

Stavovi studenata sestrinstva prema osobama sa demencijom

Osonjački, Doroteja

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:122:257608>

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

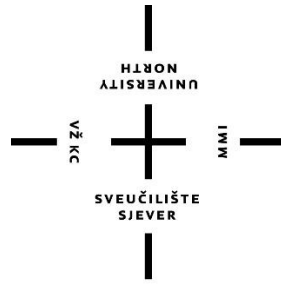
Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-05**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





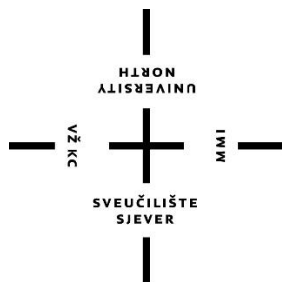
Sveučilište Sjever

Završni rad br. 764/SS/2016

Stavovi studenata sestrinstva prema osobama sa demencijom

Doroteja Osonjački, 5275/601

Varaždin, rujan 2016. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 764/SS/2016

**Stavovi studenata sestринства prema osobama sa
demencijom**

Student

Doroteja Osonjački, 5275/601

Mentor

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2016. Godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Doroteja Osonjački	MATIČNI BROJ	5275/601
DATUM	22.08.2016.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Stavovi studenata sestrinstva prema osobama sa demencijom		

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing students attitudes towards people with dementia
-----------------------------	---

MENTOR	Melita Sajko, dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
--------	-------------------------------	--------	----------

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

Zadatak završnog rada

BROJ	764/SS/2016
------	-------------

OPIS

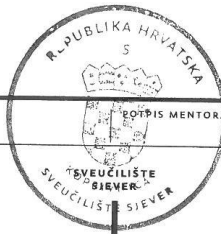
Zbog porasta broja starih ljudi raste i broj starijih osoba koje pate od degenerativnih bolesti mozga kao što je demencija. Demencija je posljedica oštećenja viših kortikalnih funkcija, među kojima se ističu simptomi 4A, odnosno amnezija, agnozija, apraksija i afazija zbog kojih nastaju poremećaji u bolesnikovim socijalnim i profesionalnim aktivnostima. Najčešći oblik bolesti uključuje sporo, ireverzibilno propadanje intelektualnih funkcija što naposljetku dovodi do smrtnog ishoda. Medicinska sestra ima značajnu ulogu u radu sa oboljelima od demencije. Pomoću stečenih znanja i vještina, ona djeluje kao zastupnik pacijentovih prava te svojim aktivnostima pomaže bolesnicima da razviju ili očuvaju za njih maksimalnu razinu samostalnosti.

U ovom radu će se:

- definirati pojam demencije
- opisati simptomi, uzroci, vrste, dijagnoza i liječenje demencije
- opisati najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije
- ispitati znanja i stavovi studenata sestrinstva prema osobama sa demencijom
- prikazati i analizirati rezultati dobiveni istraživanjem

ZADATAK URUČEN

25.08.2016.



Melita Sajko

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici Meliti Sajko, dipl.med.techn. na savjetima, idejama, kritičkim primjedbama, dostupnosti i strpljenju. Iznimno je zadovoljstvo biti pod vodstvom mentorice koja je uvijek spremna nesebično prenijeti svoja znanja. Isto tako, zahvaljujem svim profesorima i mentorima na ove tri godine prenošenja vlastitih znanja i iskustava koja su me učinila bogatijom osobom u svakom pogledu. Zahvalila bih se i svojim dragim kolegama sa kojima je bilo predivno provoditi ove godine. I na kraju, posebnu zahvalnost izražavam svojoj obitelji koja me uvijek potiče na još više, a uz mene je u svakom trenutku.

Sažetak

Demencija je oblik kroničnoga moždanog sindroma s višestrukim kognitivnim poremećajima, od kojih je najvažniji oštećenje pamćenja. Najčešći oblik bolesti uključuje sporo, ireverzibilno propadanje intelektualnih funkcija, koje je praćeno i drugim psihičkim te tjelesnim smetnjama. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u svijetu danas od demencije boluje čak 47,5 milijuna ljudi. Uzroka demencije ima mnogo, no osnovni uzrok je odumiranje stanica mozga, odnosno neurona. Najčešći je Alzheimerov tip demencije, a nastaje kao posljedica Alzheimerove bolesti. Klinička dijagnoza demencije temelji se na kliničkom pregledu bolesnika koji objedinjuje psihički status, anamnestičke i heteroanamnestičke podatke, laboratorijske pretrage te topografske i funkcionalne pretrage mozga. Ne postoji mogućnost izlječenja ove bolesti. Terapija se u najboljem slučaju odnosi na usporavanje razvoja simptoma. Medicinska sestra se često susreće sa pacijentima oboljelima od demencije i ima značajnu ulogu u njihovoj skrbi. Ona brine o njihovom duševnom i tjelesnom zdravlju, ima ulogu u provođenju edukacije, a intervencije koje provodi mijenja s obzirom na progresiju bolesti.

Cilj je ovog istraživanja bio ispitati znanja i stavove o demenciji. Istraživanje je provedeno među studentima sestrinstva Sveučilišta Sjever. Kao temelj ovog istraživanja, načinjena je anonimna online anketa koju su ispitanici rješavali putem društvenih mreža. Ispitivanjem je obuhvaćeno 93 studenta, a rezultati su obrađeni metodama deskriptivne statistike. Prema dobivenim rezultatima je vidljivo da su studenti sestrinstva o demenciji educirani u vrlo visokom postotku. Rezultati i obrađeni podaci istraživanja prikazani su u nastavku rada.

KLJUČNE RIJEČI: demencija, medicinska sestra, edukacija, studenti

Popis korištenih kratica

SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
SŽS	Središnji živčani sustav
AD	Alzheimerova demencija
DAT	Demencija Alzheimerovog tipa
VD	Vaskularna demencija
FTD	Frontotemporalna demencija
HIV	Virus humane imunodeficijencije
MMSE	Mini-Mental State Examination
CT	Kompjutorizirana tomografija
MR	Magnetska rezonanca
EEG	Elektroencefalografija

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Demencija.....	3
2.1. Etiologija demencije.....	3
2.3.1. Alzheimerova demencija (AD).....	6
2.3.2. Vaskularna demencija (VD).....	7
2.3.3. Frontotemporalna demencija (FTD).....	8
2.4. Dijagnoza demencije.....	9
2.5. Liječenje demencije.....	9
3. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod pacijenta sa demencijom.....	11
4. Ciljevi istraživanja.....	17
5. Ispitanici i metode rada.....	18
6. Rezultati.....	19
7. Rasprava.....	27
8. Zaključak.....	31
10. Prilozi.....	34

1. Uvod

Tijekom starenja događaju se brojne strukturalne i morfološke promjene u organizmu koje utječu na aktivnost svih tjelesnih organa i sustava. Tim su promjenama u većoj ili manjoj mjeri obuhvaćene sve životne funkcije koje su uvod u starost. Kronološka starost vrlo često nije dobra odrednica za biološku starost. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), starije su osobe u dobi od 60 do 75 godina, stare su osobe u dobi od 76 do 90 godina, a vrlo su stare osobe one starije od 90 godina. [1] Starije osobe nisu jedinstvena grupa, dapače što su ljudi stariji, to su različiti.

Bitno je razlikovati pojmove starenja i starost. Pod starenjem se podrazumijeva proces tijekom kojega se događaju promjene u funkciji dobi, a razlikuju se tri osnovna vida starenja (biološko, psihološko, socijalno). Primarno ili fiziološko starenje odnosi se na normalne, fiziološke procese koji su određeni unutarnjim, biološkim čimbenicima, a neizbježni su i posljedica su sazrijevanja ili protoka vremena. Sekundarno starenje odnosi se na patološke promjene i opadanje s godinama, koje je posljedica vanjskih čimbenika, uključujući bolest, okolišne utjecaje i ponašanje. Starost podrazumijeva posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku pojedinca, koje se može odrediti prema kronološkoj dobi, socijalnim ulogama ili funkcionalnom statusu. [2]

Starenjem sposobnost regeneracije organizma značajno opada, biološke funkcije organizma su smanjene. Koža gubi elastičnost, postaje suha zbog smanjenja funkcije znojnih i supkutanih žlijezda, ali i zbog smanjenja cirkulacije krvi kroz kožu. Koža postaje tanja i osjetljivija na površnije ozljede i infekcije. Time se mijenja i vanjski izgled, posebice lica, što je posljedica gubitka elasticiteta kože. S godinama se smanjuje koštana masa, što je posljedica osteoporoze, a te promjene uzrokuju smanjenje visine kralježaka, kao i ukupne visine osobe. Osteoporoza uzrokuje i veću osjetljivost kostiju na prijelome i fizičke ozljede. Osjetila postaju manje osjetljiva s godinama zbog gubitka osjetilnih stanica, a sve se odražava na smanjenu reaktivnost i sporiji odgovor na podražaje.

Kao posljedica starenja javljaju se i psihološke promjene. Pamćenje i učenje osiguravaju osobu da registrira, opservira i prisjeti se proživljenih situacija. U uobičajenim situacijama sposobnost učenja nije narušena, no mogu se javiti problemi u vezi sa smanjenom sposobnosti percepcije i kontrole pažnje i motivacije. [1] Oko 5% starijih osoba, te oko 20% starijih od 80

godina pogođeno je poremećajima kognitivnih sposobnosti. Jedan od najčešćih poremećaja je demencija, odnosno opadanje mentalnih funkcija, koja se javlja u nekoliko oblika i zbog različitih uzroka. Demencija je progresivna i neizlječiva bolest, a završava smrću. Bolest razara moždane stanice i moždano tkivo. Značajke demencije su propadanje i gubitak pamćenja, pogoršanje intelektualnog i tjelesnog funkcioniranja te promjene ličnosti, što se sve odražava na ukupni život bolesnika i njegove obitelji. Javlja se u starijoj životnoj dobi, ali nije normalna pojava u starenju, već teška bolest. [2]

U prvom dijelu ovoga rada biti će opisana demencija, simptomi, vrste, dijagnoza, liječenje, najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije koje medicinska sestra koristi u radu s oboljelima od demencije.

Drugi dio rada biti će usmjeren na istraživanje. Razina znanja i stavovi prema demenciji u ovom radu biti će obrađeni kroz fundamentalno istraživanje provedeno anketnim upitnikom pod nazivom „Znanja i stavovi studenata o demenciji“ na 93 studenta. Anketom će se prikazati i analizirati podaci o stavovima i znanju ispitanika. Za izradu ovog istraživanja, korištena je anonimna online anketa sa zatvorenim i otvorenim pitanjima koju su ispitanici rješavali putem društvenih mreža, te podaci iz stručne medicinske literature. Primjer anketnog upitnika, kao i popis korištene literature nalaze se na kraju rada.

2. Demencija

Demencija je stečeno propadanje kognitivnih funkcija koje onemogućuje uspješno obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Nastaje zbog poremećaja u neuronskim krugovima i zbog ukupnoga gubitka neurona u specifičnim područjima mozga. Pamćenje je kognitivna sposobnost koja se najčešće gubi, ali i ostale su kognitivne funkcije također zahvaćene: orijentacija, pažnja, govor, percepcija, apstraktno mišljenje, računanje, prosuđivanje, procjenjivanje i rješavanje problema, motorne i izvršne funkcije. Neuropsihijatrijski i socijalni poremećaji koji se pojavljuju u demenciji mogu dovesti do depresije, povlačenja u sebe, halucinacija, deluzija, agitacije, insomnije i dezinhibicije. Uobičajeni je tijek demencija progresivan. [3]

Učestalost demencija je između 1,5 i 7% u populaciji nakon 65 godina života te oko 30% u populaciji starijoj od 85 godina. Od svih demencija 80 do 90% čine primarne demencije, a 10 do 20% sekundarne. Najčešće su Alzheimerova (50 do 60% svih demencija) i vaskularna demencija (10 do 20% svih demencija). Demencija se pojavljuje s bolešću koja je primarno izaziva (Parkinsonova, Wilsonova, cerebrovaskularna i druge), s epilepsijom, multiplom sklerozom.[4] Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u svijetu danas od demencije boluje čak 47,5 milijuna ljudi. Svake godine se bilježi 7,7 milijuna novih slučajeva. Predviđa se da će do 2030. godine broj oboljelih narasti na 75,6 milijuna, a do 2050. na čak 135,5 milijuna. [5] Demencija ne predstavlja jedinstvenu bolest, već postoje brojni uzroci koji dovode do oštećenja postojećih umnih sposobnosti. Većina demencija posljedica je napredujućih oštećenja mozga koja se danas dostupnim metodama liječenja ne mogu popraviti ili značajnije zaustaviti. [6] To je kronična progresivna bolest što znači da tijekom godina dolazi do sve većeg propadanja psihičkih funkcija, da osoba sve slabije funkcionira i postaje sve ovisnija o skrbi drugih. Rijetko se događa zaustavljanje intelektualnog propadanja, a još rjeđe oporavak. Obično nakon 10 do 15 godina trajanja demencije nastupa smrtni ishod. [4]

2.1. Etiologija demencije

Uzroka demencije ima mnogo, no osnovni uzrok je odumiranje stanica mozga, odnosno neurona. Neuroni su jedine stanice u našem tijelu koje nemaju mogućnost obnove. Odumrli neuroni više nikada neće povratiti svoju funkciju, a zahvaćeno područje će atrofirati.

Neuroni mogu biti uništeni uslijed neke bolesti ili ozljede mozga, kada je otežan ili onemogućen dotok krvi u mozak. [5]

Danas je povezano više od 50 bolesti koje mogu uzrokovati demenciju. Vaskularna demencija uzrokovana je cerebrovaskularnom bolešću zbog aterosklerotskih promjena na krvnim žilama mozga. Nakon začepljenja krvnih žila ili krvarenja dolazi do oštećenja moždanog tkiva. Različite tvari (ugljični monoksid, otrovi, alkohol) mogu biti uzrok demencije. Oštećenja mozga zbog multiple skleroze, tumora, hidrocefalusa i ozljeda, također mogu uzrokovati demenciju. Neke od neuroloških bolesti koje mogu izazvati demenciju jesu: Parkinsonova bolest, Huntingtonova bolest, Pickova bolest, Wilsonova bolest, Hallevorden-Spatzova bolest, metakromatska leukodistrofija, spinocerebralna degeneracija i druge. Upale u području SŽS-a (Creutzfeldt-Jacobova bolest, neurosifilis, virusni encefalitis, bakterijski ili meningitis uzrokovan gljivicama) i upale izvan SŽS-a (lupus) rezultiraju demencijom. Metaboličke bolesti (oštećenja jetre, bubrega, nadbubrežne žlijezde, štitnjače) i poremećaji s manjkom minerala i vitamina, također dovode do demencije. Demencija se pojavljuje s bolešću koja je primarno izaziva (Parkinsonova, Wilsonova, cerebrovaskularna i druge), s epilepsijom, multiplom sklerozom. Od psihijatrijskih se entiteta češće pojavljuje s poremećajima raspoloženja. [4]

2.2 Simptomi demencije

Ozbiljni problemi s pamćenjem često su najraniji simptom. U početku je najoštećenije pamćenje za nedavne događaje, no tijekom sve veće dezorijentacije nestaje i sjećanje na daleke događaje i temeljne činjenice. Pojavljuju se i promjene ličnosti – gubitak spontanosti i vedrine, tjeskoba kao reakcija na nesigurnost stvorenu mentalnim problemima, ispadi bijesa, smanjena inicijativnost i socijalno povlačenje. S napredovanjem bolesti, dezintegrišu se uvježbani i svrhoviti pokreti. [6] Početak je bolesti obično spor, tijek je kroničan, promjene su ireverzibilne. Od kognitivnih poremećaja najznačajnije je oštećenje pamćenja. U demenciji se tako javljaju afazija, apraksija, agnozija, poremećaji orijentacije, pažnje, opažanja, mišljenja, afekta, nagona. Konačno nastaje cjelokupna promjena bolesnikove kognicije, ličnosti i ponašanja, što dovodi do nemogućnosti rasuđivanja i svakodnevnog funkcioniranja te invalidnosti. Uz propadanje intelektualnih funkcija javljaju se i drugi psihički te tjelesni simptomi. [4]

Iako ova bolest ima brojne faze čije su karakteristike i trajanje često individualni, simptome demencije je općenito moguće promatrati kroz tri glavna stadija:

1. Početni ili blagi stadij - manje promjene osobnosti i ponašanja, blaga zaboravljivost, smanjena sposobnost planiranja i učenja novih stvari i pojmova.
2. Srednji ili umjereni stadij - ozbiljniji gubitak pamćenja, poteškoće u samostalnom obavljanju svakodnevnih aktivnosti (posao, kućni poslovi, odijevanje, planiranje). Osoba se teže snalazi u prostoru i vremenu, zaboravlja osobe i događaje, javlja se sve veća zbunjenost i uznemirenost. Ova stanja mogu uzrokovati razne oblike neprimjerena ponašanja: agresiju, vikanje, lupanje i sl. Od fizičkih poteškoća valja spomenuti inkontinenciju i probleme s koordinacijom pokreta. Osoba više nije sposobna živjeti sama.
3. Završni stadij - skrb o dementnoj osobi u završnom stadiju zahtijeva 24-satnu njegu. Osoba više ne zna samostalno sjediti, hodati i jesti. Ne prepoznaje članove uže obitelji, govori teško i nerazumljivo. Javljaju se teškoće sa gutanjem hrane (gušenje) te odbijanje hrane. Završni stadij demencije vodi do smrti oboljeloga. [5]

2.3. Podjela demencije

Najčešća je podjela demencija prema uzroku, na šest skupina dementnih sindroma. To su Alzheimerova demencija, vaskularna demencija, demencija koja se javlja uz primarnu bolest (AIDS, Parkinsonova bolest, Huntingtonova bolest, Pickova bolest, Creutzfeldt-Jacobova bolest, Wilsonova bolest i druge), demencija uzrokovana različitim tvarima (lijekovima, sredstvima ovisnosti, otrovima), demencija višestrukih uzroka (kombinacija dvaju ili više etioloških čimbenika) i demencija nepoznata uzroka. Druga je podjela na primarne i sekundarne demencije. Primarne (progresivne) demencije jesu one gdje je mozak zahvaćen neurodegenerativnim procesom (Alzheimerova, vaskularna demencija). Sekundarne su demencije uzrokovane upalnim procesima, tumorima, ozljedama mozga, intoksikacijama te procesima koji se događaju izvan SŽS-a (metabolički, hormonalni i drugi poremećaji). Postoji i podjela demencija s obzirom na lokalizaciju oštećenja: kortikalne demencije (Alzheimerova, demencija Lewyjevih tjelešaca), supkortikalne (Parkinsonova, Huntingtonova, Wilsonova) i mješovite forme gdje oštećenja mogu biti u svim područjima mozga (vaskularna demencija). [4]

Razlikujemo više vrsta demencije, a u sljedećim će potpoglavljima detaljnije biti opisane Alzheimerova, vaskularna i frontotemporalna demencija. No, važno je i spomenuti ostale demencije, a to su: demencija s Lewyjevim tjelešcima, demencija kod Creutzfeldt-Jacobove bolesti, kod Huntingove bolesti, Parkinsonove bolesti, kod infekcije HIV-om, alkoholna demencija i Braakova demencija.

2.3.1. Alzheimerova demencija (AD)

Njemački psihijatar Alois Alzheimer prvi je opisao ovu bolest 1906. godine. Po njemu je bolest dobila ime, a još se upotrebljava i naziv demencija Alzheimerova tipa (DAT) [4]. Ovo je najčešći tip demencije, a nastaje kao posljedica Alzheimerove bolesti. Do 70% svih demencija prouzročeno je upravo Alzheimerovom bolešću. Riječ je o teškoj degenerativnoj bolesti koja uzrokuje nepovratne promjene u moždanom tkivu. U svakodnevnom govoru često se pojmovi demencije i Alzheimera pogrešno poistovjećuju. Razliku je najjednostavnije objasniti na način da je Alzheimerova bolest jedan od uzroka demencije, a demencija je posljedica Alzheimerove bolesti ili nekog drugog oboljenja, odnosno ozljede mozga. [5]

Na Alzheimerovu bolest otpada 60% svih slučajeva demencije, a u starijoj dobi taj je postotak još i viši. Obolijeva oko 8 do 10% ljudi starijih od 65 godina. Među onima starijima od 80, obolijeva gotovo 50%. [6] Bolest obično započinje između 50. i 60. godine života. Rizikni čimbenici za DAT su starija životna dob, ženski spol, srodstvo s oboljelima od ove demencije, ozljeda glave, niska obrazovna razina. Uzrok Alzheimerove demencije nije poznat. Određenu ulogu u nastajanju ove demencije ima naslijeđe. Poznato je kako se bolest češće pojavljuje u nekim obiteljima. Patoanatomske promjene očituju se u kortikalnoj atrofiji, proširenju sulkusa i ventrikula. Od neurotransitorskih sustava najviše je zahvaćen kolinergički sustav, i to u smislu njegove smanjene funkcije. U oboljelih od Alzheimerove demencije nađeno je i sniženje koncentracije serotonina, noradrenalina te različitih proteina. DAT se pojavljuje s poremećajima raspoloženja (depresija), poremećajima ličnosti i različitim neurološkim bolestima i stanjima (ozljede glave). [4]

Prvi znakovi su često atipični. Bolesnici se žale na glavobolje, vrtoglavice, popuštanje radnih sposobnosti i depresivno raspoloženje. U tom stadiju bolest se često naziva „muškim klimakterijem“ ili depresijom kritične dobi. Nakon toga početnog stadija pojavljuju se specifični neuropsihološki ispadi. Bolesnici postaju zaboravljivi, gube pregled poznatih

situacija i zadaća. Ubrzo nakon toga razvija se echolalia, dyscalculia. Snalaženje u prostoru postaje otežano, zbog čega bolesnik nije sposoban pronaći put kući, ne može voziti ili parkirati auto niti slijediti upute kako pronaći cilj. Kasnije, kako bolest napreduje, bolesnik više ne zna upotrebljavati svakodnevne predmete u kući pa na kraju samo osnovne, prividno automatske, radnje ostaju koliko-toliko očuvane. Za takve bolesti tipično je da perserviraju – vezani su za jedan misaoni sadržaj ili za jednu riječ. Neurološki je prisutna asimetrija refleksa i znaci parkinsonizma. Progresijom bolesti dolazi do postepenog gašenja govornih sposobnosti nakon čega preostaju samo ritmičke kretnje govorne muskulature. U tom stadiju prisutne su i automatske stereotipne radnje koje spadaju u oslobođene urođene motoričke obrasce: pokreti pranja, čupkanja, trljanja, odmahivanja glavom, penjanja i sl. Bitna značajka te bolesti jest to što se sposobnosti socijalnog kontakta, nastupa i odijevanje dugo zadržavaju, a i emotivne reakcije ostaju dugo očuvane. Alzheimerova bolest ima progresivan tijek i već za 4-5 godina uzrokuje tešku demenciju. [7]

2.3.2. Vaskularna demencija (VD)

Vaskularna demencija je karakterizirana akutnim ili kroničnim kognitivnim propadanjem zbog difuznog ili fokalnog moždanog infarkta koji je najčešće povezan s cerebrovaskularnom bolesti. Vaskularna demencija je 2. najčešći uzrok demencije kod starijih osoba. Učestalija je kod muškaraca i obično započinje poslije 70-te godine. Nastaje mnogo češće kod osoba koje imaju vaskularne čimbenike rizika (npr. hipertenziju, šećernu bolest, hiperlipidemiju, pušenje) i kod onih koji su imali nekoliko moždanih udara. Mnogi bolesnici imaju istodobno vaskularnu demenciju i Alzheimerovu bolest. [8] Vaskularnu demenciju uzrokuje vaskularna, tj. cerebrovaskularna bolest, čija je najteža posljedica moždani udar. Aterosklerotske promjene na arterijama u mozgu dovode do ishemije i hipoksije. Vaskularna demencija se često pojavljuje s visokim krvnim tlakom, srčanim i bubrežnim bolestima. Od psihijatrijskih poremećaja češće se pojavljuje s depresivnim i anksioznim poremećajima.

Vaskularna demencija obično naglo počinje i prati cerebrovaskularni incident. Klinička slika ovisi o lokalizaciji i opsegu cerebrovaskularnog infarkta. Javljaju se amnezija, oštećeno apstraktno mišljenje, afazija, agnozija, apraksija, a može nastati i disonomija. Bolesnik može postati apatičan, depresivan, emocionalno labilan. Osnovne značajke ličnosti, rasuđivanje i shvaćanje su očuvani ili tek blaže oštećeni. Nekoliko je podvrsta ove demencije: vaskularna

demencija s akutnim početkom, multiinfarktna demencija i supkortikalna vaskularna demencija. Prognoza je vaskularnih demencija različita i ovisi prije svega o samoj (cerebro)vaskularnoj bolesti te o lokalizaciji i zahvaćenosti moždanog tkiva ishemičnim razaranjem. Ishod ovisi i o čimbenicima rizika za pojavu cerebrovaskularne bolesti: hipertenzija, hiperlipidemija, pušenje, dijabetes, srčane bolesti, povećana tjelesna težina, neaktivnost. Bolest prosječno traje 5 godina, a završava smrtnim ishodom. [4]

2.3.3. Frontotemporalna demencija (FTD)

Frontotemporalna demencija se odnosi na sporadičan nasljedni poremećaj koji zahvaća frontalne i temporalne režnjeve, uključujući Pickovu bolest. Frontotemporalna demencija čini do 10% demencija. Karakteristična dob nastanka je tipično mlađa dob (55 do 65 godina) nego kod Alzheimerove bolesti. FTD zahvaća muškarce i žene podjednako. Pickova bolest je oblik FTD, koji može biti patološki obilježen jakim atrofijom, gubitkom neurona, gliozom i prisutnosti abnormalnih neurona (Pickove stanice) u kojima se nalaze inkluzije (Pickova tjelešca). FTD obično postupno progredira, ali je brzina progresije različita; ako su simptomi ograničeni na govor i jezik, progresija do sveobuhvatne demencije može biti sporija. [8] Promjene ponašanja su izražene u ranim fazama FTD-a. Klinička je heterogenost značajna, bolesnici pokazuju kombinaciju dezinhibicije, demencije, apraksije, parkinsonizma i bolesti motornog neurona.

Rani simptomi dijele se u kognitivne poremećaje i poremećaje ponašanja. Kognitivni poremećaji tipično pošteđuju pamćenje, a uključuju planiranje, rasuđivanje i govor. Opći deficit ponašanja povezan s FTD-om uključuje apatiju, dezinhibiciju, povećanje tjelesne mase, kompulzivno ponašanje i euforiju. Kliničke manifestacije bolesti ovise o lokalizaciji bolesti. Ako je asimetrično zahvaćen lijevi frontalni režanj, nastaje influentna afazija, dok je anteriorna lijeva temporalna degeneracija karakterizirana gubitkom riječi i koncepta koji se odnosi na govor (semantička demencija). Preslikavanje, računanje i orijentacija često ostaju pošteđeni do kasnih faza bolesti. Oblik FTD-a koji zahvaća lijevu moždanu polutku neki autori nazivaju primarnom progresivnom afazijom. Za razliku od navedenog oblika, desna frontalna ili temporalna degeneracija pokazuje duboke promjene u socijalnom kontaktu i predominantnom dezinhibicijom i antisocijalnim ponašanjem. Pamćenje i vizualno-spacijalne vještine relativno su očuvane u većine bolesnika s FTD-om. [3]

2.4. Dijagnoza demencije

Uz anamnestičke podatke (u početku bolesti podatke o tegobama možemo dobiti od samog bolesnika, a poslije od ukućana ili pratnje), u postavljanju dijagnoze služimo se neurološkim i psihološkim testovima (najpoznatiji test je MMSE = Mini-Mental State Examination, tj. test procjene mentalnog stanja). Procjena mentalnog stanja pomaže preciznom opisu mentalnog poremećaja, a testiraju se sljedeće funkcije: pažnja, orijentacija, budnost, govor, razumijevanje, memorija, imenovanje, ponavljanje, čitanje, pisanje, računanje, diskriminacija desno-lijevo. Testom se boduje svaki odgovor (od 0 do 30 bodova), a rezultat služi procjeni težine demencije uz mogućnost praćenja progresije bolesti. Kompletna procjena gubitka pamćenja može uključivati prikupljanje informacija o prijašnjim bolestima, obiteljskim bolestima, lijekovima koje bolesnik uzima, informacije o prehrani. Dijagnozu potvrđujemo neuroradiološkim metodama, CT-om (kompjutoriziranom tomografijom) ili MRI-om (magnetnom rezonancijom) mozga, na kojima se vidi jaka atrofija moždane kore difuzno i hipokampalne regije. Analizom likvora, koja se iznimno radi, može se utvrditi povećanje proteinske komponente. U postavljanju dijagnoze može pomoći i EEG (elektroencefalografija) te PET (pozitronska emisija tomografija). Za diferencijalnu dijagnozu, tj. procjenu je li riječ o demenciji Alzheimerova tipa ili demenciji vaskularnog uzroka, klinički se koristi ishemijska ocjena Hachinskoga. [9]

2.5. Liječenje demencije

Većina demencija je neizlječiva. Lijekovi najbolje djeluju u vrijeme ranog, blagog stadija bolesti. Demencija koju uzrokuju ponavljani mali moždani udari ne može se liječiti, ali njeno napredovanje se može usporiti ili čak zaustaviti liječenjem visokog krvnog tlaka ili šećerne bolesti povezane s udarom. Ako se dijagnosticira rano, demenciju koju uzrokuje hidrocefalus s normalnim tlakom (normotenzivni hidrocefalus) može se liječiti uklanjanjem viška tekućine unutar mozga drenažnom cijevi (šantom). Lijekovi protiv psihoza (antipsihotici) najbolje djeluju u onih koji imaju paranoju i halucinacije. Ukoliko se otkrije reverzibilni uzrok demencije, liječenje treba započeti što ranije jer i reverzibilni uzroci mogu vremenom postati ireverzibilni. Za većinu demencija preostaje simptomatsko liječenje. Za liječenje demencije uzrokovane Alzheimerovom bolešću registrirano je više lijekova. Neki od njih djeluju na način da povećavaju dostupnost acetilkolina, neuroprijenosnika deficitarnog kod svih

demencija, inhibicijom enzima acetilkolinesteraze koji ga razgrađuje. Ti lijekovi usporavaju napredovanje bolesti i odgađaju gubitak neovisnosti i smještaj oboljelog u instituciju. Također smanjuju potrebu za dodatnim psihijatrijskim lijekovima kao što su antipsihotici i stabilizatori raspoloženja, koji u starijoj populaciji mogu imati ozbiljne nuspojave. Na taj način ne smanjuju samo troškove zbrinjavanja oboljelog već, što je najvažnije, popravljaju kvalitetu i njegovog života i života obitelji. [10]

3. Sestrinske dijagnoze i intervencije kod pacijenta sa demencijom

Većina oboljelih od demencije treba pomoć za zadovoljenje osnovnih potreba. Medicinska sestra brine o njihovom duševnom, ali i tjelesnom zdravlju, jer najčešće bolesnici ne registriraju vlastite tjelesne promjene. [11] Pri planiranju sestrinskih intervencija osobito treba voditi računa o činjenici da degenerativne bolesti mozga, kao i životna dob bolesnika, ne dopuštaju planiranje intervencija koje bi bile usmjerene oporavku i izlječenju bolesti. Degenerativne bolesti mozga u ljudi starije dobi imaju ireverzibilan tijek. To je važna činjenica, osobito zato što će intervencije trebati mijenjati s progresijom bolesti i pogoršanjem stanja bolesnika. [7]

U ovom poglavlju biti će prikazane dijagnoze i intervencije medicinskih sestara koje se koriste u radu sa pacijentima oboljelima od demencije. To su: smanjena mogućnost brige za sebe (odijevanje/dotjerivanje, eliminacija, osobna higijena, hranjenje), visok rizik za pad, sindrom poremećene interpretacije okoline u/s demencije, nemoć u/s pogoršanja stanja.

SMANJENA MOGUĆNOST BRIGE ZA SEBE

1) ODIJEVANJE/DOTJERIVANJE: Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu.

Medicinska sestra prikuplja podatke o stupnju samostalnosti pacijenta, uporabi pomagala pri odijevanju, o potrebnoj odjeći za pacijenta, o koordinaciji pacijentovih pokreta, o postojanju boli, o pacijentovom vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu.

Cilj: Pacijent će biti primjereno odjeven/dotjeran.

Sestrinske intervencije:

- procijeniti kognitivni deficit
- primjereno komunicirati s pacijentom
- davati kratke i jasne upute
- odabrati prikladnu odjeću
- davati pacijentu komad po komad odjeće

- osigurati dovoljno vremena za odijevanje
- osigurati dobro osvjetljenje prostora
- osigurati mirnu okolinu bez vizualnih ili slušnih distraktora

2) **ELIMINACIJA:** Stanje kada postoji smanjena ili potpuna nemogućnost samostalnog obavljanja eliminacije urina i stolice.

Medicinska sestra prikuplja podatke o stupnju samostalnosti, o mogućnostima uporabe pomagala pri obavljanju eliminacije, o mogućnosti odlaska na toalet i svlačenja odjeće, o postojanju boli te o vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu.

Cilj: Pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom obavljanja eliminacije.

Sestrinske intervencije:

- procijeniti kognitivni deficit
- poticati na obavljanje nužde prema dogovorenom ritmu (nakon obroka, prije spavanja)
- biti uz pacijenta ili u neposrednoj blizini pacijenta tijekom eliminacije
- omogućiti da pozove pomoć na dogovoreni način kada treba obaviti eliminaciju
- osigurati privatnost
- ukloniti barijere – sigurna okolina

3) **OSOBNNA HIGIJENA:** Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene.

Medicinska sestra prikuplja podatke o stupnju samostalnosti, sposobnosti uporabe pomagala pri provođenju osobne higijene, o mogućnosti pranja pojedinih dijelova tijela, o mogućnosti dolaska do kupaonice i pripreme odgovarajuće temperature vode, o postojanju boli te o stupnju pokretljivosti.

Cilj: Pacijent će sudjelovati u provođenju osobne higijene sukladno stupnju samostalnosti.

Sestrinske intervencije:

- procijeniti kognitivni deficit
- obavljati aktivnosti uvijek u isto vrijeme
- davati jednostavne upute

- izbjegavati sve što bi bolesniku moglo odvući pažnju
- nadgledati izvođenje aktivnosti
- osigurati potreban pribor i pomagala za obavljanje osobne higijene i poticati ga da ih koristi
- osigurati optimalnu temperaturu gdje se provodi osobna higijena
- promatrati i uočavati promjene na koži tijekom kupanja

4) HRANJENJE: stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog uzimanja hrane i tekućine.

Medicinska sestra prikuplja podatke o stupnju samostalnosti, o sposobnosti žvakanja i gutanja hrane, prikuplja podatke vezane uz nutritivni status i uspoređuje ih sa sadašnjim stanjem, podatke o stanju usne šupljine (nedostatak zubi, prisutnost zubne proteze, ozljede usne šupljine...), te o stupnju pokretljivosti.

Cilj: Pacijent će zadovoljiti potrebu za jelom, te će, usprkos ograničenjima, biti sit.

Sestrinske intervencije:

- procijeniti kognitivni deficit
- osigurati privatnost i mirnu okolinu bez distraktora
- nadzirati pacijenta za vrijeme obroka kako ne bi došlo do aspiracije ili gušenja hranom
- osigurati mir tijekom konzumiranja obroka
- osigurati obroke u isto vrijeme
- osigurati dovoljno vremena
- omogućiti kratke pauze tijekom jela [12]

VISOK RIZIK ZA PAD

Definicija: Stanje u kojem je povećan rizik za pad uslijed međudjelovanja osobitosti pacijenta i okoline.

Medicinska sestra prikuplja podatke o riziku za pad (Morseova ljestvica), o dobi pacijenta, pokretljivosti, kognitivnom statusu, mogućnosti brige za sebe, hitnosti eliminacije, lijekovima koje pacijent uzima te o okolinskim uvjetima.

Cilj: Pacijent tijekom boravka u bolnici neće pasti.

Sestrinske intervencije:

- upoznati pacijenta sa nepoznatom okolinom
- staviti zvono na dohvat ruke
- ukloniti prepreke iz pacijentove okoline
- smjestiti pacijenta u blizinu toaleta
- pomoći pacijentu pri kretanju do toaleta
- upaliti orijentacijsko svjetlo po noći
- koristiti zaštitne ogradice na krevetu
- evidentirati sve postupke [13]

SINDROM POREMEĆENE INTERPRETACIJE OKOLINE U/S DEMENCIJE

Definicija: Dosljedni manjak orijentacije prema osobama, mjestu, vremenu ili okolnostima za više od 3 do 6 mjeseci, potreba za zaštićenim okruženjem.

Cilj: Pacijent će participirati u aktivnostima samozbrinjavanja unutar svojih sposobnosti.

Sestrinske intervencije:

- odrediti pacijentove mentalne sposobnosti sa MMSE (Mini-Mental State Exam)
- prikupiti informacije o pacijentovom funkcioniranju prije pojave demencije uključujući i socijalne situacije, fizičko stanje i psihološko funkcioniranje
- primijetiti kod pacijenta znakove depresije: nesanica, gubitak apetita, boravak u stanu i povučeno ponašanje
- osigurati za pacijenta identifikaciju (karticu, narukvicu)
- izbjegavati koliko je moguće izlaganje pacijenta nepoznatim situacijama i osobama, pokušati osigurati kontinuitet njegovateljskog osoblja. Pokušati održati rutinu svakodnevnih aktivnosti: obroka, kupanja, spavanja
- održati tišinu u okolini, izbjegavati bučnu okolinu
- komunikaciju sa pacijentom početi osobnom identifikacijom i oslovljavanjem pacijenta imenom
- davati jednostavne upute, jednu po jednu, ponoviti ako je potrebno
- podijeliti aktivnosti samozbrinjavanja na jednostavne korake
- postavljati kratka, jednostavna pitanja, poželjno je da pacijent može odgovoriti sa „da“ ili „ne“

- radije koristiti simbole nego riječi za označavanje posebnih prostorija (kuhinja, kupaoonica)
- broj posjetitelja ograničiti na dva istovremeno i predvidjeti pomoć ili edukaciju o komunikaciji sa dementnom osobom kako bi prevenirali agitirana stanja
- tretirati pacijenta sa poštovanjem i pružiti mu individualiziranu njegu
- kod starijih osoba koristiti prisjećanje i pogled na prošli život
- koristiti sredstva za ublažavanje boli

NEMOĆ U/S POGORŠANJA STANJA

Definicija: Percepcija da neka aktivnost nema zadovoljavajući ishod, nedostatak kontrole nad situacijom ili trenutnim događajem.

Cilj: Pacijent verbalizira nadu za budući ishod i osjećaj sudjelovanja i planiranja i provođenju skrbi.

Sestrinske intervencije:

- procijeniti čimbenike koji su vezani uz nemoć (nepokretnost, hospitalizacija, nedostatak podrške)
- biti pripravan na pacijentove pokušaje da pokazuje otpor prema moći čak i kada to izgleda kao konfrontacija
- istražiti postojanje neučinkovitog terapijskog režima ili nepridržavanja
- istražiti pacijentov lokus kontrole vezano uz bolest
- istražiti znakove i simptome nemoći uslijed depresije i obratiti pažnju na sustave podrške
- uspostaviti s pacijentom terapijski odnos provodeći vrijeme s njim, izbjegavati česte promjene osoblja i održavanjem obećanja
- dopustiti pacijentu da izrazi nadu
- podržati pacijenta u zadržavanju kontrole nad životom na način da će naučiti sve o svojoj bolesti
- ohrabriti pacijenta da sudjeluje u planiranju i provođenju zdravstvene njege
- pomoći pacijentu da prepozna čimbenike koji nisu pod njegovom kontrolom
- pomoći pacijentu da identificira strategije koje će mu pomoći da svlada simptome
- ohrabriti pacijenta da provodi aktivnosti koje vode postizanju postavljenih ciljeva

- razgovarati s pacijentom o područjima u kojima se osjeća sigurno ili osjeća da treba zaštitu
- prepoznati pacijentovu potrebu da sudjeluje u aktivnostima zajedno sa ostalim sudionicima u zdravstvenoj njezi
- pomoći pacijentu da prepozna i provodi strategije samopomoći koje su učinkovite
- dopustiti vrijeme za pitanja, dopustiti da ih zapiše
- pobrinuti se da pacijent ima zadovoljene neke sitne potrebe kao što su npr. maramice, daljinski televizora itd.
- davati realne i iskrene pohvale za uspjeh
- zadržati pažnju na pacijentu, ne na liječniku ili obitelji
- prepoznati subjektivnu zabrinutost ili strahove
- ohrabriti pacijenta da preuzme kontrolu u većini aktivnosti samozbrinjavanja
- u evaluiranju ciljeva promatrati promjene na pacijentu, u odnosima prema drugima i u ponašanju
- kod starijih pacijenata istražiti koje strategije sučeljavanja su koristili ranije
- ohrabriti pacijenta da iskoristi pozitivne strane samoće: čitanje, slušanje muzike, uživanje u prirodi kako bi prevenirali usamljenost

Osim već navedenih sestrijskih dijagnoza i intervencija, kod osoba sa demencijom moguće su i sljedeće dijagnoze:

- Kronična tuga u/s kronične mentalne bolesti
- Poremećen obrazac spavanja u/s neurološkog poremećaja, drijemanja tijekom dana
- Smanjena mogućnost kretanja u/s neuromuskularnog poremećaja
- Poremećeni obiteljski procesi u/s invaliditeta člana obitelji
- Rizik za opterećenje njegovatelja u/s mnogobrojnih zadataka, trajanja i zahtjeva prema njegovatelju
- Oštećeno pamćenje u/s neurološkog poremećaja
- Beznadnost u/s pogoršanja stanja
- Strah u/s osjećaja gubitka sebe
- Poremećen misaoni proces u/s kroničnog organskog poremećaja
- Rizik za ozljede u/s demencije, konfuzije, smanjene mišićne koordinacije
- Visok rizik za nasilje: usmjereno prema drugima u/s frustracije, straha, ljutnje [14]

4. Ciljevi istraživanja

Ciljevi ovog istraživanja su:

- 1) Ispitati znanje studenata o demenciji
- 2) Ispitati stavove studenata prema demenciji
- 3) Prikazati i razraditi rezultate dobivene anketom

5. Ispitanici i metode rada

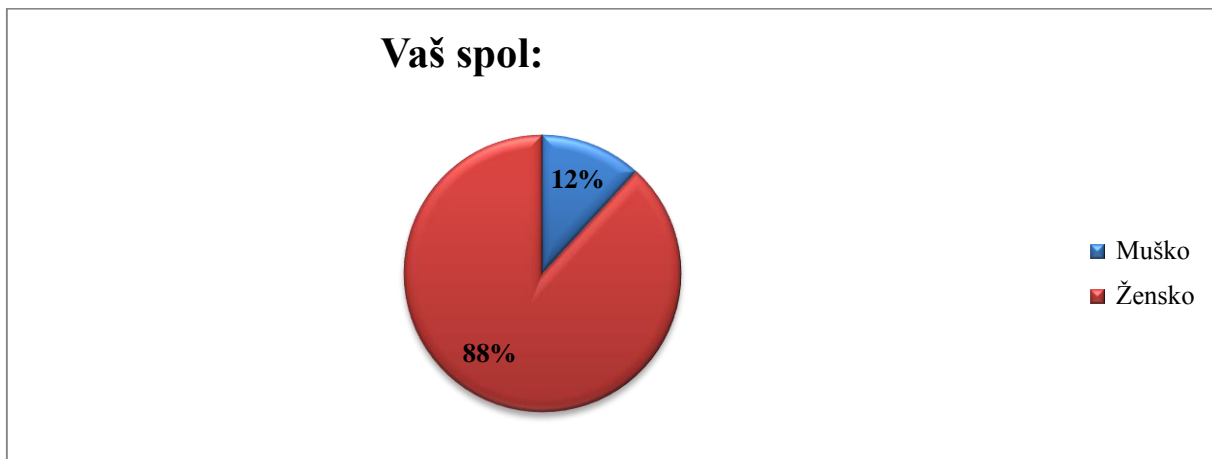
Istraživanje pod nazivom „Znanja i stavovi studenata o demenciji“, provedeno je putem online ankete među studentima 1., 2., i 3. godine Studija sestrinstva Sveučilišta Sjever. Istraživanje se provodilo od 23. svibnja do 21. lipnja 2016. godine.

Za potrebe istraživanja napravljena je anonimna anketa. Ispitali su se stavovi i znanja studenata prema demenciji. Online anketa sastojala se od šesnaest pitanja. Prva tri pitanja odnosila su se na opće podatke studenata, sljedećih dvanaest pitanja odnosilo se na njihove stavove i znanja o demenciji, a zadnje pitanje odnosilo se na izražavanje njihovih mišljenja vezanih uz demenciju. Pitanja su bila jednostavna, kratka i jasna sa više ponuđenih odgovora. Ispitanici su na petnaest pitanja imali više ponuđenih odgovora, a u posljednjem su pitanju imali slobodu izražavanja gdje su mogli iznijeti svoje prijedloge, dojmove i komentare vezane uz temu. Potrebno vrijeme za ispunjavanje bilo je oko 5 minuta, a studenti su dragovoljno sudjelovali. Anketa je bila dostupna na stranicama web-a kao Google docs dokument, a odgovorilo je 93 studenata oba spola i različitih dobnih skupina. Ispunjene ankete bile su direktno poslane ispitivaču putem e-mail adrese. U obradi i analizi podataka primijenili su se Google docs i Microsoft Office Excel. Odgovor na svako pitanje prikazan je u grafičkom obliku, a poslije svakog grafičkog prikaza opisana je analiza dobivenih rezultata.

6. Rezultati

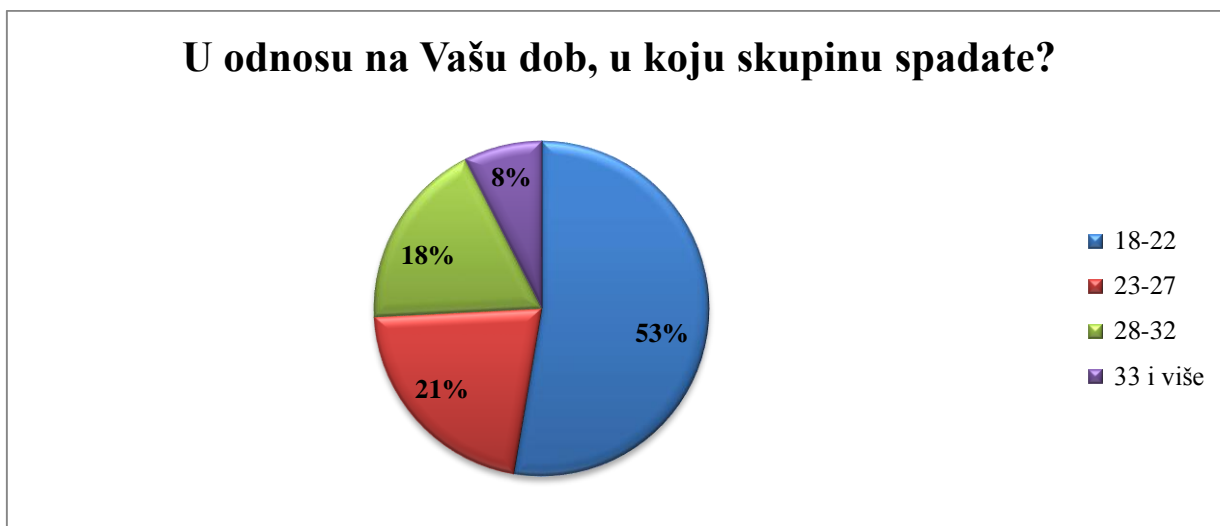
Grafički prikaz rezultata ankete: Znanja i stavovi studenata o demenciji

Pitanje [1]: Vaš spol? Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.1.].



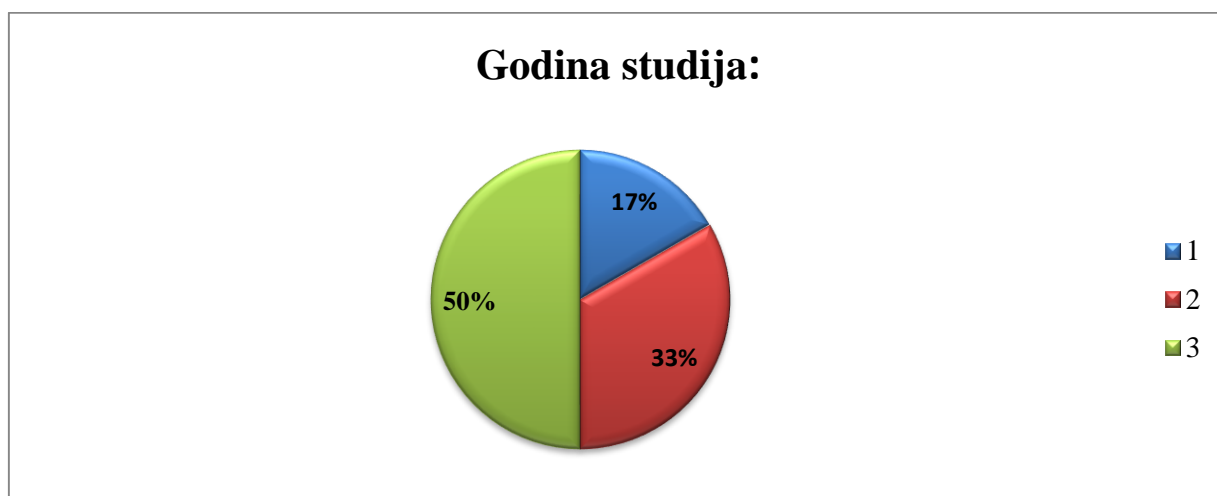
Grafikon 6.1. S obzirom na spol od 93 ispitanika, odgovorilo je 88% žena i 12% muškaraca.

Pitanje [2]: U odnosu na Vašu dob, u koju skupinu spadate? Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.2.].



Grafikon 6.2. S obzirom na dob od ukupno 93 ispitanika na anketu je odgovorilo 53% ispitanika u dobi od 18 do 22 godine, 21% ispitanika u dobi od 23 do 27 godina, 18 % ispitanika u dobi od 28 do 32 godine i 8% ispitanika u dobi od 33 i više godina.

Pitanje [3]: Godina studija? Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.3].



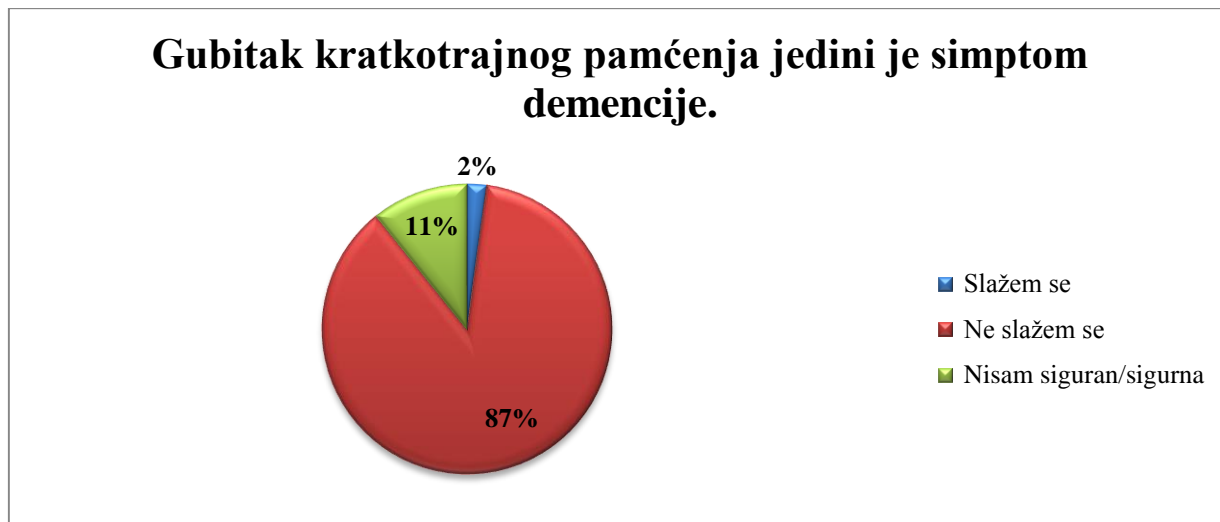
Grafikon 6.3. S obzirom na godinu studija od ukupno 93 ispitanika, njih 17% je 1.godina studija, 33% je 2.godina, a 50% ih je 3.godina studija.

Pitanje [4]: Demencija je isto što i staračka zaboravljivost. Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.4].



Grafikon 6.4. Sa tvrdnjom demencija je isto što i staračka zaboravljivost ne slaže se 81% ispitanika, 17% ispitanika se slaže se sa navedenom tvrdnjom, a 2% ispitanika nije sigurno.

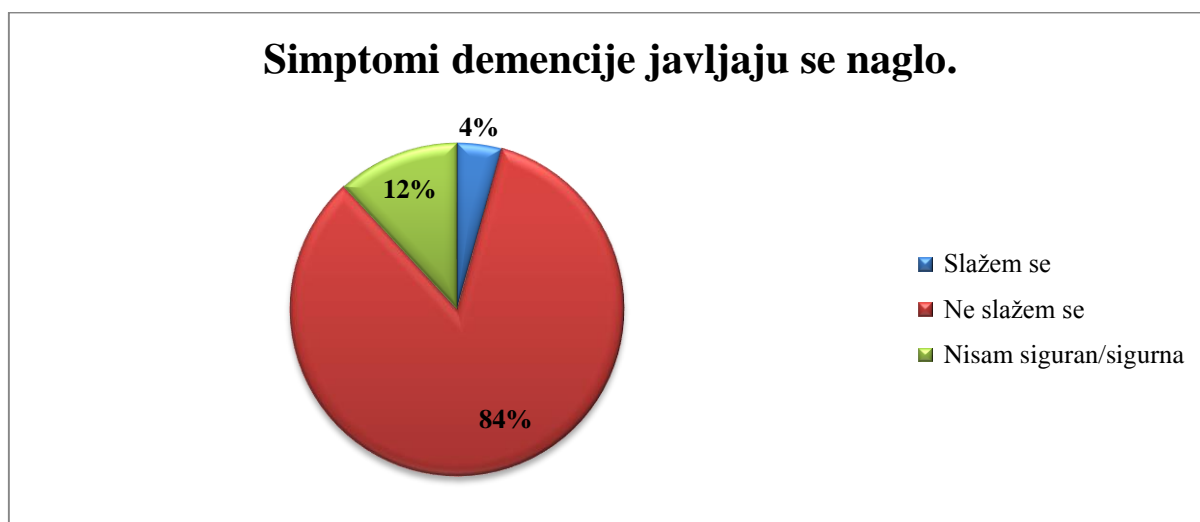
Pitanje [5]: Gubitak kratkotrajnog pamćenja jedini je simptom demencije. Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.5].



Grafikon 6.5.

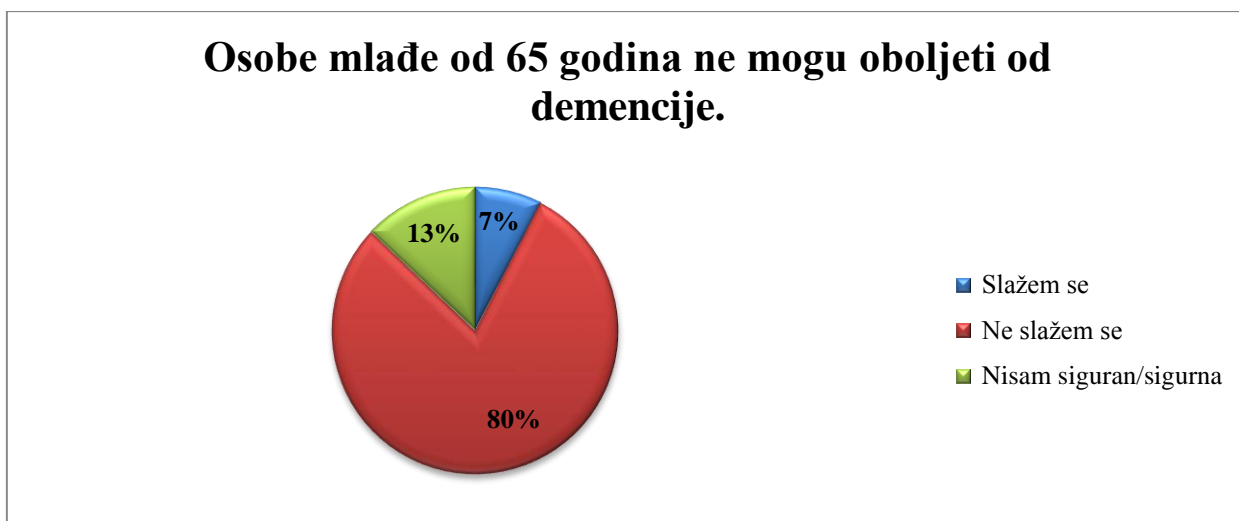
Rezultati pokazuju da se 87% ispitanika ne slaže sa tim da je gubitak kratkotrajnog pamćenja jedini simptom demencije, 11% ispitanika nije sigurno, a 2% ispitanika slaže sa tvrdnjom.

Pitanje [6]: Simptomi demencije javljaju se naglo. Rezultati su prikazani u grafikonu [Grafikon 6.6].



Grafikon 11.6. 84% ispitanika ne slaže se sa tvrdnjom da se simptomi demencije javljaju naglo, 12% ispitanika nije sigurno, a 4% ispitanika slaže se sa navedenom tvrdnjom.

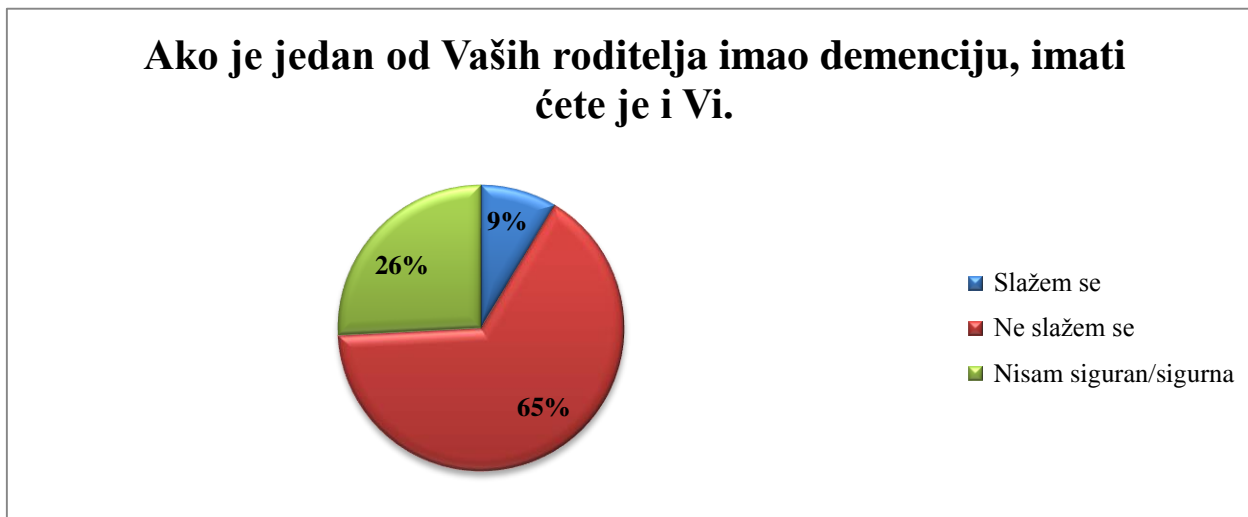
Pitanje [7]: Osobe mlađe od 65 godina ne mogu oboljeti od demencije. Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.7.].



Grafikon 6.7.

80% ispitanika ne slaže se sa navedenom tvrdnjom u anketi, 13% ispitanika nije sigurno u tvrdnji, a 7% ispitanika smatra da osobe mlađe od 65 godina ne mogu oboljeti od demencije.

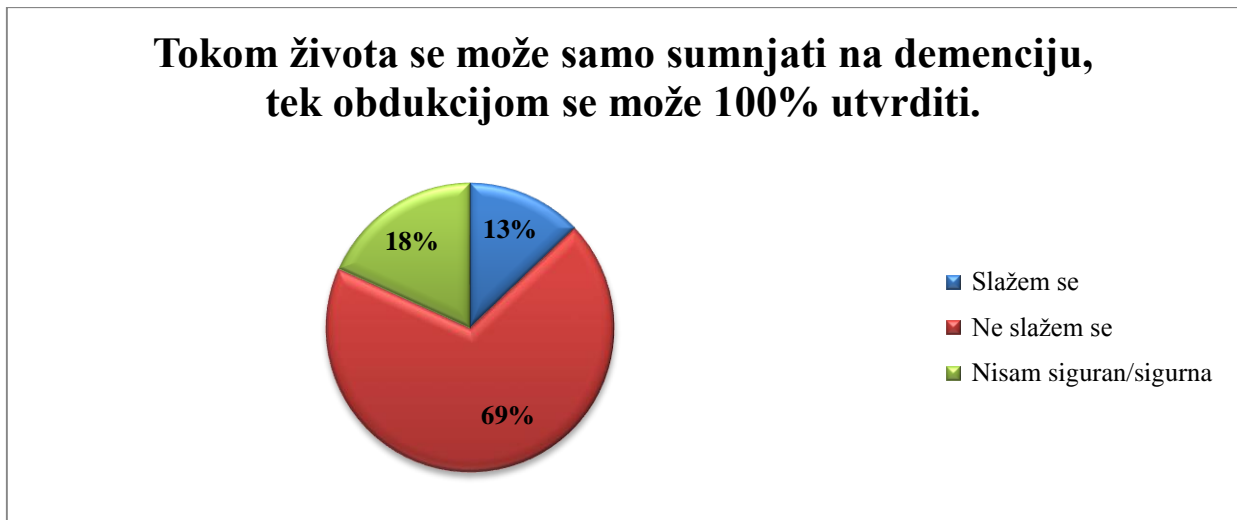
Pitanje [8]: Ako je jedan od Vaših roditelja imao demenciju, imati ćete je i Vi. Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.8.].



Grafikon 6.8.

Od ukupnog broja ispitanika, njih 65% ne slaže se sa tvrdnjom da se može oboljeti od demencije ukoliko ju je imao jedan od roditelja, 26% ispitanika nije sigurno u navedenu tvrdnju, a 9% ispitanika slaže se sa tvrdnjom.

Pitanje [9]: Tokom života se može samo sumnjati na demenciju, tek obdukcijom se može 100% utvrditi. Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.9.].



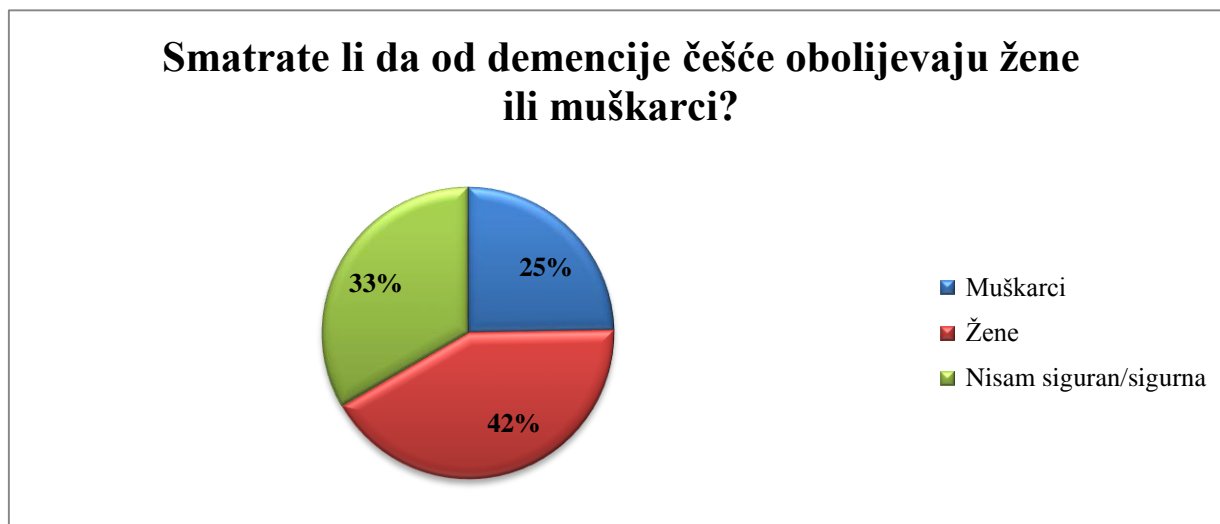
Grafikon 6.9. Podaci grafičkog prikaza ukazuju na to da se 69% ispitanika ne slaže sa tvrdnjom, 18% ispitanika nije sigurno u tvrdnju, a samo 13% ispitanika slaže sa tvrdnjom da se tokom života može samo sumnjati na demenciju.

Pitanje [10]: Jedan od vodećih razloga ne traženja stručne pomoći je strah od otkrivanja identiteta. Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.10].



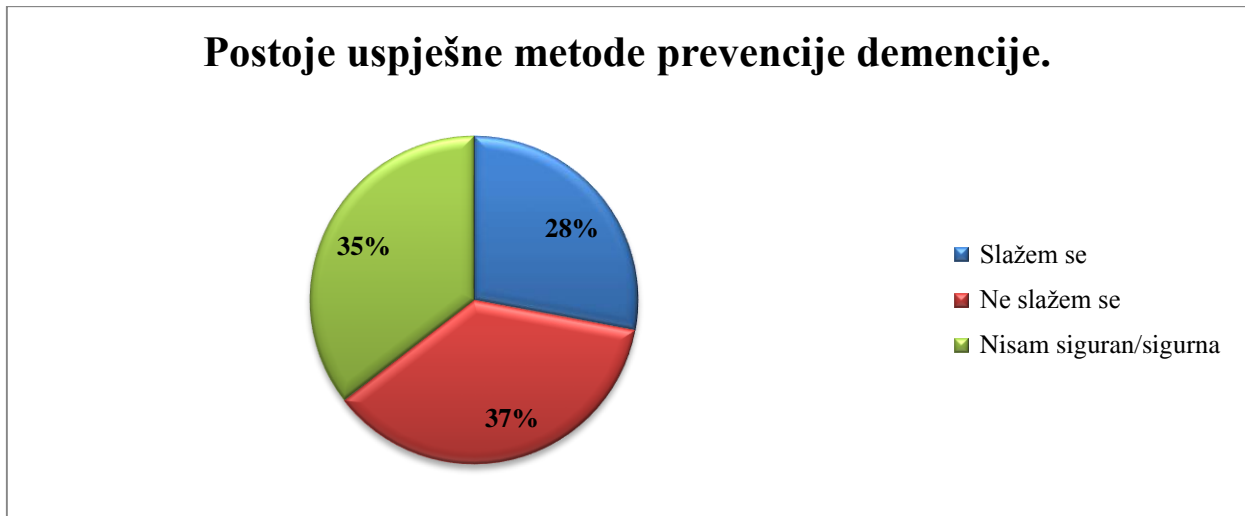
Grafikon 6.10. Ispitanici u najvećem postotku tvrde da je jedan od vodećih razloga ne traženja stručne pomoći strah od otkrivanja identiteta, 21% ispitanika nije sigurno u to, a 19% ispitanika se ne slaže sa tim.

Pitanje [11]: Smatrate li da od demencije češće oboljevaju žene ili muškarci? Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.11].



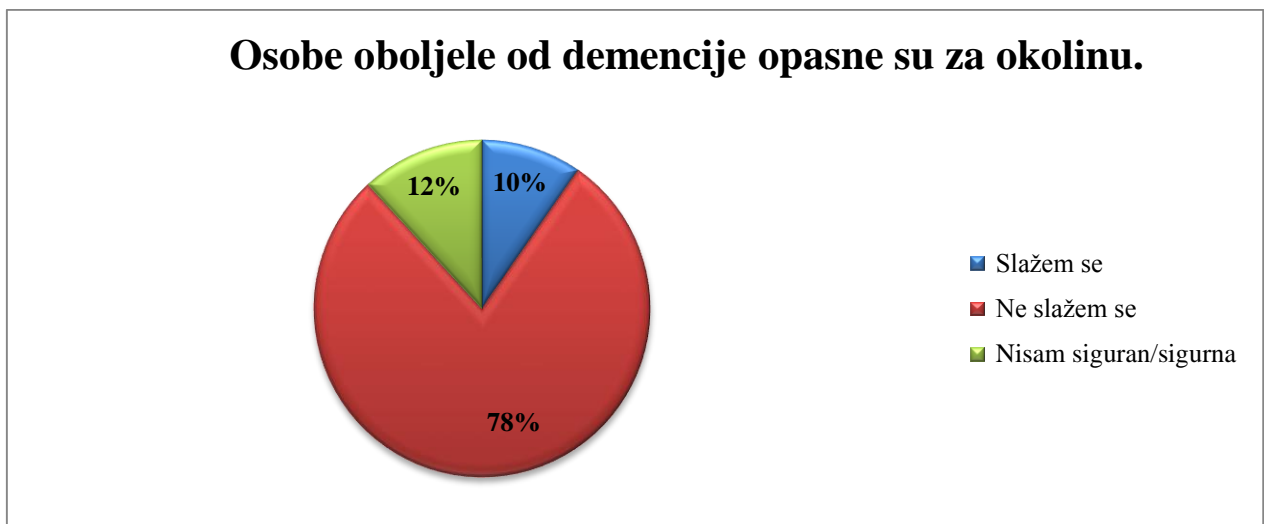
Grafikon 6.11. Podaci iz grafikona pokazuju da 42% ispitanika smatra kako češće oboljevaju žene, 33% nije sigurno da li su to muškarci ili žene, a 25% njih smatra da su to ipak muškarci.

Pitanje [12]: Postoje uspješne metode prevencije demencije. Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.12.].



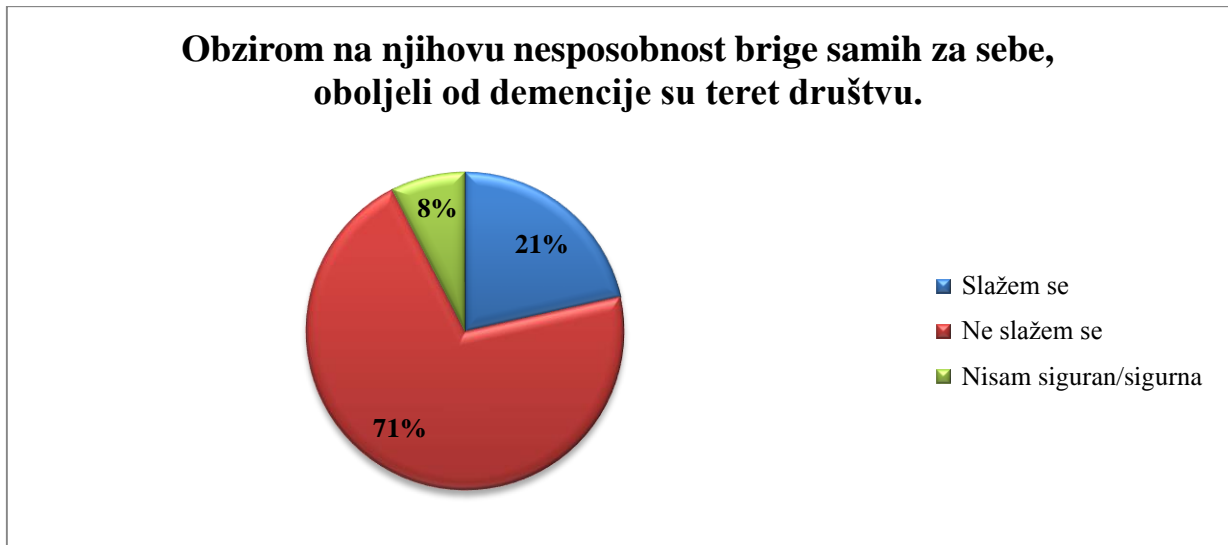
Grafikon 6.12. Ispitanici se u najvećem postotku ne slažu da postoje uspješne metode prevencije demencije, 35% ispitanika nije sigurno u navedenu tvrdnju, a 28% ispitanika slaže se sa tvrdnjom.

Pitanje [13]: Osobe oboljele od demencije opasne su za okolinu. Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.13.].



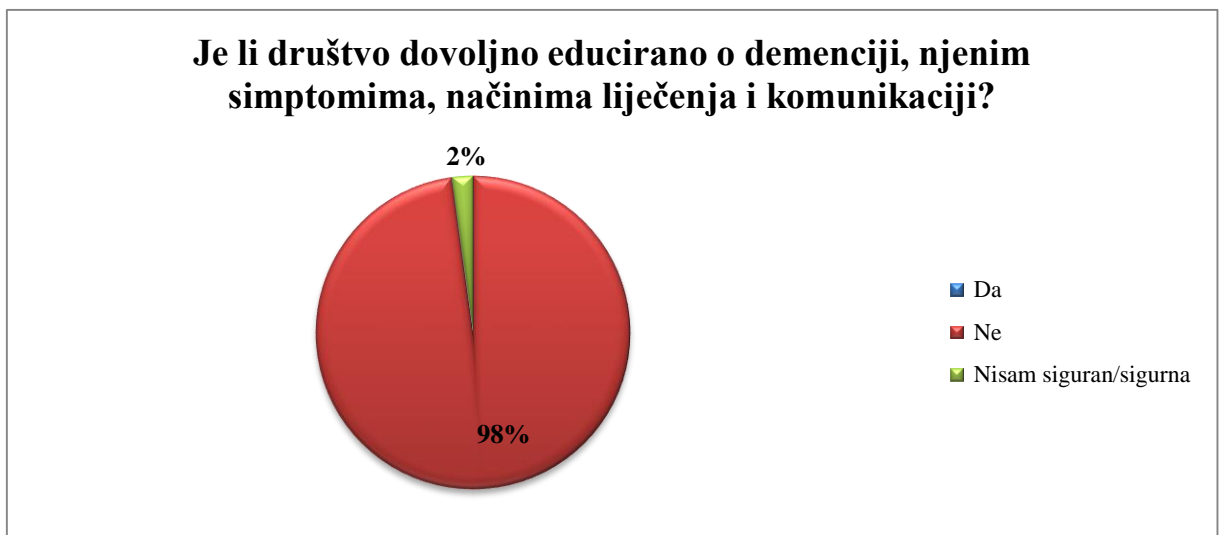
Grafikon 6.13. Prema dobivenim odgovorima 78% ispitanika se ne slaže da su osobe oboljele od demencije opasne za okolinu, 12% nije sigurno, a 10% se slaže sa tvrdnjom.

Pitanje [14]: Obzirom na njihovu nesposobnost brige samih za sebe, oboljeli od demencije su teret društvu. Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.14.].



Grafikon 6.14. Podaci grafičkog prikaza pokazuju da se većina ispitanika ne slaže sa tim da su oboljeli od demencije teret društvu, 21% ispitanika smatra da je to istina, a 8% njih nije sigurno.

Pitanje [15]: Je li društvo dovoljno educirano o demenciji, njenim simptomima, načinima liječenja i komunikaciji? Rezultati su prikazani na grafikonu [Grafikon 6.15.].



Grafikon 6.15. Od ukupnog broja ispitanika čak 98% njih smatra da društvo nije dovoljno educirano o demenciji, njenim simptomima, načinima liječenja i komunikaciji, a 2% ispitanika nije sigurno u educiranost društva o demenciji.

7. Rasprava

Anketnim ispitivanjem obuhvaćeno je 93 studenata 1., 2. i 3. godine studija sestrištva, od toga 12 muškaraca i 81 žena u dobi od 18 godina pa do 33 godine i više. Sa tvrdnjom demencija je isto što i staračka zaboravljivost ne slaže se 81% ispitanika, 17% ispitanika slaže se sa time, a 2% njih nije sigurno u navedenu tvrdnju. S obzirom na dobivene rezultate vidljivo je da većina ispitanika zna razlikovati demenciju i staračku zaboravljivost, koja je rezultat usporavanja mentalnih procesa u starosti. Za razliku od dementnih osoba, osobe sa staračkom zaboravljivošću imaju sposobnost pamćenja novih informacija, a mogu se sjetiti i onih prije naučenih, samo što su u tome nešto sporiji nego što je to bilo u mladosti. [15] Prema mišljenju ispitanika 81% navodi kako gubitak kratkotrajnog pamćenja nije jedini simptom demencije, 11% ispitanika nije sigurno u to, dok se samo 2% ispitanika slaže sa time da je gubitak kratkotrajnog pamćenja jedini simptom demencije. Rezultati istraživanja pokazuju da je većina ispitanika educirana o simptomima demencije, dok je manji postotak bio nesiguran ili je krivo odgovorio na pitanje. Naime, gubitak kratkotrajnog pamćenja jest najraniji simptom demencije, ali ne i jedini. U početku je najoštećenije pamćenje za nedavne događaje, no tijekom sve veće dezorijentacije nestaje i sjećanje na daleke događaje i temeljne činjenice poput datuma, vremena i mjesta. [6] Uz to, pojavljuju se i drugi psihički te tjelesni simptomi koji karakteriziraju demenciju, a opisani su u ranijim poglavljima. Podatak od visokih 84% ukazuje na to da ispitanici smatraju kako se simptomi demencije ne javljaju naglo, 12% ispitanika nije sigurno u njihovu vremensku pojavnost, a 4% ispitanika smatra da se simptomi demencije ipak javljaju naglo. Kao što je to dokazano i u prethodnom anketnom pitanju, vidljivo je da su studenti dobro educirani o simptomima demencije koji se pojavljuju postupno i tijekom vremena gdje dolazi do pogoršanja simptoma. Na tvrdnju da osobe mlađe od 65 godina ne mogu oboljeti od demencije 80% ispitanika se nije složilo sa time, 13% ispitanika nije sigurno u tvrdnju, a 7% ispitanika smatra da mogu oboljeti samo osobe starije od 65 godina. Nažalost, demencija može nastupiti u bilo kojoj dobi poslije 30. godine života (podaci govore kako je najmlađi dokumentirani bolesnik imao tek 26 godina). Naravno, to su značajno rjeđi slučajevi, ali dokazuju kako ova bolest ne bira dobne granice. Na tvrdnju ako je jedan od Vaših roditelja imao demenciju, imati ćete je i Vi, 65% ispitanika se ne slaže sa time, 26% ispitanika nije sigurno u to, a 9% se slaže sa time što nije točno. Naime, naslijeđe ima ulogu u nastajanju demencije te je dokazano kako se češće javlja u nekim obiteljima, no uzroka demencije ima mnogo, a danas je poznato više od 50 bolesti koje je mogu uzrokovati.

[4] Sa tvrdnjom da se tokom života može samo sumnjati na demenciju, a tek obdukcijom se može 100% utvrditi, složilo se 13% ispitanika. U to nije sigurno 18% ispitanika, a zabrinjava podatak da čak 69% ispitanika smatra da se demencija može tokom života potvrditi. Na nju se može sumnjati, ali utvrditi se može samo autopsijom i uzimanjem uzorka moždanog tkiva. Dobiveni rezultati ukazuju na nedovoljnu educiranost studenata u ovom području demencije. Liječnici pregledavaju mozak nakon smrti osobe, da bi utvrdili postojanje abnormalnosti koje ili uzrokuju bolest ili su rezultat bolesti. [6] Rezultati istraživanja utvrdili su da ispitanici u najvećem postotku (60%) smatraju da je jedan od vodećih razloga ne traženja stručne pomoći strah od otkrivanja identiteta, 19% ispitanika ne slaže se s time, a 21% ispitanika nije sigurno u to. Navedena anketna tvrdnja može se usporediti sa provedenim istraživanjem stavova javnosti o osobama sa mentalnim poremećajima gdje su ispitanici također u najvećem broju odgovorili kako je upravo strah najčešći razlog ne traženja stručne pomoći. Osim toga, okolina smatra da bolesnici ne traže stručnu pomoć jer im zdravstvene ustanove ne mogu pomoći, da će zdravstveni radnici pričati o njihovom stanju i da se sa psihičkim poteškoćama treba sam izboriti. Nadalje, na pitanje da li od demencije češće obolijevaju žene ili muškarci, 42% ispitanika odgovorilo je da su to žene, 33% ispitanika nije sigurno, a ostalih 25% ispitanika smatra da češće obolijevaju muškarci. Podaci pokazuju da više od polovice studenata ne zna odgovor na postavljeno pitanje što je zabrinjavajuće jer je dokazano da je demencija češća u žena te je ujedno i ženski spol jedan od rizičnih čimbenika za obolijevanje od Alzheimerove demencije. 37% ispitanika ne slaže se s time da postoje uspješne metode prevencije demencije, 35% ispitanika nije sigurno u navedenu tvrdnju, a 28% ispitanika slaže se sa navedenim. Nije moguća prevencija demencije, ali je zato moguće smanjiti rizične faktore za nastanak bolesti. Zbog širokog spektra mogućih uzroka demencije nije moguće jednostavno odrediti mjere prevencije. Ipak, zahvaljujući istraživanjima danas znamo koji faktori, odnosno životne navike smanjuju rizik pojave nekih vrsta demencije. Kako bi barem malo utjecali na pojavnost ove bolesti, trebalo bi više pažnje obratiti na visoki krvni tlak, pušenje, tjelesnu težinu, kolesterol, tjelovježbu, mentalnu i socijalnu aktivnost. Prema mišljenju ispitanika, 78% ih navodi da se ne slaže sa tvrdnjom da su osobe oboljele od demencije opasne su za okolinu, 12% nije sigurno, a 10% se slaže sa tvrdnjom. Neprihvatljivo ponašanje je često kod dementnih bolesnika pa je to i glavni razlog slanja takvih bolesnika u odgovarajuću ustanovu za njegu (u 50% slučajeva). To između ostalog uključuje lutanje, nemir, vikanje, bacanje, udaranje, odbijanje liječenja, ometanje članova osoblja. Poremećaji ponašanja kod demencije još nisu razjašnjeni, a njihovo liječenje se slabo razumije. Obzirom na nesposobnost brige samih za sebe, oboljeli od demencije su teret društvu. S navedenom

tvrdnjom se složila većina (71%), 21% ispitanika smatra da su oboljeli teret društvu, dok njih 8% nije sigurno. Skrb za dementnog bolesnika svaku obitelj košta u prosjeku oko 2.150 kuna mjesečno ili 25.800 kuna godišnje, što je 61 posto svih troškova oboljelog. U Hrvatskoj, prema procjenama, troškovi ukupno iznose oko 3,6 milijardi kuna, a u posljednjih pet godina narasli su 5,6 posto. U 90% slučajeva skrb i njegu dementnim osobama pružaju članovi njihove obitelji koji u najvećem broju slučajeva radi toga pate od stresa (fizički, emocionalno i financijski). Najčešće su to ženske njegovateljice. [16] Na upit o tome da li je društvo dovoljno educirano o demenciji, njenim simptomima, načinima liječenja i komunikaciji, istaknuto je od većine (98%) ispitanika da društvo nije dovoljno educirano o tome, dok samo 2% ispitanika nije sigurno u educiranost društva o demenciji. Dobiveni rezultati prikazuju realnu priču koja se odvija u našem društvu. Mali broj građana je educiran o demenciji i o tome kako postupati sa oboljelim članovima obitelji, prijateljima ili poznanicima. Nažalost, većina njih počinje se informirati tek kada oboli netko od bližnjih. Problem je u tome što simptomi demencije nastupaju postepeno, pa se demencija dijagnosticira tek u kasnijoj fazi bolesti kada su manje šanse za produljenje kvalitete života.

S obzirom na rezultate provedenog istraživanja, može se utvrditi da je znanje studenata o demenciji na visokom nivou. Na većinu postavljenih tvrdnji i pitanja odgovorili su točno, samo je mali postotak netočno odgovorenih pitanja. Analizom dobivenih podataka, utvrđeno je da nema značajnih razlika kada je u pitanju dob i spol studenata. Studenti prve godine pokazali su određeno neznanje u pojedinim područjima, no oni su tek na početku fakultetskog obrazovanja. Generalno gledano, neznanje svih triju godina vezano je uz dijagnostiku demencije o kojoj studenti znaju nedovoljno. Stavovi studenata prema oboljelima od demencije su u većini pitanja vrlo slični, a oni nam dokazuju da studenti ne smatraju oboljele od demencije opasnima i teretom za društvo. Ono što treba naglasiti su stavovi studenata vezani uz opću educiranost društva o demenciji. Gotovo svi studenti smatraju kako je društvo nedovoljno educirano, a to su i potkrijepili svojim tvrdnjama kao što su: „Demencija je često prisutna u našoj okolini, ali je ljudi u većini slučajeva ne prepoznaju pa zato nije pravilno tretirana. Potrebno je ljudima skrenuti pozornost na probleme koje ona nosi i to na način da ova tema bude više zastupljena u javnosti, bilo informativnim letcima, tekstovima, radionicama i slično.“ „Potrebna je veća edukacija opće populacije da se razbije stigma koju sa sobom nosi pojam demencija.“ „Mnogi ljudi su se susreli sa pojmom, ali ne znaju što se u suštini krije iza njega.“ Iz navedenih podataka možemo zaključiti da su studenti svjesni koliko je društvo nedovoljno educirano o demenciji. Također, trebali bismo educirati i članove

obitelji koji mogu znatno olakšati život oboljelom ukoliko im pomažu u održavanju svakodnevnih aktivnosti, društvenih kontakata, informiranja o njihovom stanju i detaljima života. Značajna je i uloga medicinske sestre u skrbi bolesnika sa demencijom. Medicinska sestra treba posjedovati određene kompetencije, specifična znanja iz kliničkih područja psihijatrije i područja iz zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika koja su temeljena na teoriji i praksi. Ona treba prvenstveno djelovati kao zastupnik pacijentovih prava. Između ostalog, treba biti empatična, strpljiva, ustrajna, suosjećajna. Jedna od važnijih uloga medicinske sestre je učiti i pomagati bolesnicima u njihovim ulogama i odgovornostima, pružajući informacije i podršku obitelji. Duševna bolest utječe i na članove obitelji i bolesnika. Obitelj može imati značajnu ulogu u podršci bolesniku. Medicinska sestra pomaže članovima obitelji da prepoznaju svoje uloge i odnose, pomaže im da razviju stvarne i dohvatljive ciljeve, da prepoznaju znakove nadolazeće krize i da budu za nju spremni. Medicinska sestra prije svega svojim aktivnostima pomaže bolesnicima da razviju ili očuvaju za njih maksimalnu razinu samostalnosti, odnosno optimalnu razinu ovisnosti sukladno njihovom stanju. [17]. Medicinska sestra se treba aktivno zanimati za bolesnika, njegove potrebe i probleme. Treba imati dovoljno vremena za svakoga bolesnika i izbjegavati stvaranje ovisnosti bolesnika o sestri i težiti njegovom što većem osamostaljenju. Odnos prema bolesniku treba biti stručan i profesionalan. Pristup svakom bolesniku treba biti individualan, u skladu s njegovim posebnim potrebama. Medicinska sestra je u najbližem kontaktu s bolesnikom i njegovom obitelji pa može prva uočavati promjene i stručnom timu iznositi svoja zapažanja, vrlo značajna za daljnji postupak. Osnova je sestriinske skrbi skrb za čovjeka. Pružanje skrbi temelji se na namjernom, točno utvrđenom i organiziranom pristupu zadovoljavanju potreba i rješavanju problema. Može se reći da je medicinska sestra zamjena za ono što bolesniku nedostaje (snaga, volje, znanje), a što ga čini potpunom i neovisnom osobom. [17]

8. Zaključak

Zbog porasta broja starih ljudi raste i broj starijih osoba koje pate od degenerativnih bolesti mozga kao što je demencija. Demencija je posljedica oštećenja viših kortikalnih funkcija, među kojima se ističu simptomi 4A, odnosno amnezija, agnozija, apraksija i afazija zbog kojih nastaju poremećaji u bolesnikovim socijalnim i profesionalnim aktivnostima. Demencija se ne može izliječiti, ali se može liječiti. Bez obzira na to što je većina demencija ireverzibilna, nužno je što ranije postaviti pravu dijagnozu bolesti i na vrijeme započeti simptomatsko liječenje gdje su u prvim redovima antidementivi. Dijagnoza se postavlja na temelju laboratorijskih nalaza, detaljnog intervjua s bolesnikom, heteroanamnestičkih podataka, obiteljske anamneze, fizikalnog, neurološkog i psihijatrijskog pregleda.

Demencija je jedan od najvećih društvenih i javno zdravstvenih problema današnjice. Bolest je neizlječiva pa značajno utječe na obitelj, supružnike, žene koje su najčešće i njegovateljice. Osim što je skrb za bolesnika izrazito teška i zahtjevna, ona je i vrlo skupa. Stoga, što se bolest prije dijagnosticira i počne liječiti, kvaliteta života oboljelog i obitelji može se uvelike poboljšati, a samim time će se smanjiti troškovi skrbi za koje obitelj i društvo izdaju mnogo sredstava.

Studenti koji su anketirani u ovom istraživanju dali su obećavajuće rezultate vezane uz njihovo znanje i stavove o demenciji. Ono na što ukazuju rezultati istraživanja jest da je krajnje vrijeme da se javnost educira o demenciji u svrhu destigmatizacije i povećanja svijesti. Okolina bolesnika mora se prilagoditi bolesti i njenim posljedicama, mora zadržati dostojanstvo bolesne osobe i naučiti prepoznavati neverbalne znakove koje bolesnik odašilje. Vrlo važna sastavnica su razumijevanje, podrška i skrb koju bolesniku pružaju osobe koje se o njemu brinu. Treba zadržati kvalitetu života oboljele osobe i njezine obitelji što je moguće dulje, pomoći u otklanjanju tegoba koje im mogu olakšati svakodnevno življenje. Svaki bolesnik ima pravo na ravnopravan život u zajednici kao što imaju i drugi pa se u skladu s time treba i tako odnositi i pomoći im u svakom pogledu.

S obzirom na rezultate istraživanja prema kojima je vidljivo da su studenti sestrinstva dobro educirani i pozitivnog stava prema oboljelima od demencije, nadam se kako će oni biti upravo ti koji će okolini pokušati ukazati na probleme koje sa sobom nosi ova bolest. Oni su ti koji poimaju pacijenta kao cjelovito biće i kojeg će negovati bez obzira na njegov status, stanje, sposobnosti i mogućnosti. U očima medicinske sestre/tehničara svaki je čovjek jednak. Pomoću stečenih znanja i vještina, medicinska sestra će pomoći u ublažavanju, rješavanju i

podnošenju problema, pružanju podrške kada im je to potrebno, ona će se nositi s ljudskom patnjom u njihovim najtežim trenucima te će savjesno i kritički provoditi ono što je propisano.

9. Literatura

- [1] R. Gregurek: Psihološka medicina, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [2] M. Havelka: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998.
- [3] V. Demarin, Z. Trkanjec: Neurologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2008.
- [4] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2014.
- [5] <http://zdravozdravo.blogspot.hr/2015/03/demencija-uzroci-simptomi-vrste.html>
dostupno 25. 07. 2016.
- [6] L.E. Berk: Psihologija cjeloživotnog razvoja, Naklada Slap, 2008.
- [7] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno Veleučilište Zagreb, 2007.
- [8] <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija/poremecaji-ponasanja-i-demencija> dostupno 25.07 2016.
- [9] <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/752/> dostupno 26.07.2016.
- [10] <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/23825/Moze-li-se-demencija-lijeciti.html>
dostupno 26.07.2016.
- [11] G. Arbanas: Psihijatrija, Naklada Slap, Zagreb 2008.
- [12] S. Šepec, B. Kurtović, T. Munko, M. Vico, D. Abcu Aldan, D. Babić, A. Turina: Sestrinske dijagnoze, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2011.
- [13] M. Kadović, D. Abou Aldan, D. Babić, B. Kurtović, S. Piškorjanac, M. Vico: Sestrinske dijagnoze 2, Hrvatska Komora Medicinskih sestara, Zagreb, 2013.
- [14] Ackley BJ., Ladwig GB. (2006) Nursing diagnosis handbook 7-th ed, Mosby Elsevier, USA
- [15] <http://www.vasezdravlje.com/izdanje/clanak/939/6/> dostupno 26.07.2016.
- [16] <http://zdravlje.hina.hr/content/9031126> dostupno 26.07.2016.
- [17] Lj. Moro, T. Frančišković i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011

10. Prilozi

Prilog 1: Online anketa

ZNANJA I STAVOVI STUDENATA O DEMENCIJI

Poštovani kolege, molim Vas da ispunite ovu anketu koja se provodi u svrhu mog završnog istraživačkog rada za kolegij Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Anketa je anonimna, a Vaši odgovori će biti korišteni isključivo u istraživačke svrhe. Unaprijed Vam zahvaljujem na suradnji!

1. VAŠ SPOL:

- muško
- žensko

2. U ODNOSU NA VAŠU DOB, U KOJU SKUPINU SPADATE?

- 18-22
- 23-27
- 28-32
- 33 godine i više

3. GODINA STUDIJA:

- 1. godina
- 2. godina
- 3. godina

4. DEMENCIJA JE ISTO ŠTO I STARAČKA ZABORAVLJIVOST.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/sigurna

5. GUBITAK KRATKOTRAJNOG PAMĆENJA JEDINI JE SIMPTOM DEMENCIJE.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/sigurna

6. SIMPTOMI DEMENCIJE JAVLJAJU SE NAGLO.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/sigurna

7. OSOBE MLAĐE OD 65 GODINA NE MOGU OBOLJETI OD DEMENCIJE.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/sigurna

8. AKO JE JEDAN OD VAŠIH RODITELJA IMAO DEMENCIJU, IMATI ĆETE JE I VI.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/sigurna

9. TOKOM ŽIVOTA SE MOŽE SAMO SUMNJATI NA DEMENCIJU, TEK OBUDKCIJOM SE MOŽE 100% UTVRDITI.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/sigurna

10. JEDAN OD VODEĆIH RAZLOGA NE TRAŽENJA STRUČNE POMOĆI JE STRAH OD OTKRIVANJA IDENTITETA.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/sigurna

11. SMATRATE LI DA OD DEMENCIJE ČEŠĆE OBOLIJEVAJU ŽENE ILI MUŠKARCI?

- Žene
- Muškarci
- Nisam siguran/sigurna

12. POSTOJE USPJEŠNE METODE PREVENCIJE DEMENCIJE.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/sigurna

13. OSOBE OBOLJELE OD DEMENCIJE OPASNE SU ZA OKOLINU.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/sigurna

14. OBZIROM NA NJIHOVU NESPOSOBNOST BRIGE SAMIH ZA SEBE, OBOLJELI OD DEMENCIJE SU TERET DRUŠTVU.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/sigurna

15. JE LI DRUŠTVO DOVOLJNO EDUCIRANO O DEMENCIJI, NJENIM SIMPTOMIMA, NAČINIMA LIJEČENJA I KOMUNIKACIJI?

- Da
- Ne
- Nisam siguran/sigurna

Navedite Vaše prijedloge, dojmove, komentare na ovu temu:



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, Doroteja Osonjački pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada pod naslovom Stavovi studenata sestrinstva prema osobama sa demencijom te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:

Doroteja Osonjački
(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, Doroteja Osonjački neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom Stavovi studenata sestrinstva prema osobama sa demencijom čija sam autorica.

Studentica:

Doroteja Osonjački
(vlastoručni potpis)