



















## **Popis korištenih kratica**

<b>AB</b>	Alzheimerova bolest
<b>SPECT</b>	Jednofotonska emisijska kompjuterizirana tomografija
<b>PET</b>	Pozitronska emisijska tomografija

# Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Alzheimerova bolest .....	3
2.1. Epidemiologija .....	3
2.2. Etiologija i rizični čimbenici .....	3
2.3. Klinička slika.....	4
2.4. Dijagnoza .....	5
2.5. Liječenje .....	7
2.6. Zdravstvena njega osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti.....	8
2.7. Palijativna skrb .....	10
2.8. Prehrana kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti .....	10
3. Istraživanje.....	12
3.1. Cilj.....	12
3.2. Metode.....	12
3.2.1. Sudionici .....	12
3.2.2. Instrumentarij.....	12
3.2.3. Postupak.....	12
3.3. Rezultati .....	13
4. Rasprava.....	25
5. Zaključak.....	27
6. Literatura.....	28
Popis slika .....	30



## 1. Uvod

Demencija se najčešće definira kao klinički sindrom kod kojeg dolazi do poremećaja kognitivnih funkcija, progresivna je i ireverzibilna bolest. Kod demencije dolazi do poremećaja u mišljenju, pamćenju, shvaćanju što dovodi do nemogućnosti samostalnog funkcioniranja osobe. [1] Poznato je da je broj učestalosti demencija sa početkom u mlađoj dobi 50-10 osoba na 100 000 stanovnika od kojih se izdvaja postotak Alzheimerove bolesti kao uzrok demencije u mlađoj životnoj dobi sa 34 %. [2] Kao najčešće vrste demencija izdvajaju se Alzheimerova demencija, demencija sa Lewyjevima tjelešcima, frontotemporalna demencija te vaskularna demencija. [3, 4]

Najčešći oblik demencije jest Alzheimerova demencija koju uzrokuje Alzheimerova bolest (AB), zahvaća 2/3 svih demencija, odnosno 60-70%, a ona se definira kao progresivna neurodegenerativna bolest mozga kojeg karakterizira izvanstanična akumulacija  $\beta$ -amiloida uz stvaranje i nakupljanje neurofibrilatornih petlji u neuronima. [5] Kod AB gubitak neurona najčešće započinje u hipokampusu te kao posljedica dolazi do gubitka pamćenja koji je ujedno i najčešće prvi simptom bolesti. [2] Sama bolest dobila je ime po Aloisu Alzheimeru koji je bio njemački neurolog i patolog, rođen 14.06.1864. godina, a preminuo je 1915. godine kao posljedica bubrežnih i srčanih komplikacija koje su bile uzrokovane reumatskom groznicom. Alois Alzheimer je 1907. godine prvi puta opisao oštećenja na mozgu koja su karakteristična za ovu bolest.

AB očituje se nizom simptoma koji uključuju promjene u pamćenju, afaziju, apraksiju, agnoziju te poremećaj izvršnih funkcija. Poznata su dva oblika AB, a to su sporadični i obiteljski oblik. Sporadični oblik se odnosi na pojedince koji nemaju nasljednu predispoziciju, pogađa osobe starije od 65 godina te je ujedno i češći oblik, zauzima 90-95% slučajeva. Za razliku od sporadičnog, obiteljski oblik AB odnosi se na genetsku predispoziciju, javlja se prije 65 godina života i zahvaća 5-10 %. [3]

Klinička slika AB dijeli se na tri stadija: blagi, umjereni i teški stadij. Glavna obilježja AB jesu podmakao početak bolesti, sporo oštećenje epizodičnog pamćenja i poremećaj u prostornoj orijentaciji. Akumulacija takvih patoloških promjena u mozgu oboljelih osoba počinje i do 10 do 20 godina prije samog pojavljivanja simptoma i znakova bolesti. Početak bolesti se razlikuje od osobe do osobe, a poteškoće koje nastaju remete njezino svakodnevno funkcioniranje. Nastaju poteškoće u govoru, orijentaciji uz gubitak vještina i znanja koje se stječu tijekom života. [2]

Dijagnoza AB podijeljena je u dvije podskupine. Prva se sastoji od postavljanja dijagnoze demencije dok se u drugoj identificira tip demencije koji je prisutan kod oboljele osobe. Ističe se važnost ranog dijagnosticiranja AB jer ono omogućuje odabir boljeg izbora njege i terapije

lijekovima koji usporavaju razvoj bolesti, a oni su najučinkovitiji na samom početku bolesti. [3, 6]

Cilj ovog istraživačkog rada bio je uvidjeti znanje studenata sestrištva o Alzheimerovoj bolesti te saznati kakvi su stavovi o istoj bolesti. Sudionici su bili studenti 1., 2. i 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrištva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu, a odazvani broj studenata iznosi 161.

## **2. Alzheimerova bolest**

Alzheimerova bolest uzrok je najčešćeg oblika demencije, a definira se kao progresivna neurodegenerativna bolest mozga. Zauzima 2/3 demencija, odnosno 60-70% svih demencija, a može pogoditi svu životnu dob uključujući mlađe i starije osobe. [7] Nemoguće je precizno reći ni procijeniti koliko bolest traje, no prosječno nakon osam godina završi smrću. [3]

Najčešći simptomi koji se javljaju kod oboljelih osoba jesu poteškoće u prisjećanju imena, poteškoće u orijentaciji i verbalnom izražavanju, apatija i depresija na samom početku bolesti. [8] Simptomatologiju AB prvi je opisao Sjögren 1950. godine i podijelio ju na tri stadija, a kako bolest napreduje javljaju se sve veća oštećenja verbalnog izražavanja kod oboljelih osoba. [9]

### **2.1. Epidemiologija**

Alzheimerova bolest uzrok je 60-70% svih demencija. Najčešće pogađa stariju populaciju od 65 godina i više. Podaci su pokazali kako u Sjedinjenim Američkim Državama otprilike 5,8 milijuna stanovnika boluje od AB. [10] Prevalencija u dobi od 60 godina iznosi 1% i manje, dok se svakih 5 godina ona udvostručuje te kao posljedica tome u dobi od 85 godina ona iznosi čak 30-40%. Kako se životni vijek produžuje, sve je više starije populacije u svijetu pa se isto tako i prevalencija povećava. [11] Studije su dokazale kako se svakih 33 sekundi broj oboljelih od AB povećava za 1 osobu. [12] Pretpostavlja se kako će 2050.godine broj oboljeli narasti a 115 milijuna. [13] Incidencija pojave u dobi od 65. i 69. godine iznosi 0,5% za svaku godinu. [14] U Hrvatskoj se procjenjuje da je broj osoba oboljelih od demencije 86 000, a podatci su uzeti iz bolničkih evidencija jer ne postoje sustavni podatci oboljelih osoba. [15]

### **2.2. Etiologija i rizični čimbenici**

Alzheimerova bolest još uvijek je nepoznate etiologije, ali poznati su čimbenici rizika koji mogu utjecati na pojavu same bolesti. Čimbenici rizika dijele se na genetičke i okolišne, vaskularne i psihosocijalne čimbenike. U genetičke i okolišne čimbenike za razvoj AB smatra se pozitivna obiteljska anamneza i trauma glave. Arterijska hipertenzija, šećerna bolest, pušenje, pretilost, način prehrane dio su vaskularnih čimbenika dok se u psihosocijalne čimbenike ubraja niži stupanj obrazovanja, usamljenost, depresija i slaba socijalna interakcija. [16]

Dob se smatra jednim od čimbenika rizika. Smatra se da je osoba sklonija oboljenju što je više životne dobi. Iako se AB smatra bolešću starije populacije, isto tako može oboljeti i osoba u ranijoj životnoj dobi, oko tridesetih godina. Češće pogađa žensku populaciju stoga se spol isto tako smatra jednim od čimbenika rizika. [3] Vrlo važnu ulogu ima i genetika, a ističe se specifičan gen ApoE

i promjene na 1., 14. i 21. kromosomu. [17] Razina obrazovanja ubraja se u čimbenike rizika, a studije su pokazale da niskoobrazovane osobe imaju veću šansu za oboljenjem od visokoobrazovanih osoba zbog razvijenije kognitivne rezerve. [2] U ostale čimbenike rizika, kao što je već navedeno u radu, ubrajaju se traume glave, dijabetes, kognitivna rezerva, nepokretnost, hipertenzija, gojaznost, nedovoljna tjelesna aktivnost, povećana razina kolesterola u krvi, depresija i mnogi drugi. [18]

U etiologiji AB spominju se dva oblika bolesti, a to jesu sporadični i obiteljski oblik bolesti. Sporadični oblik je češći, a uključuje osobe kod kojih se prvi put u obitelji pojavljuje bolest dok obiteljski oblik obuhvaća genetsku nasljednost, mutacije na genima. [19]

### **2.3. Klinička slika**

Klinička slika AB dijeli se u tri stadija: blagi, umjereni i teški stadij. U blagom stadiju bolesti često je prisutna depresija uz nekoliko poteškoća, ali osobe i dalje rade i normalno funkcioniraju. U ovom stadiju dolazi do poteškoća sa kratkoročnim pamćenjem, osoba zaboravlja nedavne događaje, javljaju se poteškoće sa upravljanjem vlastitim financijama, smanjuje se briga za osobnu higijenu, nastaju problemi u komunikaciji zbog poteškoća u pronalaženju prave riječi (anomička disfazija) ili nemogućnosti praćenja tijeka razgovora. [3] Osim navedenih poteškoća, javljaju se nagle promjene raspoloženja, osoba je dezorijentirana, teško se koncentrira na određene stvari, javlja se nedostatak inicijative i dolazi do gubitka motivacije za hobije kojima se inače bavila, a rezultat na Mini-mental testu iznosi 26-20 bodova. [19]

Umjereni stadij karakteriziraju značajniji gubici kojih okolina počinje biti svjesna. Kod osobe dolazi do značajnijeg gubitka pamćenja, poteškoća sa pažnjom i koncentracijom. Javlja se gubitak sposobnosti rasuđivanja, promjena u osobnosti, nastaju poteškoće u prepoznavanju osoba, u čitanju i pisanju, nastaje nemir, osoba postaje tjeskobna i dolazi do apatije. Osoba može postati neprijateljski nastrojena prema drugim osobama, može zaboraviti svoje ime te dolazi do socijalne izolacije. [3] Javlja se nemogućnost planiranja i organiziranja, oštećenje dugotrajne memorije, afazija i apraksija. Kod osobe se mogu pojaviti vidne halucinacije, a broj bodova na Mini-mental testu iznosi 19-10. [19]

Kada nastupi teški stadij, osoba nije sposobna brinuti se sama za sebe, potrebna joj je pomoć druge osobe. Nastupa teško propadanje svih kognitivnih sposobnosti, osiromašenje govora te se mogu javiti epileptični napadaji. [19] Dolazi do neprepoznavanja bliskih osoba, gubitak uspomena, socijalna izolacija, može doći do urinarne i fekalne inkontinencije, nastaje gubitak samostalnosti u obavljanju svakodnevnih aktivnosti te je osoba potpuno ovisna o tuđoj pomoći. [3] U teškom stadiju potrebna je 24-satna njega i pomoć, a rezultat na Mini-mental testu iznosi 9-0 bodova. Na

kraju teškog stadija nastupa smrt, najčešće kao posljedica infekcije, a prosječno trajanje AB iznosi oko 9 godina. [19]

## 2.4. Dijagnoza

Cilj dijagnoze je da se utvrdi od koje bolesti osoba boluje i postavljanje točne dijagnoze. Bitno je rana dijagnostika i poznavanje prvih simptoma kako bi se na vrijeme proveli dijagnostički testovi. Dijagnostički kriteriji za AB utemeljeni su 1984.godine i često se dopunjavaju, a posljednja revizija učinjena je 2011. godine. [20]

Postavljanje dijagnoze započinje kliničkim pregledom pacijenta te uzimanjem anamneze i heteroanamneze. Heteroanamneza se uzima od članova obitelji, bliskih osoba, osoba koji skrbe za oboljelu osobu i od izrazite su važnosti za liječnika. Sam redoslijed pojavljivanja simptoma uvelike pomažu liječniku tijekom postavljanja dijagnoze. [3] Osim uzimanja anamneze, provodi se fizikalni pregled, neurološki pregled te psihijatrijski pregled ukoliko je to potrebno. Osobi oboljeloj od AB vadi se krv za laboratorijske pretrage. Pacijentu se kontrolira kompletna krvna slika radi eventualne prisutnosti infekcije ili anemije, potrebno je odrediti sedimentaciju eritrocita, koncentraciju C-reaktivnog proteina, kontrola hormona štitnjače, biokemijske pretrage krvi (elektroliti, urea i kreatinin, albumini) i kontrola vitamina B12 i folata. Trebala bi se učiniti i serološka pretraga na sifilis i HIV kod pacijenta. [21] Osim krvnih pretraga prema odredbi liječnika potrebno je učiniti lumbalnu punkciju radi analize likvora (cerebrospinalne tekućine). Analizom likvora moguće je mjeriti koncentraciju ukupnog i fosforiliranih oblika tau-proteina i amiloid-β protein. [22] Kod AB koncentracija tau-proteina je povišena dok je amiloid-β-42 snižen. [5]


Kod osoba oboljelih od AB potrebno je procijeniti razinu kognitivnog oštećenja, a brzi probni test koji se koristi u tu svrhu naziva se Mini-Cog test. Samo izvođenje testa traje 3-5 minuta, a ispituje se neposredno prisjećanje triju riječi i uključuje test crtanja koji se može provesti i kao posebna vrsta testa. [2] Kada se provodi test crtanja sata, pacijenta se zamoli da nacrtat sat tako da kazaljke pokazuju 11 sati i 10 minuta. Na testu je moguće skupiti 10 bodova pri čemu više od 5 bodova označuju normalan nalaz. [23] Jedan od najčešćih testova za procjenu kognitivnog oštećenja naziva se Mini Mental skala (slika 2.4.1.). Najpoznatiji je i najčešće korišten alat za kratki probir razine kognitivnog oštećenja. [24] Sadrži 10 zadataka, a za ispunjavanje potrebno je oko 10 minuta. Ovaj test procjenjuje sposobnost računanja, govor, orijentaciju, pažnju i kratkoročno pamćenje. Maksimalan broj bodova na testu iznosi 30 pri čemu bodovi od 0 do 14 ukazuju na značajan poremećaj, od 14 do 19 umjereni poremećaj, od 20 do 23 lagani poremećaj i 24 do 30 da poremećaj ne postoji. [2]



## Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Instructions: Score one point for each correct response within each question or activity.**

Maximum Score	Patient's Score	Questions
5		"What is the year? Season? Date? Day? Month?"
5		"Where are we now? State? County? Town/city? Hospital? Floor?"
3		The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then the instructor asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible.
5		"I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W)
3		"Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?"
2		Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them.
1		"Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'"
3		"Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.)
1		"Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.")
1		"Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.)
1		"Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.) 
30		TOTAL

*Slika 2.4.1. Prikaz Mini-Mental testa*

(Izvor: <https://www.slideshare.net/bernie3524/minimental-state-examination> )

Najzahtjevnijim testom smatra se Addenbrookov kognitivni test kojem je svrha dovoljno rano prepoznati početne stadije AB. Njegovo rješavanje traje 15 minuta, a maksimalan broj bodova iznosi 100. [3]

Također, u svrhu dijagnoze, pacijentu je potrebno učiniti kompjuteriziranu tomografiju i magnetsku rezonanciju. Magnetska rezonancija smatra se mnogo preciznijom pretragom jer se

pomoću nje može preciznije odrediti lokalizaciju atrofije mozga te manja oštećenja na mozgu kao i oštećenja bijele tvari mozga. [25]

Jednofotonska emisijska kompjuterizirana tomografija (SPECT) prikazuje prokrvljenost u sljepoočnim i stražnjim tjemnim režnjevima. Češće se koristi od pozitronske emisijske tomografije (PET) zbog šire dostupnosti i niže cijene. PET omogućava otkrivanje atrofije u određenim područjima mozga te zbog toga može pomoći kod dijagnoze AB. [2]

U dijagnozi AB spominju se biomarkeri kod kojih razlikujemo dvije vrste, a to su topografski i patohistološki markeri. Za dokazivanje atrofije temporalnog i medijalnog dijela režnja i za smanjen metabolizam glukoze u temporoparijetalnoj regiji služi topografski marker. [26]

Dijagnosticiranje bolesti može potrajati nekoliko mjeseci ovisno o potrebnoj razini ispitivanja i mogućoj potrebi za ponovnim ispitivanjem kako bi se utvrdilo stanje pacijenta. [27]

## 2.5. Liječenje

Alzheimerova bolest još uvijek se smatra neizlječivom bolesti, no u praksi se koriste antidementivi koji se smatraju dijelom farmakoterapije kognitivnih oštećenja kod oboljelih osoba. Liječenje AB je simptomatsko, a antidementici djeluju tako da usporavaju tijek bolesti te utječu na poboljšanje općeg funkcioniranja bolesnika. Isto tako smanjuju pojavnost bihevioralnih i psihičkih simptoma kod oboljelih, utječu na bolju komunikaciju i omogućuju veći stupanj samostalnosti oboljele osobe. Iz skupine antidementiva izdvajaju se inhibitori acetilkolinesteraze koji djeluju tako da smanjuju razgradnju neurotransmitera acetilkolina, a najučinkovitiji su u ranom stadiju AB. Od Američke Agencije za hranu i lijekove odobreno je 6 skupina lijekova, a to su donepezil, rivastigmin, takrin, galantamin, memantin te kombinacija memantina i donepezila. Lijekovi takrin, rivastigmin i galantamin mogu se upotrebljavati za liječenje blagog i umjerenog stadija bolesti dok donepezil djeluje na sva tri stadija bolesti. Prvi antidementiv, registriran 1992. godine naziva se takrin, a zbog svoje hepatotoksičnosti izbjegava se u praksi. [2] Osim navedenih lijekova, u liječenju AB postoje mogućnosti liječenja sa transdermalnim flasterom što kao posljedicu ima veću suradljivost bolesnika i manji broj nuspojava lijeka. [28]

Kod osoba liječenih sa inhibitorima acetilkolinesteraze mogu se pojaviti nuspojave koje su uglavnom gastrointestinalne, a u većini slučajeva su blage i brzo prolaze. Može se pojaviti mučnina i povraćanje, dijareja, gubitak tjelesne težine te anoreksija. Osim gastrointestinalnih nuspojava može se pojaviti nesanica, halucinacije, uznemirenost i nekontrolirano mokrenje. [2] Zbog pojave bihevioralnih i psihičkih simptoma uz terapiju antidementiva primjenjuju se i psihofarmaci (antidepresivi, anksiolitici, hipnotici, antipsihotici i drugi). [19]

Osim farmakoloških metoda, primjenjuju se i ne-farmakološke metoda liječenja. U takve vrste terapije nazivaju se komplementarne terapije, a neke od njih su art terapija, terapija glazbom, terapija životinjama, multisenzorna terapija i terapija svjetlom. [19]

## **2.6. Zdravstvena njega osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti**

Temelj psihijatrijske sestrinske prakse je poznavanje psihičkog života te psihopatološkog zbivanja oboljele osobe. Medicinska sestre treba znati razumjeti pacijenta i njegovo ponašanje uključujući njegove neverbalne znakove. Sam odnos između medicinske sestre i pacijenta određen je njihovim ulogama i potrebama. Potrebno je da se medicinska sestra aktivno zanima za pacijenta, za njegove potrebe i probleme te da ima dovoljno vremena za njih. Pristup prema pacijentu treba biti stručan i profesionalan uz individualan pristup prema svakom pacijentu. Medicinska sestra je najčešće prvi stručnjak koji dolazi u kontakt sa pacijentom i intenzivno sudjeluje u njegovoj skrbi. Osim što je u kontaktu sa pacijentom, ona surađuje i sa pacijentovom obitelji i pruža im podršku i edukaciju. [29] Osim medicinske sestre, u skrbi za osobu oboljele od AB sudjeluje niz stručnjaka u koje se ubrajaju i neformalni njegovatelji koji su najčešće članovi obitelji (češće žene), a uz njih i prijatelji koji mogu pomoći. [30]

Proces zdravstvene njege temelji se na izradi plana zdravstvene njege, a odvija se u četiri faze: utvrđivanje problema, planiranje sestrinskih intervencija, provedba plana i na kraju evaluacija učinjenog. [29] Kod prikupljanja podataka važna je komunikacija sa pacijentom koju je potrebno prilagoditi pacijentu. Osim prikupljanja podataka od samog pacijenta, oni se prikupljaju i od bliskih osoba (heteroanamneza). Dobra komunikacija pomaže uspostavljanju povjerenja između medicinske sestre i pacijenta. [30]

Zdravstvena njega oboljelih od AB usmjerena je povećanju kvalitete života i poticanju pacijenta na što veću samostalnost. Kao i kod drugi stanja, bitan je holistički pristup prema pacijentu koji uključuje zadovoljavanje bolesnikovih potreba u svim dijelovima ljudskog bića. Skrb uključuje procjenu razine samostalnosti kod obavljanja svakodnevnih aktivnosti koji uključuju osobnu higijenu, hranjenje, oblačenje i eliminaciju. [2]

Kod rada sa oboljelima od AB ističe se pojam "integrativne validacije" kojoj je cilj da se u radu sa oboljelima stvori atmosfera sigurnosti tako da se prihvaća njihov unutarnji svijet. Razvijena je sedamdesetih godina prošlog stoljeća, a tvorac je Naomi Feil. Time se želi postići da je osoba što duže u svojem okruženju, poboljšava se komunikacija, smanjuje se stres oboljele osobe i povećava se samopouzdanje kod osobe. [30]

Neke od sestrinskih dijagnoza koje mogu biti prisutne kod oboljele osobe od AB jesu smanjena mogućnost brige o sebi-hranjenje, smanjena mogućnost brige o sebi- osobna higijena, smanjena

mogućnost brige o sebi-odijevanje i dotjerivanje, visok rizik od ozljeda i pada, anksioznost, smanjena mogućnost održavanja kućanstva, nemoć, socijalna izolacija i druge. [2, 30]

Dijagnoza "Smanjena mogućnosti brige o sebi-hranjenje" definira se kao nemogućnost samostalnog uzimanja hrane. [31] Intervencije medicinske sestre uključuju:

- procjenu stupnja samostalnosti oboljele osobe
- procjenu prisutnosti refleksa gutanja
- potrebno je osigurati mirnu okolinu i najmanje 30 minuta za obrok
- saznati navike osobe
- nadzirati osobu tijekom jela
- poslužiti hranu na način koji olakšava samostalno uzimanje hrane, narezati hranu
- poticati na uzimanje manjih zalogaja uz tekućinu. [2]

Smanjene mogućnosti brige o sebi-osobna higijena definira se kao nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene. [31] Intervencije medicinske sestre obuhvaćaju

- procjenu stupnja samostalnosti
- osiguranje privatnosti
- poticanje pacijenta na samostalnost tako da mu se ponudi da sam opere dio tijela
- prilagoditi temperaturu vode
- biti uz pacijenta cijelo vrijeme. [2]

Dijagnoze "Smanjena mogućnost brige o sebi-odijevanje i dotjerivanje" definira se kao stanje smanjene sposobnosti odijevanja i brige o vlastitom izgledu. [31] Intervencije medicinske sestre obuhvaćaju:

- procjenu samostalnosti oboljele osobe
- procjena potrebne odjeće
- davanje kratkih i jasnih uputa
- osigurati privatnost i dovoljno vremena
- biti uz pacijenta i pomoći mu u situacijama u kojima je pomoć potrebna
- osigurati odjeću koja se lako oblači [2]

Kod dijagnoze "Visok rizik za ozljede i pad" medicinska sestra treba:

- nadzirati oboljelu osobu
- ukloniti predmete koji mogu izazvati pad
- osigurati potrebna pomagala i dovoljno svjetlosti
- tijekom noći podići zaštitne ogradice na krevetu [2]

Česta sestrinska dijagnoza kod osoba oboljelih od AB je anksioznosti, a definira se kao nejasan i mučan osjećaj nelagode ili strepnje praćen autonomnim odgovorom. [32] Intervencije medicinske sestre obuhvaćaju:

- identifikaciju pacijenta i sebe prije razgovora
- govoriti polagano, bez ubrzanog ritma
- davanje jasnih uputa i biti strpljiv u tome
- saslušati pacijenta i pokušati mu odgovoriti na svako postavljeno pitanje. [2]

## **2.7. Palijativna skrb**

Kako je Alzheimerova bolest još uvijek neizlječiva, a sam tijek dovodi do smrti, potreban je palijativni pristup prema pacijentima. Prema podacima, 30-40% palijativnih bolesnika u Hrvatskoj boluje od neurodegenerativnih bolesti u koje se ubraja i AB. [32] Palijativni pristup nastoji povećati kvalitetu života bolesnika i njegove obitelji. Ona ne ubrzava niti odgađa smrt nego smatra smrt sastavnim dijelom života. Nastoji zadovoljiti bolesnikove potrebe, od fizičkih, emocionalnih, socijalnih do duševnih potreba. Palijativna skrb se počinje provoditi u situacijama kada se infekcije ponavljaju, kada opada funkcionalna sposobnost i kada se javlja nemoć kod oboljelih osoba. U najvažnije probleme koji se javljaju u palijativnoj ubrajaju se problemi sa hranjenjem, nepokretnost, visok rizik za infekciju, bol i terminalna njega. [30] Smatra se prikladnom tijekom cijelog razvoja bolesti s naglaskom na pojedine ciljeve koji se mogu mijenjati vremenom. Palijativna skrb o osobama oboljelima od demencije još se uvijek smatra nedovoljno razvijenom. [2]

## **2.8. Prehrana kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti**

Istraživanja su pokazala kako prehrana i način života utječu na razvoj AB. Poznate su smjernice za prevenciju AB koje sadrže 5 jednostavnih preporuka. Poželjno bi bilo da se smanji unos zasićenih masti, meso i mliječne proizvode je potrebno zamijeniti sa povrćem, grahoricama ili cjelovitim žitaricama, vitamin E je potrebno unositi hranom isto kao i vitamin B12 te uzimanje različitih vitamina izbjegavajući željezo i bakar. [2]

Povoljan učinak na smanjenje rizika za nastanak AB ima mediteranska prehrana, DASH dijeta i MIND prehrana. DASH dijeta temelji se na niskom unosu zasićenih masti i natrija, bogata je voćem, povrćem i mliječnim proizvodima. Pokazala je veliki značaj u smanjenju arterijskog tlaka. [2]

Mediteranska prehrana temelji se na konzumaciji povrća, voća, žitarica, mahunarki, orašastih plodova i sjemenki, ribe i maslinovog ulja uz umjerenu količinu mesa i mliječnih proizvoda. Bazira se na ugljikohidratima i škrobu, a bogata je antioksidansima. [2]

MIND prehrana sadrži 15 komponenti hrane, od toga su 10 skupina hrane koje su tzv. zdrave za mozak čija se konzumacija potiče i 5 skupina čija se konzumacija ograničuje. [2]

## **3. Istraživanje**

### **3.1. Cilj**

Cilj ovog istraživanja bio je saznati razinu znanja studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever o AB te dobiti uvid u stavove i postojanje predrasuda o oboljelim osobama.

### **3.2. Metode**

#### **3.2.1. Sudionici**

U anketi je sudjelovalo 161 studenata preddiplomskog stručnog studija sestrinstva, od kojih je 142 (88,2%) studentica ženskog spola i 19 (11,8%) studenata muškog spola. Broj studenata 1. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva iznosio je 49 (30,4%) studenata, iz 2. godine 58 (36%) studenata i iz 3. godine 54 (33,5%) studenata. Raspon dobi kretao se od manje od 20 godina, njih 11 (6,8%), 20 do 25 godina, njih 122 (75,8%), 26 do 35 godina, njih 21 (13%) i 35 godina i više, njih 7 (4,3%).

#### **3.2.2. Instrumentarij**

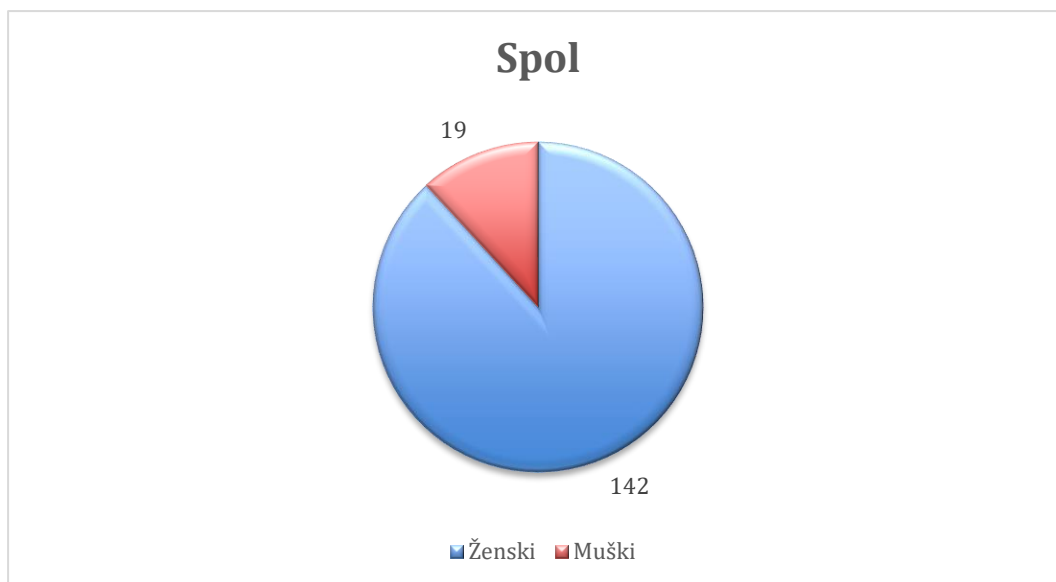
Istraživanje se sastojalo od ankete koja je bila podijeljena u tri dijela od kojih se prvi dio pitanja odnosio na sociodemografske podatke, pitanjima u drugom dijelu ankete provjeravalo se znanje studenata o AB i treći dio pitanja odnosio se na stavove studenata o oboljelim osobama. Anketa se sastojala od ukupno 23 pitanja, od kojih je 14 pitanja bilo vezano za znanje studenata, a 6 za stavove o oboljelim osobama od AB.

#### **3.2.3. Postupak**

Provedena anketa bila je podijeljena online putem preko društvenih mreža studentima 1., 2. i 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva na Sveučilištu Sjever u Varaždinu u razdoblju od 23.03.2022. do 20.06.2022. Anketa je bila anonimna, a sudjelovanje u istraživanju je bilo dobrovoljno. Izrađena je pomoću Google obrasca, a pristup rješavanju bio je moguć uz prijavu mailom sa unin domene. Rezultati ankete obrađeni su deskriptivnom statistikom pomoću postotaka ankete na Google obrascu.

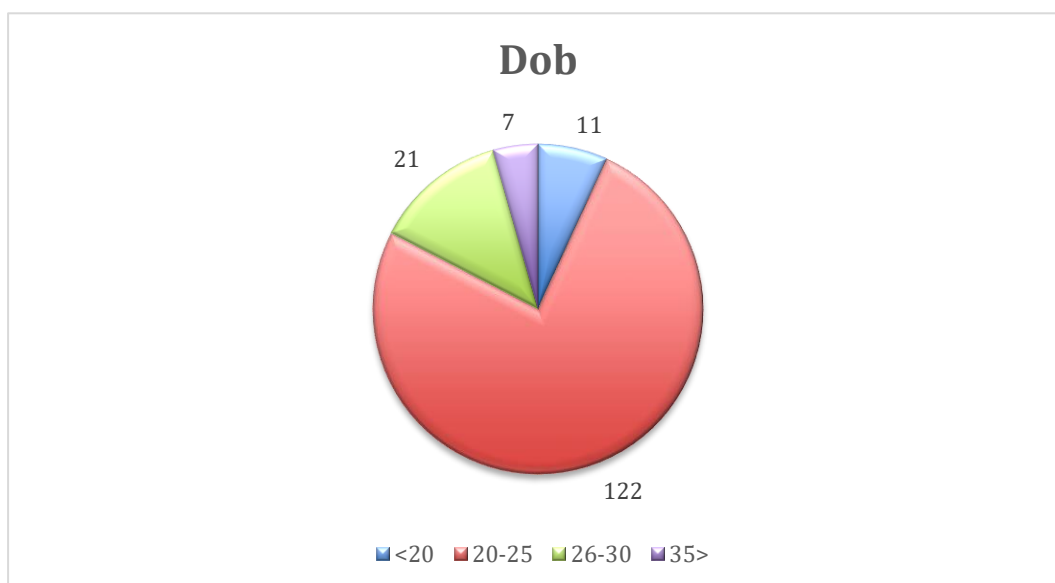
### 3.3. Rezultati

U istraživanju sudjelovalo je 161 studenata od kojih je broj ženskih studentica iznosio 142 odnosno 88,2% i muških studenata 19 odnosno 11,8%, a prikaz broja studenata prema spolu prikazan je na grafu 3.3.1.



Graf 3.3.1. Prikaz broja ispitanika prema spolu (Izvor: autor)

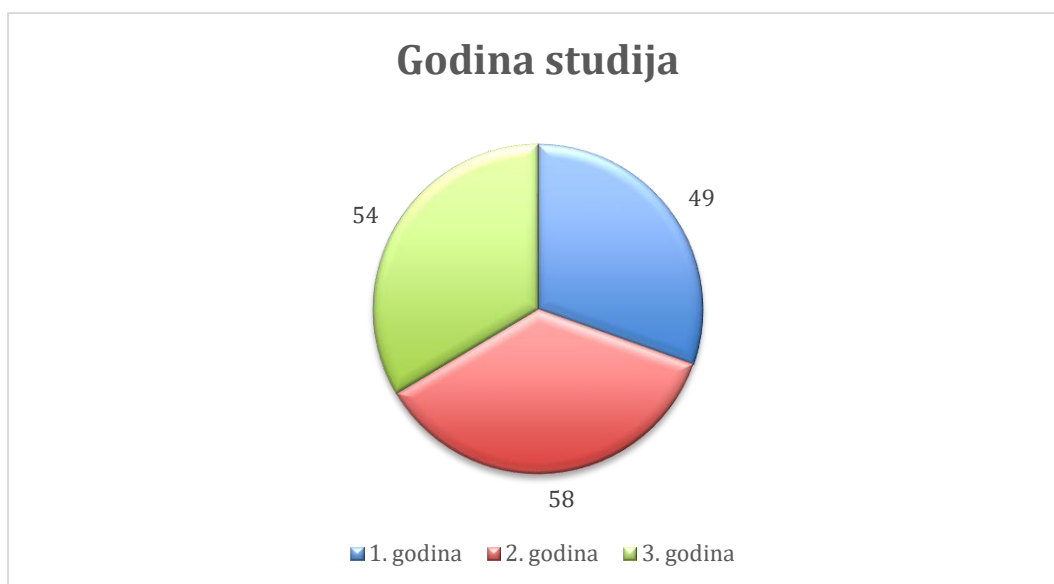
Među ispitanicima prevladava dobna skupina od 20 do 25 godina sa 122 (75,8%) studenata dok je najmanji broj studenata u dobnoj skupini 35 godina i više, njih 7 (4,3%). Rezultati su prikazani na grafu 3.3.2.



Graf 3.3.2. Prikaz raspodjele studenata prema dobnoj skupini (Izvor: autor)

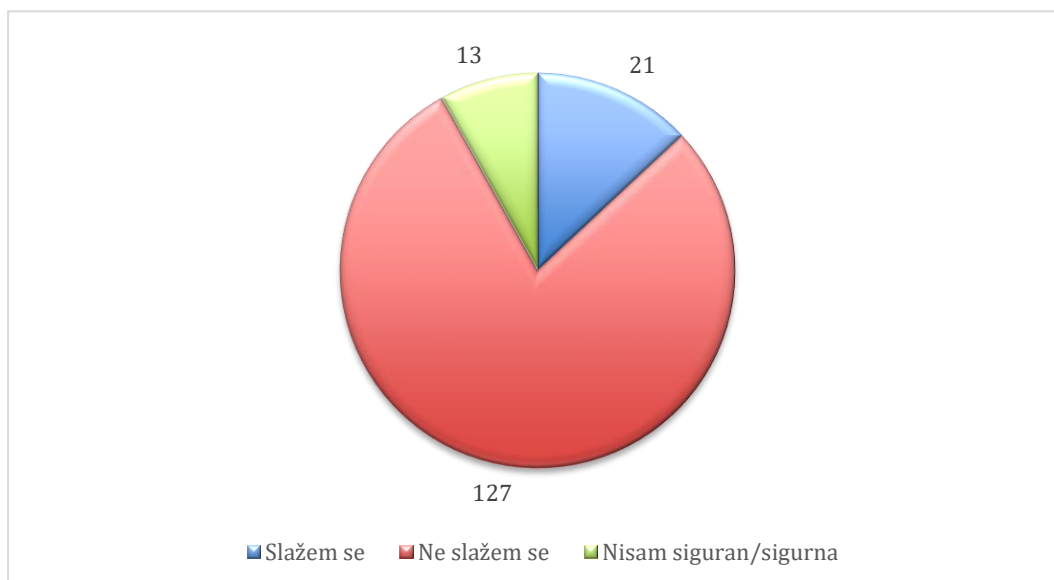


Najveći broj ispitanih studenata bio je iz 2. godine preddiplomskog studija, njih 58 (36%), zatim iz 3. godine, njih 54 (33,5%) i iz 1. godine, njih 49 (30,4%). Rezultati su prikazani na grafu 3.3.3.



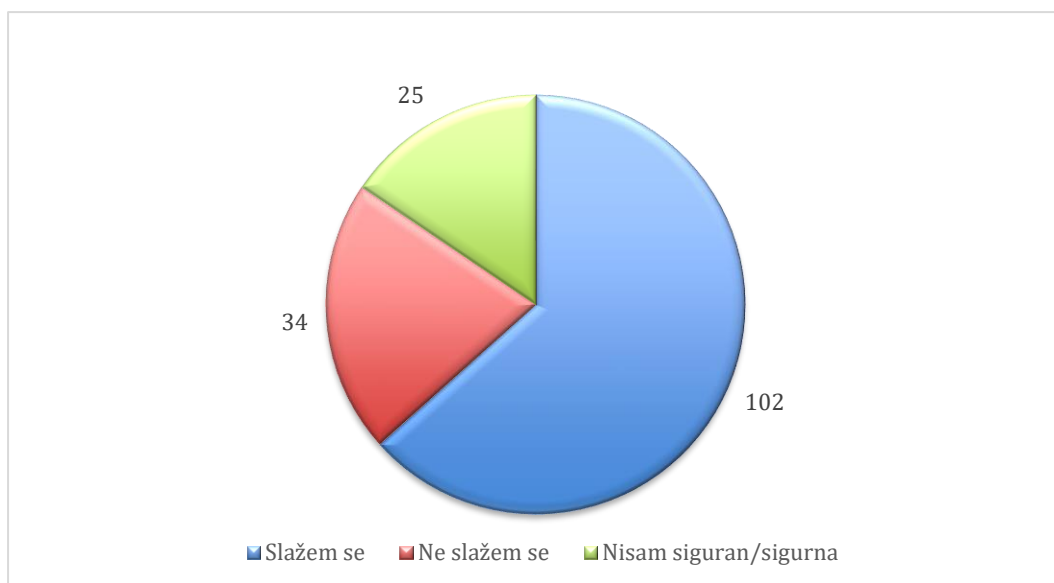
*Graf 3.3.3. Prikaz studenata prema godini studija (Izvor: autor)*

Od 161 ispitanih studenata, 127 (78,9%) studenata ne smatra da je Alzheimerova bolest sastavni dio starenja, 21 (13%) studenata smatra suprotno, a preostalih 13 (8,1%) nije znalo odgovoriti što prikazuje graf 3.3.4.



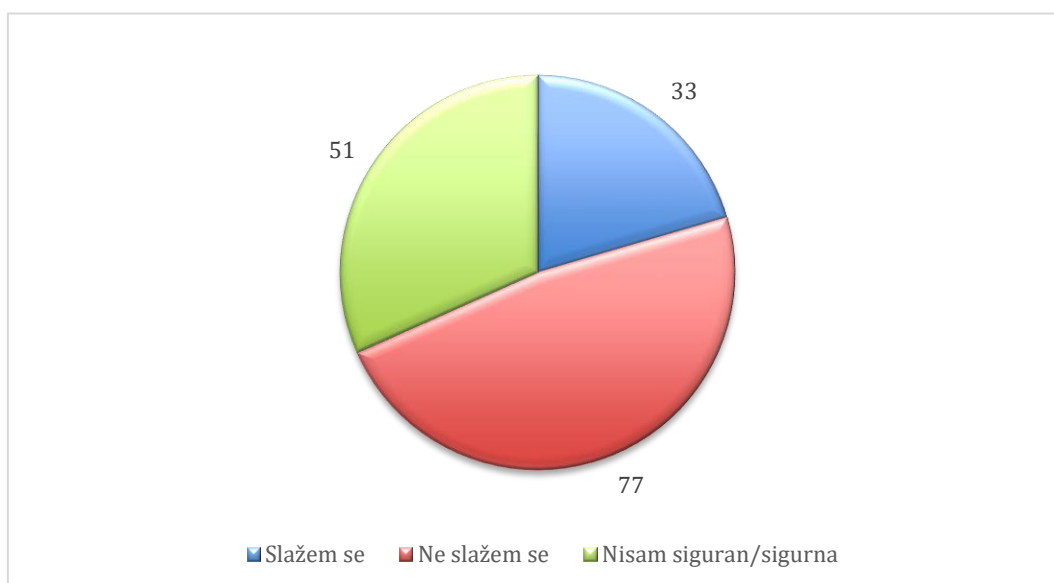
*Graf 3.3.4. Prikaz odgovora na rečenicu "Alzheimerova bolest smatra se sastavnim dijelom starenja." (Izvor: autor)*

Većina studenata, njih 102 (63,4%), smatra da je Alzheimerova bolest nepoznatog uzroka, 34 (21,1%) studenata smatra suprotno, a preostalih 25 (15,5%) studenata nije znalo odgovoriti. Rezultati su prikazani na grafu 3.3.5.



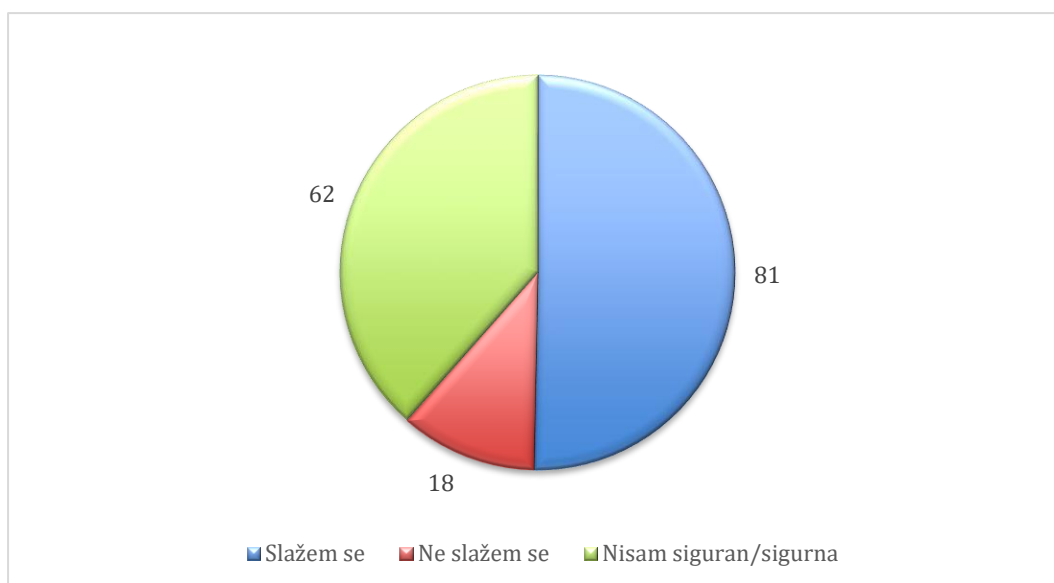
Graf 3.3.5. Prikaz rezultata na tvrdnju da je Alzheimerova bolest nepoznatog uzroka. (Izvor: autor)

Njih 77 (47, 8%) smatra da Alzheimerova bolest ne završava smrću nakon desetak godina, 33 (20,5%) smatra suprotno dok preostalih 51 (31,7%) nije znalo odgovoriti, a rezultati su prikazani na grafu 3.3.6.



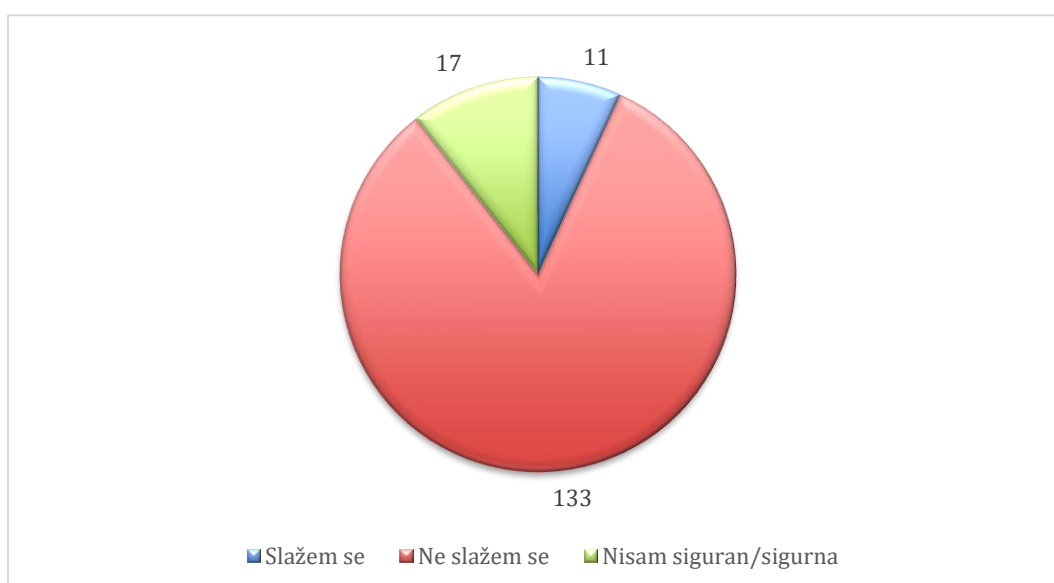
Graf 3.3.6. Prikaz odgovora na tvrdnju da Alzheimerova bolest završava smrću nakon desetak godina. (Izvor: autor)

Veći dio studenata smatra da Alzheimerova demencija čini 30% svih demencija, njih 81 (50,3%), 18 (11,2%) studenata se nije složilo dok preostalih 62 (38,5%) studenata nije znalo odgovoriti što se može vidjeti na grafu 3.3.7.



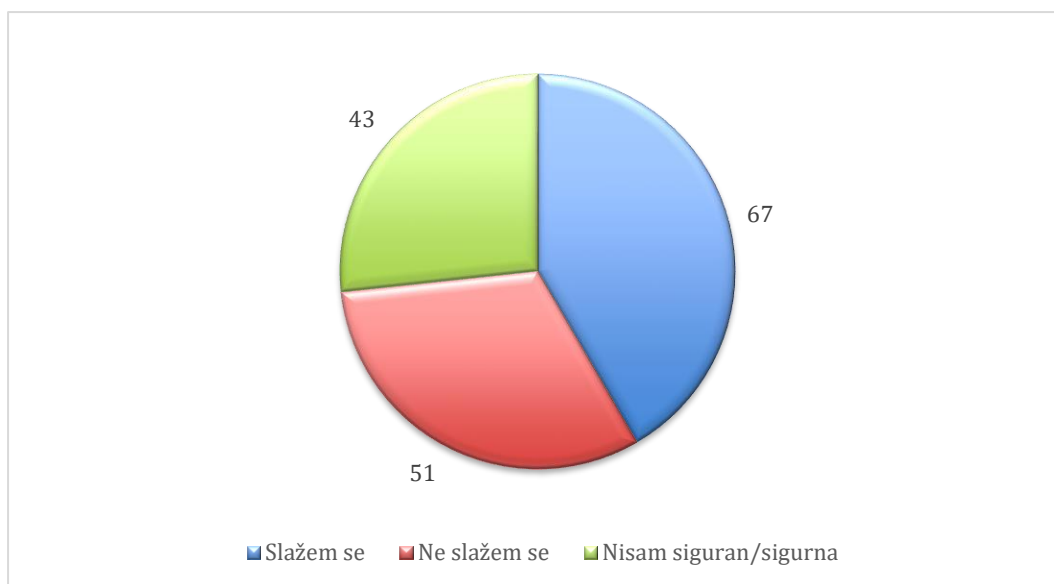
*Graf 3.3.7. Prikaz odgovora na tvrdnju da Alzheimerova demencija čini 30% svih ostalih demencija. (Izvor: autor)*

Od ukupno 161 studenata, njih 133 (82,6%) smatra da mlađe osobe od 65 godina mogu oboljeti, 11 (6,8%) studenata smatra da ne mogu dok preostalih 17 (10,6%) studenata nije znalo odgovoriti. Rezultati su prikazi na grafu 3.3.8.



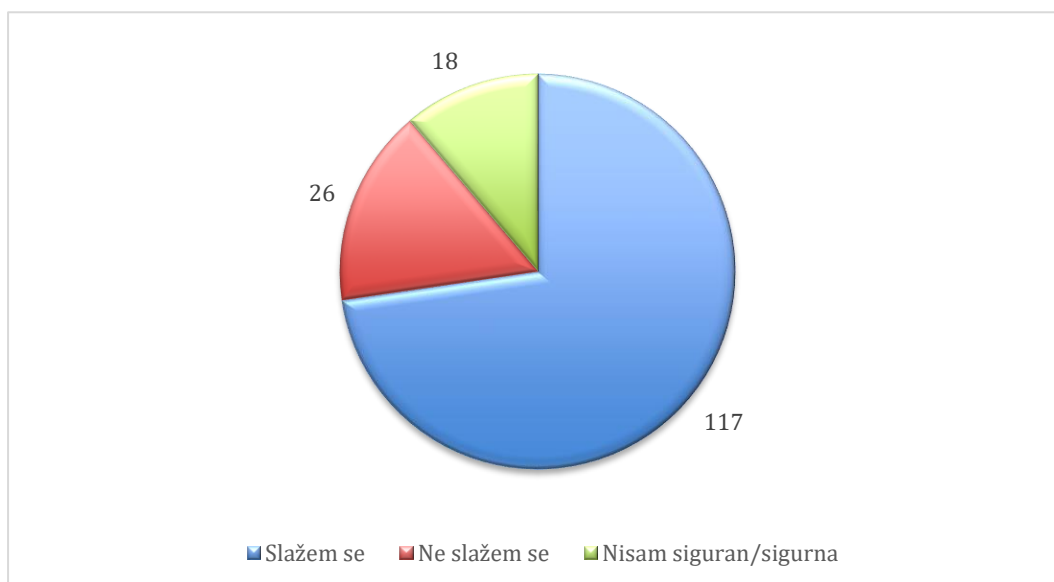
*Graf 3.3.8. Prikaz rezultata na tvrdnju da mlađe osobe od 65 godina ne mogu oboljeti od Alzheimerove bolesti. (Izvor: autor)*

Njih 67 (41,6%) smatra da muškarci češće oboljevaju, 51 (31,7%) smatra suprotno dok 43 (26,7%) nije znalo odgovoriti. Graf 3.3.9. prikazuje dobivene rezultate.



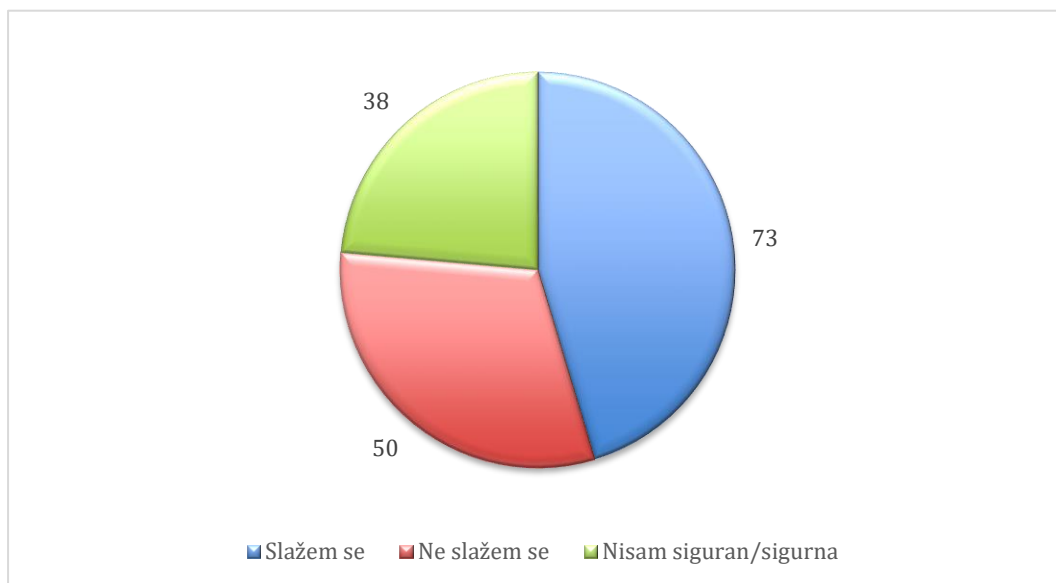
*Graf 3.3.9. Prikaz odgovora na tvrdnju da od Alzheimerove bolesti češće obolijeva muška populacija. (Izvor: autor)*

Sa sljedećim pitanjem složilo se 117 (72,7%) studenata, nije se složilo 26 (16,1%) dok preostalih 18 (11,2%) studenata nije znalo odgovoriti što prikazuje graf 3.3.10.



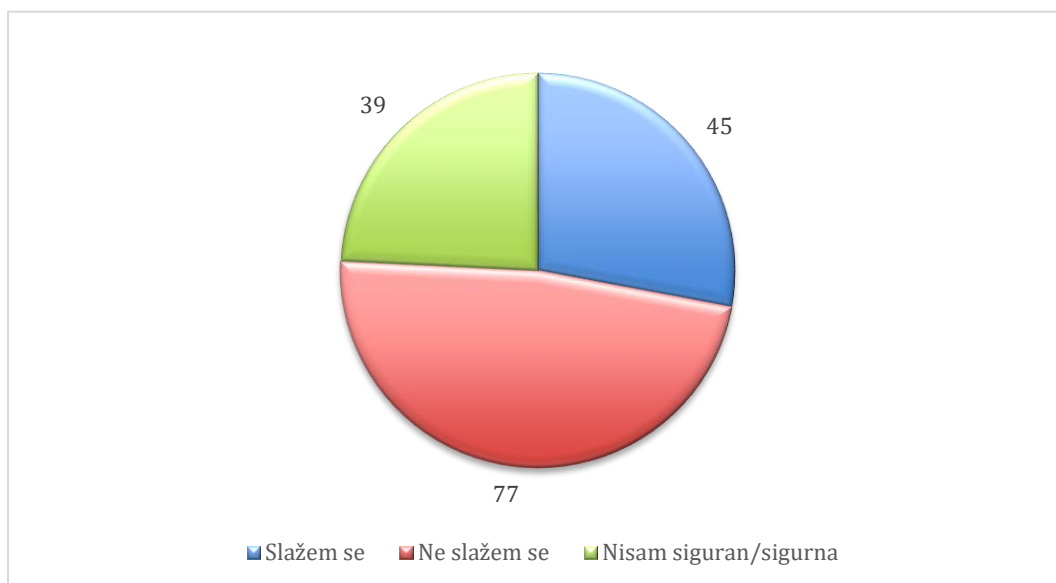
*Graf 3.3.10. Prikaz odgovora na tvrdnju "Jedan od rizičnih čimbenika za nastanak Alzheimerove bolesti je genetska nasljednost." (Izvor: autor)*

Sa sljedećim pitanjem složilo se 73 (45,3%) studenata, nije se složilo 50 (31,1%) studenata, a preostalih 38 (23,6%) studenata nije znalo odgovoriti. Rezultati su prikazani na grafu 3.3.11.



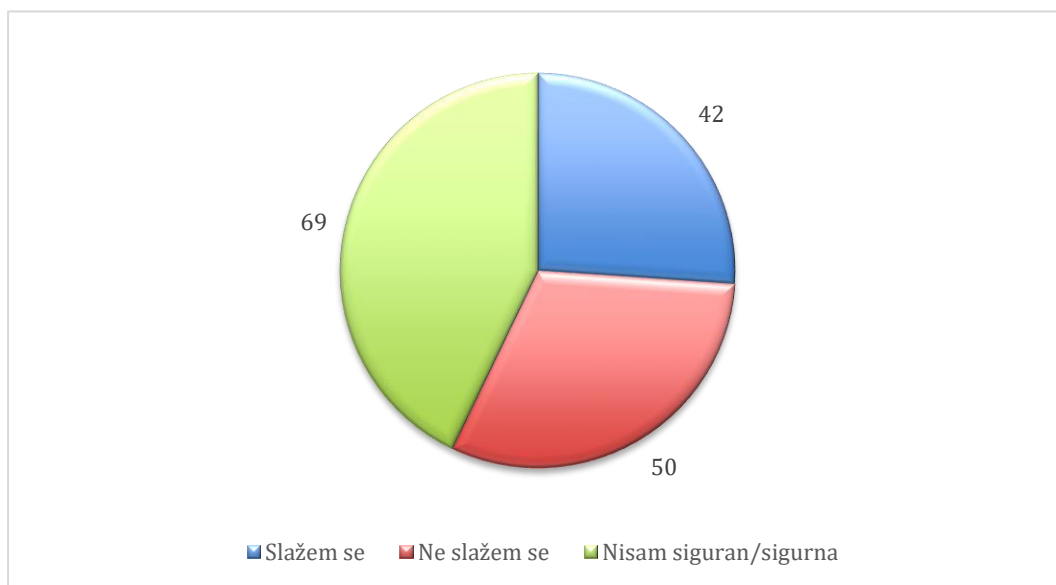
*Graf 3.3.11. Prikaz rezultata na tvrdnju da je najznačajniji rizični čimbenik dob. (Izvor: autor)*

Od 161 studenata, 77 (47,8%) studenata smatra da viši stupanj obrazovanja nije povezan sa smanjenim rizikom za razvoj Alzheimerove bolesti, 45 (28%) studenata smatra da je povezan dok preostalih 39 (24,2%) studenata nije znalo odgovoriti. Graf 3.3.12. prikazuje rezultate.



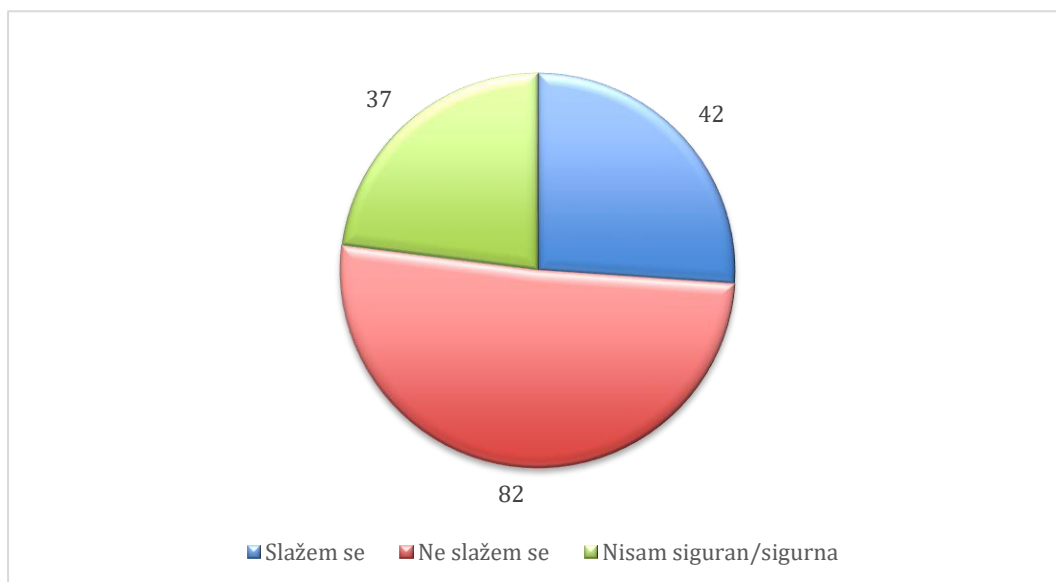
*Graf 3.3.12. Prikaz rezultata na tvrdnju da je viši stupanj obrazovanja povezan sa smanjenim rizikom za razvoj Alzheimerove bolesti. (Izvor: autor)*

Sa sljedećom rečenicom složilo se 42 (26,1%) studenata, nije se složilo 50 (31,1%) studenata, a preostalih 69 (42,9%) nije znalo odgovoriti što prikazuje graf 3.3.13.



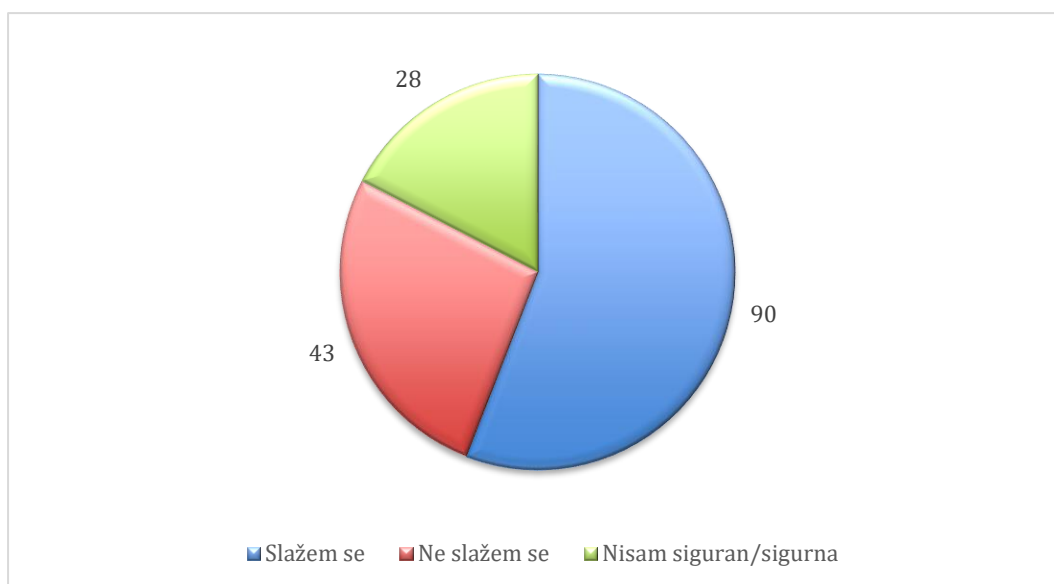
Graf 3.3.13. Prikaz rezultata na tvrdnju da se sa smanjenim unosom masti smanjuje rizik za razvoj Alzheimerove bolesti. (Izvor: autor)

Veći dio studenata, njih 82 (50,9%), se ne slaže sa sljedećom rečenicom, 42 (26,1%) studenata se slaže, a 37 (23%) studenata nije znalo odgovoriti što je prikazano na grafu 3.3.14.



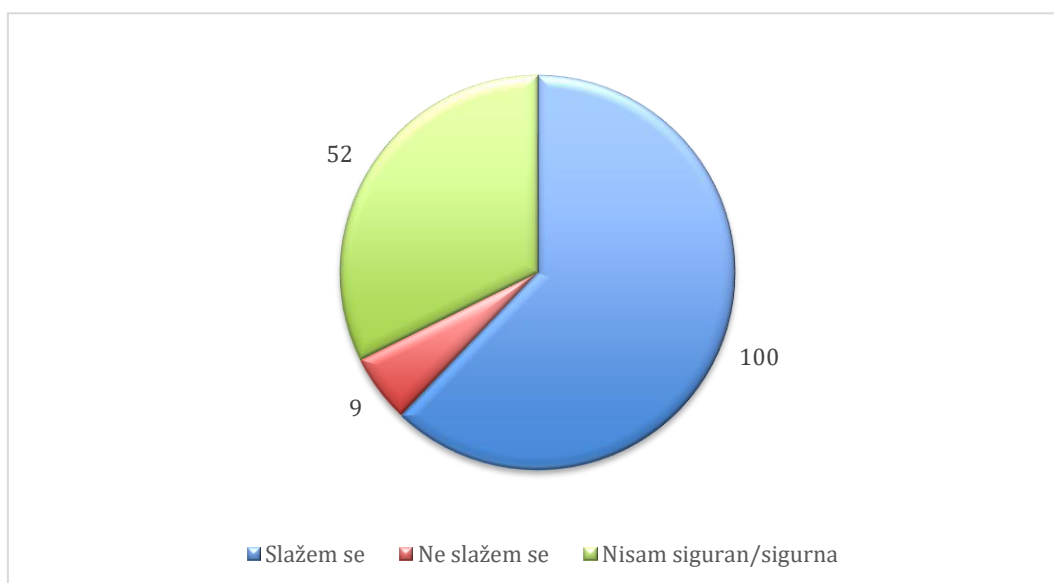
Graf 3.3.14. Prikaz rezultata na tvrdnju da u primarnoj fazi dolazi do neprepoznavanja bliskih osoba. (Izvor: autor)

Većina studenata, njih 90 (55,9%) smatra da je Alzheimerova bolest neizlječiva, 43 (26,7%) se ne slaže sa time dok 28 (17,4%) studenata nije znalo odgovoriti. Rezultati su prikazani na grafu 3.3.15.



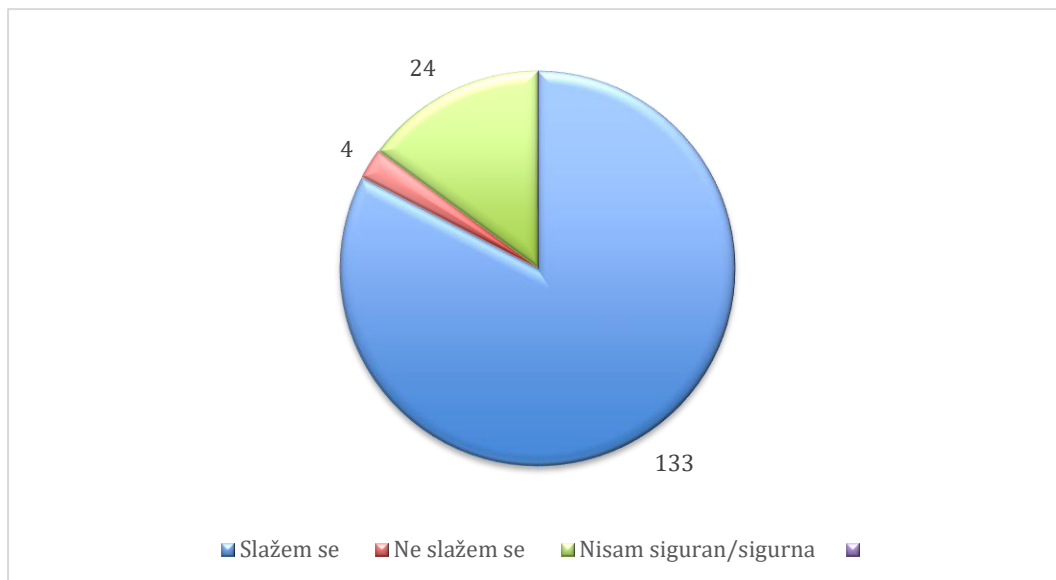
Graf 3.3.15. Prikaz rezultata na tvrdnju da je Alzheimerova bolest neizlječiva. (Izvor: autor)

Sa sljedećom rečenicom da je integrativna validacija način komunikacije sa dementnom osobom u kojoj se prihvaća unutarnji svijet osobe, složilo se 100 (62,1%) studenata, 9 (5,6%) studenata se nije složilo dok preostalih 52 (32,3%) studenata nije znalo odgovoriti. Graf 3.3.16. prikazuje rezultate.



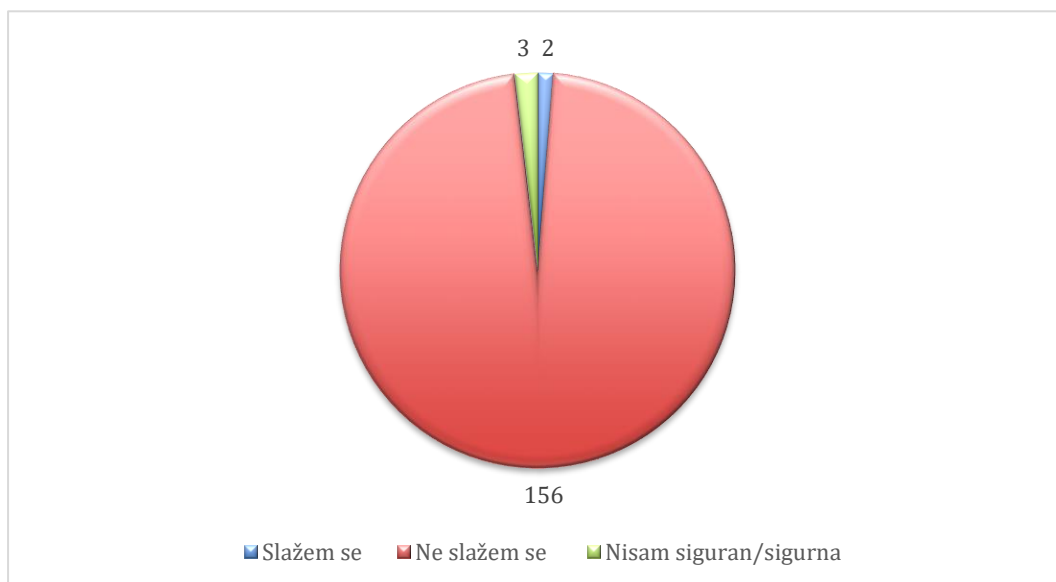
Graf 3.3.16. Prikaz rezultata na tvrdnju broj 16. (Izvor: autor)

Sa sljedećom rečenicom da pjevanje oboljelima njima poznate pjesme može potaknuti auditivnu stimulaciju koja budi osjećaje i uspomene u njima, slaže se 133 (82,6%) studenata, ne slaže se 4 (2,5%) studenata, a 24 (14,9%) studenata nije znalo odgovoriti. Rezultate prikazuje graf 3.3.17.



Graf 3.3.17. Prikaz odgovora na tvrdnju broj 17. (Izvor: autor)

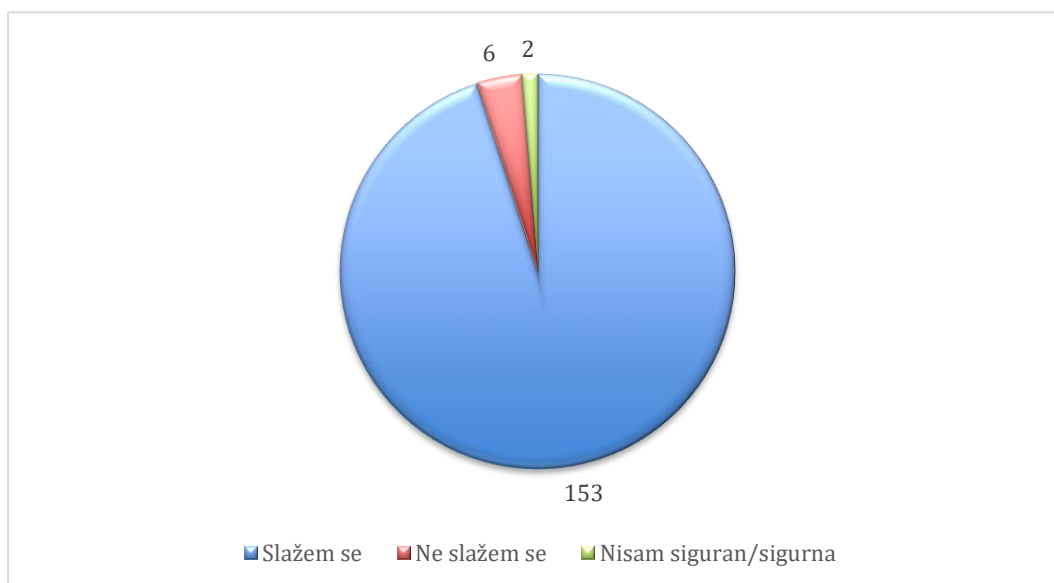
Od sveukupno 161 studenta, njih 156 (96,9%) smatra da rad sa oboljelim osobama nije gubitak vremena i novaca što je prikazano na grafu 3.3.18.



Graf 3.3.18. Prikaz rezultata na tvrdnju "Rad sa oboljelim osobama je potpuni gubitak novaca i vremena." (Izvor: autor)

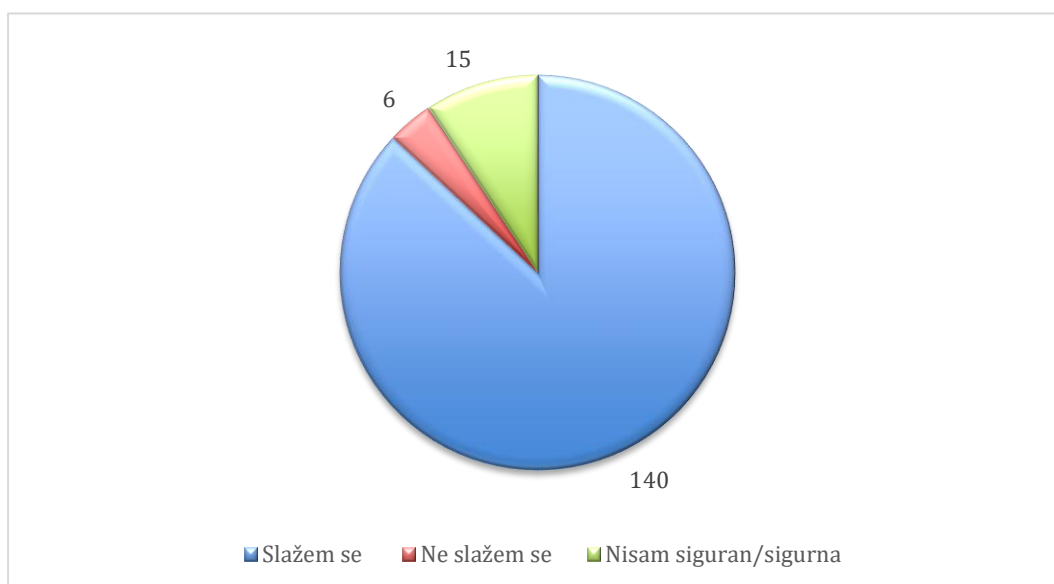


Većina studenata se slaže sa sljedećom rečenicom, njih 153 (95%), ne slaže se 6 (3,7%) studenata dok 2 (1,2%) studenata nije znalo odgovoriti. Rezultati su prikazani na grafu 3.3.19.



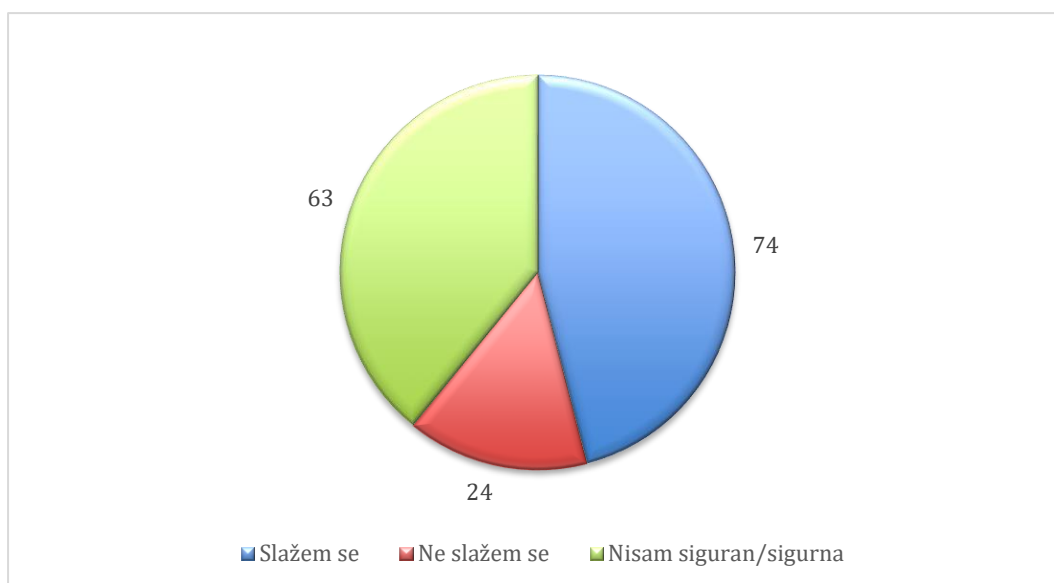
*Graf 3.3.19. Prikaz odgovora na tvrdnju da bi osobe sa demencijom trebalo uključiti u aktivnosti u zajednici. (Izvor: autor)*

Veći dio studenata smatra da je u društvu sa oboljelim osobama moguće uživati, njih 140 (87%), ne slaže se 6 (3,7%) studenata, a preostalih 15 (9,3%) nije znalo odgovoriti. Graf 3.3.20. prikazuje dobivene odgovore.



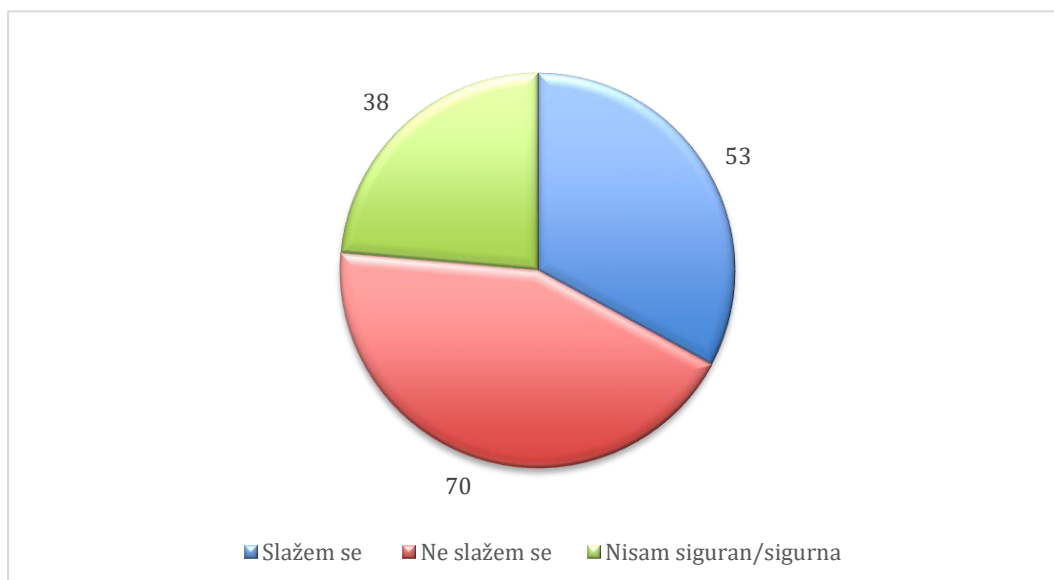
*Graf 3.3.20. Prikaz odgovora na tvrdnju "U društvu sa osobom oboljelom od demencije moguće je uživati." (Izvor: autor)*

Od sveukupno 161 studenta, njih 74 (46%) voljelo bi raditi sa oboljelim osobama, 24 (14,9%) studenata ne bi voljelo radit, a preostalih 63 (39,1%) nije znalo odgovoriti. Rezultati su prikazani na grafu 3.3.21.



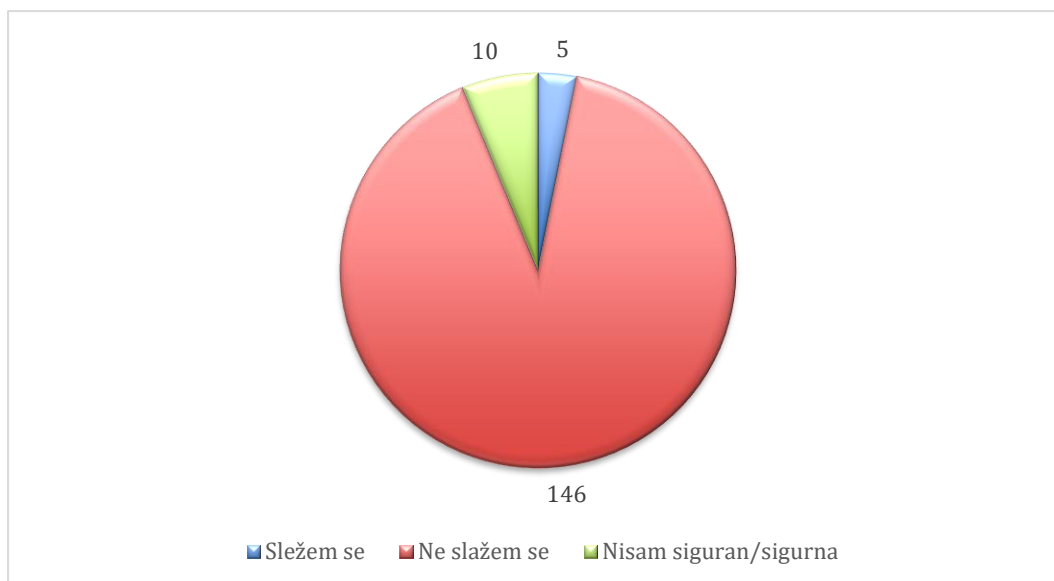
*Graf 3.3.21. Prikaz rezultata na izjavu "Volio/voljela bi raditi sa osobama oboljelima od demencije." (Izvor: autor)*

Sa sljedećom izjavom složilo se 53 (32,9%) studenata, nije se složilo 70 (43,5%), a preostalih 38 (23,6%) nije znalo odgovoriti. Graf 3.3.22. prikazuje dobivene rezultate.



*Graf 3.3.22. Prikaz broja studenata koji strahuju od oboljenja i onih koji ne strahuju. (Izvor: autor)*

Od sveukupno 161 studenta, većina smatra da društvo nije dovoljno educirano, njih 146 (90,7%), 5 (3,1%) studenta smatra da je društvo dovoljno educirano dok preostalih 10 (6,2%) studenata nije znalo odgovoriti. Rezultati su prikazani na grafu 3.3.23.



*Graf 3.3.23. Prikaz rezultata na pitanje o educiranosti društva o Alzheimerovoj bolesti.*

*(Izvor: autor)*

## 4. Rasprava

Istraživanje na temu "Znanje i stavovi studenata sestrinstva na Sveučilištu Sjever o Alzheimerovoj bolesti provedeno je na studentima 1., 2. i 3. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva u Varaždinu. U istraživanju sudjelovalo je 161 studenata od kojih je broj studentica iznosio 142 (88,2%), a preostalih 19 (11,8%) muških studenata. U anketi najviše je sudjelovalo studenata 2. godine preddiplomskog stručnog studija sestrinstva, njih 58 (36%), nakon toga iz 3. godine, njih 54 (33,5%) te iz 1. godine 49 (30,4%) studenata. Među ispitanim studentima prevladava dobna skupina od 20 do 25 godina, njih 122 (75,8%), a najmanje ih je u dobnoj skupini 35 godina i više, samo 7 (4,3%) studenata.

U drugom dijelu ispitivalo se znanje studenata sestrinstva o Alzheimerovoj bolesti. U nastavku ovog rada biti se prikazana pitanja i odgovori koji su imali veći značaj vezano za ovo istraživanje. Sa izjavom "Alzheimerova bolest sastavni je dio starenja" veći broj studenata se nije složilo, njih 127 (78,9%), sa tvrdnjom složilo se 21 (13%) studenata, dok preostalih 13 (8,1%) studenata nije znalo odgovoriti. Alzheimerova bolest je bolest, a ne posljedica starenja. Godine nisu uzrok, ali spadaju u rizične čimbenike za razvoj Alzheimerove bolesti. [3] Od sveukupno 161 studenata, 102 (63,4%) studenata smatra da je Alzheimerova bolest nepoznatog uzroka, 34 (21,2%) smatra suprotno, a preostalih 25 (15,5%) studenata nije znalo odgovoriti. Alzheimerova bolest još uvijek se smatra bolešću nepoznate etiologije no poznati su čimbenici rizika koji mogu pogodovati nastanku same bolesti. [2] Veći dio studenata smatra da Alzheimerova demencija čini 30% svih demencija, njih 81 (50,3%), 18 (11,2%) studenata se nije složilo, a preostalih 62 (38,5%) studenata nije znalo odgovoriti. Kao što je u radu već napisano, ona obuhvaća 60-70% svih demencija te se posljedično tome Alzheimerova bolest smatra uzrokom najčešće demencije. [2] Većina studenata, njih 133 (82,6%), smatra kako mogu oboljeti mlađe osobe od 65 godina, dok 11 (6,8%) studenata smatra da ne mogu, a preostalih 17 (10,6%) studenata nije znalo odgovoriti. Dob je jedan od čimbenika rizika. Iako Alzheimerova bolest najčešće zahvaća stariju populaciju, od nje mogu oboljeti i mlađe osobe od 65 godina, ali su takvi slučajevi rijetki. [3] Veći dio studenata, njih 67 (41,6%), smatra da muškarci češće oboljevaju od žena, 51 (31,7%) smatra suprotno, a preostalih 43 (26,7%) studenata nije znalo odgovoriti. Studije su dokazale kako ženska populacija oboljeva češće od muške populacije. [3] Na pitanje smatraju li da visokoobrazovane osobe imaju smanjeni rizik za razvoj Alzheimerove bolesti, njih 45 (28%) se složilo, 77 (47,8%) se nije složilo, a preostalih 39 (24,2%) studenata nije znalo odgovoriti. Smatra se da osobe koje imaju završeno više obrazovanje imaju veće kognitivne rezerve koje smanjuju utjecaj Alzheimerove bolesti na kognitivne funkcije mozga. [3] Sa izjavom da smanjenim unosom masti smanjuje i sam rizik za razvoj Alzheimerove bolesti složilo se 42 (26,1%) studenata, 50 (31,1%) se nije složilo, a

preostalih 69 (42,9%) nije znalo odgovoriti. Smatra se da osobe koje konzumiraju veće količine masti imaju povećani rizik za pojavom kolesterola koji ujedno povećava rizik za krvožilni sustav u mozgu, a zajedno udvostručuju rizik za pojavu Alzheimerove bolesti. [2] Sljedeće pitanje odnosilo se na stadije bolesti, a glasilo je da u primarnoj fazi dolazi do neprepoznavanja bliskih osoba. Većina studenata se nije složila sa time, njih 82 (50,9%), složilo se 42 (26,1%) studenata, a preostalih 37 (23%) nije znalo odgovoriti. Alzheimerova bolest dijeli se na tri stadija bolesti, a to su blagi (primarni), umjereni i teški stadij. Kako bolest napreduje, znakovi i simptomi Alzheimerove bolesti postaju sve teži. Neprepoznavanje bliskih osoba javlja se u zadnjem, teškom stadiju. [2] Veći dio studenata smatra da je Alzheimerova bolest neizlječiva, njih 90 (55,9%), 43 (26,7%) studenata se nije složilo, a preostalih 28 (17,4%) nije znalo odgovoriti. Iako se Alzheimerova bolest još uvijek smatra neizlječivom bolesti, pristupa se simptomatskom liječenju i upotrebi antidementiva. Cilj antidementiva je da uspore progresiju bolesti i da što duže održe osobu da bude samostalna. [2] Sa tvrdnjom da pjevanje oboljelima njima poznate pjesme potiče auditivnu stimulaciju i tako budi osjećaje i uspomene u njima, složilo se 133 (82,6%) studenata, nije se složilo 24 (14,9%) studenata i 24 (14,9%) studenata nije znalo odgovoriti. Ljudski glas i pjevanje smatra se izvorom utjehe i oslobođenja stresa. Pjevanje stvara kontakt sa uspomnama te sam osjećaj bliskosti i povezanost koji se javljaju slušanjem poznatih pjesma imaju povoljan utjecaj na osjećaj blagostanja. [30]

Treći dio ankete sadržavao je pitanja koja su ispitivala stavove studenata sestrinstva o Alzheimerovoj bolesti. Prva tvrdnja glasila je "Rad sa oboljelima od demencije potpuni je gubitak novaca i vremena." Sa tvrdnjom se nije složila većina studenata, njih 156 (96,9%). Iz ovih odgovora može se zaključiti kako studenti smatraju da iako je bolest neizlječiva i prosječno završava smrću nakon osam godina, treba dati priliku simptomatskom liječenju i upotrebi antidementiva kako bi im se olakšao život i spriječila progresija bolesti. Veći dio studenata smatra da se u društvu sa osobom oboljelom od demencije može uživati, njih 140 (87%), 6 (3,7%) smatra da se ne može dok preostalih 16 (9,3%) nije znalo odgovoriti. Od sveukupno 161 studenata, njih 74 (46%) voljeli bi raditi sa oboljelim osobama, njih 63 (39,1%) nije sigurno u vezi toga, a 24 (14,9%) studenata ne bi voljeli raditi sa osobama oboljelim od demencije. Prema dobivenim odgovorima, može se zaključiti kako studenti sestrinstva nemaju predrasuda prema oboljelima no još uvijek je prisutna manja razina stigmatizacije budući da je i dalje veliki broj studenata koji nisu sigurni žele li raditi sa oboljelim osobama. Veći dio studenata, njih 146 (90,7%) smatra da društvo nije dovoljno educirano o Alzheimerovoj bolesti, 10 (6,2%) studenata nije sigurno, dok 5 (3,1%) studenata smatra da je društvo dovoljno educirano.

## 5. Zaključak

Iz godine u godinu, broj starije populacije raste te se tako povećava rizik za sve većim brojem osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti. Iako ona ne zahvaća samo stariju populaciju, veći je broj slučajeva kod starijih osoba nego kod mladih od 65 godina. Sama bolest je podmuklog tijeka te je bitno da se na vrijeme otkrije kako bi moglo započeti liječenje. Ona nije izlječiva, ali se daje simptomatska terapija, farmakoterapija antidementivima. Njihov je cilj da uspore sam tijek bolesti, spriječe progresiju bolesti i poboljšaju opće funkcioniranje bolesnika. Također je jedna od svrha da se bolesnik što duže zadrži u svojem okruženju, da se odgodi smještaj u ustanove.

Uz zdravstvene radnike, veliku ulogu u skrbi kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti ima obitelj. Članovi obitelji, većinom žene, skrbe za oboljelu osobu, pomažu joj kod svakodnevnog funkcioniranja te ih se naziva neformalnim njegovateljima. Oni surađuju sa psiholozima, liječnicima, socijalnim radnicima te su oni važan izbor emocionalne potpore. Kako je broj oboljelih sve veći bitna je dobra edukacija obitelji, zdravstvenih djelatnika, ali isto tako i učenika medicinskih škola te studenata sestrinstva i medicine kako bi svojim znanjem dali doprinos u svojem radu.

Anketirani studenti sestrinstva pokazali su zadovoljavajuću razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti. Kako bi se znanje studenata još više povećalo, edukacije bi se mogle provoditi u sklopu stručnih predavanja, letaka uz prikaz slučaja osobe oboljele od Alzheimerove bolesti (pojava simptoma, tijek života, funkcioniranje) i veći broj sati kliničkih vježbi sa oboljelim osobama jer sam kontakt može potaknuti studente na razmišljanje i shvaćanje takvih osoba.

## 6. Literatura

- [1] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29790571/> , dostupno 29.6.2022.
- [2] S. Tomek-Roksandić, N. Mimica, M. Kušan-Jukić i suradnici: Alzheimerova bolest i druge demencije- rano otkrivanje i zaštita zdravlja, Medicinska naklada, Zagreb, 2017.
- [3] M. Gendron: Misterij Alzheimer, Itp Škorpion, 2011.
- [4] <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29425707/> , dostupno 29.6.2022.
- [5] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7709159/> , dostupno 29.06.2022.
- [6] D. Shenk: Zaboravljanje; Alzheimerova bolest: Portret jedne epidemije, Algoritam, Zagreb, 2005.
- [7] <https://hrcak.srce.hr/clanak/337977> , dostupno 30.6.2022.
- [8] T. A. Touhy, K. F. Jett: Ebersole and Hess' Gerontological Nursing and Healthy Aging, Fourth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2014.
- [9] D. Kocijan-Hercigonja i suradnici: Biološke osnove i terapija ponašanja, Školska knjiga, Zagreb, 2006.
- [10] <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/alzheimers-disease/symptoms-causes/syc-20350447> , dostupno 1.7.2022.
- [11] <https://hrcak.srce.hr/clanak/31275> , dostupno 2.7.2022.
- [12] <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jalz.2013.02.003> , dostupno 3.7.2022.
- [13] <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/> , dostupno 3.7.2022.
- [14] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [15] N. Mimica: Alzheimerova bolest- što nam je činiti, Neurologia Croatica 63, Suppl. 2:61, 2014.
- [16] N. Mimica: Alzheimerova bolest- gerijatrijski gerontološko-javnozdravstveni prioritet, et.al., 2017.
- [17] <https://doi-org.ezproxy.nsk.hr/10.1038/s41572-021-00269-y> , dostupno 4.7.2022.
- [18] C. Ballard, S. Gauthier, A. Corbett, C. Brayne, D. Arslan, E. Jones: Alzheimer's disease, Lancet 2011, 377 (9770); 1019-31
- [19] D. Begić, V. Jukić, V. Medved: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
- [20] <https://www.nia.nih.gov/health/alzheimers-disease-diagnostic-guidelines> dostupno 5.7.2022.
- [21] M. Babu Sandilyan, T. Dening: Diagnosis of dementia, Nursing Standard 29 (43), 2015, str. 36.-41.
- [22] M. Babić Leko, D. Bažadona, G. Šimić: Metode rane dijagnostike Alzheimerove bolesti; u S. Tomek-Roksandić, N. Mimica, M. Kušan-Jukić i suradnici: Alzheimerova bolest i druge demencije- rano otkrivanje i zaštita zdravlja, Medicinska naklada, Zagreb, 2017., str 56.-62.

- [23] Kl. Shulman: Clock-drawing: is it the ideal cognitive Screening test?, International Journal of Geriatric Psychiatry 15 (6), 2000, str. 548.-561.
- [24] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6464748/>, dostupno 9.7.2022.
- [25] R. Mayeux, M.D.: Early Alzheimer's Disease: N Engl. J Med 2010; 362: 2194-201.
- [26] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6417794/>, dostupno 10.7.2022.
- [27] J. James, B. Cotton, J. Knight, R. Freyne: Najbolja skrb za osobe s demencijom u bolničkim uvjetima- praktični vodič, Medicinska naklada, Zagreb, 2018.
- [28] D. Vitezić, N. Mimica: Smjernice primjene antidementivnih lijekova u liječenju Alzheimerove bolesti; U: Francetić, D.Vitezić, ur. Klinička farmakologija, Zagreb: Medicinska naklada; 2014. str 456-61
- [29] Lj. Moro, T. Frančisković i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [30] M. Sajko: Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2020.
- [31] S. Čukljek: Sestrinske dijagnoze- definicije i klasifikacija, NANDA International, Inc., 11.izdanje, 2018-2020.
- [32] M. Kušan Jukić, N. Mimica; Palijativna skrb o oboljelima od Alzheimerove bolesti i drugih demencija. Medix 119/120 str. 179.-183.



## **Popis slika**

Slika 2.4.1. Prikaz Mini-Mental testa: Izvor: <https://www.slideshare.net/bernie3524/minimental-state-examination>

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, KRISTINA PRAMJIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZNAJJE I STAVOVI STUDENATA SESTRIMSTVA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)  
KRISTINA PRAMJIĆ

Pramjić

(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, KRISTINA PRAMJIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZNAJJE I STAVOVI STUDENATA SESTRIMSTVA (upisati naslov) čiji sam autor/ica. NA SVEUČILIŠTU SJEVER O ALZHEIMEROVU BOLESTI

Student/ica:

(upisati ime i prezime)  
KRISTINA PRAMJIĆ

Pramjić

(vlastoručni potpis)