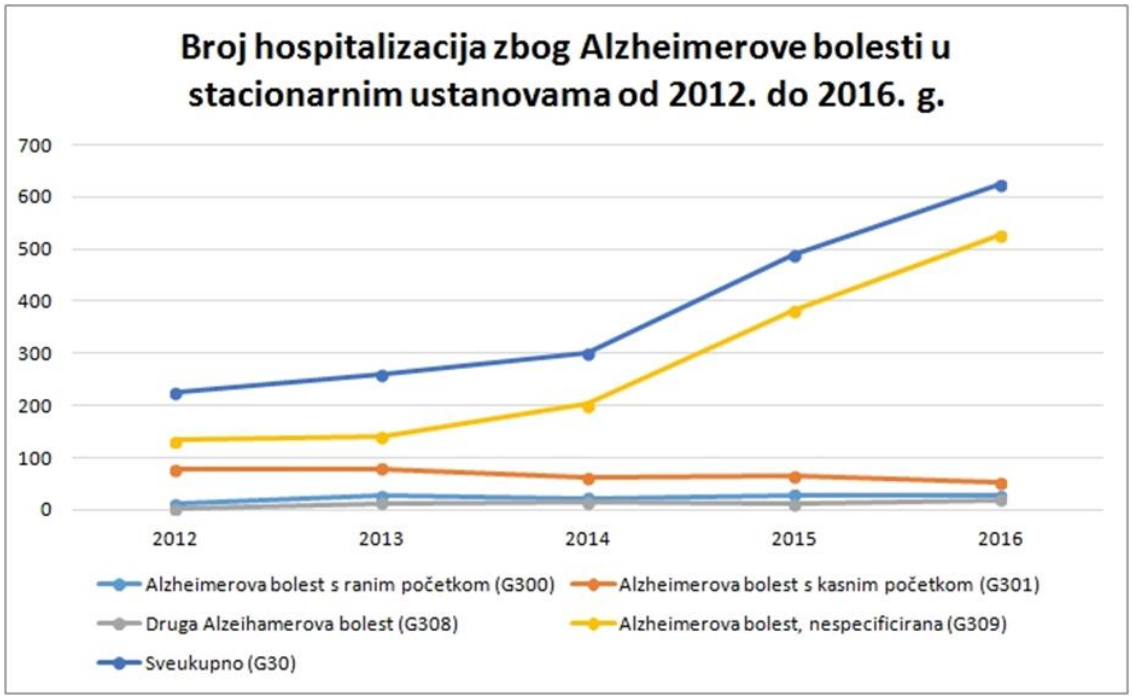
4. Epidemiologija demencije

Riječ demencija potječe od latinske riječi de = iz + mens = um i označava gubitak ili oštećenje mentalne snage uslijed bolesti. Rimljani, tj.Celzus i Galen u 1. i 2. stoljeću n.e. govorili su o kroničnim duševnim poremećajima koji uzrokuju nepovratno oštećenje viših intelektualnih funkcija. [15] Ti zapisi ukazuju na to da je demencija prisutna i zabilježena od davnina.

Kao najčešći oblik demencije pojavljuje se Alzheimerova demencija (AD). Nju je prvi opisao njemački liječnik Alois Alzheimer 1906. godine u prikazu 51. godišnje bolesnice Auguste D. Danas je Alzheimerova kao i sve ostale vrste demencija ozbiljan, globalni, javnozdravstveni problem. U vremenskom razmaku od onda do sada prošlo je više od sto godina i prema podacima SZO danas 47,5 milijuna ljudi u svijetu ima neki oblik demencije, a procjenjuje se da je u Europskoj uniji 6,4 milijuna osoba s takvim bolestima te da bi do 2050. godine broj mogao narasti i na više od 115 milijuna oboljelih u svijetu. U Hrvatskoj se procjenjuje da trenutačno oko 86 000 osoba boluje od demencije. To su podaci dobiveni iz bolničkih evidencija u Hrvatskoj i opravdano je posumnjati da je brojka zastupljenosti oboljenja od demencije možda i veća. [16]

Svjetska zdravstvena organizacija je 2012. godine proglasila Alzheimerovu bolest (AB) svjetskim javnozdravstvenim prioritetom te naložila svim svojim članicama, pa tako i Hrvatskoj, da djeluju, tj. da prvenstveno izrade akcijske planove odnosno nacionalne strategije za borbu protiv Alzheimerove bolesti. 21. rujna obilježava se svjetski dan Alzheimerove bolesti. [16]

Hrvatski zavod za javno zdravstvo prikuplja podatke o broju hospitalizacija i broju umrlih od Alzheimerove bolesti u Hrvatskoj. Grafikon prikazuje broj hospitalizacija zbog Alzheimerove bolesti u petogodišnjem razdoblju



Slika 4.1. Br hospitalizacija zbog AB izvor: HZJZ

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

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

Slika 4.2. Br hospitalizacija u stacionarnim ustanovama 2012-2016. po dobnim skupinama, izvor: HZJZ

Demencija je jedna od glavnih uzročnika invaliditeta odnosno ovisnosti kod osoba starije životne dobi. Ona mijenja živote ne samo oboljelih nego i živote njihovih najbližih, odnosno onih koji se brinu za njih. S obzirom da je broj osoba oboljelih od demencije u neprestanom porastu od velike je važnosti da svaki zdravstveni djelatnik ima barem osnovna znanja s kojima je moguće pružiti adekvatnu skrb osobama oboljelim od demencije jer, bez obzira na radno mjesto, velika je vjerojatnost da se svaki od zdravstvenih djelatnika, tijekom svog radnog vijeka susretne s osobama oboljelim od demencije.

5. Etiologija demencije

Iako je uzrok bolesti nepoznat, postoji više teorija nastanka. Najčešće se govori o genetskom porijeklu. Poznato je, naime da potomci oboljelih imaju i do deset puta veće šanse za obolijevanje od demencije od prosječne populacije. Bolesnici sa Downovim sindromom (trisomija 21 kromosoma) imaju iste patološke promjene u mozgu u određenoj životnoj dobi, pa se danas često upravo mutacija na 21 kromosomu optužuje za pojačanu proizvodnju amiloida koji se nalazi u moždanim stanicama (u obliku plakova) oboljelih i nastanak AB. [17]

Najvažniji mikroskopski nalaz su amiloidni plakovi i neurofibrilarni čvorovi. Ove lezije se nakupljaju u malim količinama tijekom normalnog starenja u mozgu, ali u Alzheimerovoj demenciji (kao i u ostalim demencijama) nakupljaju se u velikim količinama.[18]

Uzroka demencije ima mnogo, no osnovni uzrok je odumiranje stanica mozga, odnosno neurona. Neuroni su jedine stanice u našemu tijelu koje nemaju mogućnost obnove. Odumrli neuroni više nikada neće povratiti svoju funkciju, a zahvaćeno područje će atrofirati. Neuroni mogu biti uništeni uslijed neke bolesti ili ozljede mozga, kada je otežan ili onemogućen dotok krvi u mozak. [19]

Danas je u korelaciji više od 50 bolesti koje mogu uzrokovati demenciju. Vaskularna demencija uzrokovana je cerebrovaskularnom bolešću zbog aterosklerotskih promjena na krvnim žilama mozga. Nakon začepljenja krvnih žila ili krvarenja dolazi do oštećenja moždanog tkiva. Različite tvari (ugljični monoksid, otrovi, alkohol) mogu biti uzrok demencije. Oštećenja mozga zbog multiple skleroze, tumora, hidrocefalusa i ozljeda, također mogu uzrokovati demenciju. Neke od neuroloških bolesti koje mogu izazvati demenciju jesu: Parkinsonova bolest, Huntingtonova bolest, Pickova bolest, Wilsonova bolest, Hallevorden-Spatzova bolest, metakromatska leukodistrofija, spinocerebralna degeneracjia i druge. Upale u području središnjeg živčanog sustava (SŽS) (Creutzfeldt-Jacobova bolest, neurosifilis, virusni encefalitis, bakterijski ili meningitis uzrokovan gljivicama) i upale izvan SŽS-a (lupus) rezultiraju demencijom. Metaboličke bolesti (oštećenja jetre, bubrega, nadbubrežne žlijezde, štitnjače) i poremećaji s manjkom minerala i vitamina, također dovode do demencije. Demencija se pojavljuje s bolešću koja je primarno izaziva (Parkinsonova, Wilsonova, cerebrovaskularna i druge), s epilepsijom, multiplom sklerozom. Od psihijatrijskih se entiteta češće pojavljuje s poremećajima raspoloženja. [20]

5.1. Vrste demencije

Do sada je poznato više različitih vrsta demencije. Najčešća i najpoznatija je Alzheimerova demencija. Osim nje postoji i vaskularna demencija (VD), koja je rjeđa po zastupljenosti u populaciji. Zatim slijedi demencija u Parkinsonovoj bolesti, demencija Lewyevih tjelešaca (Lewy body demencija), frontotemporalna demencija, Huntingtonova bolest i sve demencije koje se pojavljuju kao komplikacija tjelesnih bolesti ili ozljeda. U svijetu je prisutan i koncept miješane demencije u kojoj bolesnik ima znakove degenerativne Alzheimerove bolesti i istovremeno promjene mozga zbog ometanog krvotoka u mozgu. Taj oblik demencije je vrlo čest. Što znači da Alzheimerova bolest i vaskularna demencija mogu istovremeno biti prisutne te ih je u bolesnika teško razlučiti. [15]

5.1.1. Alzheimerova demencija

Demencija Alzheimerovog tipa (DAT) je vodeća bolest današnjice, najčešća je od svih demencija i u stalnom je porastu. 1906. godine Alois Alzheimer je prvi puta opisao sindrom demencije kao psihički poremećaj koji je po njemu dobio ime Alzheimerova bolest (AB) odnosno Alzheimerova demencija. [17]

Alzheimerova bolest je progresivno oboljenje mozga. Najčešće se javlja u dobi iznad 65. godine života, a traje 5-10 godina (prosječno oko 8 godina). [21]

Ona uzrokuje promjene pamćenja, mišljenja, percepcije i ponašanja. Te promjene izrazito utječu na bolesnikov svakodnevni život, smanjuju njegovu samostalnost dokle god ne postane u potpunosti ovisan o pomoći drugih [22]

Alzheimerova demencija najčešći je tip ireverzibilne i napredujuće degenerativne bolesti mozga, odnosno stanica moždane kore i okolnih struktura, prvenstveno hipokampalne regije. U podlozi je stvaranje senilnih plakova i neurofibrilarna degeneracija. U kasnijem tijeku dolazi do niza biokemijskih poremećaja koji uzrokuju psihičke simptome te promjene u živčanim stanicama koje dovode do njihova odumiranja. [17]

Na Alzheimerovu bolest otpada 60% svih slučajeva demencije, a u starijoj dobi taj je postotak još i viši. Obolijeva oko 8 do 10% ljudi starijih od 65 godina. Među onima starijima od 80, obolijeva gotovo 50%. [23]

Bolest može započeti i već između 50. i 60. godine života. Rizični čimbenici za DAT su starija životna dob, ženski spol, srodstvo s oboljelima od ove demencije, ozljeda glave, niska obrazovna razina. Uzrok Alzheimerove demencije nije poznat. Određenu ulogu u nastajanju ove demencije ima naslijeđe. Poznato je kako se bolest češće pojavljuje u nekim obiteljima. Patoanatomske

promjene očituju se u kortikalnoj atrofiji, proširenju sulkusa i ventrikula. Od neurotransmitorskih sustava najviše je zahvaćen kolinergički sustav, i to u smislu njegove smanjene funkcije. U oboljelih od Alzheimerove demencije nađeno je i sniženje koncentracije serotonina, noradrenalina te različitih proteina. DAT se pojavljuje s poremećajima raspoloženja (depresija), poremećajima ličnosti i različitim neurološkim bolestima i stanjima (ozljede glave). [20]

Prvi znakovi su često atipični. Bolesnici se žale na glavobolje, vrtoglavice, popuštanje radnih sposobnosti i depresivno raspoloženje. U tom stadiju bolest se često naziva „muškim klimakterijem“ ili depresijom kritične dobi. Nakon toga početnog stadija pojavljuju se specifični neuropsihološki ispadi. Bolesnici postaju zaboravljivi, gube pregled poznatih situacija i zadaća. Ubrzo nakon toga razvija se echolalia, dyscalculia. Snalaženje u prostoru postaje otežano, zbog čega bolesnik nije sposoban pronaći put kući, ne može voziti ili parkirati auto niti slijediti upute kako pronaći cilj. Kasnije, kako bolest napreduje, bolesnik više ne zna upotrebljavati svakodnevne predmete u kući pa na kraju samo osnovne, prividno automatske, radnje ostaju koliko-toliko očuvane. Za takve bolesti tipično je da perserviraju –vezani su za jedan misaoni sadržaj ili za jednu riječ. Neurološki je prisutna asimetrija refleksa i znaci parkinsonizma. Progresijom bolesti dolazi do postepenog gašenja govornih sposobnosti nakon čega preostaju samo ritmičke kretnje govorne muskulature. U tom stadiju prisutne su i automatske stereotipne radnje koje spadaju u oslobođene urođene motoričke obrasce: pokreti pranja, čupkanja, trljanja, odmahivanja glavom, penjanja i sl. Bitna značajka te bolesti jest to što se sposobnosti socijalnog kontakta, nastupa i odijevanje dugo zadržavaju, a i emotivne reakcije ostaju dugo očuvane. Alzheimerova bolest ima progresivan tijek i već za 4 -5 godina može uzrokovati tešku demenciju. [24]

5.1.2. Vaskularna demencija

O vaskularnoj demenciji govorimo kad kod bolesnika postoje smetnje pamćenja, smetnje koncentracije i smetnje u svakodnevnom životu koje limitiraju određene do tada uobičajene aktivnosti, a primarno su uzrokovane bolešću krvnih žila. Vaskularna demencija pojavljuje se kod bolesnika koji je u nekoliko navrata prebolio moždani udar (oštećenje krvnih žila mozga i oštećenje mozgovnog tkiva koja može biti različitog opsega). Javlja se i u bolesnika koji su preboljeli opsežnije moždane udare s manifestacijom poremećaja motorike, hemiparezom, hemiplegijom, smetnjama govora, ali se isto često javlja kod bolesnika koji niti ne zna da je prebolio moždani udar (koji ga je "prohodao"). Kumulirana oštećenja mozgovine u tih bolesnika u konačnici dovode do tegoba koje bolesnika dovode liječniku, a slikovni prikaz mozga (CT ili MR) otkriva prirodu oštećenja mozga. Za razliku od demencije Alzheimerovog tipa, tegobe se kod

vaskularnog oblika demencije javljaju naglije, često naizgled iz razdoblja urednog kognitivnog funkcioniranja. [6]

Vaskularna demencija obično naglo počinje i prati cerebrovaskularni incident. Klinička slika ovisi o lokalizaciji i opsegu cerebrovaskularnog inzulta. Javljaju se amnezija, oštećeno apstraktno mišljenje, afazija, agnozija, apraksija, a može nastati i disonomija. Bolesnik može postati apatičan, depresivan, emocionalno labilan. Osnovne značajke ličnosti, rasuđivanje i shvaćanje su očuvani ili tek blaže oštećeni. Nekoliko je podvrsta ove demencije: vaskularna demencija s akutnim početkom, multiinfarktna demencija i supkortikalna vaskularna demencija. Prognoza je vaskularnih demencija različita i ovisi prije svega o samoj (cerebro)vaskularnoj bolesti te o lokalizaciji i zahvaćenosti moždanog tkiva ishemičnim razaranjem. Ishod ovisi i o čimbenicima rizika za pojavu cerebrovaskularne bolesti: hipertenzija, hiperlipidemija, pušenje, dijabetes, srčane bolesti, povećana tjelesna težina, neaktivnost. Bolest prosječno traje 5 godina, a završava smrtnim ishodom. [20]

5.1.3. Demencija s levijevim tjelešcima

Demencija Lewyevih tjelešaca je 3. najučestalija demencija. Obično nastaje u starijih od 60 godina. Lewyeva tjelešca su okruglastog oblika i zapravo su nakupine sinaptičkog proteina α–sinukleina. Nastaju u korteksu nekih bolesnika s primarnom demencijom Lewyevih tjelešaca i u crnoj jezgri (substantia nigra) oboljelih od Parkinsonove bolesti. Još uvijek nije jasno jesu li Lewyeva tjelešca uzrok ili posljedica bolesti. [25]

Početno kognitivno propadanje nalikuje na ono kod drugih demencija (kao kod AB). Kod ove vrste demencije javlja se tremor, rano se javlja nestabilnost u hodu, a specifična je promjenjivost (kolebljivost) kognitivnih funkcija. Razdoblja očuvane pozornosti, koherencije i orijentacije mogu se izmjenjivati s razdobljima konfuzije i nemogućnosti odgovaranja na pitanja, obično s razmakom od nekoliko dana do nekoliko tjedana, a ponekad tijekom samog razgovora s bolesnikom. Česte su i vidne halucinacije. [25]

5.1.4. Miješana demencija

Postoji i demencija koja ima karakteristike i Alzheimerove demencije kao i vaskularne demencija ili pak demencije s Lewy body tjelešcima ili neke druge demencije. U tim slučajevima govorimo o miješanoj demenciji. Ona je podosta zastupljena u populaciji oboljelih od demencije. Kod nje postoje i neurodegenerativne promjene udružene s vaskularnim oštećenjima. [20]

5.1.5. Frontotemporalna demencija

Frontotemporalna demencija (FTD) se odnosi na sporadičan nasljedni poremećaj koji zahvaća frontalne i temporalne režnjeve. Za FTD karakteristično je jako atrofiranje vijuga u temporalnim i frontalnim režnjevima koje su ponekad tanke poput papira, čini do 10% demencija. Karakteristična dob nastanka je tipično mlađa dob (45 do 65 godina) nego kod Alzheimerove bolesti. FTD zahvaća muškarce i žene podjednako. Općenito, FTD zahvaća osobnost, ponašanje i obično jezičnu funkciju (sintaksu i fluentnost) više, a pamćenje manje nego AB. Apstraktno razmišljanje i pažnja (održavanje i preusmjeravanje) su oštećeni; odgovori su dezorganizirani. Orijentacija je očuvana, ali prisjećanje može biti oštećeno. Motorne vještine su uglavnom očuvane. Bolesnici imaju poteškoće u izvršavanju zadataka određenim redoslijedom. [25]

5.1.6. Ostale vrste demencije

Najzastupljenije i najčešće spominjane vrste demencije su Alzheimerova, vaskularna demencija, demencija Lewyevih tjelešaca, frontotemporalna demencija (kao to je ranije navedeno). Postoje također i neke manje zastupljene vrste demencije koje se razviju u sklopu nekih drugih bolesti i poremećaja ,a to su: demencija kod Parkinsonove bolesti, demencija kod Huntingtonove bolesti, demencija u Creutzfeldt–Jakobovoj bolesti, demencija povezana s HIV infekcijom te drugi prionski poremećaji i neurosifilis. Razlikovanje vrste ili uzroka demencije je teško; definitivna dijagnoza često zahtijeva post mortem patološki pregled moždanog tkiva. Bolesnici mogu imati više od tipa demencije (miješana demencija). [25]

6. Dijagnoza demencije

Promjene nastupaju vrlo podmuklo, neopaženo, tako da se bolest prosječno dijagnosticira tek dvije godine nakon nastupa prvih simptoma. U postavljanju dijagnoze koriste se osim anamnestičkih podataka i heteroanamnestički podaci (u početku bolesti podatke o prisutnim tegobama možemo dobiti od samog bolesnika a kasnije od ukućana ili pratnje) neurološki i psihološki testovi. Kratak mentalni test (MMSE, engl. Mini Mental State Examination) najraširenij je test probira globalne kognicije u svijetu. Prosječno trajanje testa je oko 10 minuta. Obuhvaća širok spektar kognitivnih funkcija kao što je orijentacija, kratkoročno pamćenje, pažnja, računanje, jezična manipulacija i konstrukcijska praksija. Iako nije specifičan za sve oblike demencija i testiranje kod kasnijih faza neurodegenerativnih demencija, ostaje uobičajen medij komunikacije među kliničkim osobljem. Maksimalan broj bodova je 30, a rezultat manji od 22 sugerira moguće postojanje demencije. Njegova senzitivnost je 87 %, a specificitet 82 % prema velikom hospitalnom uzorku. S druge strane, kod MMSE-a postoji niska senzitivnost za blage demencije, naročito Alzheimerove demencije, a na rezultate utječe dob i obrazovanje ispitanika, jezik, motorna i vizualna ograničenja. Još jedan nedostatak je ograničenje testa za praćenje progresije kognitivnog deficita kod ispitanika. Promjene od dva boda ili manje sugeriraju nejasni klinički značaj, te mogu predstavljati pogrešku u mjerenju rezultata ili rezultat učenja testa koji je pacijent već ponovio nekoliko puta. MMT se ne bi trebao ponavljati unutar 6 do 9 mjeseci. Prosječan pad od 3 boda godišnje kod neliječene Alzheimerove demencije smatra se tipičnim pogoršanjem [26]

Kompletna procjena gubitka pamćenja može uključivati prikupljanje informacija o prijašnjim bolestima, obiteljskim bolestima, lijekovima koje bolesnik uzima, informacije o prehrani. Dijagnozu potvrđujemo neuroradiološkim metodama; CT-om tj. kompjutoriziranom tomografijom mozga ili MR mozga, na kojima je vidljiva jaka atrofija moždane kore difuzno i hipokampalne regije. Analizom likvora koja se iznimno radi može se ustanoviti povećanje proteinske komponente. U postavljanju dijagnoze može pomoći i EEG (elektroencefalografija) te PET (pozitronska emisiona tomografija). Posebno treba izdvojiti gensku dijagnostiku, koja je važna u slučaju obiteljske pojave bolesti, te postmortalnu dijagnostiku, koja je vrijedna kao konačna provjera kliničke dijagnoze. [17]

U svakodnevnoj kliničkoj praksi prepoznavanje demencije često predstavlja pravi izazov. Prema jednoj studiji kod 21 % pacijenata nije prepoznata sumnja na demencija u okviru primarne zdravstvene zaštite, a 20 % nedementnih pacijenata krivo je prepoznato kao pacijenti s demencijom. Pacijenti koji boluju od demencije najčešće se ne prezentiraju zbog tegoba otežanog

pamćenja već je češće njihov partner ili obitelj ta koja prezentira tegobe liječniku. S druge strane, članovi obitelji i okolina često imaju odgođenu reakciju zbog pripisivanja smetnji „starenju”. [26]

Važnost pouzdane i rane dijagnoze DAT, bez obzira na ograničene mogućnosti liječenja, je nesporna, naime, postoje određene sekundarne demencije, koje se terapijski mogu zbrinuti (npr. hipotireoza). Dalje, simptomatsko liječenje DAT najbolje rezultate daje u ranoj fazi bolesti. Konačno, za samu obitelj bolesnika, nisu zanemarivi ni psihosocijalni razlozi. U budućnosti, važnost pouzdane dijagnoze mogla bi biti i veća jer postoje predviđanja da bi specifični podtipovi bolesti mogli bolje reagirati na određenu strategiju liječenja.

7. Simptomi i stadiji demencije

Kako se bolest javlja, napreduje i u potpunosti preuzima oboljelu osobu tako se konstantno izmjenjuju odnosno pojavljuju novi simptomi te opake progresivne bolesti. Moguća su kraća ili duža razdoblja stagniranja bolesti. Od početka bolesti pa do smrti prođe 5 do 10 godina, u prosjeku 8 godina. Simptomi su u početku slabo izraženi, tako da se tek mnogo kasnije može uvidjeti njihovo pravo značenje. Osoba inače poznata kao aktivna, savjesna, osjetljiva, marljiva, počinje postupno gubiti interes, postaje umorna, ima teškoće u pozornosti i koncentraciji. Pri svemu tome psihički je tupa, razdražljiva i teško shvaća. U prvo vrijeme ne uočava se puno značenje tih promjena, međutim poslije se mogu pojaviti ideje odnosa sumnjičavosti i sumanute ideje proganjanja, ali one su obično kratkotrajne i prolazne. Kako bolest napreduje, zaboravnost postaje sve izraženija. U daljnjem tijeku bolesti često se javlja tremor ruku, usporenost pokreta, smetnje u kretanju tako da u terminalnoj fazi bolesnik postaje posve nepokretan, s potpunim oštećenjem vegetativnih funkcija, hranjenja, mokrenja, defekacije uz potpunu nemoć i ovisnost od drugih osoba. [21]

Bolesnici s demencijom u različitim stadijima bolesti trebaju različiti pristup. Proces demencije se dijeli na tri različita razdoblja s obzirom na stupanj dementnosti: rani stadij, napredovali stadij i stadij razvijene bolesti. Granice između stadiju su nisu u potpunosti jasne.

7.1. Rani stadij demencije

Rana faza demencije često se previdi, jer počinje postepeno. Uobičajeni simptomi uključuju: zaboravljivost, osoba oboljela od demencije gubi pojam o vremenu i može se dogoditi da se izgubi na poznatim mjestima. Moguće su i neobjašnjive promjene raspoloženja, posebno je česta razdražljivost. [3] Ona je i dalje u stanju puno toga sama izvršavati, ali uz dodatnu motivaciju.

7.2. Napredovali stadij bolesti

Kad demencija napreduje do srednjeg stadija, znakovi i simptomi postaju jasniji i sve više ograničavaju, smetnje pamćenja postaju sve teže. To uključuje zaboravljanje na nedavna događanja kao i imena ljudi, moguće je da se osoba osjeća izgubljeno, a kod kuće je. Dolazi i do neprepoznavanja članova obitelji. Javlja se povećanje poteškoća s komunikacijom, moguće je da osoba oboljela od demencije treba pomoć u osobnoj njezi. Dolazi do intenzivnih promjena ponašanja uključujući i lutanje. Bolesnik može satima postavljati isto pitanje. Obitelj je potrebno osvijestiti da su te promjene odraz bolesnog procesa te postoji velika mogućnost sagorijevanja članova obitelji. [3]

7.3. Stadij potpuno razvijene bolesti

U ovom stadiju bolesti gotovo uvijek dolazi do potpune ovisnosti i neaktivnosti oboljelog. Poremećaji u memoriji su ozbiljni, fizički znakovi i simptomi postaju očitiji. Osoba oboljela od demencije ne prepoznaje obitelj i prijatelje, ne može se orijentirati u vremenu i prostoru. Nepokretna je, ovisna o drugima. Također doživljava i promjene ponašanja koje ponekad mogu eskalirati i uključivati agresiju. Uzrok smrti najčešće je pneumonija, rjeđe uremija. Zato se dijagnoza demencije ne nalazi u mortalitetnim statistikama. [3]

8. Rizični i protektivni čimbenici

Alzheimerova bolest (AB) predstavlja najčešći uzrok demencije. S obzirom da još uvijek nema lijeka koji bi AB mogao izliječiti, puno pozornosti se posvećuje identifikaciji čimbenika rizika za nastanak demencije. Za razliku od faktora rizika u nastanku demencije na koje ne možemo utjecati, kao što su to genetska mutacija, koja je na sreću rijetka i odgovorna je za manje od 5% ukupnih slučajeva AB, postoje i oni rizični faktori na koje ne želimo utjecati kao što je to dugovječnost. Naime, nesumnjivo rizik obolijevanja od AB raste nakon 65 godine života i dosiže oko 50%, u onih starijih od 85 godina. No, na sreću, postoji više rizika na koje se može utjecati. Primijećeno je da osobe koje su imale težu povredu glave, poglavito ako su pri tom ostali i bez svijesti, češće razviju AB - stoga nošenje zaštitne kacige i vezivanje pojasa u automobilu je protektivno glede AB. [27]

Rizični čimbenici na koje se može utjecati su: konzumiranje duhanskih proizvoda, fizička aktivnost, povišen krvni tlak, debljina, dijabetes(nedavno učinjena studija potvrdila je da oboljeli od dijabetesa, posebno tipa 2, a stariji od 60 godina, dvostruko češće razviju demenciju.), niska razina kognitivnih aktivnosti. Do nedavno je konzumacija duhanskih proizvoda smatrana protektivnim čimbenikom za demencije, posebice Alzheimerovu demenciju. Stupanj kognitivnog oštećenja u oboljelih od demencije Alzheimerovog tipa u pozitivnoj je korelaciji sa smanjenjem sinteze acetilkolina. Starenjem se smanjuje broj muskarinskih i nikotinskih receptora a u oboljelih od demencije Alzheimerovog tipa to smanjenje je još i izraženije. Stoga se pretpostavilo kako bi agonisti kolinergičkih receptora, kao što je nikotin, mogao djelomično poboljšati oštećenje pamćenja i kognitivnih funkcija. Smatra se da postoje dva objašnjenja zbog čega je konzumacija duhanskih proizvoda smatrana protektivnim čimbenikom za demencije, posebice Alzheimerovu demenciju. Prvo objašnjenje sažeto je u US Surgeon General Report iz 2014.g. u kojemu se tvrdi da „postoje dokazi da industrija duhanskih proizvoda utječe na podatke mnogih epidemioloških studija i psihijatrijskih poremećaja…“. Drugo objašnjenje se nalazi u dizajnima studija koje su se koristile kako bi se došlo do tog zaključka. Svjetska zdravstvena organizacija u lipnju 2014.g. objavljuje kako je konzumacija duhanskih proizvoda rizični čimbenik za nastanak demencije.[28]

Sve je više dokaza koji upućuju da je baš zdravi stil života, koji podrazumijeva mediteransku prehranu, umjerenu fizičku aktivnost (primjerice hodanje), socijalnu interakciju, uz nepušenje, izbjegavanje ozljeda, visokog šećera i kolesterola, od presudnog značaja za smanjenje rizika nastanka demencije odnosno AB. Pridržavajući se jednostavnog postulata „što je zdravo za srce zdravo je i za mozak“, možemo znatno smanjiti rizik razbolijevanja od demencije. [27]

8.1. Kognitivna rezerva

Kognitivna rezerva je relativno noviji, hipotetski konstrukt kojim se nastoji objasniti postojanje individualnih razlika u kognitivnom funkcioniranju osoba uslijed jednakih ili sličnih oštećenja mozga. Navedeni konstrukt nastao je temeljem opažanja različitih razina kognitivnih poteškoća kod osoba s jednakim ili vrlo sličnim ozljedama mozga. Može se reći da je kognitivna rezerva zapravo razlika između opažene razine kognitivnog funkcioniranja osobe i razine koja je očekivana temeljem određenog stupnja neuropatologije ili oštećenja mozga kod promatrane osobe.[29] Općenito, kognitivna rezerva se može definirati kao akumulacija iskustava, vještina, znanja i promjena koje se zbivaju tijekom životnog vijeka i doprinose boljem kognitivnom funkcioniraju osobe u prisustvu različito izazvanih promjena na mozgu. [30]

Postoji aktivni i pasivni model kognitivne rezerve. Najkraće moguće rečeno pasivni model se odnosi na veličinu mozga i broj neuronskih stanica. Aktivni model kognitivne rezerve odnosi se na pretpostavku o nastojanju mozga da kompenzira oštećenje, odnosno mozak aktivno nastoji nadomjestiti gubitak funkcionalnosti uzrokovan oštećenjem. Kognitivna rezerva odnosi se na korištenje neuralnih mreža koje se inače koriste za određeni zadatak, ali su manje osjetljive na oštećenje. Radi se o mogućnosti individualnog kognitivnog obrasca u osnovi određenog zadatka da izdrži poremećaj i učinkovito izvrši zadatak. Uz to, kognitivna rezerva može se odnositi na mogućnost korištenja alternativnog obrasca za pristup problemu kada uobičajeni pristup više ne vrijedi. Ovaj model ne pretpostavlja anatomsko razlikovanje mozgova pojedinaca (za razliku od pasivnog modela) koji se različito nose s oštećenjima, nego njihovo razlikovanje po učinkovitosti načina na koje obrađuju zadatke. Prema tome može se zaključiti da osoba koja učinkovitije koristi neuralne mreže i koja je uspješnija u prizivanju alternativnih neuralnih obrazaca ili kognitivnih strategija kada je to potrebno, može imati veću razinu kognitivne rezerve i učinkovitije funkcionirati dulje vrijeme i uz oštećenje mozga [31]

Kao što naše tijelo, mišići i srce zahtijevaju stalno korištenje da bi bili u formi, tako i naš mozak moramo vježbom održavati u kondiciji. Preporuča se što manje gledanje TV emisija, a više korištenja mozga za čitanje literature koja zahtjeva nekakav umni napor, rješavanje križaljki, igranje društvenih igara i sl.. Bolesnik se jednostavno ne smije prepustiti, već se jednako brinuti za mozak kao što se brine za tijelo. [6]

9. Komunikacija s oboljelima

Komunikacija je prijenos informacija odnosno poruke od pošiljatelja do primatelja. Vrlo je važno znati na koji način komunicirati s osobama oboljelim od demencije. Kako demencija napreduje komunikacija postaje sve izazovnija. Osobe oboljele od demencije imaju poteškoća i u osobnom izražavanju, ali i u razumijevanju onoga što im se govori. Problemi u komunikaciji frustriraju kako oboljele tako i osobe koje se brinu za njih. Koristeći neke jednostavne intervencije moguće je komunikaciju s osobom oboljelom od demencije znatno poboljšati i dugo održavati usprkos progresiji demencije.

Ovo su neki od praktičnih i jednostavnih savjeta koji mogu pomoći u komunikaciji s osobom oboljelom od demencije:

- Omogućiti oboljeloj osobi da bolje vidi, čuje, govori (naočale, slušni aparat, zubalo)
- Privući pozornost bolesnika prije nego što mu se nešto kaže (npr. nježnim dodirom za ruku)
- Ukloniti druge ometajuće izvore (npr. isključiti TV ili radio)
- Prilikom obraćanja bolesniku držati svoju glavu u istoj ravnini s njegovom
- Pokušati uspostaviti kontakt očima
- Držati bolesnika za ruku tijekom cijelog razgovora
- Potruditi se govoriti jasno
- Govoriti u kratkim rečenicama i samo o jednoj stvari ili temi
- Dati bolesniku dovoljno vremena za odgovor
- Zapisati neke stvari na papir ako se primijeti da to bolesniku pomaže
- Pratiti i potruditi se razumjeti govor tijela bolesnika
- Koristiti neverbalnu komunikaciju (smiješak, zagrljaj) [32]

Osobe oboljele od demencije dugo boluju, radi se o bolesti koja traje 10-ak godina. Tijekom tog vremena njihove sposobnosti komunikacije postupno slabe, no tek potkraj bolesti oboljeli prestaju u potpunosti komunicirati. Svo prethodno vrijeme moguća je (ograničena) komunikacija ako za to postoji spremnost i razumijevanje problematike. U tu svrhu Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest (HUAB) kontinuirano radi na edukaciji opće populacije, organizira kongrese o AB te provodi antistigma program kroz razne vidove aktivnosti. [32]

10. Cijevi istraživanja

Cilj provedenog istraživanja bio je dobiti uvid kakva znanja imaju ispitanici prema osobama oboljelim od demencije te ispitati kakvi stavovi prevladavaju među ispitanicima s obzirom na osobe oboljele od demencije. Svrha rada je usporediti znanje i stavove osoba koje su se susrele s osobom oboljelom od demencije sa znanjem i stavovima onih osoba koje se do sad nisu susrele odnosno bile u kontaktu s osobama oboljelim od demencije.

U skladu s tim postavljene se sljedeće hipoteze:

1. Ispitanici koji su se susreli s osobama oboljelim od demencije imaju više znanja o demenciji.
2. Ispitanici koji su se susreli s osobama oboljelim od demencije imaju manje predrasuda prema osobama oboljelim od demencije.
3.Ispitanici koji su se susreli s osobama oboljelim od demencije imaju pozitivnije mišljenje o edukaciji medicinskog osoblja koje se brine o osobama oboljelim od demencije.
4. Ispitanici koji se nisu susreli s osobama oboljelim od demencije ne znaju da je briga o osobama oboljelim od demencije stresnija (od brige za druge bolesnike) i smatraju da bi ih rjeđe smjestili u ustanove.
5 Znanje ispitanika i predrasude ispitanika opće populacije o demenciji statistički se značajno ne razlikuju s obzirom na spol.
6. Ispitanici opće populacije različite dobi statistički se značajno razlikuju s obzirom na veću stresnost kod brige o osobama oboljelim od demencije u odnosu na oboljele od drugih bolesti.
7. Ispitanici opće populacije različite dobi statistički se značajno razlikuju s obzirom na stav o potrebi smještaja osoba oboljelih od demencije u dom.

11. Metodologija

Istraživanjem znanja i stavova opće populacije o osobama oboljelim od demencije obuhvaćeno je 896 ispitanika sa područja Republike Hrvatske. Korišten je veći prigodni uzorak (N = 896), a anketa je provedena u lipnju 2018. godine. Htjelo se obuhvatiti što veći broj ispitanika. Upitnici su podijeljeni putem društvenih mreža. Pokušalo se približiti broj ispitanika koji su se susreli s demencijom i onih koji se nisu susreli s njom. Na kraju je bilo 554 ispitanika koji su se susreli s demencijom i 342 koji se nisu susreli s njom. Ispunjavanje upitnika bilo je anonimno i dobrovoljnog karaktera. Ispitanici su dali podatke u upitnicima koji su imali sljedećih pet skupina podataka:

- opći podaci o ispitanicima (spol, dob i upoznatost sa demencijom);
- osam pitanja o poznavanju te bolesti;
- pet pitanja o predrasudama o demenciji;
- dva pitanja o stavovima o demenciji i
- dva ostala pitanja o toj bolesti.

Pitanja u upitnicima su bila isključivo s jednim mogućim odgovorom od njih više ponuđenih. Ispitanici su popunjavali upitnike on line putem Google aplikacije. Iz dobivene excel datoteke konvertirani su u SPSS datoteku. Na osnovu SPSS datoteke izvedene su sve vrste statističkih analiza (programom SPSS Statistics for Windows, verzija 17.0) dok su grafički prikazi izrađeni pomoću Microsoft Excela 2010.

Metode statističke analize koje su ovdje korištene su:

a) deskriptivne metode (grafički prikazi, postoci te Spearmanov koeficijent korelacije ranga)

b) inferencijalne metode (Kolmogorov-Smirnovljev test normalnosti distribucije, Mann-Whitneyev U test, Kruskal-Wallisov H test i t-test razlike proporcija za male nezavisne uzorke).

Zaključci u vezi razlika i povezanosti među varijablama donošeni su na uobičajenom nivou signifikantnosti od 0,05 odnosno uz pouzdanost od 95%.

Rezultati analize su izneseni i opisani u tri poglavlja:

- deskriptivna statistička analiza,
- inferencijalna statistička analiza i
- zaključci u vezi hipoteza.

12. Rezultati istraživanja

12.1. Deskriptivna statistička analiza

Uzorak ispitanika činilo je 108 muškaraca (12,1%) i premoćan broj od 788 žena (87,9%). Bile su to osobe pretežno između 20 i 30 godina života (njih ¾). Za potrebe inferencijalne analize ispitanici su s obzirom na dob podijeljeni u samo tri grupe:

- do 20 godina 146 ispitanika
- 20 – 30 godina 674 ispitanika
- preko 30 godina 76 ispitanika

Uzorak ispitanika iz opće populacije za potrebe ovog istraživanja podijeljen je u dva podskupa:

- 554 ispitanika koji su se do sada susreli s osobom oboljelom od demencije i
- 342 ispitanika koji se do sada nisu susreli sa takvom osobom,

što izraženo relativno iznosi 61,8% odnosno 38,2%. Ova varijabla je nazvana „upoznatost s demencijom“. U nastavku je, radi kraćeg načina izražavanja, prva grupa ispitanika nazvana „grupa A“, dok je druga grupa ispitanika nazvana „grupa B“. Ova je nezavisna varijabla jedna od važnijih u ovom istraživanju.

U tablici 12.1.1. su navedene apsolutne frekvencije odgovora ispitanika na pojedina pitanja o znanju, dok su u tablicama 12.1.2., 12.1.3. i 12.1.4. odgovori na pojedina pitanja u vezi predrasuda o demenciji. Nadalje, u tablicama 12.1.5., 12.1.6. i 12.1.7. prikazane su apsolutne frekvencije za ostale varijable koje su imale drugačije kategorije nego što su one prikazane u prethodnim tablicama.

Red.br. pitanja	Tvrdnja (pitanje)	slažem se	ne slažem se	ne znam	Svega
4.	Demencija je dio normalnog procesa starenja	332	**436**	128	896
5.	Osobe mlađe od 65 g. ne mogu oboljeti od demencije	38	**747**	111	896
7.	Postoji više različitih vrsta demencije	**568**	262	66	896
8.	Demencija se može jednostavno dijagnosticirati samo putem jednog univerzalnog obrasca	63	**537**	296	896
9.	Svaku demenciju moguće je u potpunosti izliječiti lijekovima	6	**737**	153	896
10.	Provođenje tjelesne aktivnosti blagotvorno djeluje na osobe oboljele od demencije	**620**	41	235	896
13.	Cjeloživotno učenje odgađa kognitivno propadanje	**505**	172	219	896
15.	Prehrana može djelovati tako da smanji rizik za pojavu demencije	**435**	146	315	896

Napomena: podaci se o ispitanicima odnose na oba spola premda je uvijek u tablicama (zbog kratkoće izražavanja) iskazano u muškom rodu. Deblje otisnute frekvencije označuju odgovore koji su ispravni.

Tablica 12.1.1.: Odgovori ispitanika na pojedina pitanja o znanju o demenciji (N = 896)

Kod svakog od osam pitanja o znanju što su navedena u tablici 12.1.1. ispitanici su u većini odgovorili ispravno. Najmanji je postotak ispravnih odgovora kod pitanja 4 (48,7%) i pitanja 15 (48,5%), a najveći kod pitanja 9 (82,3%) i pitanja 5 (83,3%).

Red.br. pitanja	Tvrdnja (pitanje)	slažem se	ne slažem se	ne znam	Svega
6.	Umne sposobnosti redovito opadaju starenjem	**568**	262	66	896
12.	Osobe oboljele od demencije su neuredne i ne vode brigu o osobnoj higijeni	**88**	614	194	896
14.	Kreativno izražavanje nestaje s povećanjem kronološke dobi	**144**	567	185	896

Napomena: Deblje otisnute frekvencije označuju odgovore koji znače predrasudu o demenciji

Tablica 12.1.2.: Odgovori ispitanika na pojedina pitanja o predrasudama o demenciji (N = 896)

Iz tablice 12.1.2 je uočljivo da je najmanje zastupljena predrasuda o tome da su osobe oboljele od demencije neuredne i da ne vode brigu o osobnoj higijeni (samo kod 9,8% ispitanika). Najviše zastupljena predrasuda je da umne sposobnosti redovito opadaju starenjem (zastupljena kod 63,4% ispitanika).

U vezi mišljenja ispitanika o smještaju oboljelih u dom u tablici 12.1.3. su prezentirane apsolutne frekvencije dobivene ovom anketom. Prevagnulo je mišljenje ispitanika da je ponekad stanje pacijenta takvo da obitelj nema drugog izbora nego da oboljelog smjesti u dom (kod 68,3% ispitanika). Druga realna opcija, koja ne predstavlja predrasudu, je da uz dobru edukaciju i podršku obitelji nema potrebe za smještajem oboljelog u dom (zastupljena kod 15,4% ispitanika). Sve

ostale opcije navedene u tablici 12.1.3 se smatraju predrasudama i one su zastupljene kod 16,3% ispitanika.

R. br.	Odgovori ispitanika	Broj ispit.
1.	Sramota je smjestiti vlastitu obitelj u dom	**7**
2.	Oboljelima je bolje tamo	**47**
3.	Za njihovu obitelj je bolje da su tamo	**23**
4.	Trebali bi ipak ostati u vlastitoj obitelji	**27**
5.	Ponekad je stanje pacijenta takvo da obitelj nema drugog izbora	612
6.	Uz dobru edukaciju i podršku obitelji nema potrebe za smještajem oboljelog u dom	138
7.	Nemam stav o tome	42
	Ukupno	896

Napomena: Deblje otisnute frekvencije označuju odgovore koji znače predrasudu o smještaju dementni osoba u dom

Tablica 12.1.3: Što ispitanik misli o smještaju osoba koje boluju od demencije u ustanove (domove) N = 896 (pitanje 16 iz upitnika)

Briga za oboljele od demencije stresnija je u odnosu na brigu o oboljelima od drugih bolesti (tablica 12.1.4.). Stoga su druge dvije opcije navedene u tablici 12.1.4. predrasude, a zastupljene su kod visokih 67,6% ispitanika (kod njih 2/3).

Odgovori ispitanika	Broj ispit.
a) Manje stresna nego briga za osobe oboljele od nekih drugih bolesti	**32**
b) Jednako stresna kao i briga za osobe oboljele od nekih drugih bolesti	**574**
c) Stresnije od brige za osobe oboljele od nekih drugih bolesti	290
Ukupno	896

Napomena: Deblje otisnute frekvencije označuju odgovore koji znače predrasudu o demenciji u odnosu na druge bolesti

Tablica 12.1.4: Ispitanici prema stresnosti brige za osobu oboljelu od demencije u odnosu na brigu o drugim bolestima (N = 896) - pitanje 18 iz upitnika

U tablici 12.1.5 vidi se mišljenje ispitanika o tome koliko je educirano medicinsko osoblje koje se brine za osobe oboljele od demencije. To je mišljenje dosta podijeljeno na tri dijela:

- na pozitivno (kod 31,7% ispitanika),
- na negativno (kod 31,9% ispitanika) i
- na neutralno (nema stava o tome 36,4% anketiranih ispitanika).

Red.br. pitanja	Tvrdnja (pitanje)	slažem se	ne slažem se	nemam stav	Svega
17.	Medicinsko osoblje koje brine za osobe oboljele od demencije adekvatno je educirano za to	284	286	326	896
19.	Naše društvo dovoljno je educirano o osobama oboljelim od demencije i o komunikaciji s njima	19	779	98	896

Tablica 12.1.5.: Odgovori ispitanika na pitanja o edukaciji medicinskog osoblja (N = 896)

Kada se spomene demencija tada od 100 ispitanika (tablica 12.1.6) kod njih 69 to asocira na zaboravljanje, starost, stariju osobu, gubitak pamćenja odnosno Alzheimera (to su prve četiri najčešće asocijacije).

R. br.	Odgovori ispitanika	Broj ispit.	% ispit.
1.	zaboravljanje	300	33,6
2.	starija osoba, starost	145	16,2
3.	gubitak pamćenja	113	12,6
4.	Alzheimer	64	7,1
5.	baka, djed, mama, prabaka	43	4,8
6.	izgubljenost	28	3,1
7.	senilnost	22	2,4
8.	tuga, žalost	20	2,2
9.	nemam asocijacije, ne znam	14	1,6
10.	bolest	8	0,9
11.	zbunjenost	7	0,8
12.	ostalo	132	14,7
	Ukupno	896	100,0

Tablica 12.1.6: Koja je ispitanikova prva asocijacija na spomen demencije (N = 896)

R. br.	Odgovori ispitanika	Broj ispit.	% ispit.
1.	ne	401	44,8
2.	da	387	43,2
3.	ne znam	39	4,3
4.	ne razmišljam o tome	21	2,3
5.	ostalo	48	5,4
	Ukupno	896	100,0

Tablica 12.1.7: Strahuje li ispitanik da će oboljeti od demencije u budućnosti (N = 896)

Na intrigantno pitanje strahuje li ispitanik da će oboljeti u budućnosti od demencije (tablica 12.1.7) dobiveni su podvojeni odgovori: 45% da, 43% ne. Ostalih 12% anketiranih ispitanika o tome ili ne zna što bi odgovorilo ili ne razmišlja o tome ili ima neke ostale odgovore.

Kako bi se osam pitanja o znanju o demenciji sažetije izrazilo jednom varijablom, primijenjen je sustav bodovanja točnih odgovora. Na svako točno odgovoreno pitanje dodijeljen je jedan bod. Tada su svakom ispitaniku zbrojeni bodovi i formirana je time diskontinuirana numerička varijabla „znanje o demenciji“. Apsolutne i relativne frekvencije te distribucije navedene su u tablici 12.1.8., dok su u tablici 12.1.9. navedeni deskriptivni pokazatelji, raščlanjeno po grupama ispitanika.

Broj bodova	Broj ispit.	Kategorije znanja	% ispit.
0	10	vrlo slabo	4,1
1	27		
2	43	slabije	10,9
3	55		
4	129	osrednje	34,9
5	184		
6	181	bolje	39,7
7	174		
8	93	izvrsno	10,4
Svega	896		100,0

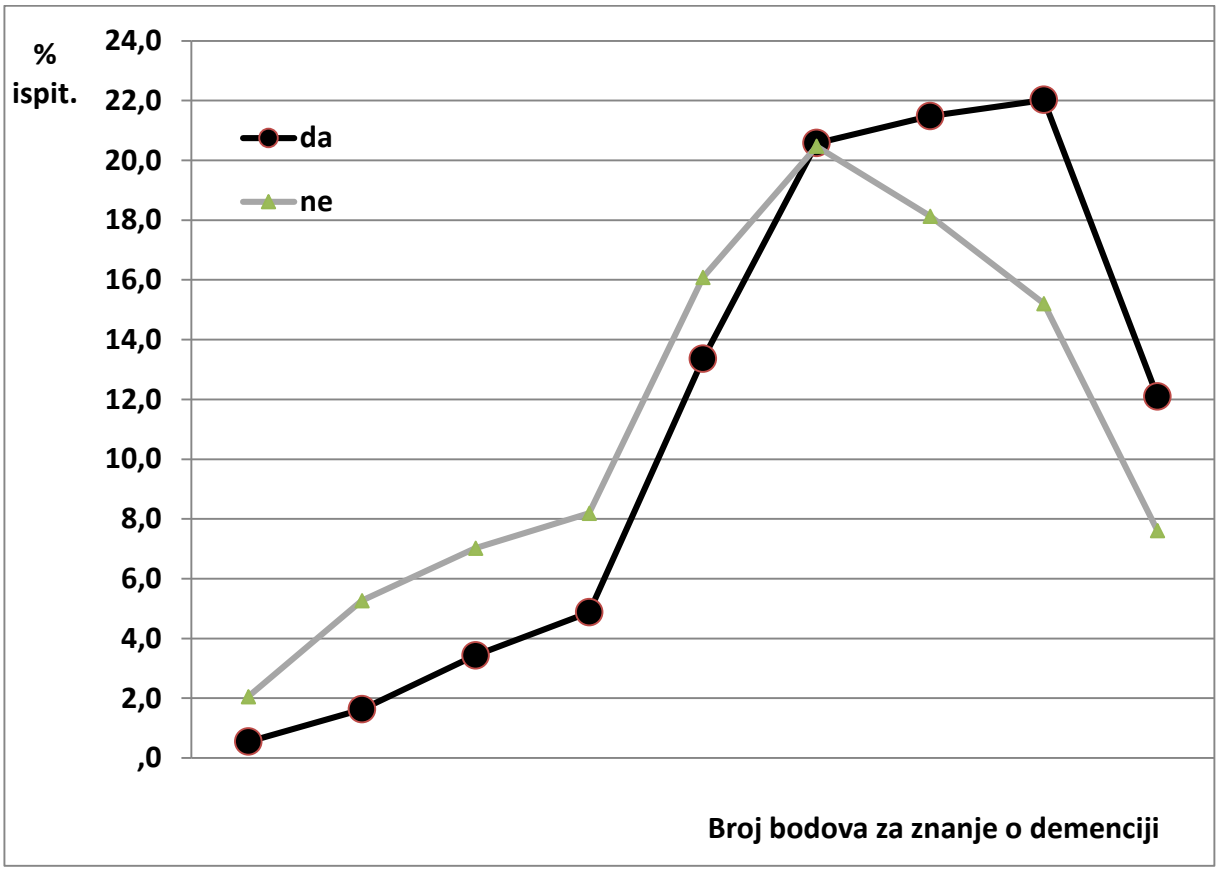
Tablica 12.1.8.: Distribucija bodova za znanje o demenciji (N = 896)

Iz tablice 12.1.8. je vidljiva dominacija boljeg znanja o demenciji koje tendira prema osrednjem znanju.

Deskriptivni pokazatelj	Grupa A	Grupa B	Ukupno
Broj ispitanika	554	342	896
Aritmetička sredina	5,59	4,87	5,31
Medijan	6	5	5,5
Mod	7	5	5,0
Standardna devijacija	1,694	1,985	1,84
Koeficijent varijacije	30%	41%	35%

Tablica 12.1.9.: Deskriptivni pokazatelji za distribuciju znanja o demenciji (N = 896) – raščlanjeno po grupama ispitanika (grupa A su ispitanici koji su se susreli s demencijom, grupa B su ispitanici koji se nisu sreli s tom bolesti).

Distribucija znanja o demenciji za obje grupe ispitanika (tablica 12.1.9.) ljevostrano je asimetrična, umjerene disperzije. To vrijedi kako za distribuciju znanja ispitanika grupe A tako i za ispitanike grupe B (grafikon 12.1.1).



Grafikon 12.1.1.: Broj bodova za znanje o demenciji ispitanika opće populacije koji su se susreli s demencijom (da) i onih koji se nisu susreli s tom bolesti (ne) (N1 = 554 ispitanika grupe A, N2 = 342 ispitanika grupe B)

Na vodoravnoj osi grafikona 12.1.1 nalazi se broj bodova za znanje koji variraju od 0 do 8. Kod vrijednosti 5 se krivulja za ispitanike grupe A i krivulja za ispitanike grupe B križaju.

Krivulje se razlikuju svojom visinom u dijelu prije tog križanja i u dijelu nakon tog križanja što govori o većem broju osvojenih bodova za znanje o demenciji ispitanika grupe A.
Pomoću Kolmogorov-Smirnovljevog testa utvrđeno je da distribucija znanja nije slična normalnoj distribuciji ($z = 4{,}338$ $p < 0{,}001$) što znači da za analizu podataka te distribucije treba koristiti neparametrijske metode (U-test i H-test umjesto t-testa i F-testa).

Za pet pitanja o predrasudama o demenciji primijenjen je isti sustav bodovanja kao što je opisani sustav bodovanja za znanje o demenciji. Na svako odgovoreno pitanje dodijeljen je jedan bod ako takav odgovor znači predrasudu o demenciji. Tada su svakom ispitaniku zbrojeni bodovi i formirana je time diskontinuirana numerička varijabla „predrasude o demenciji“. Apsolutne i relativne frekvencije te distribucije navedene su u tablici 12.1.10., dok su u tablici 12.1.11. navedeni deskriptivni pokazatelji, raščlanjeno po grupama ispitanika (grupa A su ispitanici koji su se susreli sa demencijom, grupa B su ispitanici koji se nisu susreli sa tom bolesti). Za razliku od distribucije znanja o demenciji kod koje je veći broj osvojenih bodova značio veće znanje, ovdje je to obratno, tj. što je broj bodova utvrđenih za postojanje predrasuda veći to je lošije, predrasude su više zastupljene

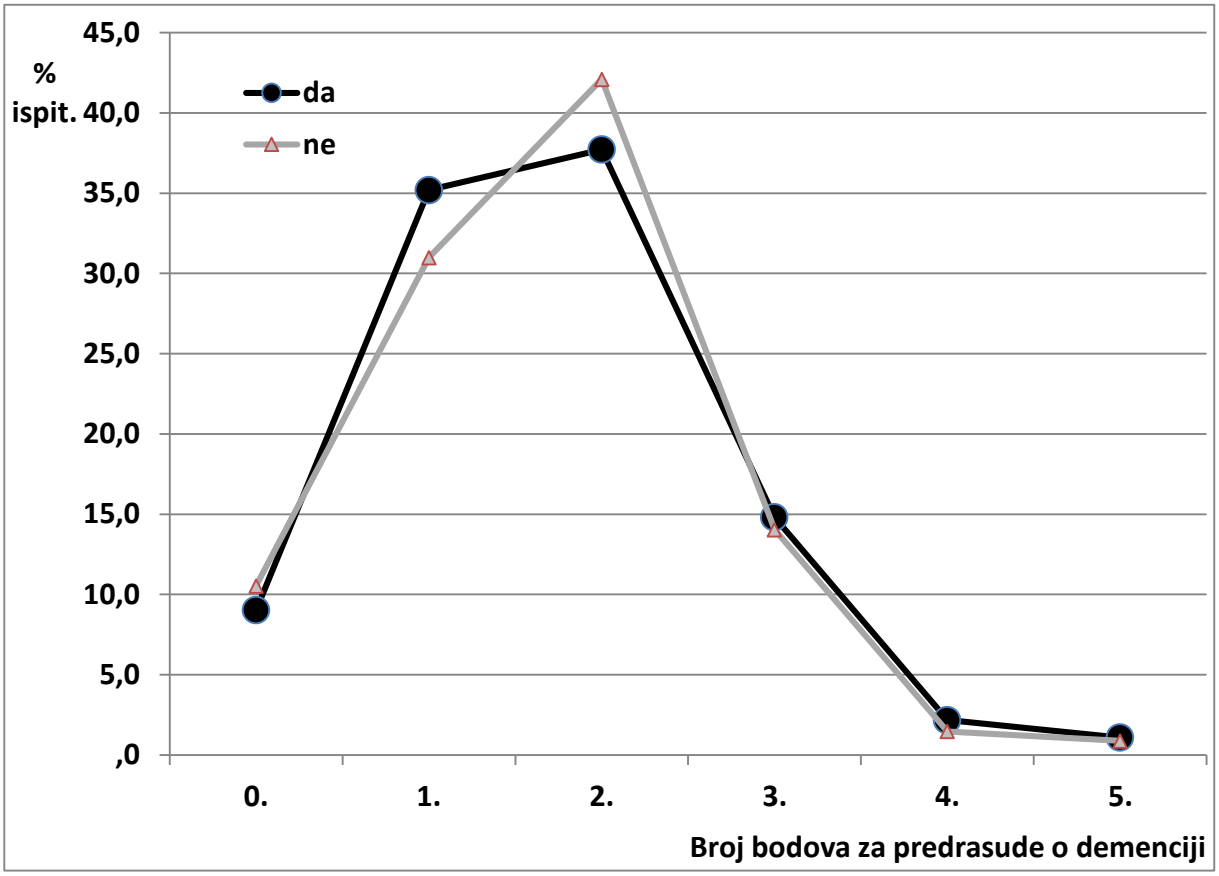
Broj bodova	Broj ispit.	Kategorija predrasuda	% ispit.
0	86	bez predrasuda (izvrsno)	9,6
1	301	manje predrasuda (vrlo dobro)	33,6
2	353	osrednji broj predrasuda (dobro)	39,3
3	130	veći broj predrasuda (lošije)	14,5
4	17	velik broj predrasuda (vrlo loše)	2,9
5	9		
Svega	896		100,0

Tablica 12.1.10.: Distribucija bodova za predrasude o demenciji (N = 896)

Deskriptivni pokazatelj	Grupa A	Grupa B	Ukupno
Broj ispitanika	554	342	896
Aritmetička sredina	1,69	1,68	1,69
Medijan	2	2	2
Mod	2	2	2
Standardna devijacija	0,975	0,952	0,966
Koeficijent varijacije	58%	57%	57%

Tablica 12.1.11.: Deskriptivni pokazatelji za distribuciju predrasuda o demenciji (N = 896) – raščlanjeno po grupama ispitanika (grupa A su ispitanici koji su se susreli s demencijom, grupa B su ispitanici koji se nisu susreli s tom bolesti)

Distribucija predrasuda o demenciji za obje grupe ispitanika desnostrano je asimetrična, nešto povećane disperzije. To vrijedi i za distribuciju predrasuda ispitanika grupe A kao i za ispitanike grupe B. Iz grafikona 12.1.2. je vidljiva vrlo velika sličnost navedena dva poligona frekvencija što znači da se grupe neznatno razlikuju po iskazanim predrasudama o demenciji. Pomoću Kolmogorov-Smirnovljevog testa utvrđeno je da distribucija predrasuda nije slična normalnoj distribuciji ($z = 5{,}932$ $p < 0{,}001$) što znači da za analizu podataka te distribucije nije ispravno koristiti parametrijske metode.



Grafikon 12.1.2.: Broj bodova za predrasude o demenciji ispitanika opće populacije koji su se susreli s demencijom (da, N1 = 554) i onih koji se nisu susreli s tom bolesti (ne, N2 = 342)

12.2. Inferencijalna statistička analiza

Ovdje je napravljeno šest skupina analiza. Prva skupina analiza je imala za svrhu utvrditi razlikuje li se slučajno ili statistički značajno znanje o demenciji s obzirom na spol, dob i na upoznatost ispitanika s demencijom. Zbog toga su izvedena tri neparametrijska testa (dva U-testa i jedan H test) čiji su rezultati u tablici 12.2.1.

	Testna kategorijalna (nezavisna) varijabla	Podskup ispitanika	Broj ispit.	Sredine rangova	U odnosno χ^2	p[1)]
1.	Spol	muški	108	435,28		
		ženski	788	450,31	U = 41124	0,566
2.	Dob	do 20 g.	146	384,54		
		21-30 g.	674	462,86		
		31 i više g.	76	444,03	χ^2 = 11,339	**0,003****
3.	Upoznat.sa demenc.	da (grupa A)	554	484,14		
		ne (grupa B)	342	390,76	U = 74988,5	**<0,001*****

Tablica 12.2.1.: Rezultati usporedbe znanja o demenciji pomoću Mann-Whitneyevog U testa (za varijable sa dvije kategorije) i Kruskal-Wallisovog H testa (za varijable sa tri kategorije) N = 896

Napomena: * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Na osnovu rezultata navedenih u tablici 12.2.1. mogu se donijeti sljedeća tri zaključka u vezi izvedena tri testa:

1) Ispitanici muškog spola imaju lošije znanje od žena (435,28 < 450,31). Ovakav zaključak na osnovu sredina rangova u tablici 12.2.1. pod 1 identičan je i kod usporedbe medijana (5 za muškarce, 7 za žene) kao i kod usporedbe aritmetičkih sredina (5,15 za muškarce i 5,34 za žene). Međutim, ta je razlika još uvijek nedovoljno velika da bi bila statistički značajna (p = 0,566).

2) Ispitanici različite dobi imaju različito znanje o demenciji što se vidi iz različitih sredina rangova koje su dobivene u H testu. Najniže je znanje kod najmlađe dobne grupe (do 20 godina), a najveće je kod dobne grupe 21-30 godina. Ovdje te razlike nisu slučajne već su statistički značajne (p = 0,003).

3) Ispitanici različite upoznatosti sa demencijom (grupe A i grupe B) statistički se značajno razlikuju s obzirom na znanje o demenciji. Očekivano, znanje je veće kod ispitanika grupe A koji su se do sada susreli s demencijom u odnosu na ispitanike grupe B koji ne poznaje tu bolest (484,14 > 390,76). Razlika u nivou znanja je statistički značajna budući da je p < 0,001.

Druga skupina analiza je imala za svrhu utvrditi razlikuje li se slučajno ili statistički značajno predrasude o demenciji s obzirom na spol, dob i na upoznatost ispitanika s demencijom. Zbog toga

su izvedena tri neparametrijska testa (dva U-testa i jedan H test) čiji su rezultati navedeni u tablici 12.2.2.

	Testna kategorijalna (nezavisna) varijabla	Podskup ispitanika	Broj ispit.	Sredine rangova	U odnosno χ^2	p[1)]
1.	Spol	muški	108	456,88		
		ženski	788	447,35	U = 41647	0,705
2.	Dob	do 20 g.	146	454,14		
		21-30 g.	674	445,34		
		31 i više g.	76	465,67	χ^2 = 0,562	0,755
3.	Upoznat.sa demenc.	da (grupa A)	554	449,05		
		ne (grupa B)	342	449,24	U = 94482	0,944

Tablica 12.2.2.: Rezultati usporedbe predrasuda o demenciji pomoću Mann-Whitneyevog U testa (za varijable sa dvije kategorije) i Kruskal-Wallisovog H testa (za varijablu sa tri kategorije) N=896

Napomena: **1)** * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Na osnovu rezultata navedenih u tablici 12.2.2. mogu se donijeti sljedeća tri zaključka:

1) Ispitanici muškog spola imaju veće predrasude o demenciji u odnosu na ispitanice ženskog spola (456,88 > 447,35). Međutim, ta je razlika još uvijek premala da bi bila statistički značajna (p = 0,705).

2) Ispitanici različite dobi imaju različiti nivo predrasuda o demenciji što se vidi iz različitih sredina rangova koje su dobivene u H testu. Međutim, i ovdje su te razlike slučajne (p = 0,755).

3) Ispitanici različite upoznatosti sa demencijom (grupe A i grupe B) statistički se značajno ne razlikuju s obzirom na predrasude o demenciji. Razlika u nivou predrasuda je slučajna budući da je p = 0,944.

Treća skupina analiza je imala za svrhu utvrditi razlikuje li se slučajno ili statistički značajno proporcije ispitanika koji smatraju edukaciju medicinskog osoblja adekvatnom, s obzirom na spol, dob i na upoznatost ispitanika s demencijom. Zbog toga su izvedena tri testa razlike između proporcija za nezavisne uzorke čiji su rezultati navedeni u tabeli 12.2.3.

R b.	Varijabla	Podgrupa ispitanika	Broj ispit.	Proporc.ispitanika koji smatraju eduk. medicins.osoblja adekvatnom	t ili χ^2	p
1.	Spol	muški ženski	108 788	31 /108 = 0,287 253/788 = 0,321	t = 0,730	0,465
2.	Dob	do 20 g. 21-30 g. 31 i više g.	146 674 76	60/146 = 0,411 199/674 = 0,295 25/76 = 0,329	χ^2= 13,772	**0,001*** **
3.	Upoznatost sa demencijom	da (grupa A) ne (grupa B)	554 342	182/554 = 0,329 102/342 = 0,298	t = 0,953	0,341

Tablica 12.2.3.: Rezultati t-testova usporedbe dviju odnosno tri proporcije

Napomena: * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Prema rezultatima što se nalaze u tablici 12.2.3. mogu se izvesti sljedeća tri zaključka:

1) Muški ispitanici u odnosu na ženske ispitanike statistički se značajno ne razlikuju s obzirom na mišljenje o tome je li edukacija medicinskog osoblja adekvatna (p = 0,465). Kod muškaraca takav stav o adekvatnoj edukaciji medicinskog osoblja ima njih 28,7% a kod žena 32,1%.

2) Najmanje ispitanika koji imaju mišljenje o adekvatnoj edukaciji medicinskog osoblja je u dobi 21-30 godina, njih 29,5%. Najviše ispitanika sa takvim stavom je u najmlađoj dobnoj grupi (do 20 godina), njih 41,1%. Dakle, najmlađi ispitanici imaju najveće povjerenje u adekvatnost edukacije medicinskog osoblja u vezi demencije. Ova razlika među dobnim grupama ispitanika je statistički značajna (p = 0,001).

3) Ispitanici različite upoznatosti s demencijom (grupe A i grupe B) statistički se značajno ne razlikuju s obzirom na proporciju onih koji smatraju da je edukacija medicinskog osoblja adekvatna. Razlika u proporcijama (0,329 i 0,298) je slučajna budući da je p = 0,341.

Četvrta skupina analiza je imala za svrhu utvrditi razlikuje li se slučajno ili statistički značajno proporcije ispitanika koji smatraju da je briga o dementnim osobama stresnija od brige za bolesnike s drugim bolestima, s obzirom na spol, dob i upoznatost ispitanika s demencijom. Zbog toga su izvedena tri testa razlike između proporcija za nezavisne uzorke čiji su rezultati navedeni u tablici 12.2.4.

R b.	Varijabla	Podgrupa ispitanika	Broj ispit.	Proporc.ispitanika koji smatraju brigu o dement.osobama stresnijom	t ili χ^2	p
1.	Spol	muški ženski	108 788	34 /108 = 0,315 256/788 = 0,325	t = 0,211	0,833
2.	Dob	do 20 g. 21-30 g. 31 i više g.	146 674 76	42/146 = 0,288 216/674 = 0,320 22/76 = 0,289	χ^2= 12,499	**0,002****
3.	Upoznatost sa demencijom	da (grupa A) ne (grupa B)	554 342	191/554 = 0,345 99/342 = 0,289	t = 1,741	0,082

Napomena: * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 12.2.4.: Rezultati t-testova usporedbe dviju odnosno tri proporcije

Zaključci na osnovu rezultat testova što su izneseni u tablici 12.2.4. su sljedeći:

1)Muški ispitanici u odnosu na ženske ispitanike statistički se značajno ne razlikuju s obzirom na stav o tome da je briga o dementnim osobama stresnija od brige za oboljele od drugih bolesti (p = 0,833).

2)Proporcija ispitanika koji imaju stav da je briga o dementnim osobama stresnija od brige za oboljele od drugih bolesti najveća je kod osoba između 21 i 30 godina (32,0%) u odnosu na druge dvije dobne skupine. Razlika među dobnim grupama ispitanika s obzirom na navedene proporcije je statistički značajna (p = 0,002).

3)Ispitanici različite upoznatosti s demencijom (grupe A i grupe B) statistički se značajno ne razlikuju s obzirom na proporciju onih koji smatraju da je briga o dementnim osobama stresnija od brige za oboljele od drugih bolesti (p = 0,082).

Peta skupina analiza je imala za svrhu utvrditi razlikuje li se slučajno ili statistički značajno proporcije ispitanika koji bi dementne osobe smjestili u dom, s obzirom na spol, dob i upoznatost ispitanika s demencijom. Zbog toga su izvedena tri testa razlike između proporcija za nezavisne uzorke čiji su rezultati navedeni u tablici 12.2.5.

R b.	Varijabla	Podgrupa ispitanika	Broj ispit.	Proporc.ispitanika koji bi dementne osobe smjestili u dom	t ili χ^2	p
1.	Spol	muški ženski	108 788	81/108 = 0,750 601/788 = 0,763	t = 0,286	0,775
2.	Dob	do 20 g. 21-30 g. 31 i više g.	146 674 76	98/146 = 0,671 520/674 = 0,772 64/76 = 0,842	χ^2= 72,234	**<0,001****
3.	Upoznatost sa demencijom	da (grupa A) ne (grupa B)	554 342	191/554 = 0,345 99/342 = 0,289	t = 1,640	0,101

Napomena: * statistička značajnost do 5%; ** statistička značajnost do 1%; *** statistička značajnost do 0,1%

Tablica 12.2.5.: Rezultati t-testova usporedbe dviju odnosno tri proporcije

Zaključci na osnovu rezultat testova što su prezentirani u tabeli 12.2.5. su sljedeći:

1) Muški ispitanici u odnosu na ženske ispitanike statistički se značajno ne razlikuju s obzirom na stav o smještaju osoba oboljelih od demencije u domove (p = 0,775).

2) Tri dobne skupine ispitanika se statistički značajno razlikuju s obzirom na stav o smještaju osoba oboljelih od demencije u domove (p < 0,001). Proporcija takvih ispitanika je najmanja kod najmlađih ispitanika (67,1%), a najveća kod najstarijih ispitanika (84,2%).

3) Ispitanici različite upoznatosti s demencijom (grupe A i grupe B) statistički se značajno ne razlikuju s obzirom na stav o potrebi smještaja osoba oboljelih od demencije u domove (p = 0,101).

Šesta skupina analiza je analiza povezanosti napravljena pomoću Spearmanovog koeficijenta korelacije ranga. Utvrđeno je da postoji vrlo slaba, negativna i statistički značajna povezanost između znanja o demenciji i predrasuda o demenciji (rs = -0,09 N = 896 p = 0,006). Obje te numeričke varijable su u toj analizi bile izražene brojem bodova koje su ispitanici iskazali o znanju o demenciji odnosno brojem bodova koje su oni iskazali o predrasudama o demenciji. Prema tome, ispitanici koji imaju veće znanje imaju manje predrasuda o demenciji i obratno, ispitanici koji imaju manje znanje imaju više predrasuda o demenciji.

12.3. Zaključci u vezi hipoteza

U ovom je radu postavljeno sedam hipoteza. U nastavku je izneseno tih sedam hipoteza, dokazi o njihovoj točnosti odnosno netočnosti te zaključak o njihovom prihvaćanju odnosno odbacivanju.

Prva hipoteza je glasila: „Ispitanici koji su se susreli s osobama oboljelim od demencije imaju više znanja o demenciji“. Dokaz da je ta hipoteza točna je U test čiji su rezultati prezentirani u tablici 12.2.1. pod rednim brojem 3 (p < 0,001). Prema tome, može se zaključiti da se navedena hipoteza prihvaća kao istinita.

Druga hipoteza je glasila: „Ispitanici koji su se susreli s osobama oboljelim od demencije imaju manje predrasuda prema osobama oboljelim od demencije.“ Dokaz da ta hipoteza nije točna prezentiran je u tablici 12.2.2. pod rednim brojem 3 (p = 0,944). Prema tome, može se zaključiti da se navedena hipoteza ne prihvaća kao istinita.

Treća hipoteza je glasila: „Ispitanici koji su se susreli s osobama oboljelim od demencije imaju pozitivnije mišljenje o edukaciji medicinskog osoblja koje se brine o osobama oboljelim od demencije.“ Dokaz da ta hipoteza nije točna je u tablici 12.2.3. pod rednim brojem 3 (p = 0,341). Prema tome, može se zaključiti da se navedena hipoteza ne prihvaća kao istinita

Četvrta hipoteza je glasila: „Ispitanici koji se nisu susreli s osobama oboljelim od demencije ne znaju da je briga o osobama oboljelim od demencije stresnija (od brige za druge bolesnike) i smatraju da bi rjeđe smjestili u ustanove“. Dokazi da ta hipoteza nije točna su sljedeća dva:

a) U tablici 12.2.4. pod rednim brojem 3 je izračunata i upisana p vrijednost od 0,082.
b) U tablici 12.2.5. pod rednim brojem 3 je izračunata i upisana p vrijednost od 0,101.

Prema tome, može se zaključiti da se navedena hipoteza ne prihvaća kao istinita.

Peta hipoteza je glasila: „Znanje ispitanika i predrasude ispitanika opće populacije o demenciji statistički se značajno ne razlikuju s obzirom na spol.“. Dokazi da je ta hipoteza točna su sljedeća dva:

a) U tablici 12.2.1. pod rednim brojem 1 je izračunata i upisana p vrijednost od 0,566.
b) U tablici 12.2.2. pod rednim brojem 1 je izračunata i upisana p vrijednost od 0,705.

Prema tome, može se zaključiti da se navedena hipoteza prihvaća kao istinita.

Šesta hipoteza je glasila: „Ispitanici opće populacije različite dobi statistički se značajno razlikuju s obzirom na veću stresnost kod brige o osobama oboljelim od demencije u odnosu na brigu za oboljele od drugih bolesti“. Dokaz da je ta hipoteza točna naveden je u tablici 12.2.4. pod rednim brojem 2 (p = 0,002). Prema tome, može se zaključiti da se navedena hipoteza prihvaća kao istinita

Sedma hipoteza je glasila: „Ispitanici opće populacije različite dobi statistički se značajno razlikuju s obzirom na stav o potrebi smještaja osoba oboljelih od demencije u dom“ Dokaz da je ta hipoteza točna je naveden u tablici 12.2.5. pod rednim brojem 2 (p < 0,001). Prema tome, može se zaključiti da se navedena hipoteza prihvaća kao istinita.

13. Rasprava

Nakon izloženog teoretskog dijela i provedenog istraživanja te iznesenih rezultata najprije se analiziraju osam pitanja koja se odnose na znanje ispitanika prema osobama oboljelim od demencije. Najviše znanja ispitanici iz obje skupine pokazali su na pitanju u kojem ih se pita može li se demencija izliječiti lijekovima, što velika većina njih negira, u kojem pokazuju svoje znanje da se demencija ne može izliječiti. Zbog čega možemo zaključiti da su obje skupine upoznate s progresivnošću i ireverzibilnosti te globalno rasprostranjene bolesti, neovisno o tome da li su se susreli ili nisu s osobom oboljelom od demencije.

Iduće pitanje na koje ispitanici daju najviše točnih odgovora je pitanje o tome može li demencija nastupiti prije 65 godine života. Naime 83% ispitanika zna da i osobe mlađe od 65g mogu oboljeti od demencije. Kao što je navedeno u radu, veća životna dob povećava rizik od razvoja demencije, ali ni mlađe osobe nisu zaštićene od razvoja te bolesti.

Čak 69% ispitanika iz grupa A i B zna da tjelesna aktivnost blagotvorno djeluje na osobe oboljele od demencije. Što je i potvrđeno kvalitativnom studijom provedenom u Švedskoj 2014.godine. u kojoj se pratilo 14 pacijenata s AD u ranom stadiju prateći ih kroz godinu dana. Iako je demencija pred njih stavljala prepreke za obavljanje aktivnosti oni su i dalje redovito hodali ili obavljali poslove oko kuće, koliko su mogli. Istraživači su došli do zaključka da osobe sa AB mogu biti uključene u održavanje samostalnosti i smatraju da je upravo tjelesna aktivnost prikladan instrument u tom procesu jer oboljelima tjelesna aktivnost zapravo smanjuje osjećaj demencije koja je sveprisutna u njihovom životu. Naglasak je na tjelesnim sposobnostima, umjesto na opadanje kognitivnih funkcija. Dolazi do preusmjeravanje fokusa s dijagnoze demencije na zdravijeg i sposobnijeg sebe. Tjelesna aktivnost pomaže pri održavanju postojećeg stupnja samostalnosti. [33]

Ispitanici su dobro upoznati s tim da postoji više različitih vrsta demencije, također znaju da se demencija ne može jednostavno dijagnosticirati putem samo jednog univerzalnog obrasca. Njih 60% je upoznato s tim. A također ispitanici dobro znaju da cjeloživotno učenje može odgoditi kognitivno propadanje. Naime, cijelokupna kombinacija varijabli uključujući: obrazovanje, inteligenciju, kognitivno učenje i znanje koje osoba stječe tijekom života poznat je kao kognitivna rezerva i što je širi spektar iskustava i učenja to je kognitivna rezerva veća i omogućava bolje suočavanje s oštećenjem mozga. Kognitivna rezerva nije fiksna cjelina, može se mijenjati, razvijati s vremenom ovisno o ponašanju pojedinca. Ona može olakšati kognitivno funkcioniranje, čak i kod oštećenja mozga i djelovati kao dinamičan, fleksibilan i "plastični" mehanizam u mozgu. To je ohrabrujuće stajalište puno nade jer daje način s kojim se može pokušati smanjiti rizik od nastanka demencije kroz učenje, obrazovanje i razne podražaje koji stimuliraju mozak. [34]

Alarmantno je što više od 50% ispitanika, pripadnika opće populacije, smatra da je demencija normalni dio starenja. Što ona nikako nije. To je mit koji treba biti što prije razbijen. Na tom pitanju ispitanici su pokazali najmanje znanja.

Samo 48% ispitanika zna da prehrana može djelovati na način da smanji rizik za pojavu demencije. Kao što je već ranije izneseno određeni način prehrane može djelovati tako da uistinu smanjuje rizik od nastanka demencije. Znanstvena istraživanja pokazuju kako bi osobe oboljele od demencije u vrlo ranim fazama mogle imati koristi od uzimanja dodataka prehrani s ribljim uljem i antioksidansima. Također ekstra djevičansko maslinovo ulje kao sastavni dio prehrane za prevenciju AD i u ranijim se istraživanjima pokazalo kao namirnica s povoljnim djelovanjem te bi stoga trebalo biti temeljni izvor masti. Preporuča se konzumacija zelenog lisnatog povrća, ostalo povrće, orašasti plodovi, bobičasto voće, mahunarke, cjelovite žitarice, riba, meso peradi i umjerena konzumacija vina. [35]

Iz dobivenih rezultata možemo zaključiti da ispitanici različite dobi imaju različito znanje o demenciji. Najniže je znanje kod najmlađe dobne grupe (do 20 godina), a najveće je kod dobne grupe 21-30 godina. Također nakon provedenog istraživanja i iznesenih rezultata zaključujemo da ispitanici različite upoznatosti sa demencijom (grupe A i grupe B) statistički se značajno razlikuju s obzirom na znanje o demenciji. Očekivano, znanje je veće kod ispitanika grupe A koji su se do sada susreli s demencijom u odnosu na ispitanike grupe B koji se nisu susreli s osobama oboljelim od demencije.

Ispitanici su pokazali svoje stavove prema osobama oboljelim od demencije na pitanjima koja ukazuju na eventualnu prisutnost stereotipa odnosno predrasuda. Najmanje zastupljena predrasuda prisutno je o tome da su osobe oboljele od demencije neuredne i da ne vode brigu o osobnoj higijeni (samo kod 9,8% ispitanika). Najviše zastupljena predrasuda je da umne sposobnosti redovito opadaju starenjem (zastupljena kod 63,4% ispitanika). Iako određeni postotak starijih osoba oboli od nekog oblika demencije, velika većina starijih osoba, zadržava svoje umne sposobnosti na zadovoljavajućoj razini, sve do kraja života. Naime, mozak zadržava izuzetnu sposobnost nadoknađivanja gubitka živčanih stanica pomoću preostalih živčanih stanica i tako gubi vrlo malo od svoje funkcionalne sposobnosti s godinama. Uslijed toga moguće je da ljudi održe svoje kognitivne sposobnosti. [36]

Sveukupno 63% ispitanika zna da kreativno izražavanje ne nestaje s povećanjem kronološke dobi. Kreativnost ima važnu ulogu u zdravom starenju. Kreativne aktivnosti mogu pozitivno utjecati na mentalno i fizičko zdravlje pojedinca. Kreativnost je doživotan dar pa stoga nikada nije prerano ili prekasno da se otkriju vlastiti kreativni potencijali. Ona je sredstvo koje pomaže komunikaciji u osoba oboljelih od demencije. [37]

U vezi smještaja osoba oboljelih od demencije prevagnulo je mišljenje ispitanika da je ponekad stanje pacijenta takvo da obitelj nema drugog izbora nego da oboljelog smjesti u dom (kod 68,3% ispitanika). Druga realna opcija, koja ne predstavlja predrasudu, je da uz dobru edukaciju i podršku obitelji nema potrebe za smještajem oboljelog u dom (zastupljena kod 15,4% ispitanika). Iako je oboljelima vrlo teško adaptirati se na novu okolinu i nove ljude u završnom stadiju bolesti vrlo je teško pružati neprestanu adekvatnu njegu i skrb osobama oboljelim od demencije, najčešće i nemoguće ukoliko oni ostanu kod kuće, pogotovo u završnom stadiju bolesti. Ispitanici koji su se susreli s osobama oboljelim od demencije nemaju manje predrasuda prema osobama oboljelim od demencije. To bi se moglo rastumačiti da za smanjenje predrasuda nije dovoljan samo susret s tom osobom nego je potrebno ipak više. Primjerice prema hipotezi kontakata, kontakt s pripadnicima vanjskih skupina jedan je od čimbenika koji djeluju na formiranje pozitivnih stavova odnosno smanjenje predrasuda prema pripadnicima vanjske skupine. Međutim hipoteza kontakata primarno je fokusirana na kvalitetu kontakta među pripadnicima različitih skupina te bi prema toj hipotezi do redukcije negativnih stavova trebalo doći ukoliko sudionici u kontaktu imaju isti status, žele ostvariti zajednički cilj, ovisni su jedni o drugima, surađuju na postizanju cilja te imaju podršku institucija. Što znači da sam susret ponekad nije dovoljan. [13]

Ispitanici pretežno vjeruju da je briga za osobu oboljelu od demencije jednako stresna kao i briga za osobe oboljele od nekih drugih bolesti. Protivno tome velika većina stariji osoba izdvaja kao jedan od najvećih stresova brigu za supružnika oboljelog od demencije. Navodi se da članovi obitelji koji pružaju skrb svom dementnom članu, često pritom doživljavaju vrlo snažan stres ili pak zapadaju u teži oblik depresije. [38]

Ispitanici su najviše neodlučni oko edukacije medicinskog osoblja koje se brine za osobe oboljele od demencije. To je mišljenje dosta podijeljeno na tri dijela: na pozitivno (kod 31,7% ispitanika), na negativno (kod 31,9% ispitanika) i na neutralno (nema stava o tome 36,4%). Što ukazuje na potrebu za dodatnom edukacijom i cjeloživotnim obrazovanjem.

Na spomen demencije ispitanici kao prve asocijacije najčešće navode: zaboravljanje (33,6%) starija osoba, starost (16,2%), zatim slijedi gubitak pamćenja (12,6%), Alzheimer (7,1%), navode i članove obitelji poput bake, djeda, mame, prabake (4,8%) i nešto manje zastupljene asocijacije poput izgubljenost, senilnosti, tuge, žalosti.

Na intrigantno pitanje strahuje li ispitanik da će oboljeti u budućnosti od demencije. Dobiveni su podvojeni odgovori: 45% da, 43% ne. Ostalih 12% anketiranih ispitanika o tome ili ne zna što bi odgovorilo ili ne razmišlja o tome ili ima neke ostale odgovore.

14. Zaključak

Sindrom demencije ozbiljan je i rastući medicinski, socijalni i ekonomski problem, čiji se rani znakovi u pravilu previde ili se pripisuju normalnoj starosti. Neprestano bilježi rastući trend

S obzirom da demenciju nije uvijek jednostavno dijagnosticirati i previdi se početak te bolesti važno je da je opća populacije upoznata s tim da demencija nije normalan dio starenje. A s obzirom da se oboljeli javlja liječniku najčešće u slučaju kada njegovi najbliži primijete da se nešto događa poželjno je i važno da je što više ljudi upoznato sa simptomima demencije. Kako bi što ranije intervenirali u slučaju da primijete simptome. Može se zaključiti da je potrebna edukacija za opću populaciju o demenciji koja bi se mogla odvijati kroz radionice ili bi se mogli podijeliti letci kod liječnika opće prakse, u ljekarnama, odnosno mjestima frekventnih kretanja ljudi.

Postoje različiti načini kako možemo pomoći sebi i drugima da se smanji rizik od obolijevanja od demencije. To je prvenstveno pozitivno zdravstveno ponašanje kao i prakticiranje tjelesne aktivnosti te mediteranskog tipa prehrane. O tome također treba upoznavati javnost.

Nakon provedenog istraživanja može se zaključiti da osobe koje su se susrele s osobama od demencije imaju više znanja o navedenima, međutim, iako su se srele, nemaju manje predrasuda prema osobama oboljelim od demencije, ako se uspoređuju s osobama koje se nisu susrele s njima. Također zaključuje se da znanje ispitanika i predrasude ispitanika opće populacije o demenciji značajno se ne razlikuju s obzirom na spol.

Velike su vjerojatnosti da se gotovo svaka osoba tijekom svog života susretne s osobom oboljelom od demencije. Zato je olakšavajuće ako ima znanja i ukoliko je lišena predrasuda prema njima, da im može na adekvatan način pristupiti i pomoći ukoliko je potrebno.

I naposljetku dolazi se do spoznaje da bi se znanje od demenciji u zdravstvenih djelatnika moglo metaforički izraziti kao jedan od oblika zdravstvene pismenosti jer bez obzira na radno mjesto u zdravstvenom sustavu, u budućnosti tijekom radnog vijeka, neminovan je susret s osobama oboljelim od demencije. I tada u tom trenutku svaki zdravstveni djelatnik trebao bi imati barem temeljna znanja kako se ophoditi prema toj osobi.

15. Literatura

[1] http://www.zzjzzv.hr/?gid=2&aid=165, dostupno 22.8.2018.

[2] I. Harold, B. Kaplan, J. Sadock: Priručnik kliničke psihijatrije, Jastrebarsko, Naklada Slap; 1998

[3] http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia, dostupno 21.8.2018.

[4] M. H. Beers, R. Berkow: The Merck Manual of Geriatrics: Delirium and Dementia, West point, Merck Research Laboratories, 2000.

[5] G. Perko, S. Tomek-Roksandić, D. Mihok, A. Puljak, H. Radašević, B. Tomić, J. Čulig: Četiri javnozdravstvena problema u zaštiti zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj, Medicus, vol.14, br. 2, listopad 2005.

[6] http://www.cybermed.hr/clanci/demencije, dostupno 22.8.2018.

[7] S. Kljaić: Stav. U B. Petz (Ur.), Psihologijski rječnik. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2005.

[8] https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:718333, dostupno 25.8.2018.

[9] V. Ćubela-Adorić: Neki aspekti i implikacije negativnih vjerovanja o starenju i starim osobama, Odabrane teme iz psihologije odraslih. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006.

[10] E. Aronson, T. D. Wilson, R.M. Akert : Socijalna psihologija, Zagreb, Mate, 2005.

[11] D. C. Pennington,: Osnove socijalne psihologije, Jastrebarsko, Naklada Slap, 1997.

[12] R. Stein, F.F. Blanchard, C. Hertzog: The effects of age-stereotype priming on the memory performance of older adults, Experimental Aging Research. br. 28, travanj-lipanj 2002. str. 169-181.

[13] G. W. Allport,: The nature of prejudice. Oxford, Addison – Wesley 1954.

[14] R. Brown: Grupni procesi: Dinamika unutar i između grupa, Jastrebarsko, Naklada Slap, 2006.

[15] N. Qizilbash: Evidence -based Dementia Practice, Blackwell Science, 2008.

[16] https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/, dostupno 27.8.2018.

[17] https://www.cybermed.hr/clanci/alzheimerova_bolest, dostupno 28.8.2018.

[18] https://www.cybermed.hr/centri_a_z/alzheimerova_demencija/sto_je_alzheimerova_demencija, dostupno 28.8.2018.

[19] http://zdravozdravo.blogspot.hr/2015/03/demencija-uzroci-simptomi-vrste.html, dostupno 28.8.2018.

[20] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.

[21] Z. Duraković i suradnici: Gerijatrija - medicina starije dobi, Zagreb, Medixova medicinska biblioteka, 2007.

[22] Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest: Zbornik sažetaka, Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2015.

[23] L.E. Berk: Psihologija cjeloživotnog razvoja, Naklada Slap, 2008.

[24] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno Veleučilište Zagreb, 2007.

[25] http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/demencija, dostupno 29.8.2018.

[26] M. Sošić, V. Vuletić, Z. Tomić, N. Bogdanović: Dijagnostički i terapijski pristup pacijentu s kognitivnim smetnjama, Medicina Fluminensis : Medicina Fluminensis, Vol.54 No.2 Lipanj 2018.

[27] N. Mimica, P. Presečki, J. Sušac, D. Kalinić, G. Solenički: Možemo li smanjiti rizik nastanka demencije, , Neurologia Croatica, br. 63 (Suppl. 2), travanj 2014.

[28] P. Bilić, N. Mimica, M. Čivljak: Uporaba duhanskih proizvoda - od protektivnog do rizičnog čimbenika u nastanku demencije, Neurologia Croatica, br. 63 (Suppl. 2), travanj 2014.

[29] R. N. Jones, J. Manly, M. M. Glymour, D. M. Rentz, A. L. Jefferson, Y. Stern: Conceptual and measurement challenges in research on cognitive reserve. Journal ofthe International Neuropsychological Society, br. 17, lipanj 2011.

[30] S. Mondini, R. Guarino, G. Jarema, E. Kehayia, V. Nair, M. Nucci, D. Mapelli: Cognitive reserve in a cross-cultural population: the case of Italian emigrants in Montreal, Aging clinical and experimental research, br. 26, travanj 2014.

[31] Y. Stern: What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve Concept, Journal of the International Neuropsychological Society, br. 8, ožujak 2002.

[32] N. Mimica: Komunikacija s osobom oboljelom od demencije, Medix, br. 91, veljača 2011.

[33] Y. Cedervall, S. Torres, A. C. Aberg: Maintaining well-being and selfhood through physical activity: experiences of people with mild Alzheimer's disease, Aging & Mental Health Br. 19, rujan 2015

[34] Y. Stern: Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease, Lancet Neurol., studeni 2012.

[35] https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/792992, dostupno 1.9.2018.

[36] https://www.bib.irb.hr/444417 dostupno 2.9.2018.

[37] D. Škrbina, S. Radić: Kreativno izražavanje kao sredstvo potpomognute komunikacije kod oboljelih od Alzheimerove bolesti, Ljetopis socijalnog rada, br. 17, listopad 2010.

[38] https://news.psu.edu/story/167990/2010/04/22/researchers-family-caregiving-can-be-stress-filled-and-isolating , dostupno 2.9.2018.

Popis slika, tablica i grafikona

Slika 4.1. Broj hospitalizacija zbog AB, Izvor: https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/ ……..8
dostupno 27.8.2018
Slika 4.2. Br hospitalizacija u stacionarnim ustanovama 2012-2016. po dobnim skupinama……...8
Izvor: https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/ dostupno 27.8.2018
Tablica 12.1.1.: Odgovori ispitanika na pojedina pitanja o znanju o demenciji (N = 896)……..24
Izvor: autor
Tablica 12.1.2.: Odgovori ispitanika na pojedina pitanja o predrasudama o demenciji (N = 896)..24
Izvor: autor
Tablica 12.1.3:Što ispitanik misli o smještaju osoba koje boluju od demencije u ustanove (domove)……25
Izvor: autor
Tablica 12.1.4: Ispitanici prema stresnosti brige za osobu oboljelu od demencije u odnosu na brigu o drugim bolestima (N = 896) - pitanje 18 iz upitnika……25
Izvor: autor
Tablica 12.1.5.: Odgovori ispitanika na pitanja o edukaciji medicinskog osoblja (N = 896)…….26
Izvor: autor
Tablica 12.1.6: Koja je ispitanikova prva asocijacija na spomen demencije (N = 896) - pitanje 11 iz upitnika……..26
Izvor: autor
Tablica 12.1.7: Strahuje li ispitanik da će oboljeti od demencije u budućnosti (N = 896) - pitanje 20 iz upitnika……..27
Izvor: autor
Tablica 12.1.8.: Distribucija bodova za znanje o demenciji (N = 896)…….……..27
Izvor: autor
Tablica 12.1.9. Deskriptivni pokazatelji za distribuciju znanja o demenciji (N = 896) – raščlanjeno po grupama ispitanika (grupa A su ispitanici koji su se susreli s demencijom, grupa B su ispitanici koji se nisu sreli s tom bolesti)……28
Tablica 12.1.10.: Distribucija bodova za predrasude o demenciji (N = 896)……29
Izvor: autor
Tablica 12.1.11: Deskriptivni pokazatelji za distribuciju predrasuda o demenciji (N = 896) – raščlanjeno po grupama ispitanika (grupa A su ispitanici koji su se susreli s demencijom, grupa B su ispitanici koji se nisu susreli s tom bolesti)……29

Izvor: autor
Tablica 12.2.1.: Rezultati usporedbe znanja o demenciji pomoću Mann-Whitneyevog U testa (za varijable sa dvije kategorije) i Kruskal-Wallisovog H testa (za varijable sa tri kategorije)……31
Izvor: autor
Tablica 12.2.2.: Rezultati usporedbe predrasuda o demenciji pomoću Mann-Whitneyevog U testa (za varijable sa dvije kategorije) i Kruskal-Wallisovog H testa (za varijablu sa tri kategorije) N=896 ……32
Izvor: autor
Tablica 12.2.3.: Rezultati t-testova usporedbe dviju odnosno tri proporcije……..33
Izvor: autor
Tablica 12.2.4.: Rezultati t-testova usporedbe dviju odnosno tri proporcije……..34
Izvor: autor
Tablica 12.2.5.: Rezultati t-testova usporedbe dviju odnosno tri proporcije……..35
Izvor: autor
Grafikon 12.1.1.: Broj bodova za znanje o demenciji ispitanika opće populacije koji su se susreli s demencijom (da) i onih koji se nisu susreli s tom bolesti (ne) (N1 = 554 ispitanika grupe A, N2 = 342 ispitanika grupe B)……28
Izvor: autor
Grafikon 12.1.2.: Broj bodova za predrasude o demenciji ispitanika opće populacije koji su se susreli s demencijom (da, N1 = 554) i onih koji se nisu susreli s tom bolesti (ne, N2 = 342)…….30
Izvor: autor

Prilozi

Online anketa

Znanja i stavovi opće populacije prema osobama oboljelim od demencije

Poštovani,

Pred Vama se nalazi anketni upitnik sastavljen s ciljem procjene znanja i stavova opće populacije o osobama oboljelim od demencije. Anketa je napravljena u svrhu izrade završnog rada. Ona je anonimna, a sudjelovanje je dobrovoljnog karaktera. Dobiveni rezultati koristit će se za potrebe izrade završnog rada na studiju Sestrinstva, Sveučilišta Sjever.

Unaprijed hvala na odvojenom vremenu i sudjelovanju

Mateja Mehkek

1. Spol
   - o Muški
   - o Ženski
2. Dob
   - o do 20 godina
   - o do 30 godina
   - o do 40 godina
   - o do 50 godina
   - o više od 50 godina
3. Jeste li se do sad susreli s osobom oboljelom od demencije?
   - o Da
   - o Ne
4. Demencija je dio normalnog procesa starenja.
   - o Slažem se
   - o Ne slažem se
   - o Ne znam
5. Osobe mlađe od 65g ne mogu oboljeti od demencije.
   - o Slažem se
   - o Ne slažem se
   - o Ne znam
6. Umne sposobnosti redovito opadaju starenjem.
   - o Slažem se
   - o Ne slažem se
   - o Ne znam

7. Postoji više različitih vrsta demencije

- o Slažem se
- o Ne slažem se
- o Ne znam

8. Demencija se može jednostavno dijagnosticirati samo putem jednog univerzalnoga obrasca.

- o Slažem se
- o Ne slažem se
- o Ne znam

9. Svaku demenciju moguće je u potpunosti izliječiti lijekovima.

- o Slažem se
- o Ne slažem se
- o Nisam siguran

10.Provođenje tjelesne aktivnosti blagotvorno djeluje na osobe oboljele od demencije. *

- o Slažem se
- o Ne slažem se
- o Ne znam

11. Koja Vam je prva asocijacija na spomen demencije?

12. Osobe oboljele od demencije su neuredne i ne vode brigu o osobnoj higijeni. *

- o Slažem se
- o Ne slažem se
- o Nisam siguran

13. Cjeloživotno učenje odgađa kognitivno propadanje.

- o Slažem se
- o Ne slažem se
- o Ne znam

14. Kreativno izražavanje nestaje s povećanjem kronološke dobi.

- o Slažem se
- o Ne slažem se
- o Nisam siguran

15. Prehrana može djelovati tako da smanji rizik za pojavu demencije.

- o Slažem se
- o Ne slažem se
- o Ne znam

16. Što mislite o smještaju osoba koje boluju od demencije u ustanove (domove)?

- o Sramota je smjestiti vlastitu obitelj u dom
- o Oboljelima je bolje tamo
- o Za njihovu obitelj je bolje da su tamo
- o Trebali bi ipak ostati u vlastitoj obitelji
- o Ponekad je stanje pacijenta takvo da obitelj nema drugog izbora
- o Uz dobru edukaciju i podršku obitelji nema potrebe za smještajem oboljelog u dom
- o Nemam stav o tome

17. Medicinsko osoblje koje brine za osobe oboljele od demencije adekvatno je educirano za to.

- o Slažem se
- o Ne slažem se
- o Nemam stav o tome

18. Smatram da je briga za osobe oboljele od demencije

- o Jednako stresna kao i briga za osobe oboljele od nekih drugih bolesti
- o Manje stresna nego briga za osobe oboljele od nekih drugih bolesti
- o Stresnija od brige za osobe oboljele od nekih drugih bolesti

19. Naše društvo dovoljno je educirano o osobama oboljelim od demencije i o komunikaciji s njima.

- o Slažem se
- o Ne slažem se
- o Nemam stav o tome

20. Strahujem da ću oboljeti od demencije u budućnosti.

- o Da
- o Ne
- o Ostalo

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU

I

SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Mateja Mehkek pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada pod naslovom Znanja i stavovi opće populacije prema osobama oboljelim od demencije te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:

Mehkek

(vlastoručan potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Mateja Mehkek neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom Znanja i stavovi opće populacije prema osobama oboljelim od demencije čija sam autorica.

Studentica:

Mehkek

(vlastoručan potpis)