

Stavovi studenata Sestrinstva Sveučilišta Sjever o stigmatu Alzheimerove bolesti

Ban, Dario

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:188372>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-25**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 757/SS/2016

**Stavovi studenata sestrinstva Sveučilišta Sjever o stigmati
Alzheimerove bolesti**

Dario Ban, 5383/601

Varaždin, rujan 2016. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 757/SS/2016

Stavovi studenata sestrištva Sveučilišta Sjever o stigmatizaciji Alzheimerove bolesti

Student

Dario Ban, 5383/601

Mentor

Marija Božičević, mag.med.techn.

Varaždin, rujna 2016. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Dario Ban	MATIČNI BROJ	5383/601
DATUM	18.07.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Stavovi studenata sestrinstva Sveučilišta Sjever o stigmatizaciji Alzheimerove bolesti		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Opinions of the students from a North College's sorority on the stigma of the Alzheimer disease		
MENTOR	Marija Božičević, mag.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Rudolf Milanović, predsjednik 2. Marija Božičević, mag.med.techn., mentor 3. Nikola Bradić, dr.med., član 4. Marijana Neuberg, mag.med.techn., zamjenski član 5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	757/SS/2016
OPIS	Suvremenom društvu postaje velik izazov uspješno odgovoriti na sve veći broj ljudi oboljelih od demencija, od kojih je najčešći oblik Alzheimerova bolest. Kada govorimo o Alzheimerovoj bolesti, misli se na progresivno-degenerativnu bolest mozga koja se obično javlja nakon 65. godine života, uz mogućnost javljanja još i prije navedene granične dobi. Riječ je o sve većem javnozdravstvenom problemu, čega ne bi trebali biti svjesni samo zdravstveni djelatnici, već i cjelokupna okolina. Naime, oni zajedničkim snagama mogu provoditi nacionalne i međunarodne programe, što za posljedicu ima promicanje kvalitete života oboljelih, ali i njihovih obitelji. Upravo je iz toga proizašao cilj istraživanja za završni rad, a to je utvrditi stavove studenata sestrinstva, kao budućih ili sadašnjih zdravstvenih djelatnika, o svakodnevno prisutnoj stigmatizaciji osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti. Kroz samoevaluaciju tvrdnji o navedenom obliku demencije, vidjet će se koliko su studenti svjesni moguće vlastite stigmatizacije oboljelih osoba, što je posljedica ili neznanja ili prevelikog utjecaja medija.

ZADATAK URUČEN

02.09.2016.



Marija Božičević

Sažetak

Sve veća svijest o prisutnosti stigmatizacije oboljelih od Alzheimerove bolesti povećava interes o toj problematici i mogućnostima smanjenja postojećeg problema. Cilj ovog istraživanja je utvrditi stavove studenata sestrinstva, kao budućih ili sadašnjih zdravstvenih djelatnika, o svakodnevno prisutnoj stigmi osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti. U skladu s navedenim ciljem, bile su postavljene četiri polazne hipoteze istraživanja. Kako bi se prikupili podatci za obradu, izrađena je internet anketa za studente sestrinstva na Sveučilištu Sjever. U istraživanju je sudjelovalo 80 ispitanika, od čega ih je 75 bilo ženskog, a 5 muškog spola. Rezultati pokazuju kako studenti treće godine imaju najviše znanja, ali ne stigmatiziraju najmanje. Najmanju stigmatizaciju oboljelih neočekivano su pokazali studenti prve godine studija. Osim toga, studenti koji imaju člana obitelji i/ili praktično iskustvo rada s oboljelima od Alzheimerove bolesti posjeduju više znanja, ali i stigmatizacije za razliku od studenata koji nemaju navedeno iskustvo i/ili obiteljsku situaciju. Nadalje, studenti redovnog studija posjeduju više znanja od studenata izvanrednog studija sestrinstva, ali ujedno i više stigme. Ni u jednoj pronađenoj razlici među studentima ne postoji statistički značajna razlika, osim u pozitivnoj povezanosti znanja i stavova (stigme) u odnosu gdje je više znanja više stigme i obratno. Glavni nedostatak istraživanja je mali uzorak ispitanika, što se vrlo vjerojatno odrazilo na dobivene rezultate.

Ključne riječi: Alzheimerova bolest, stigmatizacija, sestrinstvo, studenti, znanje

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Demencije – Alzheimerova bolest kao najčešći oblik	3
2.1.	Vaskularna demencija	3
2.2.	Demencija s Lewyjevim tjelešcima.....	3
2.3.	Frontotemporalna demencija (Pickova bolest).....	4
2.4.	Alzheimerova bolest – najčešći oblik kroničnog moždanog sindroma	4
2.4.1.	Etiologija.....	4
2.4.2.	Klinička slika	5
2.4.3.	Dijagnoza	6
2.4.4.	Liječenje.....	7
2.5.	Zdravstvena njega oboljelih od Alzheimerove bolesti	7
2.5.1.	Oštećeno pamćenje u/s neurološkim poremećajem	8
2.5.2.	Poremećena prehrana: manje od tjelesnih zahtjeva u/s psiholoških faktora.....	8
2.5.3.	Oštećena verbalna komunikacija u/s neurološkim poremećajem	9
2.5.4.	Anksioznost u/s neurološkim poremećajem	9
2.5.5.	Socijalna izolacija u/s strahom od razotkrivanja bolesti.....	10
2.6.	Strategija borbe protiv Alzheimerove bolesti.....	11
3.	Cilj.....	12
4.	Hipoteze	13
5.	Metode rada	14
5.1.	Uzorak ispitanika.....	14
5.2.	Uzorak varijabli.....	14
5.3.	Način prikupljanja i obrade podataka.....	17
6.	Rezultati	18
7.	Rasprava.....	31
8.	Zaključak.....	35
9.	Literatura.....	36
	Prilog.....	38

1. Uvod

Starenje je postalo prepoznatljiv simbol svjetske populacije. Napredak medicine i poboljšanje životnih standarda rezultirali su produljenjem životnog vijeka i smanjenjem broja zaraznih bolesti. Međutim, to isto je dovelo do povećanja broja progresivnih, odnosno kroničnih bolesti, među koje spada i demencija, od kojih je najčešći oblik Alzheimerova bolest. [1]

Gubitak tjelesnog integriteta i nastanak kroničnih bolesti stresne su pojave koje vode prema osjećaju nedostatne samokontrole, stoga ne treba stigmatizirati pojedine bolesti i poremećaje kao prihvatljiva stanja za određenu dob života. [2] To se osobito odnosi na oblike demencija, koje, bez obzira što se uglavnom javljaju u starijoj životnoj dobi, nisu normalan dio starenja. [1] Govoreći o Alzheimerovoj bolesti, kao najčešćem obliku demencija, misli se na progresivno-degenerativnu bolest mozga ireverzibilnog tijeka. [3] Obično se javlja se nakon 65. godine, no porastom dobi, raste i incidencija obolijevanja, osobito među osamdesetogodišnjacima, od kojih je većina ženskog spola, s obzirom na epidemiološku činjenicu kako žene žive duže od muškaraca. [4]

Da su demencije ozbiljan problem suvremenog društva, najbolje govore podatci iz 2012. godine, koje je objavila Svjetska zdravstvena organizacija (SZO). Procjenjuje se kako se u svijetu godišnje pojavljuje 7,7 milijuna novih slučajeva demencije, što bi značilo da se svake četiri sekunde postavi dijagnoza. Nadalje, SZO upozorava na daljnji porast broja oboljelih, koji bi 2030. trebao iznositi 65,7 milijuna, a 2050. vrtoglavih 115,4 milijuna novooboljelih. [1] Što se tiče Alzheimerove bolesti, incidencija u svijetu iznosi približno 30 milijuna oboljelih. Konkretno u Hrvatskoj, gdje je sve veći broj starije populacije, Alzheimerova bolest postaje sve češće prisutna. [5] Tako je prema posljednjem popisu stanovništva iz 2011. godine, 80 846 osoba oboljelo od demencije. [6]

Osim što navedene brojke govore u prilog demenciji kao globalnom javnozdravstvenom problemu, one za sobom povlače nerijetku stigmatizaciju oboljelih osoba. Stigma je, prema grčkom značenju, oznaka koja obilježava sramotu, manju vrijednost, a najčešće se koristila za robove i kriminalce. Danas stigma predstavlja višedimenzionalan proces koji uključuje stereotipe, otuđenost, obilježavanje te diskriminaciju stigmatizirane osobe ili društvene skupine. [7]

Stigma oboljelih od Alzheimerove bolesti nije novina, već za sobom vuče duboke povijesne i kulturološke korijene, u kojima je demencija kazna ili prokletstvo više sile za loša djela. Dok su se nekad ta vjerovanja prenosila usmenom predajom, danas ulogu prenositelja imaju mediji koji svojim velikim utjecajem pridonose ukorijenjenosti stigmatizacije oboljelih i njihove bolesti. [8] Tako ih se smatra nekompetentnim, nepredvidivim i opasnim pojedincima za društvo, posljedica

čega su različiti psihički, ponašajni i socijalni problemi, ne samo oboljele osobe, već i obitelji, jer stigmatizacija se nerijetko s jedne osobe proširi na čitavu mrežu pojedinca bliskih osoba. U početnom stadiju bolesti, kada kognitivne sposobnosti nisu drastično narušene, svjesni stavova društva prema dijagnozi koja im je postavljena, oboljeli se nerijetko povlače u sebe, odabiru samoću, kako bi se zaštitili od društvenog izopćenja. [7] Postupno to vodi stigmi samog sebe, pa oboljela osoba razvija negativnu, lošu sliku o sebi i počinje izbjegavati mogućnosti za poboljšavanje vlastitog života, pa čak i odbija medicinsku pomoć u strahu od diskriminacije. [8]

Istraživanja pokazuju kako su negativni stavovi prema oboljelima od Alzheimerove bolesti prisutni u svim područjima medicine. Tako mnogi liječnici diljem svijeta preferiraju oboljelima davati netočne informacije u vidu predstavljanja demencije kao sastavnog procesa starenja, dok neki liječnici i medicinske sestre podcjenjuju očite simptome Alzheimerove bolesti i pripisuju ih dobi bolesnika. Zabrinjavajuća je i niska upoznatost zdravstvenih djelatnika s porastom pojavnosti Alzheimerove bolesti, a samim time i njezinom stigmom. [7] Takva nedovoljna senzibilizacija vodi insuficijentnoj informiranosti stručnjaka i sukladno tome, onemogućuje kvalitetno kreiranje zdravstvene zaštite, a pridonosi razvoju predrasuda i neprijateljskog ponašanja prema oboljelima. [9]

Neprimjerenim stavovima te kvazi-informacijama, uz tešku kliničku sliku, oboljele od Alzheimerove bolesti čini se ranjivom skupinom društva. [6] Tome u prilog govori i činjenica kako oboljeli od demencije, zbog stigme koju vrši društvo, počinju stvarati negativno mišljenje i prema onima koji ih ni na koji način ne obilježavaju, već ih bezuvjetno prihvaćaju. [1] Iz toga proizlazi potreba zalaganja stručnjaka različitih profesija kako bi se osigurala okolina usmjerena na pojedinca zajedno s njegovim potrebama, oslobođena svih oblika stigme. [6]

Preporučuje se provoditi socijalne kampanje u svrhu smanjenja stereotipa i stigmatizacije, pri čemu je od ključne važnosti uključenost samih oboljelih koji svojim primjerom mogu zajednici pokazati emocionalnu štetu koju im nanosi njezina bezobzirna stigma. Također, potrebno je krenuti s podizanjem svjesnosti o Alzheimerovoj bolesti već na fakultetu, kod studenata zdravstvenih smjerova, kako bi mogli kao kompetentni stručnjaci i profesionalci provoditi edukaciju uže i šire društvene zajednice, čime se pridonosi destigmatizaciji oboljelih osoba. [10] Uz to, ulaganje u zdravstveni i socijalni sustav brige o oboljelima od Alzheimerove bolesti i drugih demencija, trebalo bi provoditi različitim nacionalnim, ali i međunarodnim planovima i strategijama, u što su pozvane i nevladine organizacije, odnosno udruge. To su samo neki od osnovnih koraka, ali od presudne važnosti, koji promoviraju stvaranje blagonaklonog društva prema oboljelima od Alzheimerove bolesti. [1]

2. Demencije – Alzheimerova bolest kao najčešći oblik

Demencija, novog imena kronični moždani sindrom, je degenerativna i progresivna bolest mozga obilježena ireverzibilnim kognitivnim nedostacima. [4] Kako riječ demencija izvorno u različitim jezicima ima negativnu konotaciju, jer joj se značenje kreće oko smisla *bez uma*, radi smanjenja stigme, 2013. godine je u novom izdanju DSM-V klasifikacije naziv demencija zamijenjen nazivom kronični moždani sindrom. [7]

Najmanje 60 do 70% demencija otpada samo na Alzheimerovu bolest za kojom slijede vaskularna demencija, demencija s Lewyjevim tjelešcima te frontotemporalna demencija (Pickova bolest). [4]

2.1. Vaskularna demencija

Vaskularna demencija je demencija koja nastaje kao posljedica vaskularnih lezija, bez obzira na to radilo se o jednoj ili više njih. Donedavno se vaskularna demencija nazivala multiinfarktnom demencijom, radi javljanja kod bolesnika koji su pretrpjeli više moždanih udara. [4] Tijekom bolesti, počinju se javljati intelektualne i afektivne promjene, a i nema isključenja mogućnosti pojave novih cerebrovaskularnih inzulta [11], pri čemu je važno spomenuti da se svakom njihovom novom pojavom, pogoršava stanje bolesnika. [4] Od intelektualnih promjena, primjetni su problemi s pamćenjem, pozornošću i koncentracijom. U spontanom govoru oboljeli imaju teškoće s pronalaskom odgovarajuće riječi te imenovanjem predmeta. [11] Međutim, u ovom obliku demencije, emocionalne teškoće, kao što su depresija i apatija, više su naglašene od intelektualnih. U liječenju je najveći naglasak na prevenciji potencijalnih moždanih udara te liječenju osnovne bolesti. [4]

2.2. Demencija s Lewyjevim tjelešcima

Demencija s Lewyjevim tjelešcima, treća najčešća po učestalosti, je bolest kroničnog propadanja i specifične prisutnosti Lewyjevih tjelešca u citoplazmi kortikalnih neurona. Iako se pronalaze kod oboljelih, još uvijek nije poznato jesu li Lewyjeva tjelešca uzrok ili posljedica bolesti. Obično nastaje nakon 60. godine života, a sa svojim progredirajućim tijekom daje lošu prognozu. Javljaju se oštećenja kognicije, vizualne halucinacije te učestale sinkope. Okosnica je spontani parkinsonizam, koji nije isto što i ekstrapiramidni simptomi kao nuspojava antipsihotika. [4]

2.3. Frontotemporalna demencija (Pickova bolest)

Frontotemporalna demencija je nasljedni, sporadični poremećaj koji zahvaća frontalni i temporalni režanj mozga, a uključuje i Pickovu bolest. Otprilike 10% svih demencija je ovakvog oblika. Podjednako se pojavljuje u oba spola, s najvećom incidencijom između 55. i 65. godine života. [4] Bolest postupno progredira, a trajanje joj je u prosjeku 7 godina. [11]

Gubitak radnih sposobnosti, jedan je od prvih simptoma. Vidljivo je kako oboljele osobe ne mogu više uspješno obavljati svakodnevne aktivnosti koje im do tada nisu predstavljale problem. Nedugo nakon, počinju se javljati i promjene osobnosti, pa tako osoba gubi osjećaj za primjereno ponašanje, a raspoloženje ide u dvije krajnosti: euforičnost ili mrzovoljnost. Posljedično to vodi zapuštanju obiteljskog, a na kraju i vlastitog života, kad jedini smisao postaje zadovoljavanje osnovnih fizioloških potreba. [11]

2.4. Alzheimerova bolest – najčešći oblik kroničnog moždanog sindroma

Alois Alzheimer, njemački psihijatar i neuropatolog, je 1906. godine prvi opisao slučaj, kako on kaže „bolesti zaboravljanja“, kod bolesnika u dobi od svega 51 godine. Nešto kasnije, 1910. Emil Kraepelin je prvi upotrijebio naziv Alzheimerova bolest za oblik demencije koji je opisao spomenuti njemački psihijatar, čime je to postao jedan od najprepoznatljivijih simbola današnjice. [12]

Alzheimerova bolest, oblik demencije koji zaokupljuje pozornost i stručnjaka i laika, je degenerativna bolest mozga progresivnog, ireverzibilnog tijeka. Obično se pojavljuje nakon 65. godine, uz mogućnost javljanja i prije navedene granične dobi. Ipak, najveći broj oboljelih je zabilježen u skupini osamdesetogodišnjaka. Razlikuje se sporadični i obiteljski oblik bolesti, pri čemu su sporadični slučajevi najčešći (javljaju se po prvi put u obitelji), dok su oni obiteljski (učestalo pojavljivanje u jednoj obitelji) iznimno rijetki. Jednom postavljena dijagnoza nosi sa sobom sporo i postupno razvijanje bolesti uz prosječno trajanje od 9 godina, što naravno opet varira. [4]

2.4.1. Etiologija

Alzheimerova bolest još uvijek nema do kraja razjašnjenu etiologiju, ali su poznata određena neuropatološka i neurokemijska obilježja. Tako je u mozgu oboljelih vidljiva izražena redukcija neurona, posebno u hipokampusu, frontalnom i tempoparijetalnom korteksu. Primjetne su i karakteristične nakupine neurofibrilarnih čvorova i neuritičnih plakova koji su uglavnom

porijekla proteina amiloida. Zasad su poznate tri hipoteze nastanka: kolinergična hipoteza, tau-hipoteza te hipoteza amiloidne kaskade. [4]

Vrlo vjerojatnim mehanizmom nastanka Alzheimerove bolesti smatra se hipoteza amiloidne kaskade. Ona pretpostavlja kako glavnu ulogu u patogenezi ima peptid amiloid- β . Vjeruje se kako je promijenjeni metabolizam navedenog peptida pokretač niza događaja koji dovode do neurodegeneracije, u konačnici do Alzheimerove bolesti. [13]

Pokazalo se da i nasljeđe ima određenu ulogu u pojavljivanju bolesti. Pri tome se misli na mutacije gena povezane sa spomenutim oblikom demencije. [4] Međutim, genetska komponenta bolesti još uvijek nije do kraja razjašnjena, s obzirom da istraživanja nisu uspjela utvrditi uzročno-posljedičnu vezu, već eventualnu supojavnost. [13]

2.4.2. Klinička slika

U slučajevima pojave prvih simptoma i postavljanja dijagnoze prije 65. godine, što je rijetko, govori se o Alzheimerovoj bolesti s ranim početkom. Nasuprot tome je znatno češći oblik koji se javlja tijekom sedamdesetih i osamdesetih godina života, a naziva se Alzheimerova bolest s kasnim početkom. Navedeni oblici bolesti ne razlikuju se samo po dobi javljanja, već i po ozbiljnosti stanja, pri čemu Alzheimerova bolest s ranim početkom ima puno lošiju prognozu, praćenu brзом progresijom, od one s kasnim početkom. [4]

Alzheimerova bolest progredira kroz tri stadija: rani (blagi), srednji (umjereni) i kasni (teški). [4] Rani stadij obično započinje netipičnim simptomima, kao što su vrtoglavica, glavobolja, smanjenje radnih sposobnosti, depresivno raspoloženje, zbog čega neki autori taj stadij nazivaju depresijom kritične dobi. [11] Ubrzo se pojavljuju tipični simptomi, među kojima je najznačajniji gubitak kratkotrajnog pamćenja, dok je s druge strane, dugotrajno pamćenje još uvijek relativno dobro očuvano. Uz to se javljaju i problemi s govorom, u vidu otežanog pronalaska odgovarajuće riječi, što se naziva anomička disfazija. Teže usvajaju nove sadržaje te imaju narušenu sposobnost u obnašanju svakodnevnih aktivnosti. [4] Emocionalno doživljavanje i vanjsko držanje osobnosti bolesnika još uvijek su očuvani. [11]

U srednjem se stadiju nastavlja propadanje logičnog mišljenja, a dolazi i do postepenog gubitka dugotrajnog pamćenja. Bolesnik pati od afazije, agnozije i apraksije, ima probleme s pažnjom, s organizacijom i provođenjem svakodnevnih aktivnosti, koji su sada još više narušeni, da bi i polako počeo gubiti svjesnost o vlastitom stanju. Nasuprot prijašnjem stadiju, bolesnik počinje pokazivati simptome depresije i anksioznosti, čime se gubi emocionalna stabilnost. Također, kod oboljelih se mogu javiti iluzije i halucinacije, uz nedostatak vremenske i prostorne

orijentacije. Primjetno je zapaštanje vlastitog izgleda radi nevođenja brige o sebi. Noćima mogu biti prisutni problemi sa spavanjem. [4]

Daljnjom progresijom bolesti, u kasnom stadiju, vidljivo je ozbiljno propadanje svih kognitivnih sposobnosti. [4] Govor postaje sve siromašniji, praćen stereotipnim ponavljanjima pojedine riječi ili fraze. Javlja se i eholalija, odnosno automatsko ponavljanje riječi ili rečenica koje je bolesnik čuo od druge osobe. S vremenom oboljeli više ne razumiju govor, pa može izostati i najmanji ostatak govornih sposobnosti. Ponekad preostanu samo ritmični, nijemi pokreti miškulature govornog aparata. [11] Pojavljuje se inkontinencija radi gubitka voljne kontrole sfinktere, a mogući su i epileptični napadaji. Kako bolest napreduje bez zaustavljanja, oboljele osobe nakon određenog vremena više ne mogu hodati, žvakati ili gutati što ih čini 24 sata ovisnim o drugoj osobi. Alzheimerova bolest završava letalnim ishodom, najčešće radi infekcija, u periodu od 4 do 6 godina od službenog postavljanja dijagnoze. [4]

2.4.3. Dijagnoza

Dijagnoza Alzheimerove bolesti postavlja se temeljem neuroloških i neuropsihijatrijskih testova. Svrha im je potvrditi dijagnozu i isključiti mogućnost postojanja drugog oblika demencije. [13] Neurološki se radi CT mozga koji pokazuje, ovisno o stadiju, atrofiju moždane kore. [11] Izvodi se i lumbalna punkcija radi uzimanja cerebrospinalnog likvora kako bi se utvrdile patološke promjene (proteinski markeri) u mozgu. [13]

Kod dijagnosticiranja Alzheimerove bolesti koristi se i Mini-mental test (MMSE, Mini Mental State Examination). Radi se o testu koji služi za utvrđivanje kognitivnog poremećaja te za praćenje progresije bolesti. Sastoji se od pitanja kojima se ispituju orijentacija, govor, radno i kratkotrajno pamćenje te vizualnospacijalne sposobnosti. Također se koristi i test crtanja sata (CDT, Clock Drawing Test). Oboljela osoba treba nacrtati sat s kazaljka koje pokazuju određeno vrijeme, najčešće 8 sati i 20 minuta ili 11 sati i 10 minuta. Po završetku testa, procjenjuje se ispravnost nacrtanog sata, ali i postavljanja kazaljki. Primijetila se povezanost između rezultata Mini-mental testa, testa crtanja sata te prisutne atrofije mozga na CT snimkama. Prema toj korelaciji, lošiji rezultati testa prate veću atrofiju mozga, dok je uredan test povezan s urednim CT nalazom. [4]

2.4.4. Liječenje

Alzheimerova bolest zahtijeva kompleksan pristup liječenju. U farmakoterapiji se koristi kombinacija antidementiva i psihofarmaka. Trenutno je u svijetu pet odobrenih antidementiva, no kako se jedan od njih, takrin, više ne koristi, preostaju četiri lijeka iz navedene skupine. To su donepezil, rivastigmin, galantamin i memantin. U ranom i srednjem stadiju bolesti, prvi lijek izbora je donepezil, no u slučaju nedovoljnog djelovanja terapije, drugi izbor je ili galantamin ili rivastigmin. Ako ni lijekovi drugog izbora ne daju zadovoljavajuće rezultate, liječnik ordinira memantin. Kod kasnog stadija, kao lijek izbora, koristi se memantin u kombinaciji sa donepezilom. U slučaju nedjelovanja navedene kombinacije, u terapiju se uvode ili galantamin ili rivastigmin. [4] Unatoč postojanju navedenih lijekova, oboljele osobe i dalje nisu adekvatno liječene, radi visokih cijena antidementiva koji su na dopunskoj listi lijekova, što znači da ih se treba nadoplačivati u ne baš prihvatljivim iznosima. Najviše iz tog razloga, oboljeli i njihove obitelji, pribjegavaju lijekovima i metodama alternativnog liječenja. [12]

Osim farmakološke terapije, oboljelima treba osigurati i psihološku pomoć u vidu udruga za podršku i grupa za samopomoć. Udruge bolesnika su od velike pomoći obiteljima i njegovateljima oboljelih, kroz pružanje edukacije i podrške. [14] U Hrvatskoj trenutno djeluje Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest kojoj je cilj poboljšati i pružiti razne oblike pomoći i skrbi te ostvarenja socijalno-zdravstvene zaštite oboljelih, uz senzibilizaciju javnosti za probleme i destigmatizaciju Alzheimerove bolesti. [15]

2.5. Zdravstvena njega oboljelih od Alzheimerove bolesti

Sve veći broj osoba starije životne dobi u populaciji, doveo je do porasta prevalencije Alzheimerove bolesti, što zahtijeva senzibilizaciju medicinskih sestara za potrebe oboljelih, ali i za izazove koje bolest svojim specifičnostima stavlja pred njih. [16] Medicinske sestre imaju važnu ulogu u brizi za oboljele, nastojeći odgovarajućim i pravodobnim intervencijama zadržati sposobnost bolesnikovog samostalnog funkcioniranja na prihvatljivoj razini što je duže moguće [17], s obzirom na činjenicu da je Alzheimerova bolest progresivnog tipa, bez mogućnosti oporavka. [4]

Prioritet u radu medicinske sestre s oboljelima od Alzheimerove bolesti je njihova dobrobit, kroz osiguravanje sigurnosti, što veće neovisnosti u brizi za samog sebe, kroz odgovarajuću prehranu, pružanje psihološke pomoći radi smanjenja stresa i anksioznosti, održavanjem komunikacije primjerene sposobnostima oboljelog te edukacijom obitelji. [17] Prema

navedenome, najvažniji aspekt sestrinske skrbi je upravo holistički pristup, koji uzimajući u obzir i oboljelog pojedinca i njegovu obitelj, povećava kvalitetu života. [18]

2.5.1. Oštećeno pamćenje u/s neurološkim poremećajem

Definicija sestrinske dijagnoze: nemogućnost prisjećanja dijelova informacija i ponašajnih obraza.

Cilj:

- bolesnik će iskazati emocije vezane uz gubitak pamćenja
- upoznat će strategije suočavanja s problemom gubitka pamćenja
- razvit će realna očekivanja u nošenju s daljnjim gubitkom pamćenja

Sestrinske intervencije:

- obraćati se bolesniku njegovim imenom
- redovito davati informacije o vremenu i prostoru
- provoditi dovoljno vremena s bolesnikom kako bi stekao povjerenje i lakše govorio o svojim osjećajima vezanim uz gubitak pamćenja
- davati kratke i jasne upute
- poučiti bolesnika strategijama nošenja s gubitkom pamćenja (npr. kutija za tablete s danima u tjednu)
- ohrabrivati oboljelog za stvaranje rutine u obavljanju svakodnevnih aktivnosti
- pomoć obitelji oboljelog u pronalasku udruga i grupa za pružanje pomoći i podrške [19]

2.5.2. Poremećena prehrana: manje od tjelesnih zahtjeva u/s psiholoških faktora

Definicija sestrinske dijagnoze: unos hranjivih tvari manji od metaboličkih potreba. [19]

Cilj:

- bolesnik neće gubiti na tjelesnoj masi
- bolesnik neće razviti malnutriciju [18]
- bolesnik će iskazati želju za određenom hranom [19]

Sestrinske intervencije:

- svakodnevno mjeriti bolesnikovu tjelesnu masu
- bilježiti unos tekućine i njezino izlučivanje

- osigurati hranu koju bolesnik voli
- bolesniku davati lijepo serviranu hranu za poboljšanje apetita
- objasniti važnost unosa hrane istovremeno pružajući psihološku pomoć
- u hranjenje bolesnika uključiti i obitelj [19]

2.5.3. Oštećena verbalna komunikacija u/s neurološkim poremećajem

Definicija sestrinske dijagnoze: smanjena, usporena i/ili odsutna sposobnost primanja, obrade, slanja i/ili korištenja verbalnih simbola. [20]

Cilj:

- bolesnik će upotrebljavati i razumjeti govor najbolje što može
- bolesnik će moći upotrebljavati alternativni oblik komunikacije
- bolesnik razumije govor, iako ne govori

Sestrinske intervencije:

- procijeniti bolesnikovu sposobnost govora
- pratiti bolesnikovu neverbalnu komunikaciju
- procijeniti bolesnikove potrebe temeljem neverbalne komunikacije
- govoriti kratko i jasno, normalnog tona
- prilikom obraćanja, održavati kontakt očima
- koristiti pitanja koja traže DA/NE odgovor
- u slučaju nemogućnosti uspostavljanja verbalne komunikacije, osigurati pisane upute
- konzultirati se s logopedom radi profesionalnih savjeta
- ne požurivati ili prekidati bolesnika, već mu osigurati dovoljno vremena za izražavanje misli i osjećaja
- pohvaliti bolesnika za napor i trud uloženi u izgovaranje riječi ili rečenice [17]

2.5.4. Anksioznost u/s neurološkim poremećajem

Definicija sestrinske dijagnoze: osjećaj neugode radi objektivno nepostojeće opasnosti iz okoline, s nemogućnošću učinkovitog suočavanja s problemom.

Cilj:

- bolesnik će prepoznati čimbenike koji uzrokuju anksiozno ponašanje
- bolesnik će sudjelovati u aktivnostima koje pridonose smanjenju anksioznosti

- bolesnik će upotrebljavati tehnike opuštanja

Sestrinske intervencije:

- smanjiti okolinske stresore i biti uz bolesnika tijekom anksioznih napadaja
- poučiti bolesnika tehnikama opuštanja
- pružiti emocionalnu podršku
- uključiti bolesnika u planiranje dnevnih aktivnosti
- ohrabriti bolesnika za sudjelovanje u aktivnostima koje mu pružaju osjećaj kompetentnosti
- omogućiti veći raspon posjeta za obitelj oboljelog
- pomoći bolesniku u izradi dnevnog plana [19]

2.5.5. Socijalna izolacija u/s strahom od razotkrivanja bolesti

Definicija sestrinske dijagnoze: samoća, koju pojedinac sam proživljava ili je vidi nametnutom od strane drugih, kao negativno i/ili prijeteće stanje.

Cilj:

- bolesnik će izražavati osjećaje vezane uz socijalnu izolaciju
- bolesnik će navesti moguće razloge socijalne izolacije i sudjelovat će u izradi plana za povećanje socijalne aktivnosti
- odvijat će se socijalna interakcija između bolesnika, njegove obitelji i zdravstvenih djelatnika

Sestrinske intervencije:

- razviti odnos povjerenja
- poučiti bolesnika tehnikama opuštanja i suočavanja s izazovnim situacijama
- poticati bolesnika na izražavanje emocija
- osigurati bolesniku dovoljno vremena s njegovom obitelji
- potaknuti bolesnika na identifikaciju razloga socijalne izolacije i pomoći mu u izradi plana za smanjenje iste
- omogućiti bolesniku vrijeme za aktivnosti odvratanja pozornosti
- poticati bolesnika na interakciju s drugim bolesnicima
- educirati obitelj o mogućnostima uključivanja u grupe za podršku oboljelima od Alzheimerove bolesti [19]

2.6. Strategija borbe protiv Alzheimerove bolesti

U srpnju 2015. godine, u časopisu Medix izdan je prijedlog Hrvatske strategije borbe protiv Alzheimerove bolesti u razdoblju od 2015. do 2020. godine. Svrha dokumenta je povezati stručnjake različitih područja u adekvatnom zbrinjavanju oboljelih od Alzheimerove bolesti kroz poboljšanje sustava zdravstvene zaštite te prevencije. Iz toga proizlaze tri glavna prioriteta strategije, a to su: „1. rana dijagnoza bolesti, 2. dostupnost liječenja antidementivima, 3. uspostava koordiniranog sustava potpore osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti, njihovim obiteljima i njegovateljima, u svrhu podizanja kvalitete njihova liječenja i zbrinjavanja.“ [6]

Jednako tako, kako bi navedeni prioriteti mogli biti ostvareni, osmišljeno je deset aktivnosti:

- „ 1. rana dijagnoza bolesti
2. dostupnost liječenja antidementivima i drugim psihofarmacima
3. potpora istraživačkom radu na području Alzheimerove bolesti
4. izrada registra osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti
5. pristup socijalnim naknadama i uslugama
6. razvoj sustavne podrške oboljelima od Alzheimerove bolesti i obiteljima oboljelih, odnosno neformalnim njegovateljima
7. uravnoteženi regionalni razvoj centara za dijagnozu i liječenje Alzheimerove bolesti
8. uravnoteženi regionalni razvoj domova za starije i nemoćne osobe sa specijaliziranim smještajnim jedinicama za osobe s Alzheimerovom demencijom u dnevnim i cjelodnevnim boravcima
9. razvoj palijativne skrbi o osobama s demencijom
10. borba protiv stigme.“ [6]

3. Cilj

Cilj ovog istraživanja je utvrditi stavove studenata sestrinstva, kao budućih ili sadašnjih zdravstvenih djelatnika, o svakodnevno prisutnoj stigmi osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti.

4. Hipoteze

Postavljene su četiri hipoteze.

Studenti sestinstva viših godina imaju više znanja o Alzheimerovoj bolesti i njezinoj problematici.

Studenti viših godina studija sestinstva manje stigmatiziraju oboljele od Alzheimerove bolesti.

Studenti sestinstva koji imaju oboljelog člana obitelji od Alzheimerove bolesti i/ili iskustva s oboljelima, posjeduju veće znanje o bolesti i njezinoj problematici.

Studenti sestinstva koji imaju oboljelog člana obitelji od Alzheimerove bolesti i/ili iskustva s oboljelima, manje vrše stigmatizaciju.

5. Metode rada

5.1. Uzorak ispitanika

U istraživanju su sudjelovali studenti sestrinstva Sveučilišta Sjever svih triju godina studija. Uzorak ispitanika činilo je 80 studenata, od čega su 22 na prvoj, 17 na drugoj, a 41 student na trećoj godini studija. Od toga je 75 ispitanika bilo ženskog spola (94%), a 5 muškog (6%). Njih 47 (59%) je nezaposleno, pri čemu ih 18 redovno studira, a 29 izvanredno. 33 (41%) studenta su zaposlena i imaju status izvanrednog studiranja.

5.2. Uzorak varijabli

U svrhu utvrđivanja stavova studenata sestrinstva o stigmi Alzheimerove bolesti, izrađena je posebna anketa uz pomoć stručne literature. Sastojala se od tvrdnji koje su osmišljene u skladu s ciljem i hipotezama istraživanja.

Nepromjenjive varijable predstavljali su spol, završena godina studija, status redovnog ili izvanrednog studiranja, radni status, prisutnost osobe oboljele od Alzheimerove bolesti u obitelji te radno iskustvo s oboljelima od Alzheimerove bolesti ili neke druge demencije. Anketa se sastojala od 20 tvrdnji na koje su ispitanici vršili samoprocjenu vlastitih stavova i znanja intervalnom skalom, stupnjevima od 1 do 3, pri čemu znači:

- 1 – uopće se ne slažem
- 2 – djelomično se slažem
- 3 – u potpunosti se slažem

Od 20 tvrdnji, 9 ih se odnosilo na znanje, a 11 na stavove studenata o problematici i stigmi Alzheimerove bolesti. Iako je svaka tvrdnja bila opredijeljena ili za znanje ili za stav, ona je ujedno mogla biti i jedno i drugo, jer su pojedine dokazane činjenice bile preoblikovane u negativne ili pozitivne oblike, suprotno stvarnom stanju, kako bi se utvrdilo jesu li studenti svjesni vlastite stigmatizacije Alzheimerove bolesti i oboljelih.

1. Alzheimerova bolest se može javiti isključivo u starijoj životnoj dobi.
2. Alzheimerova bolest je normalno stanje za osobu starije životne dobi.
3. Starije osobe nižeg obrazovanja češće obolijevaju od Alzheimerove bolesti.
4. Alzheimerova bolest je kazna za loša djela tijekom života.
5. Odgovornost za pojavu Alzheimerove bolesti je na oboljeloj osobi.
6. Alzheimerovu bolest je moguće izliječiti lijekovima kao i svaku drugu.
7. Terapija za Alzheimerovu bolest je lako dostupna i ekonomski prihvatljive cijene.

8. Osoba s Alzheimerovom bolešću je neuredna i ne vodi brigu o osobnoj higijeni.
9. Na početku bolesti osoba ima očuvano dugotrajno pamćenje i društveno prihvatljivo ponašanje.
10. Glavni problem oboljelih od Alzheimerove bolesti je njihova zaboravljivost i neprepoznavanje članova obitelji.
11. U uznapredovalom stadiju Alzheimerove bolesti potreban je neprestan nadzor oboljele osobe.
12. Alzheimerova bolest dovodi do opsežnih odstupanja od normalnih socijalnih interakcija.
13. Depresija i socijalna izolacija su najčešće reakcije oboljelih na simptome Alzheimerove bolesti.
14. Osoba oboljela od Alzheimerove bolesti pati od gubitka samopoštovanja radi diskriminacije drugih osoba iz okoline.
15. Osoba s Alzheimerovom bolešću je opasna za sebe i svoju okolinu.
16. Pojava Alzheimerove bolesti prije 60. godine života nerijetko iziskuje odlazak u prijevremenu mirovinu.
17. Incidencija obolijevanja od Alzheimerove bolesti nakon 80. godine je veća kod žena, radi epidemiološke činjenice kako žene žive duže od muškaraca.
18. Domovi za starije i nemoćne nerado zbrinjavaju osobe oboljele od Alzheimerove bolesti.
19. Zdravstveni djelatnici češće vrše stigmatizaciju oboljelih osoba nego ostali.
20. Briga za oboljele od Alzheimerove bolesti je opterećenje koje dovodi do visokih razina simptoma depresije i anksioznosti.

1. je tvrdnja u anketi netočna, a odnosi se na znanje, jer bi je temeljem studiranja i učenja studenti trebali prepoznati kao takvu. Begić, Jukić, Medved i sur. navode kako demencija (u koju spada Alzheimerova bolest) nije fiksirana za stariju životnu dob, iako se češće javlja u tom razdoblju života. [4]

2. tvrdnja jednako tako nije točna, no odnosi se na stav studenata. Da je riječ o velikoj zabludi, najbolje govori brošura Svjetske zdravstvene organizacije iz 2012. godine u kojoj je jedna od ključnih poruka kako Alzheimerova bolest nije normalno stanje za osobu starije životne dobi. [1]

Stav studenata odnosi se na 3. tvrdnju, s obzirom na to da još uvijek ne postoji jasna i dovoljno čvrsta spoznaja o povezanosti stupnja obrazovanja i Alzheimerove bolesti. Iako je istraživanje autora Schoenhofen Sharp i Gatz (2011), pokazalo kako je korelacija između nižeg obrazovanja i demencija puno složenija nego što se to prije mislilo, rezultati nisu bili dovoljni za utvrđivanje jače i stabilnije povezanosti. [21]

4. tvrdnja odnosi se na stav jer predstavlja kulturološka uvjerenja pojedinih naroda [8] i kao takva u potpunosti je netočna. Na to se nadovezuje 5. tvrdnja koja nije točna te predstavlja stav vezan uz stigmatu koja ima povijesne i kulturološke korijene. [8]

6. tvrdnja nije točna i predstavlja stav. Alzheimerovu bolest nije moguće izliječiti, s obzirom na to da se radi o kronično-progresivnoj bolesti bez mogućnosti oporavka. Antidementni lijekovi koji se koriste u terapiji oboljelih, usporavaju progradaciju bolesti, ali ne nude mogućnost poboljšanja stanja. [12]

Stav označava i 7. tvrdnja koja ponovno nije točna. Naime, terapija za Alzheimerovu bolest nije ekonomski prihvatljive cijene i nalazi se na Dopunskoj listi lijekova. [12]

Isto tako 8. tvrdnja pripada stavovima koji predstavljaju stigmatu, pa nije točna. Većina ljudi vjeruje kako su osobe oboljele od Alzheimerove bolesti neuredne, što vodi jačanju stigmatizacije. [7]

Na početku bolesti, osoba ima očuvano dugotrajno pamćenje i društveno prihvatljivo ponašanje, pa je prema tome 9. tvrdnja, koja označava znanje, točna. [4]

10. tvrdnja nije točna i odnosi se na stav. Kod Alzheimerove bolesti nije problem samo u zaboravljivosti i neprepoznavanju, već je situacija mnogo složenija. Oboljeli imaju probleme s pamćenjem, čitanjem, pisanjem, govorom, komunikacijom općenito. Teško im se orijentirati u vremenu i prostoru, donose neispravne odluke i procjene, često gube stvari, mijenjaju raspoloženje, samim time i ponašanje. Značajne su teškoće u svakodnevnom obavljanju aktivnosti. [4] Temeljem navedenog, vidi se kako problematika Alzheimerove bolesti seže mnogo dublje nego što to misli okolina koja stigmatizira.

U uznapređovalom stadiju Alzheimerove bolesti zbog teških propadanja kognitivnih i ostalih sposobnosti oboljele osobe, nužni su 24-satni nadzor i briga. [4] Time je 11. tvrdnja točna i predstavlja znanje koje bi studenti trebali imati.

Kod oboljelih osoba počinju se javljati promjene ličnosti, pa su tako česti ispadi bijesa, nedostatak inicijative, gubitak spontanosti i vedrine, depresija i anksioznost [2], verbalna i tjelesna agresija, odbijanje suradnje koji vode problemima u socijalnim interakcijama i pogoršavaju se s napretkom bolesti. [14] Iz tog je razloga 12. tvrdnja točna i povezana je sa znanjem.

13. tvrdnja polazi od znanja te je točna. Simptomi Alzheimerove bolesti izazivaju niz emocionalnih reakcija, kao što su depresija, socijalna izolacija, nedostatak samopoštovanja. Na početku bolesti, većina je oboljelih svjesna težine simptoma, što značajno narušava njihovo emocionalno blagostanje. [7]

Emocionalno stanje oboljele osobe dodatno pogoršava strah od odbacivanja okoline, [7] o čemu govori 14. tvrdnja koja je točna te predstavlja znanje. Naime, iskustvo s diskriminacijom društva radi dijagnoze Alzheimerove bolesti, vodi prema gubitku samopoštovanja, nerijetko narušenim obiteljskim odnosima. [8]

Stav se odnosi na 15. tvrdnju. U društvu redovito postoji uvjerenje kako je osoba s Alzheimerovom bolešću opasna i nepredvidiva za sebe i svoju okolinu, [7] što posljedično dovodi do još jače stigmatizacije i nedostatka pružanja adekvatne pomoći i podrške oboljelima.

16. tvrdnja predstavlja znanje i točna je. Alzheimerova bolest s ranim početkom ima znatno agresivniji tijek s brzim propadanjem oboljele osobe. [4] Kako se obično javlja u vremenu kad je osoba još uvijek profesionalno aktivna u svom zanimanju ili profesiji, to nerijetko završava radnom nesposobnošću i odlaskom u prijevremenu mirovinu.

Znanje označava 17. tvrdnja koja je ujedno točna. Epidemiološki se pokazalo kako nakon 80. godine života češće obolijevaju žene, s obzirom na činjenicu da žive duže od muškaraca. [4]

18. tvrdnja odnosi se na stav. Domovi za starije i nemoćne u Hrvatskoj još uvijek ne zbrinjavaju u dovoljnoj mjeri oboljele od Alzheimerove bolesti i drugih demencija, bez obzira jesu li pokretni ili ne. Iz tog je razloga nastao i pravilnik koji zahtjeva ustroj jedinica za osobe s demencijom, što zahtjeva i edukaciju osoblja u domovima, pri čemu je najveći naglasak na komunikacijskim vještinama i holističkom pristupu. [6]

Urbanska, Szczesniak i Rymaszewska (2015) navode kako su zdravstveni djelatnici ti koji češće vrše stigmatizaciju oboljelih osoba. Dokaz tome je što nekolicina liječnika i medicinskih sestara preferira oboljelima prešutjeti pravu dijagnozu te simptome opravdavaju ubrzanim starenjem. [7] Time je 19. tvrdnja, koja predstavlja stav, točna.

Tvrdnja 20 je točna i odnosi se na znanje. Briga za oboljele od Alzheimerove bolesti je vrlo zahtjevan posao koji dovodi do značajnih promjena u životu pojedinca, ali i cijele obitelji. Istraživanje autora Ostojić, Vidović, Bačeković, Brečić i Jukić (2014) otkrilo je visoke razine anksioznosti i depresije kod osoba koje skrbe za oboljele od Alzheimerove bolesti. [5]

5.3. Način prikupljanja i obrade podataka

Istraživanje je provedeno među studentima sestrinstva prve, druge i treće godine studija na Sveučilištu Sjever u vremenskom periodu od 4. do 12. kolovoza 2016. godine. Ispitanici (N= 80) su zamoljeni da ispune anketu putem Google Forms-a.

Podatci su obrađeni u statističkom programu SPSS, verzija 17.0. Korištene su deskriptivne (relativni brojevi, srednje vrijednosti, mjere disperzije, Spearmanov koeficijent korelacije ranga) te inferencijalne metode statističke analize (t-test razlike između aritmetičkih sredina za male nezavisne uzorke i F-test razlike između triju aritmetičkih sredina). Zaključci u vezi razlika i povezanosti među podacima donošeni su na uobičajenom nivou značajnosti od 0,05 odnosno uz pouzdanost od 95%.

6. Rezultati

1) Statistička analiza općih podataka

Među anketiranim ispitanicima prevladavaju osobe ženskog spola (94%), dok je svega pet osoba bilo muškog spola.

22 anketirana studenta su na prvoj godini studija, njih 17 je na drugoj, a 41 na trećoj godini studija.

S obzirom na status studiranja studenata njih 18 pohađa redovni (22%), a 62 izvanredni preddiplomski studij sestrinstva (78%).

Od ukupno anketiranih 80 studenata nezaposlenih je 47 (59%), a zaposlenih 33 (41%). S obzirom da će se u nekim analizama koristiti podjela studenata i prema studentskom statusu i prema radnom statusu u Tablici 6.1. je navedena ta podjela prema dvije varijable istovremeno. Prema toj podjeli može se utvrditi kako postoje tri grupe studenata: redovni nezaposleni, izvanredni nezaposleni i izvanredni zaposleni.

Radni status	Broj studenata		Ukupno
	redovnih	izvanrednih	
nezaposlen	18	29	47
zaposlen	-	33	33
Ukupno	18	62	80

Tablica 6.1., Broj anketiranih studenata prema studentskom i radnom statusu

($N = 80$)

Na kraju općih podataka o studentima nalaze se dva pitanja u svezi Alzheimerove bolesti: imaju li u obitelji oboljelog od te bolesti te imaju li iskustva s oboljelima. Na prvo pitanje je potvrđan odgovor dalo 6 studenata, dok je na drugo pitanje potvrđan odgovor upisalo 47 studenata. Ako se gledaju oba pitanja zajedno (u daljnjoj analizi je ta varijabla nazvana „praktično iskustvo s oboljelima od Alzheimerove bolesti“) tada imamo sljedeće frekvencije:

u obitelji ima oboljelog	6 studenata
iskustvo s oboljelima ima	47 studenata
oboje	5 studenata

Prema tome je dobivena sljedeća podjela studenata prema praktičnom iskustvu s oboljelima:

nema praktično iskustvo	33 studenta (41%)
ima praktično iskustvo	47 studenata (59%)

2) Deskriptivna i inferencijalna statistička analiza podataka o znanju

Anketa se sastojala od 20 tvrdnji, od čega ih je 9 predstavljalo znanje o Alzheimerovoj bolesti, a 11 stavove prema oboljelima od te bolesti. Tvrdnje su u anketi slučajno poredane, a na svaku od njih bili su mogući sljedeći odgovori:

- 1 – uopće se ne slažem
- 2 - djelomično se slažem
- 3 - u potpunosti se slažem

Slaganje je u svih tih 20 tvrdnji izražavano u tri stupnja kojima su pridružene rang vrijednosti 1, 2 i 3. Kako se pretpostavlja da su razlike među tim vrijednostima vrlo slične, ova se mjerna skala uvjetno može smatrati i intervalnom. Stoga je na osnovu navedenih vrijednosti moguće izračunavati srednje vrijednosti (u pravilu je to aritmetička sredina) i mjere disperzije (u pravilu su to standardna devijacija i koeficijent varijacije).

U Tablici 6.2. iznesene su apsolutne frekvencije dobivene anketom, dok su u Tablici 6.3. za iste tvrdnje prikazani deskriptivni pokazatelji.

Rb	Z ili S	Pitanje/tvrdnja	1	2	3	Σ
1.	Z-	Alzheimerova bolest se može javiti isključivo u starijoj životnoj dobi.	23	44	13	80
2.	S-	Alzheimerova bolest je normalno stanje za osobu starije životne dobi.	65	12	3	80
3.	S-	Starije osobe nižeg obrazovanja češće oboljevaju od Alzheimerove bolesti.	62	14	4	80
4.	S-	Alzheimerova bolest je kazna za loša djela tijekom života.	80	-	-	80
5.	S-	Odgovornost za pojavu Alzheimerove bolesti je na oboljeloj osobi.	68	12	-	80
6.	S+	Alzheimerovu bolest je moguće izliječiti lijekovima kao i svaku drugu.	57	19	4	80
7.	S+	Terapija za Alzheimerovu bolest je lako dostupna i ekonomski prihvatljive cijene.	57	21	2	80
8.	S-	Osoba s Alzheimerovom bolešću je neuredna i ne vodi brigu o osobnoj higijeni.	55	20	5	80
9.	Z+	Na početku bolesti osoba ima očuvano dugotrajno pamćenje i društveno prihvatljivo ponašanje.	15	48	17	80
10.	S-	Glavni problem oboljelih od Alzheimerove bolesti je njihova zaboravljivost i neprepoznavanje članova obitelji.	6	35	39	80
11.	Z+	U uznapredovalom stadiju Alzheimerove bolesti potreban je neprestan nadzor oboljele osobe.	-	8	72	80
12.	Z+	Alzheimerova bolest dovodi do opsežnih odstupanja od normalnih socijalnih interakcija.	-	21	59	80
13.	Z+	Depresija i socijalna izolacija su najčešće reakcije oboljelih na simptome Alzheimerove bolesti.	1	33	46	80
14.	Z+	Osoba oboljela od Alzheimerove bolesti pati od gubitka samopoštovanja radi diskriminacije drugih osoba iz okoline.	2	41	37	80
15.	S-	Osoba s Alzheimerovom bolešću je opasna za sebe i svoju okolinu.	21	47	12	80
16.	Z+	Pojava Alzheimerove bolesti prije 60. godine života nerijetko iziskuje odlazak u prijevremenu mirovinu.	5	43	32	80
17.	Z+	Incidencija obolijevanja od Alzheimerove bolesti nakon 80. godine je veća kod žena, radi epidemiološke činjenice kako žene žive duže od muškaraca.	19	47	14	80
18.	S-	Domovi za starije i nemoćne nerado zbrinjavaju osobe oboljele od Alzheimerove bolesti.	16	40	24	80
19.	S-	Zdravstveni djelatnici češće vrše stigmatizaciju oboljelih osoba nego ostali.	33	36	11	80
20.	Z+	Briga za oboljele od Alzheimerove bolesti je opterećenje koje dovodi do visokih razina simptoma depresije i anksioznosti.	17	45	18	80

Tablica 6.2., Učestalost pojedinih odgovora na tvrdnje u anketi (N = 80)

Legenda: Z = znanje (+ = točno, - = netočno); S = stav (+ = pozitivno formuliran, - = negativno formuliran). U tablici je deblje otisnuta najveća frekvencija u svakom retku.

Rb	ZiliS	Pitanje/tvrđnja	\bar{x}	σ	V
1.	Z-	Alzheimerova bolest se može javiti isključivo u starijoj životnoj dobi.	1,88	0,663	35
2.	S-	Alzheimerova bolest je normalno stanje za osobu starije životne dobi.	1,23	0,503	41
3.	S-	Starije osobe nižeg obrazovanja češće oboljevaju od Alzheimerove bolesti.	1,28	0,551	43
4.	S-	Alzheimerova bolest je kazna za loša djela tijekom života.	1,00	0,000	0
5.	S-	Odgovornost za pojavu Alzheimerove bolesti je na oboljeloj osobi.	1,15	0,359	31
6.	S+	Alzheimerovu bolest je moguće izliječiti lijekovima kao i svaku drugu.	1,34	0,572	43
7.	S+	Terapija za Alzheimerovu bolest je lako dostupna i ekonomski prihvatljive cijene.	1,31	0,518	40
8.	S-	Osoba s Alzheimerovom bolešću je neuredna i ne vodi brigu o osobnoj higijeni.	1,38	0,603	44
9.	Z+	Na početku bolesti osoba ima očuvano dugotrajno pamćenje i društveno prihvatljivo ponašanje.	2,03	0,636	31
10.	S-	Glavni problem oboljelih od Alzheimerove bolesti je njihova zaboravljivost i neprepoznavanje članova obitelji.	2,41	0,630	26
11.	Z+	U uznapredovalom stadiju Alzheimerove bolesti potreban je neprestan nadzor oboljele osobe.	2,90	0,302	10
12.	Z+	Alzheimerova bolest dovodi do opsežnih odstupanja od normalnih socijalnih interakcija.	2,74	0,443	16
13.	Z+	Depresija i socijalna izolacija su najčešće reakcije oboljelih na simptome Alzheimerove bolesti.	2,56	0,524	20
14.	Z+	Osoba oboljela od Alzheimerove bolesti pati od gubitka samopoštovanja radi diskriminacije drugih osoba iz okoline.	2,44	0,548	22
15.	S-	Osoba s Alzheimerovom bolešću je opasna za sebe i svoju okolinu.	1,89	0,636	34
16.	Z+	Pojava Alzheimerove bolesti prije 60. godine života nerijetko iziskuje odlazak u prijevremenu mirovinu.	2,34	0,594	25
17.	Z+	Incidencija obolijevanja od Alzheimerove bolesti nakon 80. godine je veća kod žena, radi epidemiološke činjenice kako žene žive duže od muškaraca.	1,94	0,643	33
18.	S-	Domovi za starije i nemoćne nerado zbrinjavaju osobe oboljele od Alzheimerove bolesti.	2,10	0,704	34
19.	S-	Zdravstveni djelatnici češće vrše stigmatizaciju oboljelih osoba nego ostali.	1,73	0,693	40
20.	Z+	Briga za oboljele od Alzheimerove bolesti je opterećenje koje dovodi do visokih razina simptoma depresije i anksioznosti.	2,01	0,665	33

Tablica 6.3., Deskriptivni pokazatelji za pojedine tvrdnje u anketi (N = 80)

Legenda: Z = znanje (+: točno, -: netočno); S = stav (+: pozitivno formuliran, -: negativno formuliran)

Kako bi se sažeto izrazili odgovori na pitanja o znanju i za tvrdnje (stavove) o Alzheimerovoj bolesti, primijenjen je sustav bodovanja znanja odnosno tvrdnji. Za 9 tvrdnji o znanju dodijeljen je:

1 bod za točan odgovor

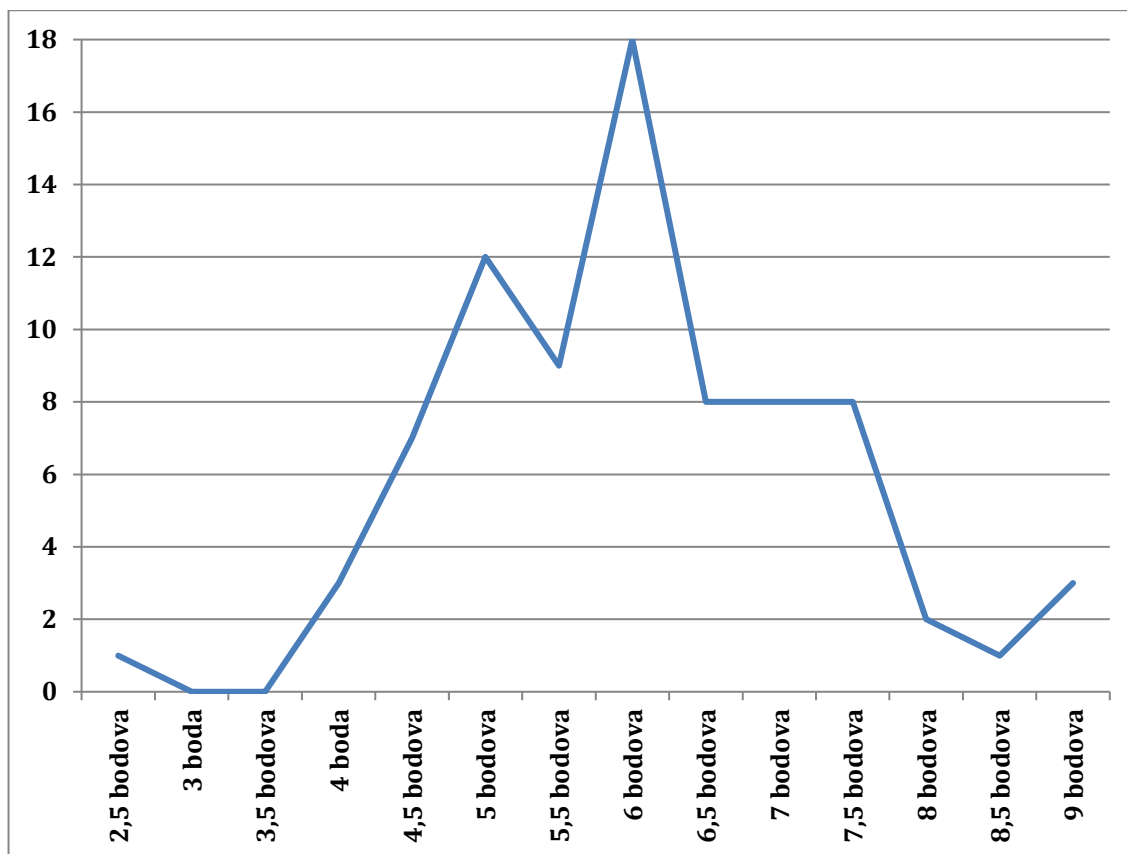
0,5 bodova za djelomično točan odgovor

0 bodova za netočan odgovor.

Ovakvim načinom bodovanja odgovora svakog studenta moguće je (teoretski) osvojiti minimalno 0 bodova, a maksimalno 9. Na opisani način utvrđeni su bodovi te je na osnovu zbroja tih bodova kod svakog studenta formirana nova numerička varijabla nazvana „razina znanja o Alzheimerovoj bolesti“. Što je student prikupio manje bodova to mu je razina znanja niža, a što ima više bodova to mu je razina znanja viša. Ta nova varijabla daje distribuciju vrijednosti koja je prikazana u Tablici 6.4. te Grafikonom 6.1.

Broj bodova	Broj stud.
2,5	1
4,0	3
4,5	7
5,0	12
5,5	9
6,0	18
6,5	8
7,0	8
7,5	8
8,0	2
8,5	1
9,0	3
Ukupno	80

Tablica 6.4., Bodovi za znanje o Alzheimerovoj bolesti kod anketiranih studenata ($N = 80$)



Grafikon 6.1., Distribucija anketiranih studenata prema broju bodova u znanju o Alzheimerovoj bolesti ($N = 80$)

Za distribuciju studenata prema broju osvojenih bodova u znanju koja je prikazana u Tablici 6.4., izračunati su sljedeći deskriptivni pokazatelji:

prosječni broj bodova	6,04
medijan	6
mod	6
standardna devijacija	1,25
koeficijent varijacije	21%
minimalna vrijednost	2,5
maksimalna vrijednost	9

Prema tome, radi se o blago ljevostrano asimetričnoj distribuciji (Grafikon 6.1.) sličnoj normalnoj krivulji kako je utvrđeno pomoću Kolmogorov-Smirnov testa ($z = 1,225$ $N = 80$ $p = 0,099$). To onda znači da se vrijednosti nove sintetičke varijable mogu analizirati pomoću parametrijskih metoda analize.

Student s najmanje osvojena 2,5 boda nije točno izvršio procjenu ni na jednu od 9 tvrdnji, već je bodove prikupio djelomično točnim procjenama na 1., 11., 12., 14. i 20. tvrdnju. Student koji je najbolje izvršio samoprocjenu i time osvojio maksimalnih 9 bodova ispravno je dao vlastitu

procjenu na svih 9 tvrdnji. Najlošiji student odstupa od prosjeka za -2,83 standardne devijacije, dok najbolji student odstupa od prosjeka za +2,37 standardnih devijacija.

Razlikuje li se znanje o Alzheimerovoj bolesti kod studenata različitih godina studija, različitog spola, studentskog i radnog statusa te drugih nezavisne varijabli analizirano je t-testom kod onih nezavisnih varijabli koje imaju po dvije kategorije (primjerice spol) odnosno sa F-testom kod onih nezavisnih varijabli koje imaju po tri kategorije (primjerice godine studija). Za obje vrste provedenih testova rezultati su pregledno prikazani u Tablici 6.5.

R b	Varijabla	Grupa ispitanika	N ₁ N ₂	Aritm. sredin a	t ili F	p	Stat. znač.
1.	Godina studija	prva druga treća	22 17 41	5,93 5,79 6,20	0,722	0,489	
2.	Praktično znanje o Alz.bolesti	nema ima	33 47	5,77 6,22	1,604	0,113	
3.	Spol	muški ženski	5 75	6,00 6,04	0,069	0,945	
4.	Radni status	nezaposlen zaposlen	47 33	5,99 6,11	0,409	0,684	
5.	Studentski status	redovni izvanredni	18 62	6,31 5,96	1,034	0,304	
6.	Studentski i radni status	redovni studenti izvanr.nezaposl. izvanr.zaposleni	18 29 33	6,31 5,79 6,11	1,019	0,366	

Tablica 6.5., Rezultati analize razlika u znanju o Alzheimerovoj bolesti studenata različitih kategorija-grupa (N = 80)

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

Zaključci na osnovu rezultata prezentiranih u Tablici 6.5. su sljedeći:

1. Anketirani studenti treće godine studija pokazali su najveće znanje o Alzheimerovoj bolesti, dok su studenti druge godine pokazali najmanje. Međutim, ta razlika u razini znanja nije dovoljno velika da bi se mogla smatrati statistički značajnom ($p = 0,489$).
2. Anketirani studenti koji su na bilo koji način imali iskustva u liječenju Alzheimerove bolesti (u obitelji, na praksi, na poslu i sl.) pokazali su u ovoj anketi (očekivano) veće znanje o toj bolesti od onih koji nisu imali takvo iskustvo. Ponovno, ta razlika u razini znanja nije dovoljno velika da bi se smatrala statistički značajnom ($p = 0,113$).
3. Anketirane studentice pokazale su u anketi neznatno veće poznavanje problematike

Alzheimerove bolesti u odnosu na malobrojne anketirane studente. I ta razlika nije dovoljno velika da bi se mogla smatrati statistički značajnom ($p = 0,945$).

4. Zaposleni anketirani studenti sestrinstva pokazali su bolje znanje od nezaposlenih studenata. Ipak, i ta razlika na razini znanja nije dovoljno velika da bi se smatrala statistički značajnom ($p = 0,684$).
5. Redovni studenti sestrinstva su u provedenoj anketi pokazali višu razinu znanja od izvanrednih studenata. No, navedena razlika nije dovoljno velika da bi se mogla smatrati statistički značajnom ($p = 0,304$).
6. Redovni studenti sestrinstva pokazali su u odnosu na izvanredne zaposlene, a osobito u odnosu na izvanredne nezaposlene studente, višu razinu znanja. Međutim, istaknuta razlika između tih triju skupina studenata nije dovoljno velika da bi se smatrala statistički značajnom ($p = 0,366$).

3) Deskriptivna i inferencijalna statistička analiza podataka o stavovima

Od 20 tvrdnji, koliko ih je sadržavala anketa, 11 njih je bilo vezano uz stavove prema Alzheimerovoj bolesti i oboljelima. Na te su tvrdnje mogući odgovori bili (isto kao kod znanja):

- 1 - uopće se ne slažem
- 2 - djelomično se slažem
- 3 - u potpunosti se slažem.

Slaganje je u svih tih 11 tvrdnji izražavano u tri stupnja kojima su pridružene rang vrijednosti 1, 2 i 3. U Tablici 6.2. iznesene su apsolutne frekvencije dobivene anketom, dok su u Tablici 6.3. za iste tvrdnje prezentirani deskriptivni pokazatelji. Kod tvrdnji o stavovima (u Tablici 6.2. označena sa S) većina odgovora (njih sedam) je navedena pod „uopće se ne slažem“. Izuzetak su sljedeće četiri tvrdnje;

tvrdnja 10: „*Glavni problem oboljelih od Alzheimerove bolesti je njihova zaboravljivost i neprepoznavanje članova obitelji*“ gdje je većina procjena pod „u potpunosti se slažem“;

tvrdnja 15: „*Osoba s Alzheimerovom bolešću je opasna za sebe i svoju okolinu*“ gdje je većina procjena pod „djelomično se slažem“;

tvrdnja 18: „*Domovi za starije i nemoćne nerado zbrinjavaju osobe oboljele od Alzheimerove bolesti*“ gdje je većina procjena pod „djelomično se slažem“.

tvrdnja 19: „Zdravstveni djelatnici češće vrše stigmatizaciju oboljelih osoba nego ostali“ gdje je većina procjena pod „djelomično se slažem“.

Prema tome, navedene četiri tvrdnje u Tablici 6.3. imaju veće prosječne vrijednosti (veću prihvatljivost) u odnosu na ostalih sedam tvrdnji.

Radi pravilne interpretacije deskriptivnih pokazatelja u Tablici 6.3. treba naglasiti da postoje dvije vrste tvrdnji:

- tvrdnje koje su negativno formulirane (tvrdnje 2, 3, 4, 5, 8, 10, 15, 18 i 19) i
- tvrdnje koje su pozitivno formulirane (tvrdnje 6 i 7).

Iz tog razloga, veće prihvaćanje negativno formuliranih tvrdnji znači veću stigmatizaciju osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti. Manje prihvaćanje pozitivno formuliranih tvrdnji također znači veću stigmatizaciju osoba.

Kako bi se sažeto izrazile procjene na tvrdnje (stavove) o Alzheimerovoj bolesti, također je primijenjen sustav bodovanja za tvrdnje. Za 9 negativno formuliranih tvrdnji dodijeljeno je:

- 0 bodova za odgovor „uopće se ne slažem se“
- 0,5 bodova za odgovor „djelomično se slažem“ i
- 1 bod za odgovor „u potpunosti se slažem“.

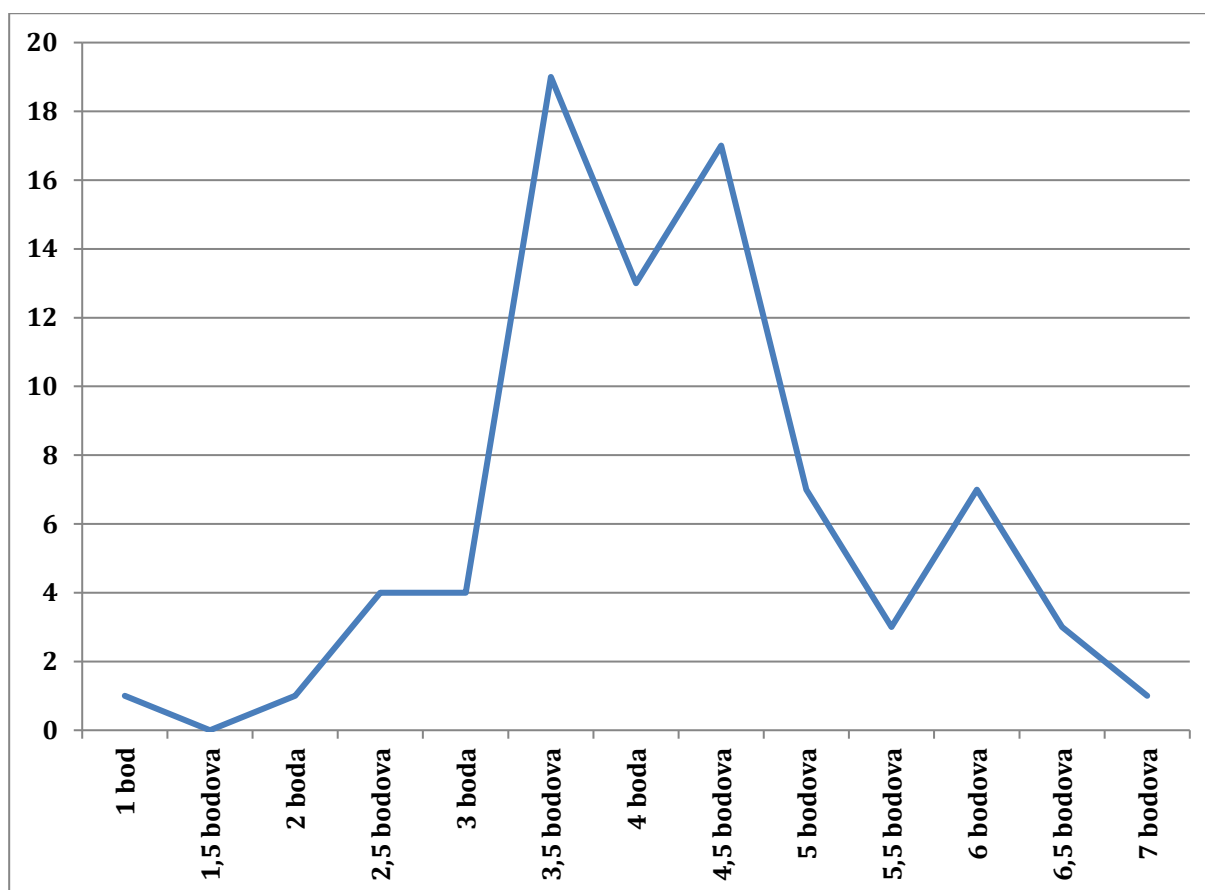
Za dvije pozitivno formulirane tvrdnje (tvrdnje 6 i 7) napravljeno je obrnuto:

- 1 bod za odgovor „uopće se ne slažem se“
- 0,5 bodova za odgovor „djelomično se slažem“ i
- 0 bodova za odgovor „u potpunosti se slažem“.

Iz toga je vidljivo kako manje skupljenih bodova znači manju stigmatizaciju, a više skupljenih znači veću stigmatizaciju. Ovakvim načinom bodovanja stavova svakog studenta moguće je (teoretski) osvojiti najmanje 0 bodova, a najviše 11. Na opisani način utvrđeni su bodovi te je na osnovu zbroja tih bodova kod svakog studenta formirana nova numerička varijabla nazvana „razina stigmatizacije“. Ta varijabla daje distribuciju vrijednosti koja je prikazana u Tablici 6.6 te Grafikonom 6.2.

Broj bodova	Broj stud.
1,0	1
1,5	-
2,0	1
2,5	4
3,0	4
3,5	19
4,0	13
4,5	17
5,0	7
5,5	3
6,0	7
6,5	3
7,0	1
Ukupno	80

Tablica 6.6., Bodovi za stigmatizaciju osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti kod anketiranih studenata (N = 80)



Grafikon 6.2., Distribucija anketiranih studenata prema broju bodova u stigmatizaciji oboljelih od Alzheimerove bolesti ($N = 80$)

Za distribuciju studenata prema broju utvrđenih bodova u stigmatizaciji oboljelih, koja je prikazana u Tablici 6.6., izračunati su sljedeći deskriptivni pokazatelji:

prosječni broj bodova	4,25
medijan	4
mod	3,5
standardna devijacija	1,12
koeficijent varijacije	26%
minimalna vrijednost	1
maksimalna vrijednost	7

Prema tome, radi se o blago desnostrano asimetričnoj distribuciji (Grafikon 6.2.) sličnoj normalnoj krivulji kako je utvrđeno pomoću Kolmogorov-Smirnov testa ($z = 1,336$ $N = 80$ $p = 0,056$). To znači da se vrijednosti varijable „stigmatizacija oboljelih“ mogu analizirati pomoću parametrijskih metoda analize.

Student s najmanje utvrđenim jednim bodom za stigmatizaciju dobio je po 0,5 bodova za tvrdnje 7 i 18 na koje je odgovorio „djelomično se slažem“. Student kojem je utvrđeno najviše

bodova za stigmatizaciju stekao ih je sljedećim odgovorima:

„uopće se ne slažem“ kod tvrdnji 6 i 7,

„djelomično se slažem“ kod tvrdnji 3 i 5, te

„u potpunosti se slažem“ kod tvrdnji 10, 15, 18 i 19.

Student s najmanjom stigmatizacijom u odnosu na ostale studente odstupa od prosjeka za -2,90 standardnih devijacija ($1 - 4,25 / 1,12 = -2,90$), dok student s najvećom stigmatizacijom odstupa od prosjeka za +2,46 standardnih devijacija ($7 - 4,25 / 1,12 = 2,46$).

Razlikuje li se stigmatizacija oboljelih od Alzheimerove bolesti kod studenata različitih godina studija, različitog spola, studentskog i radnog statusa te drugih nezavisnih varijabli analizirano je t-testom kod onih nezavisnih varijabli koje imaju po dvije kategorije (primjerice spol) odnosno s F-testom kod onih nezavisnih varijabli koje imaju po tri kategorije (primjerice godine studija). Za obje vrste provedenih testova rezultati su pregledno prikazani u Tablici 6.7.

R b	Varijabla	Grupa ispitanika	N ₁ N ₂	Aritm. sredina	t ili F	p	Stat. znač.
1.	Godina studija	prva druga treća	22 17 41	4,00 4,56 4,26	0,722	0,489	
2.	Praktično znanje o Alz.bolesti	nema ima	33 47	4,08 4,37	1,166	0,247	
3.	Spol	muški ženski	5 75	3,90 4,27	0,718	0,475	
4.	Radni status	nezaposlen zaposlen	47 33	4,44 3,99	1,795	0,076	
5.	Studentski status	redovni izvanredni	18 62	4,67 4,13	1,034	0,304	
6.	Studentski i radni status	redovni nezap. izvanr.nezap izvanr.zaposleni	18 29 33	4,67 4,29 3,99	2,252	0,112	

Tablica 6.7., Rezultati analize razlika u stigmatizaciji oboljelih od Alzheimerove bolesti kod studenata različitih kategorija-grupa (N = 80)

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

Zaključci na osnovu rezultata prezentiranih u Tablici 6.7. su sljedeći:

1. Studenti druge godine studija pokazali su najjače izraženu stigmatizaciju oboljelih od Alzheimerove bolesti, dok su studenti prve godine pokazali najmanju stigmatizaciju. Međutim, ta razlika u razini stigmatizacije nije dovoljno velika da bi se mogla smatrati statistički značajnom ($p = 0,489$).

2. Studenti koji su na bilo koji način imali iskustva u radu s oboljelima od Alzheimerove bolesti (u obitelji, na praksi, na poslu i sl.) pokazali su veću stigmatizaciju oboljelih od onih koji nemaju takvo iskustvo. No, ta razlika u jačini stigmatizacije nije dovoljno velika da bi se mogla smatrati statistički značajnom ($p = 0,247$).
3. Ispitanici ženskog spola pokazali su jaču stigmatizaciju Alzheimerove bolesti u odnosu na mali broj anketiranih ispitanika muškog spola. Međutim, ni ta razlika nije dovoljno velika da bi se mogla smatrati statistički značajnom ($p = 0,475$).
4. Studenti sestrištva koji su nezaposleni pokazali su jaču stigmatizaciju od zaposlenih studenata. Ipak, i ta razlika nije dovoljno velika da bi se smatrala statistički značajnom ($p = 0,076$).
5. Redovni su studenti pokazali viši stupanj stigmatizacije od izvanrednih studenata. No, ta razlika u razini znanja nije dovoljno velika da bi se smatrala statistički značajnom ($p = 0,304$).
6. Redovni studenti sestrištva pokazali su u odnosu na izvanredne nezaposlene, a osobito u odnosu na izvanredne zaposlene, viši stupanj stigmatizacije. Međutim, ta razlika u razini stigmatizacije između tih triju skupina studenata nije dovoljno velika da bi se mogla smatrati statistički značajnom ($p = 0,112$).

Na kraju treba navesti i rezultat izračunavanja neparametrijskog koeficijenta korelacije između varijabli „znanje“ i „stigmatizacija“. Spearmanov koeficijent korelacije iznosi 0,395 i statistički je značajan ($N = 80$ $p < 0,001$). Prema tome, **postoji pozitivna povezanost** između tih varijabli. Uz nižu razinu znanja u prosjeku je i manja stigmatizacija, dok je uz višu razinu znanja u prosjeku veća stigmatizacija.

7. Rasprava

U ovom radu analizirali su se rezultati dobiveni putem internet ankete među studentima sestrinstva svih godina studija na Sveučilištu Sjever. Podatci dobiveni osnovnim dijelom ankete pokazali su kako svega 6 studenata ima u obitelji osobu oboljelu od Alzheimerove bolesti ili neke druge demencije, dok ostalih, njih 74, nema. To se poklapa s istraživanjem autora Scerri i Scerri (2012) u čijem je istraživanju znatno većeg uzorka (N=280) jednako tako sudjelovalo više studenata, njih 234, koji nisu imali slučaj Alzheimerove bolesti ili neke druge demencije u obitelji. Nadalje, od 80 studenata, 47 (59%) ima praktično iskustvo u radu s oboljelima od Alzheimerove bolesti, a čak 5 studenata ima i praktično iskustvo u radu s oboljelima i ima oboljelog u obitelji. Isto tako, u istraživanju autora Scerri i Scerri (2012) većina ispitanih studenata (219) ima praktično iskustvo rada s oboljelima od Alzheimerove bolesti i drugih demencija.

Prema učestalosti pojave pojedinih odgovora, na nekoliko tvrdnji pronađene su značajnije frekvencije. Na prvu tvrdnju *Alzheimerova bolest se može javiti isključivo u starijoj životnoj dobi*, većina se studenata djelomično složila s njom. To je pomalo zabrinjavajući podatak, s obzirom na činjenicu kako bi studenti sestrinstva, uz stručnu literaturu koja im je na raspolaganju, trebali imati višu razinu znanja koja bi umanjila takvu tipičnu stigmatizaciju oboljelih. Na devetu su tvrdnju *Na početku bolesti osoba ima očuvano dugotrajno pamćenje i društveno prihvatljivo ponašanje* jednako tako većinom odgovorili kako se djelomično slažu s navedenim. Ponovno se radilo o tvrdnji koja je odraz znanja koje bi trebalo prevenirati stigmatizaciju, ali prema navedenim rezultatima vidljivo je kako studenti nisu dovoljno sigurni u relevantne činjenice koje bi tome pridonijele. Deseta tvrdnja *Glavni problem oboljelih od Alzheimerove bolesti je njihova zaboravljivost i neprepoznavanje članova obitelji* predstavlja stav koji članovi obitelji oboljelih najčešće prikazuju kao tipičnu predrasudu okoline s kojom se moraju nositi. Frekvencije pokazuju kako većina studenata sestrinstva, jednako kao i okolina, stigmatizira oboljele, vjerujući kako je zaboravljivost i neprepoznavanje članova obitelji njihov najveći problem. Time se pokazalo kako studenti ne razumiju najbolje problematiku oboljelih, jer kad bi je razumjeli, znali bi da problem Alzheimerove bolesti seže mnogo dublje od neprepoznavanja i zaboravljivosti. Na četrnaestu tvrdnju *Osoba oboljela od Alzheimerove bolesti pati od gubitka samopoštovanja radi diskriminacije drugih osoba iz okoline* većinski se dio studenata djelomično složio s tom tvrdnjom. Iako je za očekivati da će se studenti sestrinstva u potpunosti složiti s navedenom činjenicom, to ovdje nije bio slučaj. Studenti su se uglavnom djelomično složili i s petnaestom tvrdnjom *Osoba s Alzheimerovom bolešću je opasna za sebe i svoju okolinu*. Ovdje se radi o jednom od najgorih oblika stigmatizacije, što rezultira socijalnim

povlačenjem, samim time odustajanjem od socijalne integracije. Djelomičnim slaganjem s tvrdnjom studenti pokazuju kako su jednim dijelom svjesni težine takve stigme, ali joj se opet ne mogu dovoljno oduprijeti. Velika se većina ispitanika djelomično složila i sa šesnaestom tvrdnjom *Pojava Alzheimerove bolesti prije 60. godine života nerijetko iziskuje odlazak u prijevremenu mirovinu*. Riječ je o ispravnoj tvrdnji, jer Alzheimerova bolest s ranim početkom doista ima maligniji tijek što značajno utječe na obavljanje svakodnevnih aktivnosti, među koje spada i savjesno obavljanje posla na radnom mjestu. Procjene koje su dali studenti nisu idealne, već su pokazatelj nedovoljnog znanja. Na devetnaestu tvrdnju *Zdravstveni djelatnici češće vrše stigmatizaciju oboljelih osoba nego ostali* većina se studenata djelomično složila s njom, međutim razlika spram onih koji se s tim uopće ne slažu je minimalna. Moguć razlog takvom omjeru frekvencija je to što su anketu ispunjavali samo studenti sestrištva koji teško mogu biti objektivni po tom pitanju.

Ispunjavanjem ankete, studenti su vršili samoprocjenu na tvrdnje koje su se odnosile na znanje i stavove. Devet tvrdnji koje su predstavljale znanje, studentima su mogle donijeti maksimalno 9 bodova. Dobivenim rezultatima uočilo se kako je najviše studenata, njih 18, skupilo 6 bodova, čime su pokazali solidnu razinu znanja. Najmanji broj bodova, svega 2,5, imao je samo jedan student, koji je bodove prikupio kroz djelomično slaganje s tvrdnjama, što ga čini sudionikom istraživanja s najmanje znanja, dok je troje studenata imalo maksimalnih 9 bodova. Temeljem svih prikupljenih bodova može se reći kako su rezultati poprilično loši jer studenti nisu pokazali visoku razinu znanja na tvrdnjama koje su mogle pridonijeti smanjenju stigmatizacije. Glede konkretno stigme, anketa je sadržavala jedanaest tvrdnji sa stavovima, gdje je samoprocjenama ostvarenje od 0 bodova najbolji mogući ishod bodovanja. Naime, manji broj bodova znači malu ili nikakvu stigmatizaciju, dok visok broj bodova, odnosno maksimalnih 11, predstavlja visoku stigmatizaciju Alzheimerove bolesti i oboljelih. Među ispitanicima, ni jedan student nije ostvario maksimalan broj bodova, što je vrlo dobro. Međutim, najvišu razinu stigmatizacije, pokazao je jedan student s prikupljenih 7 bodova, a za njim slijedi troje studenata s 6,5 i sedmero sa 6 bodova. Većina je studenata (19) ostvarila 3,5 boda, što predstavlja djelomično stigmatiziranje oboljelih. Nadalje, 17 studenata ima 4,5 boda, što je blizu središnjoj vrijednosti koja upućuje na neprihvatljivu razinu stigmatizacije od strane polaznika studija sestrištva. Takvim bodovima studenti ne pokazuju da svojim znanjem i djelovanjem u profesiji pridonose smanjenju predrasuda i diskriminacije oboljelih od Alzheimerove bolesti. Najbolji je rezultat ostvario student koji ima svega 1 bod, a te je bodove skupio kroz dvije tvrdnje s kojima se djelomično složio. Iz toga se vidi kako je kod tog ispitanika gotovo neprisutna stigma. Ni jedan student nije ostvario idealan broj bodova, odnosno 0. Prema tome, 80 sudionika

istraživanja pokazalo je kako je ipak veći broj studenata koji vrše stigmatizaciju od onih koji to rade u vrlo niskim razinama.

Temeljem rezultata inferencijalne statistike pokazalo se kako studenti sestrinstva treće godine imaju najviše znanja o Alzheimerovoj bolesti, no neočekivano studenti druge godine su ti koji imaju najmanje znanja, iako je razlika između njih ($\bar{x}=5,79$) i prve godine ($\bar{x}=5,93$) minimalna. Razlike koje su pojavile u razini znanja među studentima različitih godina studija nisu dovoljno velike kako bi se smatrale statistički značajnim ($p=0,489$). Temeljem vrijednosti F-testa, prva hipoteza, „Studenti sestrinstva viših godina imaju više znanja o Alzheimerovoj bolesti i njezinoj problematici.“, nije potvrđena. Potpuno nenadano, pokazalo se kako studenti druge godine ($\bar{x}=4,56$) najviše vrše stigmatizaciju oboljelih, dok studenti prve godine ($\bar{x}=4,00$) to čine najmanje. To je još jedno iznenađenje s obzirom na to kako se očekivalo da će treća godina ($\bar{x}=4,26$) studija sestrinstva zbog odslušanih kolegija, odrađenih vježbi u bolnici, a možda već i kakvog iskustva, pokazati najveću otpornost prema stigmi. Međutim, kao što se vidi, tome nije bilo tako. No, kako razlika među godinama studija nije bila dovoljna ($p=0,489$), ne može se govoriti o statistički značajnoj razlici. Prema tome, druga hipoteza „Studenti viših godina studija sestrinstva manje stigmatiziraju oboljele od Alzheimerove bolesti“, vrijednostima F-testa nije potvrđena.

Nadalje, rezultati pokazuju kako studenti koji su imali iskustvo rada s oboljelima od Alzheimerove bolesti, posjeduju veće znanje o spomenutoj bolesti i njezinoj problematici od onih studenata koji nemaju takvo iskustvo. Međutim, ta se razlika ne može smatrati statistički značajnom ($p=0,113$). Ovaj se dio odnosi na treću hipotezu „Studenti sestrinstva koji imaju oboljelog člana obitelji od Alzheimerove bolesti i/ili iskustva s oboljelima, posjeduju veće znanje o bolesti i njezinoj problematici.“, koja prema t-testu nije potvrđena. Neočekivani su rezultati koji pokazuju kako studenti s iskustvom rada s oboljelima ($\bar{x}=4,37$), što bi trebalo pridonijeti smanjenju predrasuda, ipak više stigmatiziraju od onih koji nemaju praktično iskustvo ($\bar{x}=4,08$). To se ne poklada s istraživanjem autora Scerri i Scerri (2012) čiji rezultati pokazuju da više iskustva rada s oboljelima, označava više pozitivnih stavova i manju stigmatizaciju prema njima. Kako se i ovdje radi o maloj razlici, ona nije statistički značajna ($p=0,247$). Četvrta hipoteza, koja je glasila, „Studenti sestrinstva koji imaju oboljelog člana obitelji od Alzheimerove bolesti i/ili iskustva s oboljelima, manje vrše stigmatizaciju“, time nije potvrđena.

Gledajući odnos između spolova, primijetilo se kako ispitanici ženskog spola ($\bar{x}=6,04$) pokazuju neznatno višu razinu poznavanja problematike Alzheimerove bolesti, od pripadnika suprotnog spola ($\bar{x}=6,00$). Kako to nije dovoljno velika razlika, statistička vrijednost $p=0,945$ nije statistički značajna. Glede stigmatizacije, ispitanici ženskog spola ($\bar{x}=4,27$) prema rezultatima vrše veću stigmatizaciju od pripadnika muškog spola ($\bar{x}=3,90$). Međutim, takav

raspored ne čudi s obzirom na jako mali broj ispitanika muškog spola u istraživanju. Time razlika nije dovoljna, pa nije ni statistički značajna ($p=0,475$).

U odnosu na radni status, očekivano je da su zaposleni studenti sestrinstva ($\bar{x}=6,11$) pokazali veću razinu znanja od nezaposlenih ($\bar{x}=5,99$). Iako se radi o nekoj razlici, ona nije statistički značajna ($p=0,684$). Zanimljivo je što gledajući status studiranja, redovni studenti ($\bar{x}=6,31$), pokazuju višu razinu znanja od izvanrednih studenata sestrinstva ($\bar{x}=5,96$). Kako se radi o istom nastavnom planu i programu, gdje nema nikakvih razlika osim u plaćanju troškova studija, zabrinjavajuće je što izvanredni studenti pokazuju nižu razinu znanja, bez obzira na to što ta razlika nije statistički značajna ($p=0,304$). Kao što je i očekivano, studenti koji nisu zaposleni, više stigmatiziraju ($\bar{x}=4,44$) od onih koji imaju radno iskustvo ($\bar{x}=3,99$). Međutim, bez obzira na radno iskustvo, s obzirom na odabir budućeg posla, studentima radni status ne bi trebao predstavljati presudni kriterij za smanjenje stigmatizacije. Ipak, ni ta razlika nije dovoljno velika za statističku značajnost ($p=0,076$). Iznenadjenje je što redovni studenti ($\bar{x}=4,67$) više vrše stigmatizaciju od izvanrednih ($\bar{x}=4,13$), što može biti povezano i s radnim iskustvom, jer redovno studiranje ne nudi mogućnost paralelnog zaposlenja. Ni ovdje nije pronađena statistički značajna razlika ($p=0,304$).

Na kraju su rezultati pokazali kako kroz statistički značajnu razliku postoji korelacija između znanja i stigmatizacije. Iako je za očekivati pozitivnu povezanost između više razine znanja i niže stigmatizacije, i obrnuto, ovim se istraživanjem pokazalo kako niža razina znanja znači nižu stigmatizaciju, dok je viša razina znanja povezana s većom stigmatizacijom Alzheimerove bolesti te oboljelih.

8. Zaključak

Rezultati istraživanja pokazali su kako studenti treće godine sestriinstva posjeduju najviše znanja o Alzheimerovoj bolesti, međutim, nisu ti koji vrše najmanje stigmatizacije, već je to slučaj sa studentima prve godine, što je ujedno i najveće iznenađenje ovog istraživanja. S druge strane, studenti druge godine osim što posjeduju najmanje znanja, pokazuju i najviše stigmatizacije prema oboljelima od Alzheimerove bolesti, što bi moglo označavati povezanost razine znanja i stigmatizacije. Nadalje, studenti koji imaju člana obitelji ili praktično iskustvo rada s oboljelima od Alzheimerove bolesti, pokazuju više znanja, ali nažalost i stigmatizacije, od studenata koji nemaju takvu situaciju i/ili iskustvo, iako je za očekivati da će više razine stigme biti izraženije kod onih koji nemaju iskustvo rada ili poznanstva s oboljelima. Glede radnog statusa, zaposleni studenti imaju više znanja i manje stigmatiziraju od studenata koji nisu u radnom odnosu. Nadalje, redovni studenti imaju više znanja od izvanrednih studenata, što je zabrinjavajuće, s obzirom na činjenicu da svi studenti, imali redovni ili izvanredni status, pohađaju predavanja i polažu ispite po istom nastavnom planu i programu. Međutim, unatoč višim razinama znanja, studenti redovnog preddiplomskog studija sestriinstva više stigmatiziraju od izvanrednih studenata istog smjera.

Sve navedene razlike među studentima nisu dovoljno velike, stoga se ni jedna nije pokazala statistički značajnom. Jedina statistička značajnost pronađena je u pozitivnoj povezanosti znanja i stavova (stigme), no u potpuno neočekivanom odnosu. Naime, više razine znanja povezane su s više stigmatizacije, dok su manje razine znanja u korelaciji s manjom stigmatizacijom oboljelih od Alzheimerove bolesti. Uz to, ni jedna od četiri polazne hipoteze nije potvrđena.

Svi navedeni rezultati vjerojatno su više odraz slučajnosti nego stvarnog stanja. Razlog tome je glavni nedostatak ovog istraživanja, a to je vrlo mali uzorak ispitanika (N=80). Prema tome, kako bi buduća istraživanja na tu tematiku bila pouzdanija, potreban je znatno veći uzorak.

Unatoč navedenim nedostacima, ovo je istraživanje pokazalo kako je stigma Alzheimerove bolesti i dalje problem u društvu, u ovom slučaju među budućim i sadašnjim zdravstvenim djelatnicima, o čemu su govorile i autorice Urbanska, Szczesniak i Rymaszewska (2015). Moguće je da studenti nisu svjesni stigme koju vrše nad oboljelima od Alzheimerove bolesti, što zbog neznanja, što zbog medija koji nerijetko promoviraju klasične stigmatizacijske poruke o oboljelima. Vidljiva je potreba što bolje edukacije studenata od najranijih početaka jer je znanje jedino učinkovito sredstvo borbe protiv nepravedne stigmatizacije oboljelih od Alzheimerove bolesti. Ako zdravstveni djelatnici stigmatiziraju, kako očekivati od društva da ne čini isto?

9. Literatura

- [1] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf, dostupno 16.07.2016.
- [2] L. Berk: Psihologija cjeloživotnog razvoja, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2008.
- [3] V. Poreddi, B. D Carpenter, S. Gandhi, R. Chandra i S. BadaMath: Knowledge and attitudes of undergraduate nursing students toward dementia: An Indian perspective, *Invest Educ Enferm.*, 33(1), 2015, str. 519-258.
- [4] D. Begić, V. Jukić, V. Medved i sur.: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
- [5] D. Ostojić, D. Vidović, A. Bačeković, P. Brečić i V. Jukić: Prevalence of anxiety and depression in caregivers of Alzheimer's dementia patients, *Acta Clinica Croatica*, 53(1), 2014, str. 17-21
- [6] N. Mimica, M. Kušan Jukić, P. Presečki i sur.: Hrvatska strategija borbe protiv Alzheimerove bolesti i drugih demencija – prijedlog nacrtu uz nadopune, *Medix*, 117, 2015, str. 111-118.
- [7] K. Urbanska, D. Szczesniak i J. Rymaszewska: The stigma of dementia, *Postepy Psychiatrii i Neurologii*, 24 (4), 2015, str. 225-230.
- [8] N. Mukadam i D. Livingston: Reducing the stigma associated with dementia: Approaches and goals, *Aging Health*, 8(4), 2012, str. 377-386.
- [9] A. Puljak, G. Perko, D. Mihok, H. Radašević i S. Tomek – Roksandić: Alzheimerova bolest kao gerontološki javnozdravstveni problem, *Medicus*, 14(2), 2005, str. 229-235.
- [10] <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012ExecutiveSummary.pdf>, dostupno 18.07.2016.
- [11] K. Poeck: Neurologija, Školska knjiga, Zagreb, 2000.
- [12] N. Mimica i P. Presečki: How do we treat people with dementia in Croatia, *Psychiatria Danubina*, 22 (2), 2010, str. 363-366.
- [13] M. Malnar, M. Košiček i S. Hećimović: Alzheimerova bolest: od molekularnog mehanizma do rane dijagnoze, *Medicina*, 45(3), 2009, str. 234-343.
- [14] N. Mimica: Demencija i palijativna skrb, *Neurologia Croatica*, 60(3-4), 2011, str. 119-122.
- [15] <http://www.alzheimer.hr/huab/o-udruzi/ciljevi-udruge/>, dostupno 26.07.2016.
- [16] C. A. Ganzer: Assessing Alzheimer's Disease and Dementia: Best Practices in Nursing Care, *Geriatric Nursing*, 28(6), 2007, str. 358-365.
- [17] <http://nurseslabs.com/alzheimers-disease-nursing-care-plans/>, dostupno 25.07.2016.
- [18] https://www.alz.org/national/documents/brochure_DCPRphases1n2.pdf, dostupno 25.07.2016.

[19] S. Sparks Ralph i C. M. Taylor: Sparks and Taylor's Nursing Diagnosis Pocket Guide, Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2011.

[20]http://www.iaud.ac.ir/dorsapax/userfiles/file/Daneshkadeh/Parastari_mamaei/Nursing%20Diagnoses%202015-2017%20-

[%20Definitions%20and%20Classification,%2010th%20Edition%20\(Nanda%20Internation.pdf,](http://www.iaud.ac.ir/dorsapax/userfiles/file/Daneshkadeh/Parastari_mamaei/Nursing%20Diagnoses%202015-2017%20-%20Definitions%20and%20Classification,%2010th%20Edition%20(Nanda%20Internation.pdf)

dostupno 24.07.2016.

[21] E. Schoenhofen Sharp i M. Gatz: The Relationship between Education and Dementia An updated Systematic Review, Alzheimer Disease & Associated Disorders, 25(4), 2011, str. 289-304.

Prilog

Poštovani,

cilj ovog istraživanja je utvrditi stavove studenata sestrinstva, kao budućih ili sadašnjih zdravstvenih djelatnika, o svakodnevno prisutnoj stigmi osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti.

Anketa je anonimna, a njome prikupljeni podatci koristit će se isključivo u svrhe završnog rada.

Hvala na suradnji!

Spol: M Ž

Završena godina:

- a) prva godina studija
- b) druga godina studija
- c) treća godina studija

Pohađate:

- a) redovni preddiplomski studij „Sestrinstva“
- b) izvanredni preddiplomski studij „Sestrinstva“

Radni status:

- a) zaposlen
- b) nezaposlen

Postoji li u Vašoj obitelji osoba oboljela od Alzheimerove bolesti ili nekog drugog oblika demencije? DA NE

Jeste li tijekom svog života imali iskustvo rada s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti ili neke druge demencije? DA NE

Anketa se sastoji od 20 tvrdnji kojima je cilj utvrditi stavove i svjesnost studenata o stigmatizaciji osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti. Označite broj koji se najviše odnosi na Vas i Vaš stav.

1 – uopće se ne slažem

2 – djelomično se slažem

3 – u potpunosti se slažem

1.	Alzheimerova bolest se može javiti isključivo u starijoj životnoj dobi.	1	2	3
2.	Alzheimerova bolest je normalno stanje za osobu starije životne dobi.	1	2	3
3.	Starije osobe nižeg obrazovanja češće obolijevaju od Alzheimerove bolesti.	1	2	3
4.	Alzheimerova bolest je kazna za loša djela tijekom života.	1	2	3
5.	Odgovornost za pojavu Alzheimerove bolesti je na oboljeloj osobi.	1	2	3
6.	Alzheimerovu bolest je moguće izliječiti lijekovima kao i svaku drugu.	1	2	3
7.	Terapija za Alzheimerovu bolest je lako dostupna i ekonomski prihvatljive cijene.	1	2	3
8.	Osoba s Alzheimerovom bolešću je neuredna i ne vodi brigu o osobnoj higijeni.	1	2	3
9.	Na početku bolesti osoba ima očuvano dugotrajno pamćenje i društveno prihvatljivo ponašanje.	1	2	3
10.	Glavni problem oboljelih od Alzheimerove bolesti je njihova zaboravljivost i neprepoznavanje članova obitelji.	1	2	3
11.	U uznapredovalom stadiju Alzheimerove bolesti potreban je neprestan nadzor oboljele osobe.	1	2	3
12.	Alzheimerova bolest dovodi do opsežnih odstupanja od normalnih socijalnih interakcija.	1	2	3
13.	Depresija i socijalna izolacija su najčešće reakcije oboljelih na simptome Alzheimerove bolesti.	1	2	3
14.	Osoba oboljela od Alzheimerove bolesti pati od gubitka samopoštovanja radi diskriminacije drugih osoba iz okoline.	1	2	3
15.	Osoba s Alzheimerovom bolešću je opasna za sebe i svoju okolinu.	1	2	3
16.	Pojava Alzheimerove bolesti prije 60. godine života nerijetko iziskuje odlazak u prijevremenu mirovinu.	1	2	3
17.	Incidencija obolijevanja od Alzheimerove bolesti nakon 80. godine je veća kod žena, radi epidemiološke činjenice kako žene žive duže od muškaraca.	1	2	3
18.	Domovi za starije i nemoćne nerado zbrinjavaju osobe oboljele od Alzheimerove bolesti.	1	2	3
19.	Zdravstveni djelatnici češće vrše stigmatizaciju oboljelih osoba nego ostali.	1	2	3
20.	Briga za oboljele od Alzheimerove bolesti je opterećenje koje dovodi do visokih razina simptoma depresije i anksioznosti.	1	2	3



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, Dario Ban pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada pod naslovom „Stavovi studenata sestrinstva Sveučilišta Sjever o stigmatizaciji Alzheimerove bolesti“ te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Dario Ban

(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, Dario Ban neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog rada pod naslovom „Stavovi studenata sestrinstva Sveučilišta Sjever o stigmatizaciji Alzheimerove bolesti“ čiji sam autor/ica.

Student/ica:
Dario Ban

(vlastoručni potpis)