

Rad s oboljelima od Alzheimerove bolesti u domu za starije osobe

Kolenko, Janja

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:738778>

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

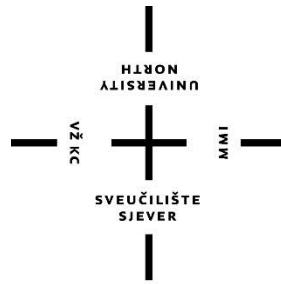
Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 1073/SS/2018

Rad s oboljelima od Alzheimerove bolesti u domu za starije osobe

Janja Kolenko, 0733/336

Varaždin, veljača 2019. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1073/SS/2018

Rad s oboljelima od Alzheimerove bolesti u domu za starije osobe

Student

Janja Kolenko, 0733/336

Mentor

Melita Sajko, mag.soc.geront.

Varaždin, veljača 2019. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Janja Kolenko	MATIČNI BROJ	0733/336
DATUM	30.11.2018.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije
NASLOV RADA	Rad s oboljelima od Alzheimerove bolesti u domu za starije osobe		

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Working with patients suffering from Alzheimer's disease at nursing home

MENTOR Melita Sajko, mag.soc.geront. ZVANJE predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. dr.sc. (R.Slov.) Irena Canjuga, predsjednica
2. Melita Sajko, mag.soc.geront., mentor
3. Valentina Novak, mag.med.techn., član
4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član
- 5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1073/SS/2018

OPIS

Alzheimerova bolest je progresivna, degenerativna bolest stanica moždane kore i okolnih struktura. Najčešći je oblik demencije, a učestalost joj se povećava s godinama života. Budući da je u svijetu sve veći trend porasta broja starijeg stanovništva, povećava se i broj osoba koje su oboljele od Alzheimerove bolesti. Važno je naglasiti da Alzheimerova bolest nije prirodna posljedica starenja, budući da se početne smetnje uglavnom pripisuju staračkoj zaboravnosti. Glavna karakteristika Alzheimerove bolesti jest neprimjetan početak i postepeno pogoršanje mentalnog statusa. Uz progresivan gubitak pamćenja javljaju se i simptomi poput afazije, apraksije i agnozije. Razvoj bolesti je individualan, a uglavnom traje oko deset godina. U kasnijoj fazi oboljeli postaje potpuno ovisan o tuđoj pomoći. Pravodobnim otkrivanjem simptoma i preventivnim mjerama kod osoba koje pokazuju rizik za nastanak bolesti, povećava se kvaliteta života, ali i smanjuje se ovisnost oboljele osobe o tuđoj pomoći. Skrb za osobe oboljele od demencije zahtjevan je i stresan posao kako za neformalne njegovatelje tako i za profesionalno osoblje.

U radu je potrebno:

- definirati pojam Alzheimerove bolesti
- prikazati epidemiologiju i etiologiju
- opisati stadije, kliničku sliku i liječenje bolesti
- ukazati na specifičnosti skrbi za oboljele
- ispitati iskustvo rada medicinskih sestra/tehničara u radu s oboljelima od Alzheimerove bolesti u domu za starije osobe
- prikazati i analizirati rezultate dobivene provedenim istraživanjem

ZADATAK URUČEN

14.01.2019



POTPIS MENTORA

Melita Sajko

Zahvala

Zahvaljujem se mentorici mag.soc.geront. Meliti Sajko na stručnoj pomoći, savjetima i strpljenju tijekom pisanja završnog rada. Želim zahvaliti i svim ustanovama i formalnim njegovateljima koji su prihvatili provođenje istraživanja.

Posebno se želim zahvaliti obitelji na svojoj pruženoj podršci tijekom cijelog školovanja te ovaj završni rad posvećujem njima.

Sažetak

Alzheimerova bolest (AB) najčešći je uzrok demencije. Glavno kliničko obilježje jest podmkla i postepena progresija oštećenja spoznajnih funkcija, a slabljenje zapamćivanja je najizraženiji i najstalniji znak. Budući da nema kauzalnog liječenja, liječenje se svodi na simptomatsko. Upravo zbog toga sestrinska je skrb važna komponenta cjelokupnog procesa liječenja pa je u nju potrebno uložiti mnogo strpljenja i razumijevanja. Skrb za osobu oboljelu od AB smatra se najzahtjevnijim oblikom skrbi zbog progresivnog tijeka bolesti i potrebe za dugotrajnom i intenzivnom njegom. Obiteljski skrbnici zbog zahtjevnosti svakodnevnog života, više nisu u mogućnosti skrbiti za člana obitelji pa se često odlučuju na smještaj oboljele osobe u instituciju. S povećanjem oboljelih od AB u ustanovama za dugoročnu skrb, formalni negovatelji sve će se češće susretati s pacijentima oboljelima od ove bolesti. Formalni negovatelji svakodnevno se suočavaju s mnogim izazovima vezanim uz skrb za oboljele od AB. Prema Rusac (2011.) skrb za osobe smještene u domove za starije i nemoćne podrazumijeva uvažavanje osobnih razlika, dostojanstva i individualnosti svake osobe. Temeljna uloga formalnih negovatelja, prije svega, pomoći je oboljeloj osobi u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba.

Cilj je ovog istraživanja dobiti uvid u rad formalnih negovatelja zaposlenih u ustanovama koje pružaju skrb oboljelima od AB. Za potrebe istraživanja osmišljen je posebno strukturiran upitnik. U istraživanju je sudjelovalo 43 ispitanika, formalnih negovatelja iz različitih ustanova. Rezultati istraživanja pokazuju da formalni negovatelji primjenom različitih aktivnosti integriraju oboljele u društvo te podižu njihovu kvalitetu života. AB utječe prvenstveno na kvalitetu života oboljelih, a ne toliko na duljinu njihovog života. Rezultati istraživanja pokazuju važnost holističkog pristupa u radu s ovom populacijom oboljelih. Formalni negovatelji u svome radu trebaju usvojiti načela holističke komunikacije kako bi učinkovito komunicirali s oboljelima. Poznato je da su formalni negovatelji koji su uključeni u proces skrbi izloženi pojačanom stresu pa je to izuzetno zahtjevan posao. Postoji potreba za sustavnim obrazovnim programima kako bi se poboljšalo znanje i vještine te ublažio stres formalnih negovatelja koji skrbe o ovoj populaciji. Izuzetno je važno da okolina održi atmosferu koja podupire oboljele kako bi osigurali da, bez obzira na njihove kognitivne sposobnosti, imaju mjesto u društvu i da se njihov identitet vrednuje.

Ključne riječi: Alzheimerova bolest, formalni negovatelj, zdravstvena skrb, dom za starije osobe

Popis korištenih kratica

AB	Alzheimerova bolest
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
DSM-IV	Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje
MCI	Mild Cognitive Impairment, blagi kognitivni poremećaj
MMSE	Mini-Mental State Examination
AchE	Acetilkolinesteraza
HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
IVA	Integrative Validation Therapy

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Alzheimerova demencija	3
2.1.	Epidemiologija.....	3
2.2.	Etiologija	4
2.2.1.	Rizični faktori za nastanak bolesti	5
2.3.	Klinička slika.....	5
2.3.1.	Početni ili blagi stadij	6
2.3.2.	Umjeren stadij	7
2.3.3.	Završni ili ozbiljni stadij	7
2.4.	Dijagnoza.....	8
2.4.1.	Procjena kognitivnih sposobnosti.....	8
2.4.2.	Uporaba biomarkera u ranoj dijagnostici	9
2.5.	Liječenje	9
2.6.	Komunikacija s oboljelima	10
2.6.1.	Praktični savjeti za poboljšanje komunikacije	11
2.6.2.	Integrativna validacija	12
2.7.	Zamor suosjećanja	13
2.7.1.	Posljedice zamora suosjećanja	14
2.8.	Specifičnosti zdravstvene skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti.....	14
2.8.1.	Procjena stanja i potreba oboljelih i uloga medicinske sestre	15
3.	Domovi za starije osobe namijenjeni oboljelima od Alzheimerove bolesti	17
3.1.	Aktivnosti koje se provode s oboljelima	17
4.	Cilj istraživanja	19
5.	Ispitanici i metode istraživanja	20
6.	Rezultati	21
6.1.	Aktivnosti koje se primjenjuju u radu s korisnicima	21
6.2.	Funkcioniranje oboljelih i uloga medicinske sestre	23
6.3.	Sociodemografski podaci o ispitanicima.....	26
7.	Rasprava.....	29
8.	Zaključak.....	33

9.	Literatura.....	35
10.	Popis grafikona	39
11.	Prilozi.....	40

1. Uvod

Starenje je ireverzibilan proces praćen degenerativnim promjenama na raznim organima i organskim sustavima. Degenerativne promjene na mozgu često su posljedica degenerativnih bolesti koje su po učestalosti javljanja najčešće u starijoj dobi [1]. Pod pojmom degenerativna bolest mozga starijih osoba, podrazumijeva se smanjenje mentalnih i tjelesnih sposobnosti u starijoj dobi. Ta pojava gotovo se smatra kao normalan i uobičajen proces starenja. Budući da degenerativne bolesti mogu zahvatiti mozak i u ranijoj dobi, primjerice prije 60-ih godina života i bez značajnijih manifestacija te se simptomi mogu pojaviti tek u razdoblju treće životne dobi. Među simptomima najzastupljenija je demencija [1]. Osim demencije, ostali simptomi koji se mogu pojaviti su dezorijentiranost u vremenu i prostoru, depresija, agresivnost, poremećaj sna, a u kasnijim fazama bolesti dolazi do poremećaja motorike. Najčešće degenerativne bolesti mozga, nakon unutarnjih encefalopatija (bolesti mozga kojima je prethodio neki traumatski ili toksični proces) jesu Alzheimerova bolest, Pickova atrofija i vaskularna demencija. U starijoj dobi najčešća degenerativna bolest jest senilna demencija Alzheimerovog tipa [1].

Prema tradicionalnoj definiciji demencija (lat. *de-bez, mens-um*) je opće, progresivno propadanje intelektualnih funkcija. Budući da bolesti mozga ne zahvaćaju sve njegove dijelove podjednako, demencija se definira kao zajednički naziv za mnogobrojne neuropsihološke promjene koje nastaju kao posljedica pojedinih kroničnih bolesti mozga [2]. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), kod demencije dolazi do poremećaja u višim kortikalnim funkcijama, uključujući pamćenje, mišljenje, orijentaciju, računanje, razumijevanje i sposobnost učenja. Najčešća je podjela demencija prema uzroku na šest skupina dementnih sindroma, a to su: Alzheimerova demencija, vaskularna demencija, demencija koja se javlja uz primarnu bolest (AIDS, Pickova bolest i dr.), demencija uzrokovana različitim tvarima (lijekovima, otrovima, sedativima), demencija višestrukih uzroka (kombinacija dvaju ili više etioloških čimbenika) i demencija nepoznatih uzroka [3]. Alzheimerova bolest najčešći je oblik demencije te s obzirom na broj oboljelih čini 60 % svih demencija [4]. Prema izvješću SZO iz 2003. godine, od ukupnih broja demencija 11 % osoba starijih od 60 godina je funkcionalno nesamostalno. Prema DSM-IV klasifikaciji, dijagnostički kriteriji za demenciju su multipli kognitivni deficiti, uključujući oštećenje memorije i barem jedan od kriterija: afazija, apraksija, agnozija ili poremećaj izvršnih funkcija (planiranje, organiziranje) [4].

Budući da su simptome i znakove bolesti opisali stari grčki i rimski pisci, AB postojala je još od davnine. Bolest je dobila naziv po njemačkom neurologu Aloisu Alzheimeru, koji je 1907. godine bolest opisao na sastanku psihijatra u Tübingenu. Opisao je progresivno intelektualno propadanje bolesnice, Augustine D. u dobi od 51 godine s početnim simptomima koji su

uključivali promjene u osobinama ličnosti, a kasnije su se javili poremećaj pamćenja, poteškoće u čitanju i pisanju te paranoja [2]. Bolest je imala progresivan tijek, te je Augustine D. nakon pet godina umrla od početka prvih simptoma. Obdukcijom su pronađeni na mozgu plakovi i zadebljanje snopova, koji su uzrokovali promjene u ponašanju kod pacijentice. Navodi se atrofija mozga kao rezultat gubitka stanica u područjima moždane kore i hipokampusa [5].

Simptomi AB počinju postupno i neprimjetno s pogoršanjem mentalnog statusa. Gubitak pamćenja jest prvi i najupečatljiviji simptom, a nastavljaju se psihičko i fizičko propadanje. Sam početak bolesti nije moguće odrediti. U prvih nekoliko godina bolest ne pokazuje ozbiljnost simptoma, ali u posljednjoj fazi bolesti javlja se potpuna funkcionalna onesposobljenost osobe i ovisnost o tuđoj pomoći. Prosječno vrijeme preživljavanja od trenutka postavljanja dijagnoze je oko sedam godina [6]. Naglasak se stavlja na rano prepoznavanje simptoma koji mogu upućivati na početak bolesti. Neke od preventivnih intervencija su: rano upućivanje liječniku, odgovarajuća skrb i uključivanje društva u javnozdravstveni problem [4].

Budući da se demencija smatra bolešću današnjice te broj oboljelih osoba raste, medicinske sestre će se sve češće susretati u svome radu s ovom skupinom bolesnika. AB je neizlječiva, dugotrajna i skupa bolest. Kognitivne promjene oboljelih i njihovo „neprihvatljivo“ ponašanje, osim na oboljelog, utječu i na cijelu obitelj koja se emocionalno i materijalno dovodi na rub održivosti. Skrb i njega za osobe oboljele od demencije ubrajaju se među najteže i najzahtjevnije zadatke u njezi osoba starije dobi. Oboljeli od AB zahtijevaju kompletnu njegu 24 sata tijekom bolesti. Jedan od važnih koraka jest ublažavanje simptoma demencije pa se naglasak stavlja na očuvanje dostojanstva i samopouzdanja. Sve češće se osobe oboljele od AB smještaju u domove za starije i nemoćne osobe jer briga o njima predstavlja preveliki izazov za obitelj. U današnje vrijeme otvaraju se posebni odjeli u sklopu doma za starije osobe namijenjeni isključivo osobama koje boluju od AB ili drugih demencija. Glavni ciljevi rada s korisnicima oboljelim od AB, s obzirom na prirodu bolesti, su: usporiti progresivno opadanje kognitivnih sposobnosti, očuvati sposobnost zadovoljenja osnovnih životnih potreba i podići kvalitetu života oboljelog i njegove okoline [4].

2. Alzheimerova demencija

Alzheimerova demencija jest spora, progresivna bolest, koja dovodi do oštećenja pamćenja (najviše kratkotrajnog) i poremećaja orijentacije, sa simptomima afazije, apraksije, agnozije s oštećenim rasuđivanjem i nemogućnošću donošenja odluka [7]. Bolest započinje između 50. i 60. godine života, a kod senilnog tipa između 70. i 80. godine života. Bolest ima progresivan tijek i za 4-5 godina uzrokuje tešku demenciju [1]. Najčešći je uzrok demencije, a karakterizira ju izvanstanična akumulacija β -amiloida u mozgu te stvaranje i nakupljanje neurofibrilarnih petlji u neuronima. Biokemijski procesi u razvoju AB dovode do stanične smrti i gubitka neurona putem apoptoze [4].

Sama demencija nije bolest, već termin koji se koristi za opisivanje simptoma poput gubitka pamćenja, gubitka prosudbe i drugih intelektualnih funkcija. Iako je svaki pojedinac individualan, stručnjaci su identificirali zajedničke znakove koji upozoravaju na AB, a to su: gubitak pamćenja (posebice nedavnih događaja), otežana orijentacija u vremenu i prostoru, problemi u pronalaženju odgovarajućih riječi te promjene raspoloženja i osobnosti [8].

2.1. Epidemiologija

SZO je 2012. godine proglasila AB svjetskim javnozdravstvenim problemom i zadala svojim članicama, pa tako i Hrvatskoj, da preventivno izrade nacionalne strategije za borbu protiv AB. Prema podacima SZO-a 47,5 milijuna ljudi u svijetu ima neki oblik demencije, a u Europskoj uniji 6,4 milijuna osoba s nekim oblikom demencije. Procjenjuje se da bi do 2050. godine broj mogao narasti i na više od 115 milijuna oboljelih u svijetu [6]. Prevalencija varira, ali u prosjeku se može reći da je po učestalosti AB četvrti uzrok smrti u zemljama zapadnog svijeta [2]. Epidemiološki podaci provedenih istraživanja (SAD, Švedska, Velika Britanija) pokazuju da prevalencija demencije iznosi 9-14 % u osoba starije životne dobi (65+ godina), a od toga ih 1/3 nije sposobna za samostalan život [4].

U Hrvatskoj se procjenjuje da oko 86 000 osoba boluje od demencije. Hrvatska se ubraja među najstarije svjetske populacije budući da prema popisu stanovništva iz 2011. godine ima 17,7 % osoba starijih od 65 godina [6]. Gerontološko-javnozdravstveni pokazatelji upućuju na očekivanu pojavnost AB u svake dvanaeste osobe starije od 65 godina [4]. S obzirom na podatke o incidenciji AB, prema kojima 5 % osoba starijih od 65 godina ima demenciju, 10 % starijih od 75 godina, a nakon 85. godine života, barem 40-50 % populacije u početnom stadiju, očekuje se znatan porast broja bolesnika s AB [9]. Godišnje se prosječno kod ljudi mlađih od 60 godina dijagnosticiraju tri novooboljela na 100 000 osoba, dok se u dobi iznad 60 godina taj broj povećava

na 125 novooboljelih. Incidencija AB podjednaka je među spolovima, dok je prevalencija značajno viša u žena, što je posljedica njihovog nešto duljeg prosječnog životnog vijeka [10].

Među starijim stanovništvom u SAD-u, oko 57 % osoba s demencijom ima dijagnozu AB. Jedno istraživanje upućuje da AB uzrokuje šest puta više smrti nego što bi to službena statistika pokazala. Centri za kontrolu i prevenciju bolesti procijenili su da je AB u 2010. godini uzrokovala gotovo 84 000 smrtnih slučajeva u SAD-u, broj je izveden iz potvrda o smrti u kojima je AB bila navedena kao glavni uzrok. No, u stvarnosti je ovo istraživanje dokazalo da je AB bila glavni uzročnik u više od 500 000 smrtnih slučajeva u 2010. godini, koji su se često pripisivali upalama pluća uzrokovanim kao komplikacijama bolesti. Time se dokazuje da je AB treći vodeći uzrok smrti u SAD-u kod osoba starijih od 75 godina, nakon kardiovaskularnih bolesti i karcinoma [11].

2.2. Etiologija

Do 1980. godine veći je dio istraživača smatrao da je AB ograničena samo na mozak, dok su rijetki istraživači pretpostavljali da se radi o sistemske bolesti [2]. Uzrok AB nije poznat. Normalna funkcija mozga je oštećena stvaranjem abnormalnih proteinskih naslaga nazvanim „amiloidni plakovi“. Amiloidni plakovi ometaju neuronske veze uzrokujući promjene na kognitivnom planu i ponašanju. Istražitelji moraju identificirati što uzrokuje amiloidne plakove u mozgu, ali trenutno vjeruju da su te promjene rezultat interakcije različitih genetskih i okolišnih čimbenika. Iako se AB identificira kod starijih osoba, ona nije dio normalnog procesa starenja. Do nastanka bolesti dovode smanjenje količine acetilkolina, kranijalne traume, virusne infekcije i genetski čimbenici. Progresivna i nepovratna bolest dovodi do poremećaja pamćenja i mišljenja, onesposobljavajući pojedinca za obavljanje svakodnevnih aktivnosti [12].

Postoji više teorija nastanka AB. Jedna od najčešćih teorija jest genetsko podrijetlo. Neki istraživači smatraju da je genetska komponenta neophodna čak i u sporadičnim slučajevima. Prema poznatim podacima, obiteljska se AB javlja u oko 10-45 % slučajeva, dok je ostala većina slučajeva sporadična, tj. još nije otkrivena genetska podloga nastanka [2]. Dokazano je da potomci oboljelih imaju i do deset puta veću šansu za obolijevanje s obzirom na opću populaciju [13]. Dokazano je da se bolest češće javlja u nekim obiteljima, javlja se češće kod jednojajčanih blizanaca 43-79 %, a u dvojajčanih 8-58 % [7].

Smatra se da je mutacija na 21 kromosomu odgovorna za pojačanu proizvodnju amiloida koji se nalazi u moždanim stanicama u obliku plakova koji utječu na pojavnost bolesti [13]. Amiloidni plakovi nakupine su amiloida, koji se stvara pri poremećenoj sintezi proteina.

Stvaranje amiloida prati i degenerativne procese, a posljedica je odumiranje živčanih stanica. U oboljelih nađeno je i sniženje koncentracije serotonina, noradrenalina i različitih proteina [7].

2.2.1. Rizični faktori za nastanak bolesti

Postoje mnogi rizični faktori za razvoj demencije, a možemo ih podijeliti na nepromjenjive i promjenjive. U nepromjenjive ubrajamo životnu dob i genetiku. Životna dob je najznačajniji rizični faktor za razvoj AB, budući da se bolest dijagnosticira u dobi od 65 godina ili više. Stupanj obrazovanja ima ulogu u razvoju bolesti. Viši stupanj obrazovanja povezan je sa smanjenim rizikom razvoja bolesti jer viši stupanj obrazovanja stvara veće kognitivne rezerve koje smanjuju utjecaj AB na kognitivne funkcije mozga. Neka istraživanja dokazuju da mentalne aktivnosti u starijoj životnoj dobi usporavaju klinički nastup bolesti, neovisno o stupnju obrazovanja iz čega se može zaključiti da kognitivne rezerve nisu samo odraz obrazovanja u mlađoj životnoj dobi, nego se mogu povećati i u starijoj dobi ako postoji kognitivna aktivnost mozga [14]. Pojedinci koji imaju roditelje, brata ili sestru s AB, veća je vjerojatnost da će razviti bolest od onih koji nemaju rođaka s AB. Oni koji imaju više od jednog roditelja s AB imaju veći rizik od obolijevanja [15].

Promjenjivi rizični čimbenici su diabetes mellitus, hipertenzija i alkohol. Diabetes povećava rizik za 50-100 %. Mehanizam nastanka demencije zbog dijabetesa još je uvijek nejasan, ali nije utvrđeno da uredno liječena bolest smanjuje rizik za razvoj bolesti. Vrijednost krvnog tlaka značajan je rizični faktor. Prekomjerna konzumacija alkohola može uzrokovati demenciju, a demencija koja je nastala kao posljedica prekomjerne konzumacije alkohola često je ireverzibilna i teškog stupnja [14].

2.3. Klinička slika

Osobe oboljele od AB početne simptome mogu pokazivati tri do pet godina prije postavljanja dijagnoze. U ovome razdoblju, kada su prisutne promjene, ali potpuno oštećenje mozga je odsutno naziva se „blago kognitivno oštećenje“, ili MCI. Važno je naglasiti da sve osobe s MCI ne razviju AB. Istraživanjem je dokazano da 40-50 % osoba s MCI ne razvije bolest [16]. MCI ne ometa osobu u svakodnevnim aktivnostima te kriterij za postavljanje dijagnoze AB nije zadovoljen. Blaga zaboravljivost koja se očituje otežanim prisjećanjem riječi obično označuje fiziološke promjene u sklopu starenja. Zaboravljivost koja se pojavljuje kod bolesnika s MCI-om obično je izrazitija pri čemu oboljeli počnu zaboravljati važne informacije kao što su nedavni

dogadaji telefonske poruke i sl. Zaboravljivost uglavnom primjećuje bliska osoba, dok šira okolina ne mora primijetiti deficit [4].

Razvoj simptoma kod pojedinca razlikovat će se od osobe do osobe, kao i napredovanje simptoma [1]. Podmukla i postepena progresija oštećenja spoznajnih funkcija glavno je kliničko obilježje AB, a slabljenje zapamćivanja najizraženiji i najstalniji znak. Sjögren je 1950. godine detaljno opisao simptomatologiju AB i podijelio ju u 3 stadija. U prvom, ranom stadiju karakterističan je gubitak epizodičnog deklarativnog pamćenja, posebice usvajanje novih sadržaja. Kao prvi simptom, u oko 10 % bolesnika mogu se javiti izolirana afazija, ili vremenska i prostorna dezorijentacija. Kod manjeg broja ljudi, već u ranom stadiju mogu biti prisutne halucinacije, a neurološki status je uglavnom uredan [2]. AB započinje zaboravljivošću i suptilnim gubitkom pamćenja te poteškoćama na poslu. Može se zamijeniti s depresivnim stanjem [12]. U umjerenom stadiju jasno je izražena progresija bolesti i sve više dolaze do izražaja žarišni neokortikalni simptomi (apraksija, agnozija i afazija). Prepoznavanje obitelji i uže rodbine postaje sve slabije, a pamćenje davnih događaja ne mora biti potpuno izgubljeno [2]. Treću fazu očituje značajno oštećenje kognitivnih funkcija, a deklarativno pamćenje je u potpunosti izgubljeno. Progresijom bolesti dolazi do postepenog gašenja govornih mogućnosti te preostaju samo ritmičke kretnje govorne muskulature [1]. Oboljela osoba ne može više obavljati svakodnevne aktivnosti i postaje potpuno ovisna o tuđoj pomoći. Naposljetku nastupa koma i smrt, uglavnom zbog infekcije [2].

2.3.1. Početni ili blagi stadij

Prva faza AB je početni ili blagi stadij, a pojavljuju se sljedeći simptomi:

- poteškoće kratkotrajne memorije; problemi sjećanja na nedavne događaje i razgovore,
- poteškoće s financijama i plaćanjem računa,
- ponavljanje uvijek istih pitanja i priča,
- potrebno je duže vrijeme za izvršavanje svakodnevnih zadataka,
- opća apatija,
- trend gubljenja stvari ili zaboravljanje gdje se nalaze,
- početni problemi s orijentacijom u vremenu i prostoru,
- nepoznat put do kuće, ili vožnja na nepoznatom mjestu je otežana,
- problemi u komunikaciji, nemogućnost prisjećanja određenih riječi ili izraza,
- nagle promjene raspoloženja [16].

2.3.2. Umjeren stadij

Druga faza AB je umjereni stadij, a pojavljuju se sljedeći simptomi:

- značajan gubitak kratkotrajne memorije te zaboravljanje nekih događaja i činjenica iz prošlosti,
- nesposobnost prepoznavanja obitelji i prijatelja,
- poteškoće u učenju novih stvari te poteškoće kod izvršavanja složenih zadataka,
- veći stupanj dezorijentacije u vremenu i prostoru,
- problem sa suočavanjem u novim situacijama,
- otežana komunikacija,
- veća promjena osobnosti,
- halucinacije, deluzije,
- impulzivno ponašanje,
- sve veća ovisnost o tuđoj pomoći [17].

2.3.3. Završni ili ozbiljni stadij

Završni stadij AB praćen je sljedećim simptomima:

- potpuni gubitak kratkotrajnog i dugotrajnog pamćenja,
- povlačenje u sebe, smanjeno reagiranje na bilo kakav podražaj,
- potpuna nemogućnost rasuđivanja,
- paranoja (npr. vjeruju da im članovi obitelji krađu novac ili da ih partner vara),
- lutanje, tj. nemir ili uznemirenost u kasno poslijepodne ili rano ujutro,
- neprimjereno ponašanje (nasilno ponašanje, udaranje, vikanje),
- izostanak komunikacije,
- potreban je nadzor 24 sata na dan,
- dezorijentacija u vremenu i prostoru; osoba ne razumije pojam vremena, niti gdje se nalazi,
- podložnost infekcijama; česte su upale pluća,
- nemogućnost samostalnog hranjenja i poteškoće s gutanjem,
- urinarna i fekalna inkontinencija [16].

2.4. Dijagnoza

Kriteriji za demenciju prema „Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja“ (DSM-IV), uključuju razvoj multiplih kognitivnih deficita, poremećaj pamćenja i barem jedan od sljedećih kognitivnih poremećaja: afaziju, apraksiju, agnoziju ili poremećaj u izvršnom funkcioniranju [18].

Za postavljanje dijagnoze najprije se mora utvrditi da je gubitak pamćenja abnormalan i da se simptomi uklapaju u AB. Važno je da se isključe druge bolesti koje mogu uzrokovati simptome kao kod AB. Slični simptomi mogu biti uzrokovani depresijom, infekcijama, metaboličkim poremećajima i nuspojavama lijekova [16]. Dijagnoza se potvrđuje različitim neuropsihološkim testovima, kliničkom slikom i metodama slikovnog prikaza specifičnih promjena u mozgu [4].

2.4.1. Procjena kognitivnih sposobnosti

Procjena kognitivnih sposobnosti bitan je čimbenik za postavljanje početne dijagnoze demencije. Za procjenu kognitivnog oštećenja često se primjenjuje MMSE (Mini-Mental State Examination), neuropsihološka dijagnostika i neuroslikovna dijagnostika [4]. MMSE-om, tj. testom procjene mentalnog stanja, dobivamo precizan opis mentalne disfunkcije. Testom se testiraju sljedeće funkcije: orijentacija, prepoznavanje, pozornost i računanje, pamćenje te govor [13]. Test se ispunjava 5-10 minuta, a maksimalan broj bodova koji se može dobiti je 30. Rezultatom se procjenjuje težina demencije i praćenje razvoja bolesti. U mnogim državama je MMSE postao obavezni dio rutinskog psihijatrijskog pregleda [19].

Neuropsihološka procjena osoba s demencijom čini bitan dio dijagnostike. Mjerenje kognitivnih procesa u osoba s demencijom obuhvaća sljedeće funkcije: pamćenje, jezik, izvršne funkcije, pozornost i brzinu obrade podataka. Poremećaji pamćenja ubrajaju se u rani znak demencije i zaokupljaju najveću pozornost kliničara i istraživača. U osoba s demencijom najčešće se procjenjuje verbalno pamćenje, tj. njegovi kratkoročni i dugoročni aspekti. Jedan od testova koji se koristi prilikom procjene verbalnog pamćenja jest Beneton SDL test (test ponavljanja brojeva unaprijed i unatrag) [4].

Neuroslikovne metode pridonose lakšem postavljanju dijagnoze. Dijagnoza se može potvrditi i u najranijem stadiju bolesti. Magnetska rezonanca i kompjutorizirana tomografija čine važnu metodu u potvrdi dijagnoze te su najšire primjenjivane pretrage u dijagnostici bolesti, a omogućuju precizniju detekciju atrofije mozga i promjene moždanog korteksa [4].

2.4.2. Uporaba biomarkera u ranoj dijagnostici

Današnja su istraživanja usmjerena na pronalazak biomarkera koji bi trebali upućivati na AB. Njihova je prednost što mogu otkriti bolest u stadiju kada klinički simptomi uopće nisu prisutni ili su tek blago izraženi [20].

Biomarkeri su uvršteni u dijagnostičke kriterije za AB, ali još uvijek pretežito u istraživačke svrhe. Biomarkeri su podijeljeni u dvije glavne skupine: biomarkeri akumulacije beta-amiloida i biomarkeri neuralne degeneracije i ozljede neurona. Biomarkeri akumulacije beta-amiloida karakteristični su za fazu bolesti prije nastupa kliničkih simptoma. Biomarkeri neuralne degeneracije i ozljede neurona indikativni su za fazu kada se pojave klinički simptomi. Biomarkeri nisu još uvijek u rutinskoj uporabi i potrebna su daljnja istraživanja kako bi se omogućila njihova standardizacija [4].

2.5. Liječenje

AB je neizlječiva bolest, a liječenje je simptomatsko [2]. Antidementivi su standardna farmakoterapija kognitivnih oštećenja kod oboljelih osoba. Lijekovi koji se koriste iz skupine antidementiva su inhibitori acetilkolinesteraze (AChE) koji smanjuje razgradnju neurotransmitora acetilkolina, kojeg u mozgu oboljelih od AB nedostaje [4]. Inhibitori AChE poboljšavaju bolesnikovo svakodnevno funkcioniranje i smanjuju propadanje kognitivnih funkcija u razdoblju do tri godine [21]. Lijekovi koji se koriste iz skupine inhibitora AChE su: takrin, rivastigmin, galantamin (koriste kod blage do umjerene AB) te donepezil (ima indikaciju kod sva tri stadija). Takrin je prvi antidementiv, ali se izbjegava u liječenju zbog hepatotoksičnosti. Kolinergične nuspojave pojavljuju na početku terapije lijekovima, ali su uglavnom blage i prolazne. Aplikacija antidementiva pomoću transdermalnog flastera poboljšava suradljivost i smanjuje nuspojave. Najčešće nuspojave su gastrointestinalne (mučnina, povraćanje, proljev, gubitak tjelesne težine). Da bi se izbjegle nuspojave preporučuje se spora titracija lijeka i uzimanje lijeka uz obrok [4]. U liječenju se primjenjuje i memantin koji se koristi kod umjerenog do teškog stadija bolesti, a dokazano je da može usporiti napredovanje bolesti [21]. Memantin ima manje nuspojava od AChE inhibitora i oboljeli ga dobro podnose [4].

Antidementivi su nužni u liječenju oboljelih od AB. Brojne studije ukazuju da uporaba antidementiva dovodi do usporavanja napredovanja bolesti i odgađa institucionalizaciju kao i opterećenje skrbnika [22]. Velika većina ljudi s demencijom u Hrvatskoj se ne liječi adekvatno, a razlog je što nisu u mogućnosti kupovati, odnosno nadoplačivati preporučene antidementive. Ni jedan registrirani antidementiv se ne nalazi na tzv. pozitivnoj A-listi Hrvatskog zavoda za

zdravstveno osiguranje (HZZO-a) [4]. Liječenje ponašajnih i psihičkih simptoma u osoba oboljelih od demencije nedovoljno je istraženo područje te postoji mnogo dvojbi o opravdanosti primjene psihofarmaka. Posebice je teško stabilizirati psihičko stanje u osoba oboljelih od demencije s agresivnim ponašanjem i tako spriječiti ozljeđivanje drugih osoba, ali i samog bolesnika. Farmakološko liječenje se primjenjuje kada su drugi pristupi nedostatni i kada je primjena lijekova nužna zbog sigurnosti bolesnika i/ili njegove okoline. Preporučuju se lijekovi iz skupine antidepresiva (najčešće selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina), anksiolitici, hipnotici i u malim dozama antipsihotici [4].

2.6. Komunikacija s oboljelima

Komunikacija je ključna komponenta našeg života. Kada komuniciramo, prenosimo poruke ili razmjenjujemo informacije kako bismo izrazili naša mišljenja, ideje, uvjerenja, osjećaje i iskustva. Kada osoba ima promijenjene kognitivne sposobnosti, kao kod demencije, komunikacija je otežana te može uzrokovati nesporazum i uzajamnu frustraciju. Osobe s demencijom imaju poteškoće u izražavanju, pronalaženju pravih riječi i razumijevanju riječi. S napredovanjem bolesti, komunikacija može postati sve veći izazov [23]. Poteškoće u komunikaciji nastaju zbog toga što oboljeli zaboravljaju događaje iz bliske prošlosti. U ranoj fazi bolesti skloni su opetovanom ponavljanju riječi i/ili pitanja, smanjena im je sposobnost koncentracije, usporeno dogovaraju na poticaje iz okoline te često ne mogu pronaći prave riječi i logički ih povezati. U umjerenom stadiju osoba gubi spontanost, a vokabular postaje sve više ograničen. Javljaju se problemi s razumijevanjem svakodnevnog razgovora, teško prate duge razgovore, imaju poteškoće prilikom čitanja te naposljetku gube interes za razgovor. U ovoj fazi neverbalna komunikacija postaje sve važnija i izraženija [4]. S napredovanjem bolesti, mogu se pojaviti iluzije, paranoidna uvjerenja i lažne optužbe. Neke osobe mogu vjerovati kako im je hrana otrovana ili su im ukradene stvari. Neki mogu optužiti svog partnera da ima aferu [23]. U ovakvim situacijama važno je odvojiti osobu od bolesti, nepoželjna ponašanja su dio bolesti, a ne bolesnikove osobnosti [4]. Postoje predrasude vezane uz komunikaciju s oboljelima od demencije. Osobe koje se nikada nisu našle u situaciji da razgovaraju s osobom koja boluje od demencije često ne znaju kako komunicirati. Jedno istraživanje koje je provedeno u Velikoj Britaniji otkrilo je da se 1/3 osoba osjećala uplašeno u razgovoru s osobom oboljelom od AB. Ispitanicima je najveći problem bio što reći oboljeloj osobi ili kako reagirati na njihova uznemirujuća ponašanja [24].

Uspješna komunikacija temelji se na poštovanju osobe, njegove jedinstvenosti, osobnosti i dostojanstva [4]. Za uspješnu komunikaciju potrebno je biti dovoljno educiran o bolesti (njenoj

progresiji i načinu kako utječe na pojedinca), vjerovati da je komunikacija moguća, usredotočiti se na sposobnosti i vještine oboljele osobe te prihvatiti njihovu realnost [24]. Treba imati na umu da se bolesnikova realnost razlikuje od naše realnosti. Nerijetko se bolesnik vraća u prošlost i bavi se u tom vremenu njemu bliskim temama. Mi smo ti koji moramo ući u njegovu stvarnost, pokušati se snaći u njegovoj istini i pritom imati na umu da se ona mijenja svaki dan. Tijekom vremena se sposobnosti osoba s AB umanjuju i naša očekivanja u komunikaciji treba svesti u realne okvire. Ako su naša očekivanja veća nego što ih osoba s AB može ostvariti, naš će pristup za oboljelu osobu postati novi izvor frustracije [4].

Neverbalna komunikacija podrazumijeva izmjenu poruka bez upotrebe riječi, izrazom lica, gestama, stavom tijela, kontaktom očima, dodirom i mirisom. Neverbalna komunikacija podrazumijeva u osoba s demencijom uporabu obiteljskih slika, znakova i hobija kako bi se prenijela poruka bez uporabe govora. Tehnike komuniciranja važno je prilagoditi mogućnostima i ograničenjima oboljele osobe. Kako bolest napreduje, sjećanja blijede, kognitivne funkcije i sposobnost orijentacije se postupno gube, važno je prepoznati ograničenja i prilagoditi tehnike komunikacije ovisno o fazi bolesti. Komunikacija je moguća u bilo kojoj fazi bolesti te ju je potrebno prilagoditi. Važno je pratiti govor tijela, osobi s demencijom pričati polako s prednje strane, uspostaviti kontakt očima i nastojati ga zadržati što je dulje moguće [4]. Korištenje umirujućeg dodira je prihvatljivo kada je to prikladno. Pacijenti će obično jasno pokazati ako se ne osjećaju ugodno s rukom na ramenu ili ako ih se drži za ruku. Umirujućim dodirom postiže se i održavanje pozornosti [24]. Komunikacija će imati pozitivan učinak na oboljelu osobu ako je temeljimo na pretpostavci da su oboljele osobe sposobne razumjeti naše poruke te ako ih mi uspijemo prilagoditi [4].

2.6.1. Praktični savjeti za poboljšanje komunikacije

Mimica (2011.) navodi brojne praktične savjete koji mogu biti od koristi u poboljšanju komunikacije s oboljelima. Neki od savjeta su:

- omogućite oboljeloj osobi da bolje vidi, čuje, govori (naočale, slušni aparat, zubalo),
- privucite pozornost bolesnika prije nego što mu nešto kažete (npr. tako da ga nježno dotaknete za ruku),
- uklonite druge ometajuće izvore (npr. kažite da ćete isključiti TV ili radio kako biste mogli bolje razgovarati),
- kada se obraćate bolesniku, neka vaša glava bude u istoj ravnini s njegovom,
- probajte uspostaviti kontakt očima,

- držite bolesnika za ruku tijekom cijelog razgovora,
- potrudite se govoriti jasno,
- govorite u kratkim rečenicama i samo o jednoj temi,
- dajte bolesniku dovoljno vremena za odgovor,
- zapišite neke stvari na papir ako vidite da to bolesniku pomaže,
- pratite i potrudite se razumjeti govor tijela bolesnika,
- koristite neverbalnu komunikaciju (smiješak, zagrljaj) [25].

2.6.2. Integrativna validacija

Integrativna validacija prema Nicole Richard je način ophođenja i komunikacije koja u prvi plan stavlja resurse oboljele osobe, njihove osjećaje i porive [22]. Cilj IVA (Integrative Validation Therapy) je izgraditi povjerenje te potiče jačanje životnih sposobnosti oboljelih osoba [26]. Osobe oboljele od demencije svoje osjećaje izražavaju spontano i direktno. Ako se izraženi osjećaji i porivi shvate ozbiljno te se u kratkim rečenicama potvrde (validiraju) osoba se osjeća shvaćeno. U komunikaciji je potrebno izbjegavati postavljanja pitanja jer ona izazivaju osjećaj frustracije i ljutnje. Važno je da sva tri nivoa komunikacije (verbalni, neverbalni i paraverbalni) prenose istu poruku. Budući da s napredovanjem bolesti verbalna komunikacija postaje sve teža ili potpuno nemoguća, neverbalna i paraverbalna komunikacija dobivaju sve više na važnosti i postaju resursi osoba s demencijom [22]. U jednom istraživanju koje je provedeno u domu za starije osobe istražena je praktična primjena IVA-e. Zbog specifičnosti komunikacije s oboljelima od AB i drugih demencija, IVA može olakšati skrb i pridonijeti boljem razumijevanju oboljele osobe. Iz perspektive stručnjaka, primjena IVA rezultira manjom agitiranošću oboljelih što utječe na manju potrošnju benzodiazepina i neuroleptika. IVA je korisna intervencija u skrbi i može pomoći oboljelima da se nose s emocionalnim poteškoćama (razdražljivošću, anksioznošću i depresijom) [27].

Ciljevi primjene Integrativne validacije:

- razviti empatijski pristup,
- razumjeti oboljele osobe kada se povlače u svoj „unutarnji svijet“,
- prepoznati porive i osjećaje oboljelih te njihove resurse [4].

IVA oponaša govor tijela i ton glasa osoba s demencijom i tako djeluje empatijski. Ako osjećaji nisu percipirani, nisu potvrđeni (validirani), imaju tendenciju da se pojačavaju. Ako su

osjećaji prepoznati i priznati, mogu se smanjiti ili čak nestati (npr. bijes, ljutnja, tuga). To je takozvani paradoksalni efekt IVA-e [22].

2.7. Zamor suosjećanja

Pojam zamor suosjećanja uvela je Carla Joinson 1992. godine i nazvala ga stanjem smanjenog kapaciteta suosjećanja kao posljedice iscrpljenosti uslijed apsorpiranja patnje drugih osoba. Prema Figleyu, zamor suosjećanja je poremećaj karakteriziran izuzetnom emocionalnom i fizičkom iscrpljenošću, a najčešće se pojavljuje kod liječnika, medicinskih sestara i socijalnih radnika. Zamor suosjećanja zahvaća njihov profesionalni, ali i privatni život. Neki od simptoma koji se mogu pojaviti su: otežana koncentracija, bezvoljnost, iscrpljenost i razdražljivost. Kao uzrok nastanka zamora suosjećanja navodi se empatija. Empatija se definira kao stanje u kojem osoba koja pomaže ulazi u privatni svijet osobe kojoj pomaže, a da ju pritom ne usuduje. Empatija može dovesti do prevelike identifikacije s tuđom patnjom, a suosjećanje bi trebalo igrati ulogu štita od prelaska u takvo patološko stanje. Budući da se radi o stanju koje nastaje kao posljedica prekomjernog empatiziranja, suosjećanje nije faktor kojeg ima previše, a naziv zamor suosjećanja upravo to sugerira. Iz tog razloga neki autori koriste naziv empatijski stresni zamor jer empatija dovodi do stanja koje se naziva zamor suosjećanja [28].

Ponekad medicinske sestre mogu doživjeti da umor i frustracije izazvane brigom za osobu oboljelu od demencije mogu graničiti do sagorijevanja. Mnogi su upoznati s pojmom sagorijevanja, ali im koncept zamora suosjećanja predstavlja nepoznanicu. Zamor suosjećanja prvenstveno se smatra profesionalnim rizikom za osobe koje se suočavaju sa stresom i traumom u svom radnom okruženju, kao što su medicinske sestre. Zamor suosjećanja i sagorijevanje na poslu nisu sinonimi. Sagorijevanje je kronični profesionalni stres koji se može javiti kod djelatnika svih profesija te ga karakterizira emocionalna iscrpljenost i nezadovoljstvo poslom. Zamor suosjećanja može dovesti do sagorijevanja, a kasnije do bespomoćnosti, frustriranosti, anksioznosti i depresije. Za medicinske sestre takvi negativni efekti mogu utjecati na kvalitetu pružene zdravstvene skrbi, ali i na njihovo mentalno i fizičko zdravlje [29]. Ako se zdravstveni djelatnici intenzivno identificiraju s patnjom oboljele osobe od demencije, postoji rizik od zamora suosjećanja. U takvoj situaciji zdravstveni djelatnici nisu svjesni vlastitih potreba, smatrajući ih manje važnima od potreba drugih i zapostavljajući ih. Najbolji način obrane od zamora suosjećanja jest razvijanje prikladnih strategija za samoodržavanje. Važno je pronaći vrijeme za sebe tijekom radnog dana i poznavati vlastite kapacitete te tražiti pomoć drugih kada nam je potrebna. Organizacijske strategije samoodržavanja uključuju razvijanje radne okoline koja je ugodna, a oboljelim osobama osigurava podršku i poštovanje [28].

Zamor suosjećanja nije posebno istražen kod obiteljskih skrbnika, ali pretpostavlja se da su i oni izloženi riziku nastanka. Suosjećanje se može pripisati kvaliteti odnosa između dvije osobe. Kvaliteta odnosa i emocionalna povezanost ključni su razlozi zbog kojeg skrbnici mogu doživjeti zamor suosjećanja. Važna je sposobnost skrbnika da se udalji od patnje koju osjeća osoba oboljela od demencije. Snažna emocionalna povezanost između obiteljskog skrbnika i primatelja skrbi može onemogućiti skrbniku da se odvoji od patnje i koristi strategije za samoodržavanje koje koriste zdravstveni djelatnici. Stoga je emocionalna povezanost važan aspekt za buduća istraživanja o neformalnim skrbnicima i zamoru suosjećanja [30].

2.7.1. Posljedice zamora suosjećanja

Zamor suosjećanja ima negativne posljedice za formalne skrbnike, kao što su depresija, socijalna izolacija, nesanica i nezadovoljstvo poslom. Istraživanja nisu istražila negativne posljedice kod neformalnih skrbnika, ali pretpostavlja se da neformalni skrbnici mogu patiti od depresije, preopterećenja skrbi i smanjenog kvalitetnog odnosa s primateljem skrbi. Zamor suosjećanja može utjecati i na odluku neformalnog skrbnika hoće li se nastaviti brinuti za svog člana obitelji, ili će ga smjestiti u instituciju. U jednom istraživanju otkriveno je da neformalni skrbnici s najmanje šest depresivnih simptoma imaju 1,18 puta veću vjerojatnost da će primatelja skrbi smjestiti u dom za starije i nemoćne u odnosu na skrbnike s pet ili manje depresivnih simptoma. U drugom istraživanju otkriveno je da obiteljski skrbnici koji pate od zamora suosjećanja, beznadnosti i bespomoćnosti, imaju veću vjerojatnost da oboljelog člana obitelji smjeste u instituciju. Posljedice zamora suosjećanja mogu dovesti i do zlostavljanja ili zanemarivanja primatelja skrbi [30].

2.8. Specifičnosti zdravstvene skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti

Zdravstvena skrb osoba oboljelih od AB zahtjeva multidisciplinarni pristup. Važno je da stručnjaci surađuju s obitelji oboljele osobe. Cilj je osigurati neovisnost oboljele osobe što je dulje moguće. Prilikom organizacije skrbi ključna je procjena sposobnosti, potreba i deficita oboljele osobe [31]. Kod planiranja sestrinskih intervencija potrebno je voditi računa o činjenici da degenerativne bolesti mozga, kao i životna dob bolesnika, ne dopuštaju planiranje intervencija koje bi vodile oporavku i izlječenju bolesti. Degenerativne bolesti mozga u ljudi starije dobi imaju ireverzibilan tijek. To je važna činjenica, osobito zato što će intervencije trebati mijenjati s progresijom bolesti i pogoršanjem stanja bolesnika [1].

Naglasak se stavlja na edukaciju okoline oboljele osobe. Neke od intervencija koje provodi medicinska sestra su:

- edukacija obitelji i bliskih članova oboljele osobe o načinu komuniciranja s oboljelom osobom,
- upoznavanje obitelji o napredovanju bolesti i promjenama vezanim uz napredovanje bolesti,
- poticanje obitelji na održavanje odnosa s oboljelim članom obitelji bez obzira na njegovo ponašanje,
- poticanje obitelji na uključivanje u rad udruga osoba sa sličnim problemima [1].

2.8.1. Procjena stanja i potreba oboljelih i uloga medicinske sestre

U oboljelih od AB primarno je potrebno procijeniti zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, prema teoriji motivacije A. Maslowa. Iz Maslowljeve piramide osnovnih ljudskih potreba možemo navesti neke od sestrijskih dijagnoza koje su specifične za oboljele od AB:

- fiziološke potrebe
 - Smanjena mogućnost brige o sebi (hranjenje, održavanje higijene)
 - Smanjeno podnošenje napora u/s mišićnom slabošću
 - Smanjena pokretnost u/s mišićnom slabošću
- potrebe za sigurnošću
 - Visok rizik za pad u/s poremećenom motorikom
- potrebe za ljubavlju i pripadanjem
 - Potištenost u/s poremećenim općim funkcioniranjem (socijalna izolacija)
- potrebe za poštovanjem i samopoštovanjem
 - Neupućenost okoline
- samoaktualizacija
 - Poremećaj slike o sebi [1].

Osobe oboljele od AB često zanemaruju obavljanje osobne higijene, treba ih poticati ili im omogućiti određenu samostalnost. Potrebno je utvrditi u kojoj mjeri postoji interes za osnovne higijenske potrebe, može li osoba svakodnevno obavljati osobnu higijenu, kada i koliko u taj postupak treba uključiti druge osobe. Važno je ne inzistirati da se bolesnik istog časa mora okupati ili brijati, nego procijeniti vrijeme koliko mu je potrebno da dovrši započetu aktivnost [4]. Osobe oboljele od AB i drugih demencija često trebaju pomoć prilikom osobne higijene. Medicinska sestra mora poticati oboljelu osobu da opere određene dijelove tijela te ga pohvaliti i ohrabriti. Potrebno je osigurati privatnost i mirnu okolinu u kojoj će se pacijent osjećati sigurno. Postupak održavanja higijene provoditi uvijek u isto vrijeme kako bi se očuvala rutina koju pacijent provodi. Ako je moguće, uvažiti želje oboljele osobe, na primjer počešljati kosu na način koji osoba preferira [32]. Oboljele osobe često se ne oblače prikladno vremenskim prilikama, a ponekad se zaborave odjenuti. Pozornost treba obratiti na samostalnost u oblačenju i svlačenju odjeće te biraju li prikladnu odjeću. Nakon procjene utvrđuje se u kojem stupnju treba pomoć druge osobe [4]. Pozornost treba obratiti na to postoji li inkontinencija, opstipacija, te se prema procjeni vrste i stupnja inkontinencije, definiraju intervencije koje je potrebno provesti. Kod procjene unosa hrane i tekućine treba obratiti pozornost na samostalne aktivnosti hranjenja ili potrebe uključivanja druge osobe. Prehrambene potrebe treba uskladiti sa svakodnevnim aktivnostima, navikama, željama i mogućnostima oboljelog. Potrebna je prevencija poremećaja u prehrani, kao što su gubitak tjelesne težine ili pretilost. Kod procjene spavanja bitan je podatak spava li oboljela osoba tijekom noći te kakva joj je kvaliteta i duljina sna. Nesanica je često prisutna i veliki je problem za osobe oboljele od AB. Potrebno je izraditi program dnevnog odmora i planirati redovni odlazak na spavanje. Procjena sigurnosti odnosi se na sprječavanje neželjenih posljedica zbog mentalnih i motoričkih deficita. Potrebno je voditi brigu o prevenciji padova i voditi kontrolu pri uporabi lijekova. Kod procjene potreba za ljubavlju, pripadanjem i samopoštovanjem oboljelog, stalno je potrebno iskazivati poštovanje i povjerenje. Ne smije se oboljelu osobu omalovažavati. Nakon procjene, medicinska sestra definira probleme, postavlja realne ciljeve zbog rješavanja nastalih problema i teškoća te planira intervencije [4].

3. Domovi za starije osobe namijenjeni oboljelima od Alzheimerove bolesti

U Hrvatskoj, do donošenja Pravilnika o vrsti i djelatnosti doma socijalne skrbi, načinu pružanja skrbi izvan vlastite obitelji, uvjetima prostora, opreme i radnika doma socijalne skrbi, terapijske zajednice, vjerske zajednice, udruge i drugih pravnih osoba te centra za pomoć i njegu u kući (Narodne novine, br. 64/09.), nije postojala mogućnost organiziranja skrbi za osobe oboljele od AB i drugih demencija u domu za starije osobe [4].

Jedan od programa skrbi u Hrvatskoj za osobe oboljele od AB, provodi se u cjelodnevnom boravcima koji djeluju u sklopu domova za starije osobe. U cjelodnevnom boravku zaposlene su posebno educirane osobe za rad s osobama oboljelima od demencije. Cjelodnevni boravak zbrinjava oboljele u ranom stadiju bolesti, a nerijetko su djelatnici boravka osobe koje u korisnika programa prepoznaju rane simptome razvoja demencije u smislu deficita u pamćenju i poteškoća u izvršnim funkcijama, posebice u koncentraciji, koje postaju evidentne tijekom provođenja različitih radnih aktivnosti s oboljelima [4]. Oboljele osobe žive u svom domu, a tijekom radnog tjedna koriste sljedeće usluge: boravak i prehrana, održavanje osobne higijene, briga o zdravlju, psihosocijalna rehabilitacija, organiziranje slobodnog vremena i druge potrebe. Pruža im se mogućnost uključivanja u organiziranu skrb i sprječava se socijalna izolacija [33]. Prednost takvog smještaja je što oboljela osoba ostaje u krugu obitelji i poznatom susjedstvu [4].

S napredovanjem bolesti, potrebe oboljelih se mijenjaju te se u uznapredovaloj fazi bolesti smještaju na specijalizirane odjele za oboljele od AB i drugih demencija u sklopu doma za starije osobe. Skrb o oboljelima u ovoj fazi zahtijeva specifične prostorne uvjete, opremu i djelatnike [4]. Neke od usluga koje se pružaju na takvim specijaliziranim odjelima su: smještaj, prehrana, pomoć pri održavanju svakodnevnih aktivnosti, usluge socijalnog rada i psihosocijalna rehabilitacija. Jedan od osnovnih ciljeva jest očuvanje preostalih kognitivnih i motoričkih sposobnosti te poticanje autonomnosti u skrbi aktivnosti [34].

3.1. Aktivnosti koje se provode s oboljelima

S oboljelima se provode aktivnosti usmjerene na usporavanje gubitka pamćenja i očuvanje psihološkog zdravlja. Oboljeli često odustaju od druženja zbog straha od socijalnih kontakata. Cilj je smanjiti osjećaj izoliranosti i odbačenosti [4].

Neke od tehnika koje se primjenjuju u radu su:

- tehnika asocijacije- pridruživanje predloženih parova,
- tehnika prepoznavanja- prepoznavanje likova, predmeta, boja,

- tehnika rekonstrukcije- pročita se određeni broj pojmova, nakon čega se trebaju sjetiti što je moguće više pročitanih,
- tehnika održavanja socijalnih kontakata [4].

Rezultati koji se ostvaruju prilikom primjenjivanja navedenih tehnika su:

- zadržavanje verbalnih i neverbalnih sposobnosti,
- odgoda nepokretnosti, a time i drugih bolesti,
- dobivanje uvida o reakcijama korisnika pri rješavanju postavljenih zadataka [4].

4. Cilj istraživanja

Cilj je završnog rada dobiti uvid u rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti iz perspektive formalnih njegovatelja zaposlenih u domovima za starije osobe. Posebni su ciljevi usmjereni na sljedeća pitanja:

- utvrditi koje aktivnosti formalni njegovatelji primjenjuju u radu s oboljelima od AB,
- utvrditi kako poteškoće u funkcioniranju utječu na kvalitetu života oboljelih iz perspektive formalnih njegovatelja,
- utvrditi da li je zdravstvena skrb za osobe oboljele od AB stresan i izazovan posao,
- utvrditi postoji li stigmatizacija oboljelih od AB i na koji način se može smanjiti.

5. Ispitanici i metode istraživanja

U istraživanju su sudjelovale medicinske sestre/tehničari (formalni njegovatelji) zaposleni u domovima koji pružaju skrb za oboljele od AB. Istraživanje je provedeno na uzorku od 43 ispitanika iz četiri ustanove. Istraživanje je provedeno u Caritasovom domu „Sv. Ivan Krstitelj“, Domu za starije i nemoćne osobe Varaždin, Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec te u Domu za odrasle osobe Jalžabet. U istraživanju je sudjelovalo 38 žena (88 %) i 5 muškaraca (12 %). Većina ispitanika je u dobi od 51 i više godina (35 %). Prosječna dob ispitanika je 45 godina, pri čemu najmlađi ispitanik ima 21, a najstariji 62 godine. Najveći broj ispitanika ima srednju stručnu spremu, njih 36 (54 %). Radno iskustvo u skrbi za oboljele od AB varira od jedne pa do 32 godine, a prosječno iznosi 12,1 godina.

Kao instrument istraživanja korištena je metoda anketiranja. Anketiranje je metoda kojom se na temelju anketnog upitnika istražuju i prikupljaju podaci, stavovi i mišljenja o predmetu istraživanja. Za provođenje istraživanja zatraženo je odobrenje ravnatelja Caritasovog doma „Sv. Ivan Krstitelj“ i Doma za odrasle osobe Jalžabet te odobrenje Etičkog povjerenstva Doma za starije i nemoćne osobe Varaždin i Doma za starije i nemoćne osobe Čakovec. Oni su odobrili provođenje istraživanja. Podaci za istraživanje prikupljeni su od 4. studenog 2018. godine do 6. veljače 2019. godine u domovima za starije osobe te u jednom domu za odrasle osobe. Anketni upitnik je kreiran posebno za potrebe istraživanja, a nalazi se u prilogu završnog rada. Sadrži 15 pitanja otvorenog i zatvorenog tipa, osmišljenih od strane autora. Od toga je 13 pitanja zatvorenog tipa što znači da su ispitanici birali jedan između više ponuđenih odgovora, dok su 2 pitanja otvorenog tipa, što znači da su ispitanici morali dati sami odgovor na ta pitanja. Anketni upitnik se sastojao od tri dijela. Prvi dio se odnosio na aktivnosti koje formalni njegovatelji primjenjuju u radu s korisnicima doma. Drugi dio upitnika odnosio se na određene tvrdnje vezane uz funkcioniranje oboljelih od AB i ulogu medicinske sestre, a treći dio se odnosio na sociodemografske podatke. Ispitanicima je za popunjavanje anketnog upitnika bilo potrebno oko deset minuta. Svi ispitanici upoznati su s ciljem i svrhom istraživanja te da će se dobiveni podaci koristiti isključivo za potrebe izrade završnog rada te im je osigurana anonimnost.

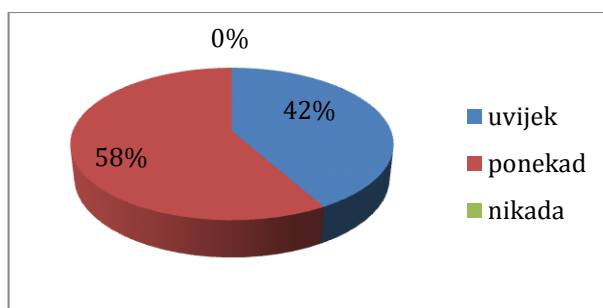
6. Rezultati

Podaci dobiveni anketnim upitnikom pod nazivom „Rad s oboljelima od Alzheimerove bolesti u domu za starije osobe“ u nastavku rada bit će prikazani u grafičkom obliku, a nakon svakog grafičkog prikaza opisani su dobiveni rezultati.

6.1. Aktivnosti koje se primjenjuju u radu s korisnicima

U prvom dijelu anketnog upitnika ispitivale su se aktivnosti koje formalni njegovatelji primjenjuju u radu s korisnicima oboljelim od AB.

Pitanje [1]: Potičem korisnika na što veću samostalnost, iako mi to oduzima dosta vremena da se posvetim ostalim korisnicima.

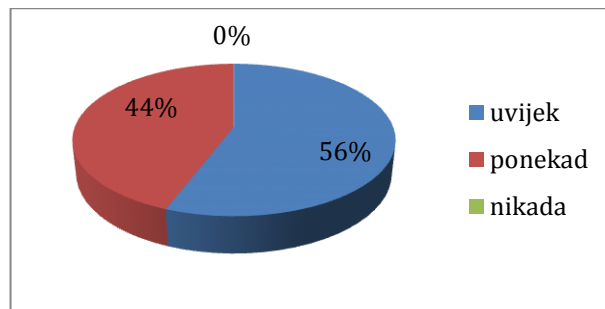


Grafikon 1. Prikaz odgovora na pitanje 1.

Izvor: Autor J.K.

Prema podacima prikazanim u grafikonu 1. vidljivo je da 25 ispitanika (58 %) potiče korisnika na što veću samostalnost ponekad, 18 ispitanika (42 %) potiče uvijek korisnika na što veću samostalnost, a nitko od ispitanika nije odgovorio da nikada.

Pitanje [2]: U sestrinskoj skrbi koristim holistički pristup, pritom uvažavajući svakog korisnika kao individualizirano biće.

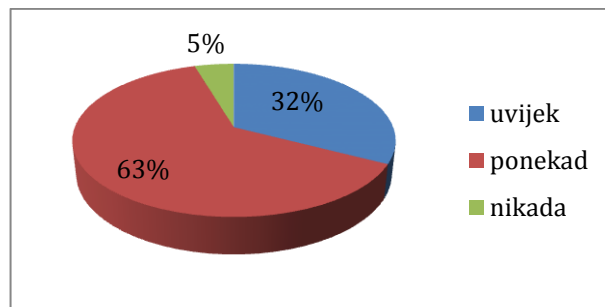


Grafikon 2. Prikaz odgovora na pitanje 2.

Izvor: Autor J.K.

Prema podacima navedenim u grafikonu 2. vidljivo je da 24 ispitanika (56 %) uvijek koristi holistički pristup u sestrinskoj skrbi pritom uvažavajući svakog korisnika kao individualizirano biće, 19 ispitanika (44 %) odgovorilo je da ponekad, a nitko od ispitanika nije odgovorio da nikada.

Pitanje [3]: Koristim kontakt očima, sjedenje uz korisnika te fokusiranje na korisnika.

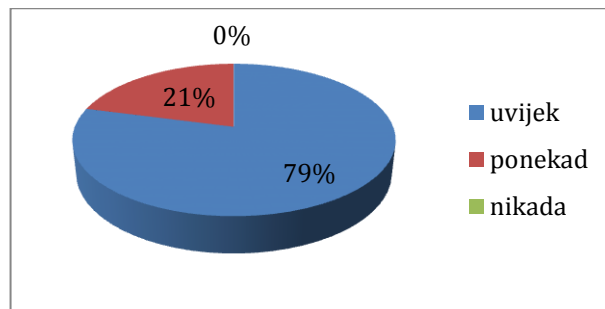


Grafikon 3. Prikaz odgovora na pitanje 3.

Izvor: Autor J.K.

Prema podacima navedenim u grafikonu 3. vidljivo je da 27 ispitanika (63 %) ponekad koristi kontakt očima, sjedenje uz korisnika te fokusiranje na korisnika, 14 ispitanika (32 %) odgovorilo je da uvijek, a dva ispitanika (5 %) su odgovorila da nikada.

Pitanje [4]: Potičem korisnike na tjelesnu aktivnost u skladu s njihovim mogućnostima.

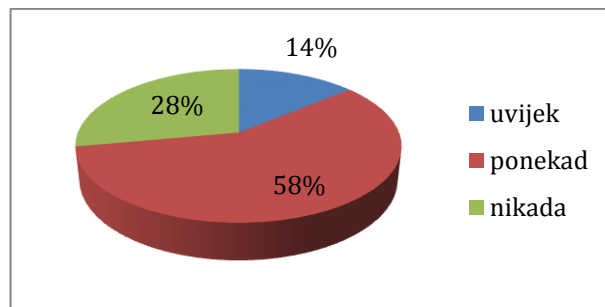


Grafikon 4. Prikaz odgovora na pitanje 4.

Izvor: Autor J.K.

Prema podacima navedenim u grafikonu 4. vidljivo je da 34 ispitanika (79 %) uvijek potiče korisnike na tjelesnu aktivnost u skladu s njihovim mogućnostima, devet ispitanika (21 %) odgovorilo je da ponekad, a nitko od ispitanika nije odgovorio da nikada.

Pitanje [5]: Uključujem u skrb niz stimulativnih aktivnosti kao što su zagonetke i igre riječima te slušanje glazbe koju preferira korisnik.



Grafikon 5. Prikaz odgovora na pitanje 5.

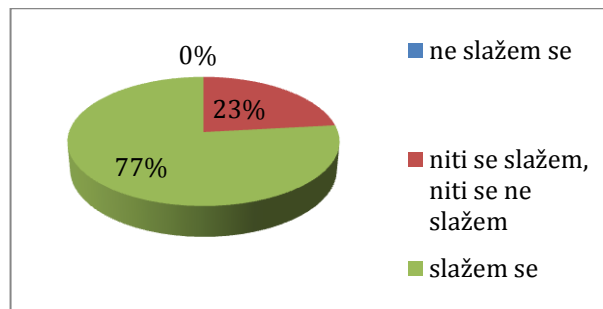
Izvor: Autor J.K.

Prema podacima navedenim u grafikonu 5. vidljivo je da 25 ispitanika (58 %) ponekad uključuje u skrb niz stimulativnih aktivnosti kao što su zagonetke i igre riječima te slušanje glazbe koju preferira korisnik, 12 ispitanika (28 %) odgovorilo je da nikada, a šest ispitanika (14 %) odgovorilo je da uvijek.

6.2. Funkcioniranje oboljelih i uloga medicinske sestre

Drugi dio anketnog upitnika sastojao se od određenih tvrdnji koje se odnose na funkcioniranje oboljelih od AB i ulogu medicinske sestre u radu s oboljelima.

Pitanje[6]: Osobe oboljele od Alzheimerove bolesti imaju poteškoće u socijalizaciji.

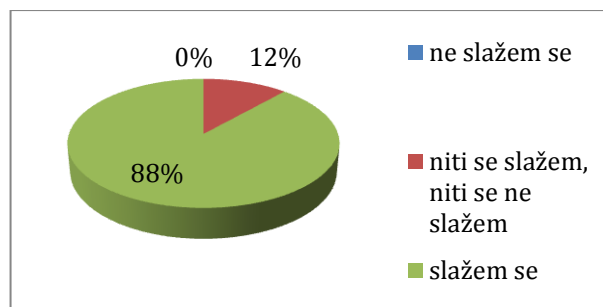


Grafikon 6. Prikaz odgovora na pitanje 6.

Izvor: Autor J.K.

Prema podacima navedenim u grafikonu 6. vidljivo je da se 33 ispitanika (77 %) slaže s navedenom tvrdnjom da osobe oboljele od AB imaju poteškoće u socijalizaciji, 10 ispitanika (23 %) niti se slaže, niti se ne slaže s navedenom tvrdnjom, a nitko od ispitanika nije odgovorio da se ne slaže s navedenom tvrdnjom.

Pitanje [7]: Poteškoće u kognitivnom funkcioniranju oboljelih imaju veliki utjecaj na njihovu kvalitetu života.

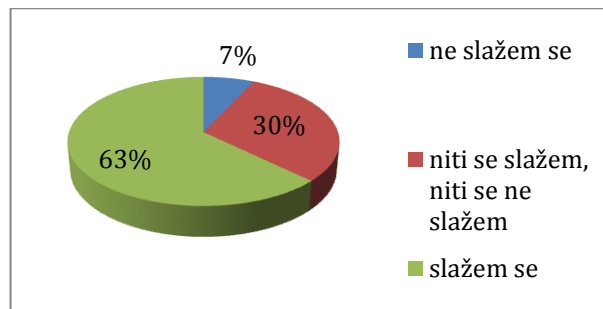


Grafikon 7. Prikaz odgovora na pitanje 7.

Izvor: Autor J.K.

Prema podacima navedenim u grafikonu 7. vidljivo je da se 38 ispitanika (88 %) slaže s navedenom tvrdnjom da poteškoće u kognitivnom funkcioniranju oboljelih imaju veliki utjecaj na njihovu kvalitetu života, pet ispitanika (12 %) je odgovorilo da se niti slaže, niti se ne slaže, a nitko od ispitanika nije odgovorio da se ne slaže s navedenom tvrdnjom.

Pitanje [8]: Medicinska sestra svojim znanjem i vještinama sposobna je pružiti ključnu pomoć obitelji u svim fazama bolesti.

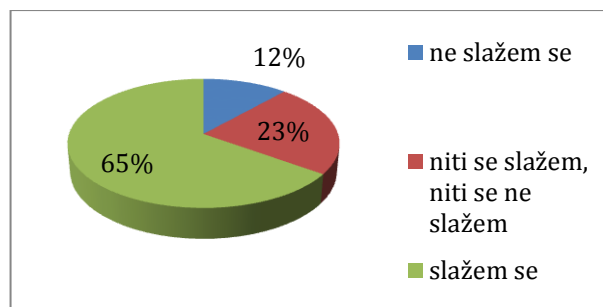


Grafikon 8. Prikaz odgovora na pitanje 8.

Izvor: Autor J.K.

Prema podacima navedenim u grafikonu 8. vidljivo je da se 27 ispitanika (63 %) slaže s tvrdnjom da je medicinska sestra svojim znanjem i vještina sposobna pružiti ključnu pomoć obitelji u svim fazama bolesti, 13 ispitanika (30 %) niti se slaže, niti se ne slaže s navedenom tvrdnjom, a tri ispitanika (7 %) se ne slaže s navedenom tvrdnjom.

Pitanje [9]: Medicinske sestre koje rade s pomanjkanjem znanja i vještina mogu osjetiti profesionalni neuspjeh i frustraciju prilikom pružanja skrbi.

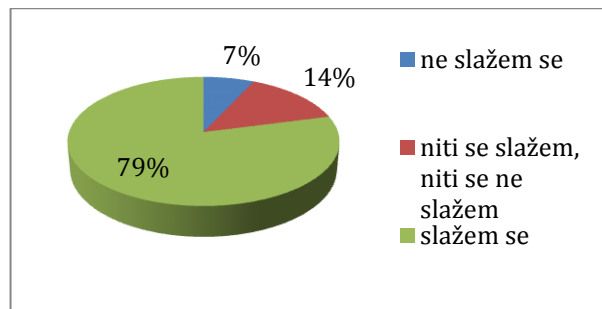


Grafikon 9. Prikaz odgovora na pitanje 9.

Izvor: Autor J.K.

Prema podacima navedenim u grafikonu 9. vidljivo je da se 28 ispitanika (65 %) slaže s navedenom tvrdnjom da medicinske sestre koje rade s pomanjkanjem znanja i vještina mogu osjetiti profesionalni neuspjeh i frustraciju prilikom pružanja skrbi, 10 ispitanika (23 %) se niti slaže, niti se ne slaže s navedenom tvrdnjom, a pet ispitanika (12 %) se ne slaže s navedenom tvrdnjom.

Pitanje [10]: Sestrinska skrb za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti izuzetno je stresan posao.

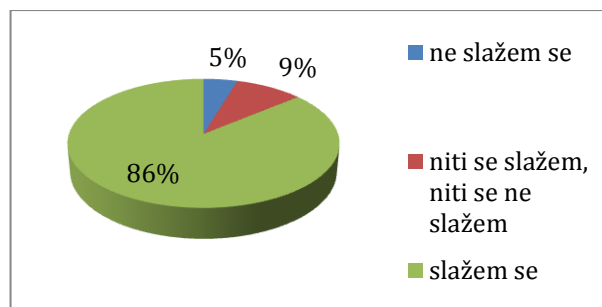


Grafikon 10. Prikaz odgovora na pitanje 10.

Izvor: Autor J.K.

Prema podacima navedenim u grafikonu 10. vidljivo je da se 34 ispitanika (79 %) slaže s navedenom tvrdnjom da je sestrinska skrb za osobe oboljele od AB izuzetno stresan posao, šest ispitanika (14 %) niti se slaže, niti se ne slaže s navedenom tvrdnjom, a tri ispitanika (7 %) se ne slaže s navedenom tvrdnjom.

Pitanje [11]: Postoji stigmatizacija oboljelih od Alzheimerove bolesti te se ona može smanjiti edukacijom i podizanjem svijesti o bolesti.



Grafikon 11. Prikaz odgovora na pitanje 11.

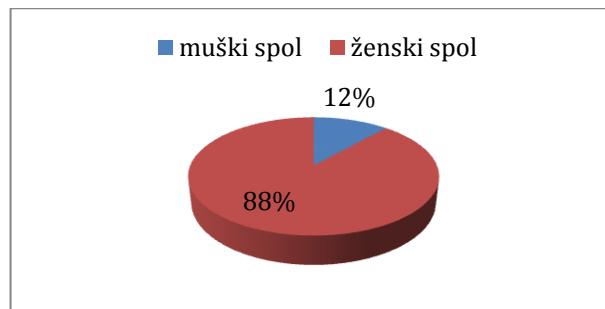
Izvor: Autor J.K.

Prema navedenim podacima u grafikonu 11. vidljivo je da se 37 ispitanika (86 %) slaže s navedenom tvrdnjom da postoji stigmatizacija oboljelih te se ona može smanjiti edukacijom i podizanjem svijesti o bolesti, šest ispitanika (9 %) se niti slaže, niti se ne slaže s navedenom tvrdnjom, a dva (5 %) ispitanika se ne slažu s navedenom tvrdnjom.

6.3. Sociodemografski podaci o ispitanicima

U trećem dijelu anketnog upitnika ispitivale su se sociodemografske karakteristike ispitanika te godine iskustva u radu s oboljelima od AB.

Pitanje [12]: Spol (zaokružite)

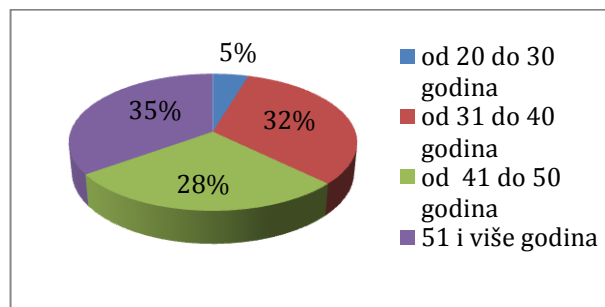


Grafikon 12. Prikaz odgovora na pitanje 12.

Izvor: Autor J.K.

Prema rezultatima koji su prikazani na grafikonu 12. vidljivo je da je u istraživanju sudjelovalo pet muškaraca (12 %) te 38 žena (88 %).

Pitanje [13]: Navedite Vašu dob.

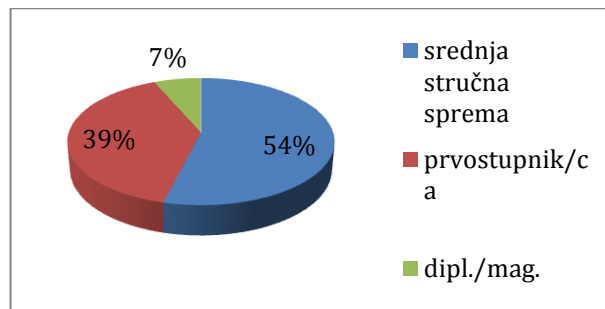


Grafikon 13. Prikaz odgovora na pitanje 13.

Izvor: Autor J.K.

Nakon što su ispitanici naveli svoju dob, smješteni su u razrede. Prema podacima prikazanim u grafikonu 13. vidljivo je da je u istraživanju sudjelovalo najviše ispitanika u dobi od 51 i više godina, i to 15 ispitanika (35 %). Slijede ispitanici u dobi od 31 do 40 godina. Njih je u istraživanju sudjelovalo 14 (32 %). Nakon njih slijede ispitanici u dobi od 41 do 50 godina kojih je u istraživanju sudjelovalo 12 (28 %). Najmanje su zastupljeni ispitanici u dobi od 20 do 30 godina, odnosno sudjelovala su 2 (5 %) ispitanika koji pripadaju toj dobnoj skupini.

Pitanje [14]: Vaša stručna sprema.

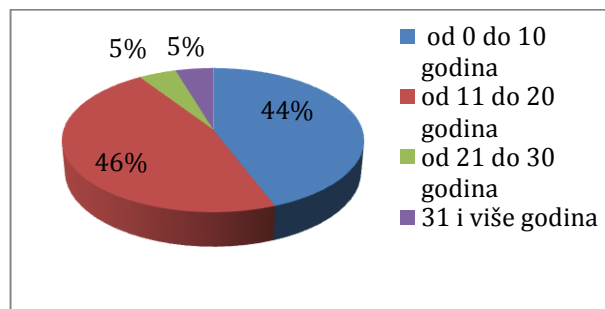


Grafikon 14. Prikaz odgovora na pitanje 14.

Izvor: Autor J.K.

Prema podacima prikazanim u grafikonu 14. vidljivo je da najviše ispitanika, odnosno 36 (54 %) ima srednju stručnu spremu, da je šest ispitanika (39 %) prvostupnik/ca, dok je jedan ispitanik (7 %) dipl./mag. po stručnoj spreml.

Pitanje [15] Navedite godine iskustva u radu s oboljelima od Alzheimerove bolesti.



Grafikon 15. Prikaz odgovora na pitanje 15.

Izvor: Autor J.K.

Nakon što su ispitanici naveli godine iskustva u radu s oboljelima od AB, smješteni su u razrede. Prema podacima prikazanim u grafikonu 15. vidljivo je da najviše ispitanika ima iskustvo rada s oboljelima između 11 i 20 godina i to 20 ispitanika (46 %). Slijede ispitanici od 0 do 10 godina iskustva, njih 19 (44 %). Dvoje ispitanika (5 %) ima iskustvo rada s oboljelima između 20 i 30 godina, te dvoje ispitanika (5 %) 31 i više godina iskustva u radu s oboljelima.

7. Rasprava

Prvi dio anketnog upitnika ispitivao je aktivnosti koje formalni njegovatelji primjenjuju u radu s oboljelima od AB. Rezultati istraživanja pokazuju da najviše ispitanika (58 %) ponekad potiče korisnika na što veću samostalnost, iako im to oduzima dosta vremena da se posvete ostalim korisnicima, 42 % ispitanika uvijek potiče korisnika na samostalnost, a nitko od ispitanika nije odgovorio da nikada. Osobe oboljele od AB relativno brzo postaju ovisne o tuđoj pomoći pa je važno da se uvijek potiču na što veću samostalnost. Jedna od važnih prednosti poticanja oboljele osobe na samostalnost jest usporavanje napredovanja simptoma bolesti (Hunter, 2016.) [36]. Rezultati istraživanja pokazuju da najviše ispitanika (56 %) u sestrinskoj skrbi uvijek koristi holistički pristup pritom uvažavajući svakog korisnika kao individualizirano biće, 44 % ispitanika ponekad koristi holistički pristup, a nitko od ispitanika nije odgovorio da nikada. Holistički pristup je prilagođen potrebama svake osobe i usmjeren je na osobu, a ne na rutinske aktivnosti koje se nameću. Glavni cilj takvog pristupa jest očuvanje individualnosti i dostojanstva [37]. Holistički pristup uvažava osobnost oboljelih od demencije u svim aspektima skrbi (Kitwood i Bredin, 1992.). Takav koncept je osobito važan kod „nepoželjnog“ ponašanja u sklopu bihevioralne i psihološke simptomatologije demencije jer ističe pacijentovo nošenje s posljedicama bolesti [38]. Formalni njegovatelji u svome radu trebaju usvojiti načela holističke komunikacije kako bi učinkovito komunicirali s oboljelima (Chapman, 2012.). Osnovna načela holističke komunikacije su: usredotočenost, suosjećanje, obraćanje pažnje i poštovanje. Uz ova načela holističke komunikacije, formalni njegovatelji mogu sagledati oboljelu osobu u cjelini [39]. Rezultati istraživanja pokazuju da najviše ispitanika (63 %) u sestrinskoj skrbi ponekad koristi kontakt očima, sjedenje uz korisnika i fokusiranje na korisnika, 32 % ispitanika uvijek, a 5 % ispitanika nikada. Kontakt očima i nježan dodir mogu privući pažnju oboljele osobe [37]. Dodir je najosnovniji oblik neverbalne komunikacije u profesiji zdravstvenih djelatnika (Gleeson i sur., 2004.) i vrlo je učinkovit način komunikacije s ljudima koji imaju kognitivne poremećaje. Pacijentu daje mir i nadu, a utječe na suosjećanje i stimulira oboljelu osobu [39]. Rezultati istraživanja pokazuju da najviše ispitanika (79 %) uvijek potiče korisnika na tjelesnu aktivnost u skladu s njegovim mogućnostima, 21 % ispitanika ponekad, a nitko od ispitanika nije odgovorio da nikada. Formalni njegovatelji u suradnji s korisnicima mogu identificirati realne ciljeve vježbanja i poticati ih da se uključe u tjelesnu aktivnost. Tjelesna aktivnost je prilika za druženje i smanjenje osamljenosti koju često doživljavaju osobe oboljele od AB i drugih demencija [36]. Istraživanja usmjerena na učinak tjelesne aktivnosti kod osoba oboljelih od AB vrlo su malo zastupljena. Prema dostupnoj literaturi, tjelesna aktivnost može imati pozitivne učinke kod oboljelih. U jednom istraživanju korisnici koji su u dnevne aktivnosti imali uključenu tjelesnu

aktivnost pokazali su bolje fizičko funkcioniranje (mobilnost i hodanje) te su nakon liječenja pokazali poboljšanje u dnevnim aktivnostima te manji kognitivni pad [40]. Rezultati istraživanja pokazuju da najviše ispitanika (58 %) ponekad uključuje u skrb niz stimulativnih aktivnosti kao što su zagonetke i igre riječima te slušanje glazbe koju preferira korisnik, 28 % ispitanika je odgovorilo da nikada, a 14 % ispitanika da uvijek. Istraživanja pokazuju da uključivanje stimulativnih aktivnosti u skrb poboljšava mentalne sposobnosti i kvalitetu života oboljelih [36]. Istraživanja pokazuju da je glazba potencijalno sredstvo za poticanje sjećanja i smanjuje agitaciju, usamljenost, depresiju te potiče sudjelovanje u različitim aktivnostima. Glazba stvara pozitivne osjećaje ne samo kod oboljelih, već i kod formalnih njegovatelja. Isto tako promiče skrb usmjerenu na korisnika, te čini proces komunikacije učinkovitijim (Hammar i sur., 2011.) [39].

Drugi dio anketnog upitnika sastojao se od određenih tvrdnji vezanih uz funkcioniranje oboljelih od AB te ulogu medicinske sestre u radu s oboljelima. Na tvrdnju da osobe oboljele od AB imaju poteškoće u socijalizaciji, najviše ispitanika (77 %) se složilo s navedenom tvrdnjom, 23 % ispitanika je odgovorilo da se niti slažu, niti se ne slažu, a nitko od ispitanika nije odgovorio da se ne slaže s navedenom tvrdnjom. U istraživanju koje je provedeno u domu za starije osobe u Iranu, formalni njegovatelji su naveli kako primjenjuju različite metode kojima se održava socijalna interakcija oboljelih, uključujući igranje društvenih igara i posjet parku. Sudionici istraživanja naveli su kako se većina aktivnosti odvija u grupama od 4 do 5 osoba i tako se daje mogućnost korisnicima da sudjeluju u društvenoj interakciji te im koristi za poboljšanje socijalnog funkcioniranja [41]. Fratiglioni i suradnici naglašavaju da društvene aktivnosti poboljšavaju samopouzdanje. Socijalni kontakt može pomoći oboljeloj osobi da stekne osjećaj vlastite vrijednosti i bolji odnos prema životu, isto tako može poboljšati prehrambene navike i tjelesnu aktivnost što može rezultirati boljom prognozom bolesti [40]. Na tvrdnju da poteškoće u kognitivnom funkcioniranju oboljelih imaju veliki utjecaj na njihovu kvalitetu života, najviše ispitanika (88 %) se složilo s navedenom tvrdnjom, 12 % ispitanika je odgovorilo da se niti slaže, niti se ne slaže s navedenom tvrdnjom, a nitko od ispitanika nije odgovorio da se ne slaže. Kognitivni pad značajan je simptom AB koji utječe na misaoni proces. U istraživanju koje je provedeno u domu za starije osobe u Iranu, ispitanici su naglasili kako kognitivne poteškoće utječu na kvalitetu života oboljelih. Isto tako naveli su kako sestrijska skrb zahtijeva puno energije i strpljenja jer stalno moraju podsjećati oboljelu osobu na to tko je kako bi se izbjegla ljutnja i uznemirenost [41]. Na tvrdnju da medicinska sestra svojim znanjem i vještinama sposobna je pružiti pomoć obitelji u svim fazama bolesti, najviše ispitanika (63 %) je odgovorilo da se slaže s navedenom tvrdnjom, 30 % ispitanika je odgovorilo da se niti slaže, niti se ne slaže, a 7 % ispitanika je odgovorilo da se ne slaže. Formalni njegovatelji svojim znanjem

sposobni su pružiti pomoć i sigurnost obitelji u svim fazama bolesti. Birch i suradnici (2010.) ističu kako je glavni problem nerazumijevanje članova obitelji o sestrinskoj skrbi koju prima njihov član obitelji [39]. Neki razlozi koji pridonose nerazumijevanju od strane članova obitelji su: slaba educiranost članova obitelji o bolesti, nerealni zahtjevi članova obitelji od stručnih djelatnika i teško prilagođavanje obitelji na progresiju bolesti. Napredovanjem bolesti, dolazi i do fizičke slabosti oboljele osobe što može rezultirati smanjenom pokretljivošću i nemogućnošću brige o sebi [42]. Važno je obavijestiti obitelj o stanju oboljele osobe i skrbi koju prima tijekom cijelog vremena [39]. Na tvrdnju da medicinske sestre koje rade s pomanjkanjem znanja i vještina mogu osjetiti profesionalni neuspjeh i frustraciju prilikom pružanja skrbi, najviše ispitanika (65 %) se složilo s navedenom tvrdnjom, 23 % ispitanika se niti slaže, niti se ne slaže s navedenom tvrdnjom, a 12 % ispitanika se ne slaže s navedenom tvrdnjom. Boersma (2012.) je utvrdila da postoji potreba za povećanim razumijevanjem skrbi za osobe oboljele od demencije. Medicinske sestre koje rade s pomanjkanjem znanja i vještina mogu osjetiti profesionalni neuspjeh i frustracije prilikom pružanja skrbi [43]. Kao dva glavna izazova povezana sa skrbi za oboljele od AB spominju se nedovoljno znanje i nedostatak vještina. Trevor i suradnici (2005.) navode kako medicinske sestre trebaju sudjelovati u obrazovnim programima koji se temelje na skrbi za oboljele od demencije. Nakon toga bi trebale početi raditi sa starijim, iskusnijim medicinskim sestrama. Tako će steći iskustvo rada s takvom populacijom, a iskustvom i znanjem povećavaju se vještine [39]. Formalni negovatelji koji su prošli 80-satni trening o pružanju skrbi oboljelima od demencije, pokazali su veće znanje o bolesti i veće zadovoljstvo poslom (Mass, Swanson, Mobily, 1994.) [44]. Na tvrdnju da je sestrinska skrb za osobe oboljele od AB izuzetno stresan posao, najviše ispitanika (79 %) je odgovorilo da se slaže s tvrdnjom, 14 % ispitanika se niti slaže, niti se ne slaže, a 7 % ispitanika se ne slaže s navedenom tvrdnjom. Sestrinska skrb za oboljele od AB može biti izazovna i stresna za formalne negovatelje. Osim složenih fizičkih zahtjeva, 40 % radnog vremena provedu na upravljanje „nepoželjnim“ ponašanjima korisnika. „Nepoželjno“ ponašanje javlja se kod najmanje 75 % osoba s demencijom. To doprinosi stresu osoblja, a kao posljedica zdravstveno osoblje pokazuje negativne emocionalne reakcije na ponašanje korisnika doma. Jedno istraživanje ispitivalo je stres kod osoblja koje brine o osobama s demencijom u ustanovama za dugotrajnu skrb u SAD-u. Rezultati pokazuju da su stres češće prijavljivali oni koji su zaposleni manje od dvije godine, iako su njihovi stavovi prema demenciji bili pozitivniji. Istraživanjem je također utvrđeno da je zadovoljstvo poslom veće među osobljem koje je obrazovanije i koje u svome radu koristi holistički pristup [45]. McFarlane i suradnici (2004.) navode kako je izvor stresa u formalnih negovatelja povezan s problemima organizacije rada [46]. Neki čimbenici koji mogu utjecati na lošu organizaciju rada su: manjak osoblja, zahtjevnost rada u noćnim smjenama i nemogućnost individualiziranog pristupa [42]. Loša

organizacija rada može dovesti do frustracija i emocionalnog izgaranja na radnom mjestu. Javlja se jaz između onoga što formalni njegovatelji mogu učiniti i onoga što osjećaju da bi trebali učiniti. U nekim slučajevima, formalni njegovatelji koji su bili žrtve nasilnog ponašanja od strane pacijenta mogu pokazati visoku razinu depersonalizacije, emocionalnog izgaranja i stresa što smanjuje njihovu sposobnost pružanja adekvatne skrbi [47]. Na tvrdnju da postoji stigmatizacija oboljelih od AB te se ona može smanjiti edukacijom i podizanjem svijesti o bolesti, najviše je ispitanika (86 %) odgovorilo da se slaže s navedenom tvrdnjom, 9 % ispitanika niti se slaže, niti se ne slaže s navedenom tvrdnjom, a 5 % ispitanika je odgovorilo da se ne slaže s navedenom tvrdnjom. Phillipson (2012.) navodi kako postoje dokazi da su starost i demencija stanja koja društvo stigmatizira, često na suptilan i nepriznat način. Stigmatizacija također može biti prisutna od strane formalnih njegovatelja i ostalih zdravstvenih djelatnika, ali istraživanja pokazuju da je manje prisutna kod obrazovanijih osoba (Mukadam i Livingston 2012.) [48]. Stigma povezana s demencijom često dovodi do socijalne izolacije, diskriminacije i značajno može negirati dostojanstvo i samopouzdanje oboljele osobe. Dijagnoza demencije, zajedno s negativnim odgovorima okoline na dijagnozu i prateće simptome bolesti može utjecati na kvalitetu života oboljele osobe. Kako bi se smanjio učinak stigme povezane s demencijom, potreban je veći fokus na razvoj i pružanje podrške kako bi se osobi s demencijom omogućilo da „živi normalan život“ [48]. Prepoznavanjem i promicanjem da su sve oboljele osobe dostojne i imaju pravo na individualiziranu skrb, stigmatizacija može biti smanjena [36].

8. Zaključak

Produljenjem životnog vijeka i povećanjem udjela populacije starije dobi dolazi i do povećanja i učestalosti oboljelih koji pate od AB. To je znatan problem za ukupni zdravstveni sustav i za medicinske sestre kao nositelje zdravstvene njege te se AB danas smatra javnozdravstvenim problemom. AB najčešći je uzrok demencije (obuhvaća do 70 % svih demencija), a utječe na kognitivno, funkcionalno i psihološko stanje oboljele osobe. To je dugotrajna i teška bolest, a liječenje je simptomatsko. Skrbiti o osobi koja više ne može samostalno i neovisno funkcionirati u svakodnevnom životu jedna je od najzahtjevnijih životnih zadaća. S napredovanjem bolesti briga o oboljelom postaje sve zahtjevnija, dolazi do fizičkog napora za osobu koja brine o oboljelom pa se obitelj nerijetko odlučuje smjestiti oboljelu osobu u odgovarajuću ustanovu, najčešće u dom za starije i nemoćne osobe. Kao najčešći razlog za institucionalizaciju navodi se „nepoželjno“ ponašanje oboljele osobe, a ono uključuje: nasilno ponašanje, udaranje, vikanje i lutanje. Kod oboljelih od AB, ponekad postaje teško odvojiti osobu od bolesti i shvatiti kako su „nepoželjna ponašanja“ dio bolesti, a ne bolesnikove osobnosti.

Ovim radom provedeno je istraživanje među formalnim njegovateljima koji rade u ustanovama koje pružaju skrb za oboljele od AB, a cilj je bio dobiti uvid u rad s oboljelim osobama iz perspektive formalnih njegovatelja. Formalni njegovatelji uglavnom ponekad potiču korisnike na što veću samostalnost, a jedan od razloga zašto to ne čine uvijek jest nedostatak vremena. Poticanje oboljele osobe na što veću samostalnost utječe na usporavanje napredovanja simptoma. Većina ispitanika u sestrinskoj skrbi uvijek koristi holistički pristup, pritom uvažavajući svakog korisnika kao individualizirano biće. Zdravstvena skrb mora biti individualizirana kako bi se očuvalo dostojanstvo oboljele osobe unatoč njezinim kognitivnim nedostacima. Dodir, kontakt očima, sjedenje uz korisnika te fokusiranje na pojedinog korisnika vrlo su korisne intervencije koje mogu doprinijeti učinkovitoj skrbi. Tjelesna aktivnost može se preporučiti kao preventivna mjera za razvoj demencije, a kod oboljelih od AB može imati pozitivne učinke na njihovo tjelesno funkcioniranje. Zanimljiv je podatak kako 28 % ispitanika nikada u sestrinsku skrb ne uključuje stimulativne aktivnosti. Iz ovoga se može zaključiti kako dio ispitanika nije upoznat s činjenicom da stimulativne aktivnosti poboljšavaju mentalne sposobnosti i kvalitetu života. Navedenim aktivnostima koje formalni njegovatelji primjenjuju u svome radu podiže se kvaliteta života oboljelih, a isto tako te aktivnosti mogu pomoći da se što uspješnije prepoznaje i razumije „unutrašnji svijet“ oboljelih. Važno je da formalni njegovatelji ne smatraju sestrinsku skrb samo skupom zadataka koje je potrebno izvršiti. Svaka interakcija je prilika za poticanje samostalnosti i uključivanje u odnos. Oboljeli imaju poteškoće u

socijalizaciji pa ih je važno uključiti u aktivnosti i integrirati u društvo. Socijalna interakcija, terapija glazbom i tjelesna aktivnost korisne su strategije u poboljšanju „nepoželjnih“ ponašanja. Poteškoće u kognitivnom funkcioniranju imaju veliki utjecaj na kvalitetu života oboljelih osoba, a zadatak formalnih njegovatelja je podizanje kvalitete života oboljelih uporabom stimulirajućih aktivnosti i individualiziranim pristupom skrbi.

Rezultati istraživanja pokazuju potrebu za sustavnim obrazovnim programima za formalne njegovatelje kako bi poboljšali svoje znanje o demenciji, ublažili njihov stres te kao bi adekvatnije pružili pomoć obitelji u svim stadijima bolesti. Povećanjem znanja i vještina poboljšale bi se kompetencije formalnih njegovatelja te bi pozitivnije reagirali na izazove s kojima se svakodnevno susreću u radu s ovom skupinom oboljelih. Rad s oboljelima od AB izuzetno je stresan posao te fizički i psihički iscrpljujući zbog progresivne prirode bolesti. Formalni njegovatelji nerijetko su izloženi riziku od fizičkog i verbalnog nasilja, a rad se temelji na nepredvidivom radnom okruženju i visokim zahtjevima za zdravstvenom skrbi. Postoji stigmatizacija oboljelih od AB te se ona može smanjiti edukacijom i podizanjem svijesti o bolesti. Uloga formalnih njegovatelja je informirati okolinu, ali i širu zajednicu o toj bolesti te pružiti potporu oboljelima od AB i njihovim obiteljima. Potrebno je povećati svijest javnosti da su oboljeli skupina različitih pojedinaca koji zaslužuju poštovanje, dostojanstvo te suosjećanje.

9. Literatura

- [1] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006.
- [2] G. Šimić: Neurobiologija demencije: Uvod u Alzheimerovu i druge neurodegenerativne bolesti moždane kore, <http://dementia.hiim.hr/neuro.htm>, dostupno 12.10.2018.
- [3] M. Tkalčić, A. P. Bulian, D. Bosanac, Z. Tomić: Procjena kognitivnog statusa pacijenta s demencijom, Psihologijske teme, br. 12, 2003., 54-62 str
- [4] S. T. Roksandić, N. Mimica, M. K. Jukić i sur.: Alzheimerova bolest i druge demencije, Rano otkrivanje i zaštita zdravlja, Medicinska naklada, Zagreb, 2017.
- [5] M. Gendron: Misterij Alzheimer, Škorpion, Zagreb, 2011.
- [6] Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Alzheimerova bolest, <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/>, dostupno 12.10.2018.
- [7] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [8] Alzheimer's foundation of America: About Alzheimer's disease and dementia, <https://alzfdn.org/caregiving-resources/about-alzheimers-disease-and-dementia/>, dostupno: 13.10.2018.
- [9] N. Mimica, M. K. Jukić, P. Presečki i sur.: Hrvatska strategija borbe protiv Alzheimerove bolesti i drugih demencija – prijedlog nacrtu uz nadopune, Medix, br.117, 2015., 111-118 str.
- [10] D. Poredoš: Alzheimerova bolest i obitelj, Ljetopis socijalnog rada, br.10 (2), 2003., 242-254 str.
- [11] Editorial board: High mortality from Alzheimer's disease, https://www.nytimes.com/2014/03/13/opinion/high-mortality-from-alzheimers-disease.html?_r=0, dostupno: 13.10.2018.
- [12] L. S. Kucmanski, L. Zenevich: Alzheimer's disease- challenges faced by family caregivers, Revista brasileira de geriatria e gerontologia, br. 6, prosinac 2016.
- [13] V. Demarin, M. B. Pašić, S. Morović: Alzheimerova bolest, https://www.cybermed.hr/clanci/alzheimerova_bolest, dostupno: 13.10.2018.
- [14] U. Fabijanić: Demencija- rizični faktori, Gyrus, br. 2(6), 2014., 65-67 str.
- [15] B. J. Grabher: Alzheimer's disease and the effects it has on the patient and their family, Journal of nuclear medicine technology, kolovoz, 2018.
- [16] National center on caregiving: Alzheimer's disease and caregiving, <https://www.caregiver.org/alzheimers-disease-caregiving>, dostupno: 14.10.2018.

[17] L. Taft: Effective nursing management: Patients with Alzheimer's on a medical-surgical unit, Academy of medical-surgical nurses, br. 3, svibanj/lipanj, 2013., 1-14 str.

[18] Američka psihijatrijska udruga: Dijagnostički i statistički priručnik duševnih poremećaja, DSM-IV., Jastrebarsko, Naklada Slap, 1996.

[19] D. M. Jacobs, M. Sano, K. Marder, K.L. Bell, Y. Stern: Neuropsychological detection and characterization of preclinical Alzheimer's disease,

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7746414>, dostupno 15.10.2018.

[20] V. F. Šmalc, i sur.: Farmakoterapija Alzheimerove bolesti, Medicus, br. 2, 2002., 217-222 str.

[21] Liječenje Alzheimerove demencije,

https://www.cybermed.hr/centri_a_z/alzheimerova_demencija/lijecenje_alzheimerove_demencije, dostupno: 15.10.2018.

[22] Neurologia Croatica: 6. hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti, Knjiga sažetaka, 10.-13. listopada 2012., Primošten, Hrvatska, 1-164 str.

[23] Alzheimer societies in Canada: Ways to communicate,

<http://alzheimer.ca/en/Home/Living-with-dementia/Ways-to-communicate>, dostupno: 15.10.2018.

[24] Nursing times: Tackling communication challenges in dementia,

<https://www.nursingtimes.net/roles/older-people-nurses/tackling-communication-challenges-in-dementia/5055312.article>, dostupno: 17.10.2018.

[25] N. Mimica: Komunikacija s osobom oboljelom od demencije, Medix, br. 91, veljača, 2011., 28-30 str.

[26] G. Schmakeit: Vorträge zu Alzheimer und Demenz Integrative Validation,

https://www.alzheimerbw.de/fileadmin/AGBW_Medien/Dokumente/Nachlesen/2009/091111%20Gabriele%20Schmakeit%20-%20Integrative%20Validation.pdf, dostupno: 20.10.2018.

[27] A. Erdman, W. Schnepf: Conditions, components and outcomes of Integrative Validation Therapy in a long-term care facility for people with dementia, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25391661>, dostupno: 20.10.2018.

[28] M. Juričić: Filozofski i odgojni aspekti suosjećanja, Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu, odsjek za filozofiju, 2016.

[29] C. B. Bursack: Compassion fatigue: When caregivers go beyond burnout,

<https://www.agingcare.com/articles/compassion-fatigue-caregivers-beyond-burnout-196224.htm>, dostupno: 21.10.2018.

[30] J. R. Day, R. A. Anderson: Compassion fatigue: An application of the concept to informal caregivers of family members with dementia,

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3170786/>, dostupno: 21.10.2018.

[31] W. Jurczak, K. Porzych, A. P. Szabela: Nurse's role in taking care of patient with Alzheimer's disease, Medical and Biological Sciences, br. 28/2, 2014., 5-10 str.

[32] Nursing Times: Dementia 4: The nurse's role in caring for people with dementia, <https://www.nursingtimes.net/roles/older-people-nurses/dementia-4-the-nurses-role-in-caring-for-people-with-dementia/7006087.article>, dostupno: 22.10.2018.

[33] Dom za starije osobe Sveta Ana Zagreb, <http://www.sv-ana.hr/usluge/>, dostupno: 03.11.2018.

[34] Dom za starije osobe Maksimir, <http://dom-maksimir.hr/podaci-o-domu/>, dostupno: 03.11.2018.

[35] Edukal 2015.: Prva edukativna konferencija o Alzheimerovoj bolesti, Zbornik sažetka, 7. i 8.12.2015., Zagreb, Hotel Internacional, 31-35 str.

[36] T. Bewick: Nurses can make a difference: Caring for those living with dementia, Australian Journal of Dementia care, No. 6, 2016.

[37] W. B. Mawr: Encouraging comfort care, https://www.alzheimersillinois.org/pti/downloads/encouraging%20comfort%20care_single.pdf, dostupno: 08.12.2018.

[38] S. Rusac: Alzheimerova bolest- Izazovi socijalnog rada, Ljetopis socijalnog rada, Vol. 23, No. 3, 2016., 439-461 str.

[39] M. N. Ahmad: Efficacy of communication among nurses and elderly patients suffering from the dementia of Alzheimer type,

<https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/81319/of%20communication%20among%20nurses%20and%20elderly%20patients%20suffering%20from%20the%20dementia%20of%20Alzheimer%20type.pdf;sequence=1>, dostupno: 08.12.2018.

[40] A. C. Luedke, A. Tam, A. Goel, A. Garcia: Use of physical and intellectual activities and socialization in the management of cognitive decline of aging and in dementia,

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3549347/>, dostupno: 08.12.2018.

[41] P. Trang, T. Emelia, K. Zahedeh: Nurses approaches to improving the quality of life of Alzheimer's disease patients in Iran,

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.849.9281&rep=rep1&type=pdf>, dostupno: 08.12.2018.

[42] A. Štambuk, K. Levak: Poteškoće i dobrobiti rada s osobama oboljelim od demencije iz perspektive formalnih njegovatelja,

<http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/viewFile/1442/1408>, dostupno: 09.12.2018.

[43] D. Monthaisong: Nurses experiences providing care for people with dementia, *Journal of Nursing & Care*, Vol. 7(2), 2018.

[44] S. Zimmerman, S. Williams, S. Reed, D. Sloane: Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia, *The Gerontologist*, Vol. 45, 2005., 96–105 str.

[45] C. Baker, P. Huxley, M. Dennis, I. Russell: Alleviating staff stress in care homes for people with dementia, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4687382/>, dostupno: 08.12.2018.

[46] J. F. Pierrette: Stress and coping strategies among middle-level nurse managers caring for Alzheimer`s disease patients,

<https://minds.wisconsin.edu/handle/1793/68434>, dostupno: 08.12.2018.

[47] R. Digby: Nurse empathy and the care of people with dementia, *Australian Journal of Advanced Nursing*, Vol. 34, No. 1, 52-59 str

[48] Alzheimer`s Australia NSW: Addressing the Stigma associated with Dementia, <https://www.dementia.org.au/files/2010NSWAddressingStigmaDiscussionPaper2.pdf>, dostupno: 09.12.2018.

10. Popis grafikona

Grafikon 1. Prikaz odgovora na pitanje 1.	21
Grafikon 2. Prikaz odgovora na pitanje 2.	22
Grafikon 3. Prikaz odgovora na pitanje 3.	22
Grafikon 4. Prikaz odgovora na pitanje 4.	23
Grafikon 5. Prikaz odgovora na pitanje 5.	23
Grafikon 6. Prikaz odgovora na pitanje 6.	24
Grafikon 7. Prikaz odgovora na pitanje 7.	24
Grafikon 8. Prikaz odgovora na pitanje 8.	25
Grafikon 9. Prikaz odgovora na pitanje 9.	25
Grafikon 10. Prikaz odgovora na pitanje 10.	26
Grafikon 11. Prikaz odgovora na pitanje 11.	26
Grafikon 12. Prikaz odgovora na pitanje 12.	27
Grafikon 13. Prikaz odgovora na pitanje 13.	27
Grafikon 14. Prikaz odgovora na pitanje 14.	28
Grafikon 15. Prikaz odgovora na pitanje 15.	28

11. Prilozi

Anketni upitnik

Poštovani, ovaj upitnik je izrađen u svrhu završnog rada na temu „Rad s oboljelima od Alzheimerove bolesti u domu za starije osobe“. Upitnik je potpuno anoniman i Vaše sudjelovanje je dobrovoljno, a Vaši rezultati neće biti prikazani pojedinačno. Ako imate bilo kakvih dodatnih pitanja, obratite se na e-mail studentice: jakolenko@unin.hr. Unaprijed zahvaljujem na odvojenom vremenu.

Ovaj dio ankete odnosi se na aktivnosti koje primjenjujete u radu s korisnicima oboljelima od Alzheimerove bolesti. Molim Vas da što iskrenije procijenite i odgovorite na pitanja.

1. Potičem korisnika na što veću samostalnost, iako mi to oduzima dosta vremena da se posvetim ostalim korisnicima.

a) uvijek b) ponekad c) nikada

2. U sestrinskoj skrbi koristim holistički pristup, pritom uvažavajući svakog korisnika kao individualizirano biće.

a) uvijek b) ponekad c) nikada

3. Koristim kontakt očima, sjedenje uz korisnika te fokusiranje na korisnika.

a) uvijek b) ponekad c) nikad

4. Potičem korisnike na tjelesnu aktivnost u skladu s njihovim mogućnostima.

a) uvijek b) ponekad c) nikada

5. Uključujem u skrb niz stimulativnih aktivnosti kao što su zagonetke i igre riječima te slušanje glazbe koju preferira korisnik.

a) uvijek b) ponekad c) nikada

Sljedeći dio ankete sastoji se od određenih tvrdnji koje se odnose na funkcioniranje oboljelih od Alzheimerove bolesti te ulogu medicinske sestre u radu s oboljelima. Molim

Vas da što iskrenije procijenite i odgovorite slažete se ili se ne slažete sa svakom od navedenih tvrdnji.

6. Osobe s Alzheimerovom bolešću imaju poteškoće u socijalizaciji.

- a) ne slažem se b) niti se slažem, niti se ne slažem c) slažem se

7. Poteškoće u kognitivnom funkcioniranju oboljelih imaju veliki utjecaj na njihovu kvalitetu života.

- a) ne slažem se b) niti se slažem, niti se ne slažem c) slažem se

8. Medicinska sestra svojim znanjem i vještinama sposobna je pružiti ključnu pomoć obitelji u svim fazama Alzheimerove bolesti.

- a) ne slažem se b) niti se slažem, niti se ne slažem c) slažem se

9. Medicinske sestre koje rade s pomanjkanjem znanja i vještina mogu osjetiti profesionalni neuspjeh i frustraciju prilikom pružanja skrbi.

- a) ne slažem se b) niti se slažem, niti se ne slažem c) slažem se

10. Sestrinska skrb za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti izuzetno je stresan posao.

- a) ne slažem se b) niti se slažem, niti se ne slažem c) slažem se

11. Postoji stigmatizacija oboljelih od Alzheimerove bolesti te se ona može smanjiti edukacijom i podizanjem svijesti o bolesti.

- a) ne slažem se b) niti se slažem, niti se ne slažem c) slažem se

Molim Vas, zaokružite ili nadopunite sljedeće tvrdnje/pitanja.

12. Spol (zaokružiti): M Ž

13. Navedite Vašu dob: _____

14. Stručna sprema:

- a) srednja stručna sprema
b) prvostupnik/ca
c) dipl./mag.

15. Navedite godine iskustva u radu s oboljelima od Alzheimerove bolesti:
_____ godina.

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, JANJA KOLENKO (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Rad s obiteljnima od Alzheim bolesti u domaćinstvu (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kolenko Janja
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti 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, JANJA KOLENKO (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Rad s obiteljnima od Alzheim bolesti u domaćinstvu (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kolenko Janja
(vlastoručni potpis)