

Znanje studenata Sestrinstva o Alzheimerovoj demenciji

Slaviček, Barbara

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:077364>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-23**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 975/SS/2018

Znanje studenata sestrinstva o Alzheimerovoj demenciji

Barbara Slaviček, 0694/336

Varaždin, rujan 2018. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 975/SS/2018

Znanje studenata sestrinstva o Alzheimerovoj demenciji

Student

Barbara Slaviček, 0694/336

Mentor

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, rujan 2018.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

PRISTUPNIK Barbara Slaviček MATIČNI BROJ 0694/336

DATUM 10.07.2018. KOLEGIJ Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije

NASLOV RADA Znanje studenata Sestrinstva o Alzheimerovoj demenciji

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Knowledge of Nursing Students about Alzheimer's Dementia

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

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Jurica Veronek, mag.med.techn., predsjednik
2. Melita Sajko, dipl. med. techn., mentor
3. doc.dr.sc. Karlo Houra, član
4. Irena Canjuga, mag.med.techn., zamjenski član
- 5.

Zadatak završnog rada

BROJ 975/SS/2018

OPIS

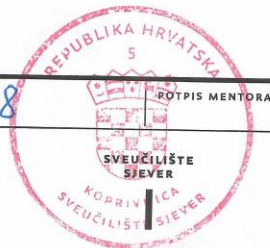
Sve većim porastom oboljelih od demencije postoji veća potreba za što boljim i kompleksnijim znanjem medicinskih djelatnika o istoj. Najčešća demencija je Alzheimerovog tipa koju uzrokuje Alzheimerova bolest. Započinje blagim gubitkom pamćenja, a kroz nekoliko godina se razvija teški oblik demencije. Najčešći problem je rano prepoznavanje Alzheimerove demencije, kao i problem liječenja i skrbi o oboljelom. Populacija je često nedovoljno informirana o problemu, a i edukacija zdravstvenih profesionalaca je često nedostatna. Cilj ovog rada je saznati kakvo je znanje studenata sestrinstva kao budućih zdravstvenih djelatnika o Alzheimerovoj demenciji te razlikuje se znanje studenata ovisno o godini studija.

U radu je potrebno:

- opisati Alzheimerovu bolest
- navesti epidemiološke podatke vezane uz Alzheimerovu bolest
- opisati dijagnostiku, kliničku sliku i liječenje Alzheimerove demencije
- opisati skrb za osobu oboljelu od Alzheimerove demencije
- provesti istraživanje o znanju studenata sestrinstva o Alzheimerovoj demenciji
- prikazati i raspraviti rezultate istraživanja
- na osnovu rezultata predložiti mjere za poboljšanje edukacije studenata

ZADATAK URUČEN

29.08.2018



Sažetak

Zbog sve većeg broja starijeg stanovništva raste i broj oboljelih od Alzheimerove demencije. Alzheimerova demencija čini 2/3 svih demencija i karakterizirana je gubitkom sposobnosti pamćenja, mišljenja, orijentacije i učenja. To je progresivna neurodegenerativna bolest od koje uglavnom obolijevaju ljudi starije životne dobi, iako se ponekad javlja i kod mlađih osoba. S obzirom da se smatra bolešću današnjice, medicinske sestre će se zasigurno sve češće susretati sa pacijentima pogođenima ovom bolešću te bi iz tog razloga trebale biti pripremljene za ovako specifične skupinu pacijenata.

Cilj ovog istraživanja bio je saznati kakvo je znanje studenata sestrinstva o Alzheimerovoj demenciji i kakvi su njihovi stavovi vezani uz navedenu bolest. U istraživanju je sudjelovalo 153 ispitanika te su svi bili studenti sestrinstva Sveučilišta Sjever, a anketa je bila provedena preko Google obrasca. Prema dobivenim rezultatima znanje studenata je zadovoljavajuće, a najviše znanje imaju ispitanici treće godine studija. Znanje muških i ženskih studenata se ne razlikuje. Ispitanici viših godina studija pokazali su veću želju za radom sa oboljelima od demencije. Prema rezultatima nema statistički značajne razlike između različitih godina studija u strahu od obolijevanja od Alzheimerove demencije.

Rad sa oboljelima od Alzheimerove demencije zahtijeva određeno znanje i vještine. Mnoga istraživanja su potvrdila važnost edukacije i kliničkih vježbi za postizanje što većeg znanja i pozitivnih stavova o oboljelima od Alzheimerove demencije. Medicinske sestre koje posjeduju zadovoljavajuće znanje i imaju pozitivan stav prema oboljelima pružaju kvalitetniju zdravstvenu njegu i omogućavaju bolju kvalitetu života oboljelima od Alzheimerove demencije.

KLJUČNE RIJEČI: Alzheimerova demencija, znanje, edukacije, studenti

Popis korištenih kratica

AB Alzheimerova bolest

SZO Svjetska zdravstvena organizacija

DAT Demencija Alzheimerovoga tipa

AIDS Sindrom stečene imunodeficijencije

SŽS Središnji živčani sustav

Sadržaj

1.	Uvod	1
1.1.	Epidemiologija Alzheimerove demencije	2
2.	Demencija	4
2.1.	Podjela demencije	4
2.1.1.	Etiologija demencija	4
2.2.	Alzheimerova demencija	5
2.2.1.	Klinička slika Alzheimerove demencije	5
2.2.2.	Rizični faktori i prevencija	6
2.2.3.	Liječenje Alzheimerove demencije	7
2.3.	Komunikacija s osobama oboljelima od Alzheimerove demencije	8
2.3.1.	Smjernice za dobru komunikaciju	8
3.	Dosadašnja istraživanja o povezanosti edukacije i znanja o DAT	10
4.	Ciljevi istraživanja	12
4.1.	Hipoteze	12
5.	Metode rada i ispitanici	13
5.1.	Ispitanici i postupak	13
5.2.	Instrumenti	13
5.3.	Statistička obrada	13
6.	Rezultati	14
7.	Rasprava	22
8.	Zaključak	27
9.	Literatura	28
10.	Prilozi	30

1. Uvod

Broj ljudi u svijetu koji žive s demencijom trenutno se procjenjuje na 35,6 milijuna, a smatra se da će do 2030. taj broj dvostruko narasti. [1] Iz tog razloga demencija je prepoznata kao rastući gerontološko-javnozdravstveni problem i prioritet u skrbi za osobe starije životne dobi. [2] Demencija ili kronični moždani sindrom je kasnije stečeni oblik intelektualnog deficita. To je progresivna i ireverzibilna bolest s degenerativnim promjenama središnjeg živčanog sustava. [3] Danas je poznato više od 50 bolesti koje mogu uzrokovati demenciju, od kojih je najčešća Alzheimerova, na koju otpada oko 2/3 svih demencija. To je progresivna neurodegenerativna bolest od koje uglavnom obolijevaju ljudi starije životne dobi, iako se ponekad javlja i kod mlađih osoba. Bolest je dobila ime po njemačkom neurologu Aloisu Alzheimeru (1864.– 1915.), koji je 1907. godine prvi opisao bolesnicu u dobi od 51 godine sa simptomima paranoidnih ideja, gubitka pamćenja i poremećaja govora. [4]

Prema DSM-IV klasifikaciji, dijagnostički kriteriji za demenciju (F00- F09) jesu multipli kognitivni deficit, uključujući oštećenje memorije, i barem još jedan od kriterija: afazija, apraksija, agnozija ili poremećaj izvršnih funkcija (planiranje, organiziranje, apstrahiranje). Oštećenje epizodne memorije (tj. sposobnosti učenja novih informacija) može se prezentirati zaboravljanjem dogovora, učestalim postavljanjem istih pitanja te neprekidnim ponavljanjem istih priča. [2] Najčešća demencija je Alzheimerova, a uzrokuje ju Alzheimerova bolest. AB (Alzheimerova bolest) često ostaje neprepoznata, a simptomi se pogrešno interpretiraju kao normalan proces starenja ili demencija, što je vrlo štetno za oboljelu osobu, obitelj i društvo u cijelosti. [5]

Prve simptomi AB najčešće primjećuje obitelj, skrbnici ili prijatelji osobe, odnosno sama osoba. Bolest najčešće počinje monosimptomatski, s blagim promjenama u kogniciji, pamćenju ili obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Iz istih razloga u ranom stadiju može ostati neprepoznata. Ukoliko je početak nagle naravi, za to su najčešće odgovorni trigeri kao što su emocionalni šok, pojava druge teške bolesti, operativni zahvat, promjena sredine, itd. Bolest je progresivna i degenerativna, uništava stanice moždane kore i okolne strukture. Uzrok je za sada nepoznat; postoje mnoge studije koje su pokušale povezati AB s genskim nasljeđem, unošenjem aluminija u organizam, uzimanjem estrogena i progesterona, ali niti jedna nije dokazala uzročno-posljedičnu vezu već samo eventualno supojavnost. [5]

Alzheimerova bolest najčešće se potvrđuje različitim neuropsihološkim testovima, kliničkom slikom te metodama slikovnog prikaza specifičnih promjena u mozgu, kao i isključivanjem drugih patoloških stanja mozga, a i onih stanja koja mogu uzrokovati reverzibilne demencije kao što je npr. deficit vitamina B12 i/ili folne kiseline. Najznačajnije dopune dijagnostičkih kriterija

nastale su uključenjem danas poznatih biomarkera za AB. Biomarkeri su in vivo mjerljivi fiziološki, biokemijski ili anatomske parametri koji su odraz specifičnih obilježja patofizioloških procesa povezanih s Alzheimerovom bolešću. [2]

S obzirom da se demencija smatra bolešću današnjice i da broj oboljelih rapidno raste, medicinske sestre će se sve češće susretati sa ovom skupinom bolesnika. Iz tog razloga, edukacija budućih zdravstvenih radnika je najvažnija karika u podizanju kvalitete njege o oboljelim o AB. Na Sveučilištu Sjever o Alzheimerovoj bolesti i demencijama može se slušati na drugoj godini studija na kolegiju Neurologije gdje se stekne kliničko znanje o Alzheimerovoj bolesti i demencijama, a na trećoj godini studija na kolegijima Zdravstvena njega starijih osoba, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika te Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije, gdje studenti slušaju klinički dio kao i zdravstvenu negu osoba oboljelih od demencije. Nema mnogo istraživanja o povezanosti znanja i stavova studenata sestinstva ili medicinskih sestara sa njihovom edukacijom te kvalitetom pružene zdravstvene njege. Odgovarajuće znanje o demenciji među zdravstvenim djelatnicima važno je za kvalitetu zbrinjavanja osoba oboljelih od demencije.

1.1. Epidemiologija Alzheimerove demencije

Epidemiološki podaci provedenih istraživanja (SAD, Švedska, Velika Britanija) pokazuju da prevalencija demencije iznosi 9-14% u osoba starije životne dobi (65+), a od toga ih 1/3 nije sposobna za samostalan život. [2] Općenito, prevalencija demencije (uključujući tu i blagu demenciju) u populaciji osoba starijih od 85 godina iznosi čak 30-35%. Ako ove šture statističke podatke pokušamo prevesti u realne brojke, očekivani broj bolesnika u SAD danas bi iznosio preko 1.500.000. [6] Prema izvješću SZO iz 2003., od ukupnih broja demencija 11% osoba starijih od 60 godina je funkcionalno onesposobljeno. Hrvatska istraživanja upućuju na oko 14% starijih od 65. godine sa psihoorganskim promjenama. Međutim, dijagnoza psihoorganskog sindroma ne znači uvijek i kliničku sliku demencije. [2] Uzevši u obzir činjenicu da se prosječna životna dob stanovništva kontinuirano produžuje, a da je natalitet u većini zemalja sve niži, sasvim je realno očekivati da demencija početkom idućeg stoljeća postane jedan od najozbiljnijih medicinskih i društvenih problema. Premda je na prvi pogled demencija zdravstveni problem razvijenih zemalja, paradoksalno zvuči činjenica da će bolja zdravstvena skrb i posljedično produženje očekivane duljine života stanovništva u tzv. "trećem svijetu" rezultirati upravo enormnim povećanjem broja dementnih bolesnika u tim zemljama – jer je niska učestalost demencija u tim zemljama posljedica malog udjela starijih dobnih skupina u ukupnoj populaciji.

Tako SZO za razdoblje 1985.-2025. godine za Sjedinjene Države predviđa porast stanovništva starijeg od 65 godina za 105%, u Indiji za 265%, a u Guatemali za nevjerojatnih 57%. [6] Od svih demencija 80-90% čine primarne, a 10 do 20% sekundarne. Najčešće su Alzheimerova (50 do 60% svih demencija). U dobi od 65 godina DAT (demencija Alzheimerovog tipa) se pojavljuje u 0,6% muškaraca i 0,8% žena. Učestalost raste s dobi, pa se procjenjuje da je incidencija oko 0,5% za svaku godinu između 65. i 69. godine života, oko 1% za svaku godinu između 70. i 74., 2% za svaku godinu od 75% do 79%, a 3% godišnje od 80. Do 84. godine i 8% godišnje nakon 85. godina. U dobi od 85 godina prisutna je u 14% žena i 11% muškaraca, u dobi od 95 godina 41 i 36%. [3] Incidencija Alzheimerove bolesti je podjednaka među spolovima, dok je prevalencija značajno više u žena, što je vjerojatno posljedica njihovog nešto duljeg prosječnog životnog vijeka. [4]

2. Demencija

Demenciju odlikuje progresivno intelektualno propadanje, koje dovodi do nemogućnosti zadovoljavanja osnovnih društvenih, moralnih i radnih obveza zahvaćene osobe. Demencija je stoga veliki izazov za javno zdravstvo, strepnja i prijetnja za starije osobe, i tragedija za njene žrtve – kao i za njihove obitelji. Demencija je sindrom globalnog i progresivnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti, prouzročen organskom bolešću središnjeg živčanog sustava, pri očuvanoj svijesti, u kojem su posebno oštećene sposobnosti pamćenja, učenja, apstraktnog mišljenja, orijentacije i poimanja vidno-prostornih odnosa. [6] Prema definiciji koju je prihvatila Svjetska zdravstvena organizacija, kod demencija dolazi do poremećaja u višim kortikalnim funkcijama, uključujući pamćenje, mišljenje, orijentaciju, razumijevanje, računanje, sposobnost učenja, jezik i prosudbu. [7]

2.1. 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 koreja, Pickova bolest, Creutzfeldt-Jacobova bolest, Wilsonova bolest), demencija uzrokovana različitim tvarima (lijekovima, sredstvima ovisnosti, otrovima), demencija višestrukih uzroka (kombinacija dvaju ili više etioloških čimbenika) i demencija nepoznata uzroka. Također, postoji i podjela na primarne i sekundarne demencije. Primarne (progresivne) jesu one gdje je mozak zahvaćen neurodegenerativnim procesom (Alzheimerova, vaskularna). Sekundarne su demencije uzrokovane upalnim procesima, tumorima, ozljedama mozga, intoksikacijama i procesima koji se događaju izvan SŽS-a (metabolički, hormonalni i drugi poremećaji). Uz navedeno, postoji i podjela s obzirom na lokalizaciju oštećenja. [3]

2.1.1. Etiologija demencija

Uzroka demencija ima mnogo. Danas je poznato više od 50 bolesti koje mogu uzrokovati demenciju. Alzheimerova demencija je nepoznata uzroka. Određenu ulogu u nastajanju ove demencije ima naslijeđe. Poznato je kako se bolest češće javlja u nekim obiteljima. Također je češća u jednojajčanih blizanaca. Kod jednojajčanih blizanaca javlja se od 43% do 79%, a kod dvojajčanih u 8% do 58%. Pretpostavlja se kako se genske aberacije povezane s Alzheimerovom bolešću nalaze u 1., 14., i 21. kromosomu. Amiloidni (senilni) plakovi nakupine su amiloida, koji

se stvara pri poremećenoj sintezi proteina. Stvaranje amiloida prati degenerativne procese, a posljedica je odumiranje živčanih stanica. Neurofibrilacijsko je klupko nakupina zapletenih odumrlih vlakana živčanih stanica koje onemogućuju provođenje impulsa između neurona. Zahvaćene su stanice u različitim dijelovima mozga, ali najviše u korteksu i hipokampusu. Takva oštećenja nastaju 20 do 30 godina prije pojave kognitivnih i ponašajnih poremećaja. U oboljelih od Alzheimerove demencije nađeno je sniženje koncentracije serotonina, noradrenalina te različitih proteina. [3]

2.2. Alzheimerova demencija

Alzheimerova demencija jest spora, progresivna bolest, koja dovodi do oštećenja pamćenja (poglavito kratkotrajnog) i poremećene orijentacije, sa simptomima afazije, apraksije, agnozije, s oštećenim rasuđivanjem i nemogućnošću donošenja odluka. Obično završava smrću nakon desetak godina trajanja. A. Alzheimer je 1906. godine opisao 51- godišnju bolesnicu s progresivnom demencijom i psihotičnim simptomima. Na obdukciji je pronašao degenerativne promjene mozga i specifične plakove. Po njemu je bolest dobila ime, a još se upotrebljava i naziv demencija Alzheimerovog tipa (DAT). [3] Alzheimerova demencija je i najčešća demencija, no granice među podtipovima mogu biti nejasne i često su prisutni mješoviti oblici. [8]

2.2.1. Klinička slika Alzheimerove demencije

Problemi vezani uz demenciju javljaju se u tri faze. Prva je rana (primarna) faza koja traje godinu ili dvije, druga (sekundarna) faza traje od dvije do četiri ili pet godina, a kasna (tercijarna) faza je od 5 godine bolesti na dalje. [8] Primarna faza bolesti često se previdi, ljudi okruženi oboljelom osobom smatraju da su sve promjene samo dio starenja, zbog takvog početka bolesti teško odrediti kada je bolest počela. [8] U primarnoj fazi dolazi do poteškoća u pamćenju nedavnih događaja, promjena u osobnosti, agresivnosti, poteškoća u komunikaciji i logičkom zaključivanju te teže donošenje odluka. [9] Osobe često izgube pojam o vremenu, imaju poteškoće u obavljanju kompleksnijih kućanskih poslova te mogu postati manje aktivni i motivirani i izgubiti interes za hobije. [8] U sekundarnoj fazi dolazi do poteškoća u osobnosti, dolazi do veće neprijateljske nastrojenosti, do poteškoća u komunikaciji (osoba govori tečno, ali bez povezanosti i logike) i pojave tremora. [9] Postanu vrlo zaboravni (zaboravljaju osobna imena), dolazi do poteškoća u razumijevanju vremena i gubljenja na ranije poznatim mjestima, potrebna je pomoć pri osobnoj njezi i obavljanju kućanskih poslova. Također, moguće su

promjene ponašanja koje mogu uključivati lutanje, ponovno ispitivanje, zazivanje. [8] Mogu se javiti afektivne smetnje, apatičnost, povlačenje, ali i agresivni ispadi, neprimjereno spolno ponašanje i uznemirenost. Psihoteični fenomeni dolaze u obliku paranoidnih sumanutosti, a rjeđe i halucinatornih doživljaja. [3] Posljednja faza je gotovo potpuna ovisnost i neaktivnost, imaju poteškoće u razumijevanju onoga što se događa oko njih, ne prepoznaju bliske ljude i poznate predmete, dolazi do promjena mobilnosti i oštećenja motornih funkcija. [8] Zbog teškoća općeg stanja i oslabljenih mehanizama obrane često se pojavljuju upalne bolesti (interkurentne bolesti)

Postoje tri oblika bolesti: s ranim početkom, kasnim početkom i mješoviti (atipični) tip. Najčešći je oblik s kasnim početkom (nakon 65. godine života) i polaganim razvitkom, a to je Alzheimerova bolest tipa 1 ili senilna demencija. Oblik s ranijim početkom nastaje prije 65. godine i ima brzi tijek. To je Alzheimerova bolest tipa 2 (presenilna demencija). [3]

2.2.2. Rizični faktori i prevencija

Neki od poznatih/mogućih rizičnih čimbenika za nastanak bolesti su pozitivna obiteljska anamneza, traume glave, hipertenzija, šećerna bolest, hiperlipidemija, niža edukacijska razina bolesnika i depresija. [2]

Životna dob i dalje ostaje najznačajniji rizični faktor za razvoj demencije. Također i stupanj obrazovanja ima ulogu u razvoju AB. Viši stupanj obrazovanja povezan je sa smanjenim rizikom za razvoj bolesti. Pretpostavka je da viši stupanj obrazovanja stvara veće kognitivne rezerve koje smanjuju očitovanje AB na kognitivne funkcije mozga. Naime, hipoteza o kognitivnim rezervama pretpostavlja da mentalne aktivnosti, učenje i socijalne interakcije preveniraju ili čak smanjuju kognitivne smetnje. Prema podacima dobivenim na većem broju obdukcija pacijenti sa višim stupnjem obrazovanja usprkos neuropatološkim nalazima koji su karakteristični za AB za vrijeme života nisu pokazivali kliničke simptome bolesti u odnosu na manje obrazovane pacijente. Ipak nekoliko studija dokazuje da mentalne aktivnosti u starijoj životnoj dobi znatno usporavaju klinički nastup AB neovisno o stupnju obrazovanja što dovodi do zaključka da kognitivne rezerve nisu samo odraz stupnja obrazovanja u mlađoj životnoj dobi nego se mogu povećati i u starijoj dobi ako postoji izrazita kognitivna aktivnost mozga. [10] Unatoč nekonzistentnosti u nekim istraživanjima, postoje čvrsti dokazi da iz zemlja sa visokim prihodima koje su više razine obrazovanja i radnog uspjeha povezani su sa nižom incidencijom demencije. [8]

Konзумiranje alkohola i cigareta, koji su štetni po zdravlje, mogu biti jedan od rizičnih čimbenika za nastanak demencije ako se konzumira prekomjerno.

Alkohol izravno toksično djeluje na mozak, no ne treba zanemariti i njegovo neizravno djelovanje (česte traume glave). Demencija koja je nastala kao posljedica prekomjerne konzumacije alkohola često je ireverzibilna i teškog stupnja. Dijabetes povećava rizik od Alzheimerove demencije čak za 50 – 100%, a za nastanak vaskularne demencije povećan je rizik 100 – 150%. [10]

2.2.3. Liječenje Alzheimerove demencije

Demencija polako narušava svakodnevni život oboljeloga, ali jednako utječe na život obitelji ili skrbnika. [5] Budući da ne postoji mogućnost izlječenja ono što se može poduzeti jest rano prepoznavanje bolesti, odgoda uznapredovanih stadija bolesti te prilagodba svakodnevnog života. Kako bi se navedeno ostvarilo, potrebna je dobra informiranost o tijeku bolesti, o početnim simptomima kao i postojećim mogućnostima skrbi, brige i usporavanja tijeka bolesti. Svaki čovjek bi trebao biti educiran o svojem problemu. Jednako tako i osobe mlađih dobnih skupina koji žive, skrbe ili na bilo kakav način brinu o starijim članovima obitelji trebale bi imati saznanja o ovoj bolesti. Dobra edukacija i prepoznavanje veličine problema početak je i osnova rješavanja demencije. Geroprofilaktične mjere i postupci u zaštiti zdravlja starijih osoba prioritetno su usmjereni na sprečavanje nastanka gerijatrijskog 4N sindroma (nepokretnost, nesamostalnost, nekontrolirano mokrenje i nestabilnost) koji se isključivo pojavljuje u gerijatrijskog bolesnika. [2] Kako bi se usporilo napredovanje bolesti, oboljeli mora biti integriran u društvo te raditi na održavanju preostalih sposobnosti koje ima. [5]

Poznato je da psihofarmakološka era započinje ranih 50-tih godina, kao prvi lijek, neračunajući litij i neke barbiturate, navodi se klorpromazin. Danas postoji 5 odobrenih lijekova za AB, no daleko je to od onoga izlječenja od AB, koje za sada nitko nigdje još uvijek ne može pružiti. [11] U tretmanu osoba s dijagnosticiranom demencijom Alzheimerova tipa danas se najčešće rabe inhibitori kolinesteraze [12] i antagonisti NMDA receptora. Lijekovi koji se koriste su donepezil, rivastigmin, galantamin, memantin i takrin. Donepezil je lijek izbora u ranom i srednjem stadiju bolesti, a drugi izbor je galantamin ili rivastigmin. U kasnom stadiju koristi se memantin u kombinaciji sa donepezilom. [13]

2.3. Komunikacija s osobama oboljelima od Alzheimerove demencije

Tijekom Alzheimerove bolesti oboljela osoba gubi sposobnost govora, zaboravlja riječi, gubi se sintaksa, riječi postaju nerazumljive sve do njihova potpunog izostanka. Poteškoće nastaju zato što oboljeli zaboravlja događaje iz bliske prošlosti, a u ranim fazama bolesti skloni su opetovanom ponavljanju riječi ili pitanja, smanjena im je sposobnost koncentracije, usporeno odgovaraju na podražaje iz okoline te nisu u mogućnosti pronaći riječi i logički ih povezivati. [2] Problemi u komunikaciji frustriraju kako oboljele tako i njegovatelje. Koristeći neke nefarmakološke intervencije moguće je komunikaciju s oboljelim od demencije znatno poboljšati. [14]

Osim poštovanja kao temelja komunikacije, važno je odvojiti osobu od bolesti jer su nepoželjna ponašanja dio bolesti, a ne bolesnikove osobnosti. Treba imati na umu da se bolesnikova realnost razlikuje od naše. [2] Taj način ophođenja prema pacijentu naziva se integrativna validacija. Cilj integrativne validacije je da se kod oboljele osobe stvori atmosfera sigurnosti tako da se njegove potrebe i osjećaji pažljivo registriraju i onda verbalno ili neverbalno oslikavaju, odnosno prihvaća se unutarnji svijet oboljele osobe. Za one koji se jedva još mogu izražavati verbalno postoji bazalna stimulacija i snoezelen. Navedeni postupci potiču tijelo na zapažanje, ali i komunikaciju između osoba koje njeguju i oboljelih tako da se nadraži jedno ili više osjetila i to dovodi uslijed senzibilne promjene do poboljšanja raspoloženja, do ugodnog osjećaja i opuštanja. Također, muzikoterapija, likovna terapija, općenito art terapija, blaga tjelovježba i terapija plesom mogu se pozitivno odraziti na raspoloženje oboljelog te pridonose tome da se održi udobnost i kvaliteta života. [15]

2.3.1. Smjernice za dobru komunikaciju

- Omogućiti oboljeloj osobi da bolje vidi, čuje, govori (naočale, slušni aparat, zubalo)
- Privucite pozornost bolesnika prije nego li mu se obratite (npr. tako da ga dotaknete za ruku)
- Uklonite druge ometajuće izvore
- Kada se obraćate bolesniku, neka vaša glava bude u istoj ravnini s njegovom
- Probajte uspostaviti kontakt s očima
- Držite bolesnika za ruku tijekom razgovora
- Potrudite se govoriti jasno
- Govorite u kratkim rečenicama ili samo o jednoj stvari ili temi
- Dajte bolesniku dovoljno vremena za odgovor

- Pratite i potrudite se razumjeti govor tijela bolesnika
- Koristite neverbalnu komunikaciju (smiješak, zagrljaj) [14]

Komunikacija je moguća u bilo kojoj fazi bolesti i potrebno ju je prilagoditi. Važno je pratiti govor tijela. Pomoći neverbalnih znakova možemo prepoznati je li osobi neugodno, boji li se ili je nešto boli. Potrebno joj je prići polako, s prednje strane te uspostaviti kontakt s očima. Za umirivanje osobe poželjno je koristiti se fizičkim dodirom (držanje za ruku, zagrljaj). Za oboljelog od demencije smirenost njegovatelja i opušteni stav tijela uz vjerodostojnost i usklađenost vlastita govora i govora tijela može značiti više od riječi. [2]

3. Dosadašnja istraživanja o povezanosti edukacije i znanja o DAT

Briga za ljude s Alzheimerovom demencijom je teška i zahtijeva specifične vještine, znanja i stavove. Kada je i jedno od navedenog ograničeno, medicinska sestra ne može pružiti adekvatnu zdravstvenu njegu oboljelom od demencije. Nažalost, istraživanja pokazuju da se zdravstvena njega oboljelog od demencije često temelji na ograničenom vremenu osoblja, lošem znanju o demenciji i nerazumijevanju bolesnikovih potreba. Studenti sestrištva vjerojatno susreću populaciju oboljelu od demencije tijekom njihove kliničke prakse. Stoga je od presudnog značaja studente sestrištva adekvatno educirati o ovoj sve većoj skupini bolesnika te ih upoznati sa specifičnostima rada. [16]

U istraživanju provedenom 2015. u Indiji cilj je bio ocijeniti znanje studenata o njezi i stavove prema osoba s Alzheimerovom bolešću i demencijama. Rezultati su pokazali da studenti nemaju dovoljno znanja o demenciji, ali imaju pozitivne stavove prema pacijentima s demencijom. Smatra se da medicinske sestre s visokom razinom znanja o demenciji mogu pružiti kvalitetnu skrb oboljelima od demencije. Odnos između znanja i kvalitetne njege potvrđuju mnoga istraživanja, odnosno činjenicu da medicinske sestre često nisu uspjele zadovoljiti potrebe ljudi s demencijom. Također, rezultati ovog istraživanja pokazali su razliku između znanja studenata viših i nižih godina studija, odnosno znanje viših godina studija je nešto bolje te su stavovi pozitivniji. Autori navode da takvi rezultati mogu biti posljedica veće izloženosti oboljelima od demencije. [16]

Rezultati dobiveni u istraživanju, koje je provedeno 2016.godine na Texas Woman's University i na University of Texas and Tyler, pokazuju da studenti koji su bili na kliničkoj vježbovnoj nastavi imaju bolje znanje i poboljšane stavove prema osobama s Alzheimerovom bolešću u usporedbi sa studentima koji su završili online modul ili nisu sudjelovali u intervencijama specifičnima za demenciju. Studenti sa pozitivnijim stavovima prema osobama oboljelim od demencije i boljim poznavanjem bolesti pokazali su bolje razumijevanje i želju za radom sa ovom specifičnom populacijom. Također, naveli su nedostatak znanja i povjerenja u pružanje skrbi i strah od nepoznatog. Autori smatraju da se negativni osjećaji mogu svesti na minimum kroz iskustveno učenje, a oni su najčešće bili povezani s biheviorističkim i psihološkim simptomima. [17] Iskustvo dobiveno kroz kliničku vježbovnu nastavu sa starijim osobama bitno je za promicanje pozitivnih stavova prema osobama s demencijom. Nakon provođenja nekoliko sati sa oboljelima od demencije kod studenata je primijećena promjena stavova, studenti su razumjeli perspektivu pacijenata i osjećali su se bolje pripremljenima da zadovolje individualne potrebe pacijenata. [18]

Istraživanje provedeno na Malti ukazuje na problem nedostatka podrške tijekom školovanja medicinskih sestara koje može utjecati negativne stavove prema osobama oboljelima od demencije. Rezultati prikazuju da studenti imaju dovoljno znanja o problemu i pokazuju pozitivne stavove prema oboljelima. Dob, akademska godina i vježbovna nastava su povezani s pozitivnim stavovima. Uključivanje više od 1/3 ispitanika prve godine studija u istraživanje djelovalo je kao osnova za usporedbu razine znanja između različitih godina studija. Edukacija o demenciji na preddiplomskom studiju općenito se obrađuje tijekom druge godine studija te rezultati istraživanja upućuju na to da takva edukacija i obuka ima pozitivan utjecaj na znanje studenata. [19]

Studije pokazuju da odgovarajuće znanje o demencije kod zdravstvenih djelatnika utječe na važna pitanja o skrbi kao što je pravovremeno prepoznavanje bolesti, provedba intervencija i kvalitetna zdravstvena njega. Kada zdravstveni djelatnici, obitelj i skrbnici imaju dobru razinu znanja o demenciji utvrđeno je da će dijagnoza biti postavljena u ranijoj fazi bolesti, osoba s demencijom će potražiti liječnički savjet te će zdravstveni profesionalac prepoznati rane simptome demencije. U tom slučaju osoba oboljela od demencije dobiva više prilika i izbora u pogledu liječenja i mogućnosti upravljanja bolešću. S druge strane loše znanje rezultira nedovoljnim korištenjem usluge podrške i liječenja. Dolazi do odgođenog postavljanja dijagnoze koja odgađa sam početak liječenja i u konačnici rezultira slabijim ishodom. Medicinska sestra bez dobrog razumijevanja demencije može imati velike poteškoće u interpretiranju ponašanja osobe oboljele od demencije što utječe na kvalitetu skrbi drugih pacijenata zbog predugog bavljenja osobom oboljelom od demencije koja nije u stanju adekvatno komunicirati. [20]

U istraživanju provedenom u domovima za starije i nemoćne ispitali su se stavovi osoblja i korisnika. Rezultati su pokazali da značajno veću ugodnost rada s dementnim korisnicima i znanje o demenciji ima medicinsko osoblje u usporedbi s nemedicinskim osobljem. Interesantno je kako ispitanici koji rade/žive između dvije i četiri godine u domu imaju značajno niže rezultate na faktoru ugodnosti u odnosu na ispitanike koji su s domom vezani kraće ili duže od tog perioda, dok kod znanja nije bilo razlike. Čini se kako se kod djelatnika i korisnika nakon određenog vremena provedenog u kontaktu s dementnim osobama javljaju negativniji stavovi, koji ne utječu na znanje o demenciji, ali utječu na osjećaj ugodnosti. [21]

4. Ciljevi istraživanja

Cilj istraživanja bio je istražiti razinu znanja i neka opća stajališta studenata sestriinstva o Alzheimerovoj demenciji.

4.1. Hipoteze

H1 Postoji statistički značajna razlika u znanju o Alzheimerovoj demenciji ovisno o godini studija. Studenti sestriinstva viših godina imaju veće znanje o Alzheimerovoj demenciji.

H2 Ne postoji statistički značajna razlika u znanju o Alzheimerovoj demenciji ovisno o spolu. Studentice i studenti pokazuju jednaku razinu znanja.

H3 Postoji statistički značajna razlika u želji za radom s osobama oboljelim od Alzheimerove demencije ovisna o godini studija. Studenti sestriinstva viših godina izražavaju više želju za radom s osobama oboljelih od Alzheimerove demencije.

H4 Postoji statistički značajna razlika u strahu od oboljenja od Alzheimerove demencije ovisna o godini studija. Studenti sestriinstva viših godina više strahuju od oboljenja Alzheimerove demencije.

5. Metode rada i ispitanici

5.1. Ispitanici i postupak

U istraživanju je sudjelovalo 153 studenta sestrinstva Sveučilišta Sjever u Varaždinu. Istraživanje je provedeno u razdoblju od 25. travnja 2018. do 20. lipnja 2018. putem Google obrasca koji je podijeljen po internet grupama studenata sestrinstva.

5.2. Instrumenti

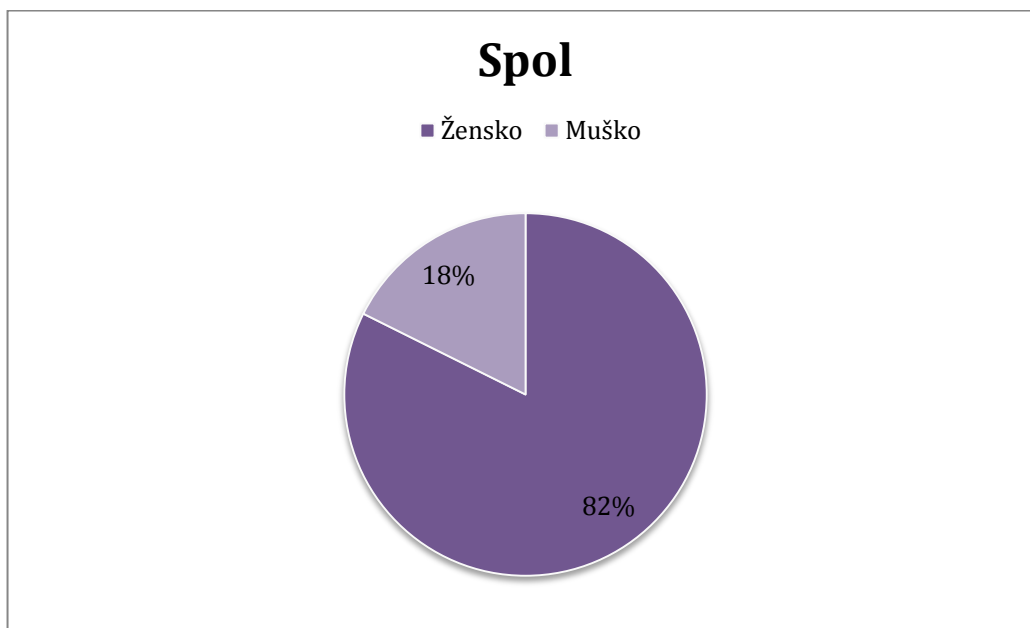
Konstruiran je anketni upitnik koji se sastojao od tri dijela. Prvi dio je tražio od sudionika da se izjasne o nekim sociodemografskim karakteristikama kao što su spol, dob i godina studija. Drugi dio upitnika je sadržavao 13 pitanja koja su ispitivala znanje studenata o Alzheimerovoj demenciji gdje je samo jedan odgovor bio točan. Posljednja tri pitanja su ispitivala bi li studenti voljeli raditi s osobama oboljelima od Alzheimerove demencije, smatraju da bi se zdravstveni djelatnici trebali više educirati na područjima demencije te strahuju li studenti od obolijevanja od iste.

5.3. Statistička obrada

Prikupljeni podaci su analizirani u IBM SPSS 23 programu za statističku obradu podataka. Frekvencije odgovora, aritmetička sredina sa standardnom devijacijom, raspon rezultata (minimalni i maksimalni rezultat) te koeficijent unutarnje konzistencije Cronbach alpha kao mjera pouzdanosti su korišteni kao deskriptivni pokazatelji. Za provjeru hipoteza su korištene neparametrijska zamjena za analizu varijance, Kruskal Wallis test, neparametrijska zamjena za t-test za nezavisne uzorke (Mann-Whitnez U test) te hi kvadrat test.

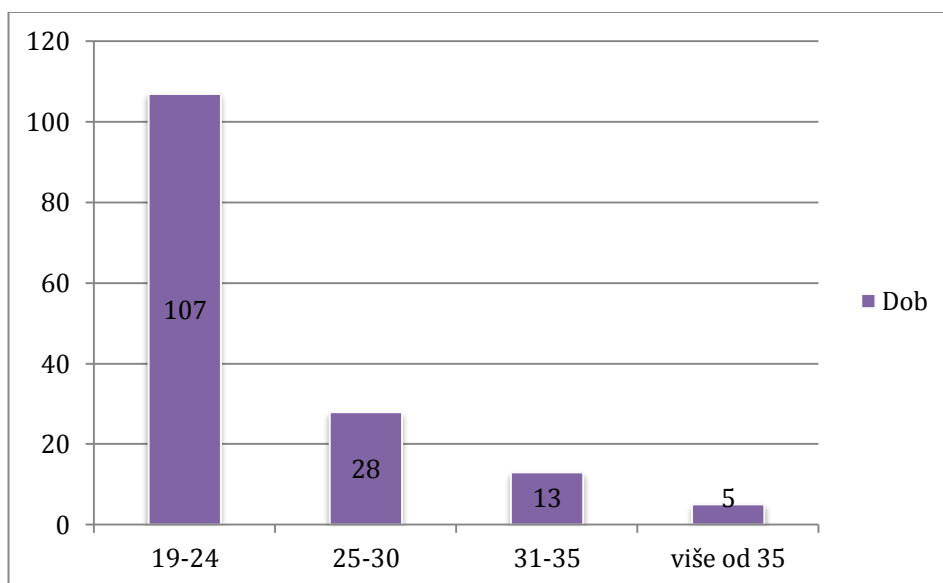
6. Rezultati

Od 153 sudionika koji su ispunili anketu, 126 su bile studentice, a 27 studenata. Raspodjela po spolu se nalazi na grafikonu 6.1.



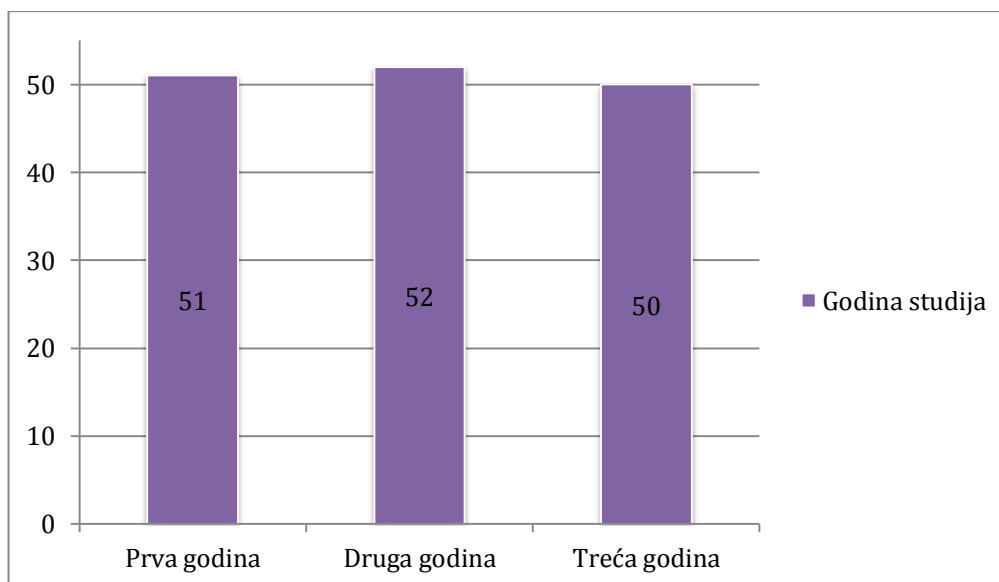
Grafikon 6.1. Raspodjela sudionika istraživanja po spolu

Većina sudionika istraživanja je imala između 19 i 24 godine. Najmanje sudionika je imalo iznad 35 godina. Podaci se nalaze na grafikonu 6.2.



Grafikon 6.2. Dobna raspodjela sudionika

Sudionici istraživanja su bili podjednako raspoređeni po godinama studija. Podaci se nalaze na grafikonu 6.3.



Grafikon 6.3. Raspodjela sudionika po godini studija

Ukupno 13 pitanja ispitivalo je znanje studenata o Alzheimerovoj demenciji. Sva pitanja su imala samo jedan točan odgovor i svi ostali odgovori nisu prihvaćeni kao točni. Znanje je

mjereno kao ukupan zbroj točnih odgovora na tim pitanjima. Što je veći rezultat na ukupnom zbroju, to je znanje studenata o Alzheimerovoj demenciji veće. Minimalan broj bodova koji se mogao ostvariti je bilo 0, a maksimalan 13. Minimalan ostvareni broj bodova u ovom istraživanju je bio 1, a maksimalan 13. Prosječan broj bodova koji su sudionici ostvarili je 8,85+/-2,53 boda. Odnosno studenti prosječno pokazuju dosta visoko znanje o Alzheimerovoj demenciji. Koeficijent unutarnje pouzdanosti ovog testa znanja u ovom istraživanju iznosi 0,68 što je uzeto kao zadovoljavajuće. Svi podaci se nalaze u tablici 6.1.

	\bar{X}	SD	Min	Max	α
<i>Znanje o Alzheimerovoj demenciji</i>	8,85	2,53	1	13	0,68

Tablica 6.1. Aritmetička sredina (\bar{X}), standardna devijacija (SD), raspon rezultat i koeficijent pouzdanosti (α) za test znanja o Alzheimerovoj demenciji

Tablica 6.2. sadrži frekvencije pojedinog odgovora na tih 13 pitanja o Alzheimerovoj demenciji.

Pitanje	Slazem se	Ne slazem se	Nisam siguran/sigurna
1. <i>Smatrate li da je Alzheimerova demencija je dio normalnog starenja?</i>	12	118	23
2. <i>Smatrate li da osobe mlađe od 65 godina ne mogu oboljeti od Alzheimerove demencije?</i>	25	104	24
3. <i>Jedan od mogućih čimbenika rizika za razvijanje demencije je pušenje.</i>	46	44	63
4. <i>Razvijanje kognitivne rezerve može odgoditi i ublažiti simptome Alzheimerove demencije.</i>	127	1	25
5. <i>Kognitivna rezerva se može razvijati rješavanjem križaljki, čitanjem i razvijanjem interesa i hobija.</i>	130	3	20
6. <i>Jednom kad se osobi dijagnosticira Alzheimerova demencija više se ništa ne može učiniti.</i>	48	72	33
7. <i>Oboljeli od Alzheimerove demencije su u pravilu agresivni, gube svoj identitet i opasni za okolinu.</i>	13	115	25
8. <i>Integrativna validacija je jedan od načina ophođenja i komunikacija sa dementnom osobom gdje se prihvaća njen unutarnji svijet.</i>	107	2	43

9. U slučajevima kada stajalište osobe oboljele od Alzheimerove demencije nije u realitetu, zdravstveni djelatnik mora pokušati osvijestiti i razuvjeriti osobu.	47	78	28
10. Muzikoterapija kao socioterapijska tehnika može se primjenjivati kod osoba oboljelih od Alzheimerove demencije za postizanje osjećaja blagostanja i bolje kvalitete života.	137	1	15
11. Pjevanje oboljelom njemu poznate pjesme može potaknuti auditivnu stimulaciju koja budi osjećaje i uspomene te ohrabruje osobu.	137	2	14
12. U društvu se puno zna o Alzheimerovoj demenciji.	7	122	24
	Ženski	Muški	Podjednako
13. Koji spol češće obolijeva od Alzheimerove demencije?	61	40	52

Tablica 6.2. Frekvencija pojedinog odgovora na testu znanja o Alzheimerovoj demenciji (točni odgovori su podebljani u tablici)

Prve dvije hipoteze koje su postavljene su vezane uz rezultat na testu znanja o Alzheimerovoj demenciji. Prva hipoteza je glasila da postoji statistički značajna razlika u znanju o Alzheimerovoj demenciji ovisno o godini studija i da studenti sestrinstva viših godina imaju veće znanje o Alzheimerovoj demenciji, a druga hipoteza je glasila da ne postoji statistički značajna razlika u znanju o Alzheimerovoj demenciji ovisno o spolu te da studentice i studenti pokazuju jednaku razinu znanja.

Prva hipoteza je provjerena neparametrijskom zamjenom za analizu varijance (Kruskal Wallis testom) jer je utvrđeno da nije zadovoljen uvjet homogenosti varijance (Levenov test je bio značajan). Dobivena je statistički značajna razlika u razini znanja o Alzheimerovoj demenciji između studenata ovisno o godini studija. Studenti prve godine sestrinstva pokazuju najniže znanje o Alzheimerovoj demenciji, studenti druge godine nešto malo više znanja od prve godine, ali manje od treće godine, dok studenti treće godine studija sestrinstva pokazuju najviše. Svaka studijska godina se razlikuje jedna od druge. Zaključeno je da se može potvrditi prva hipoteza. Svi podaci se nalaze u tablici 6.3.

Znanje o	Godina studija	N	\bar{X}
Alzheimerovoj demenciji	Prva godina	51	7,62
	Druga godina	52	8,73
	Treća godina	50	10,24

Napomena $\chi^2=27,62$, $df=2$, $p<0,01$

Tablica 6.3. Razlike u rezultatu na testu znanja o Alzheimerovoj demenciji ovisno o godini studija sestrinstva

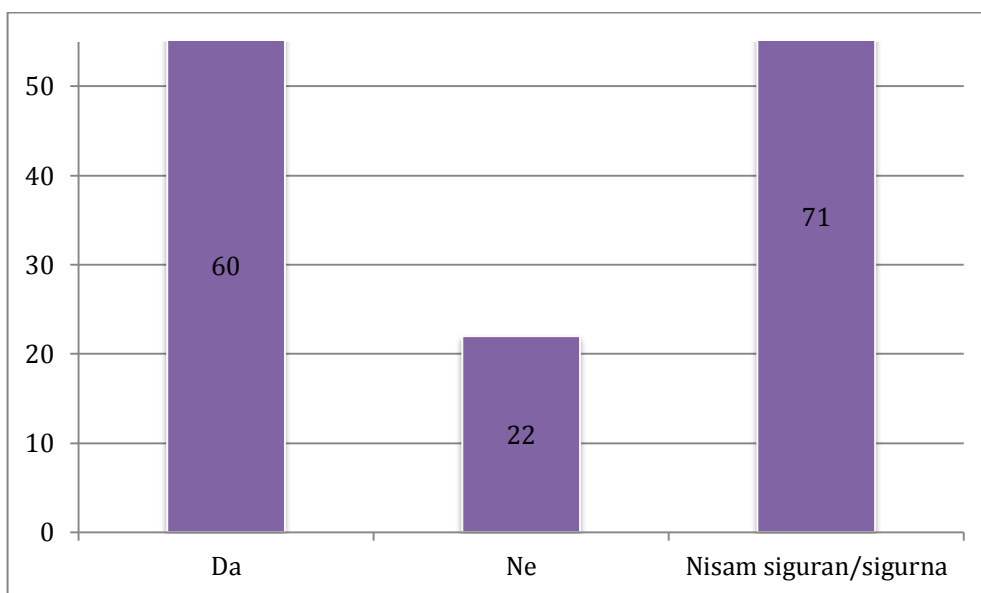
Druga hipoteza je provjerena neparametrijskom zamjenom za t-test za nezavisne uzorke, Mann-Whitney U testom, također uzimajući u obzir nehomogenost varijance. Nije dobivena statistički značajna razlika u znanju o Alzheimerovoj demenciji između studentica i studenata te oni pokazuju istu razinu znanja. Time se potvrđuje i druga hipoteza. Podaci se nalaze u tablici 6.4.

Znanje o	Spol	N	\bar{X}
Alzheimerovoj demenciji	Ž	126	8,99
	M	27	8,19

Tablica 6.4. Razlike u rezultatu na testu znanja o Alzheimerovoj demenciji ovisno o spolu

Kao što je već navedeno studente se zamolilo da odgovore na tri pitanja o nekom svom općem stajalištu oko tri stavke vezane uz Alzheimerovu demenciju.

Prvo pitanje je od njih tražilo da se izjasne bi li voljeli raditi s osobama oboljelima od Alzheimerove demencije. Gotovo polovica sudionika (46,4%) nisu sigurni bi li voljeli raditi. Raspodjela frekvencija odgovora se nalazi grafikonu 6.4.



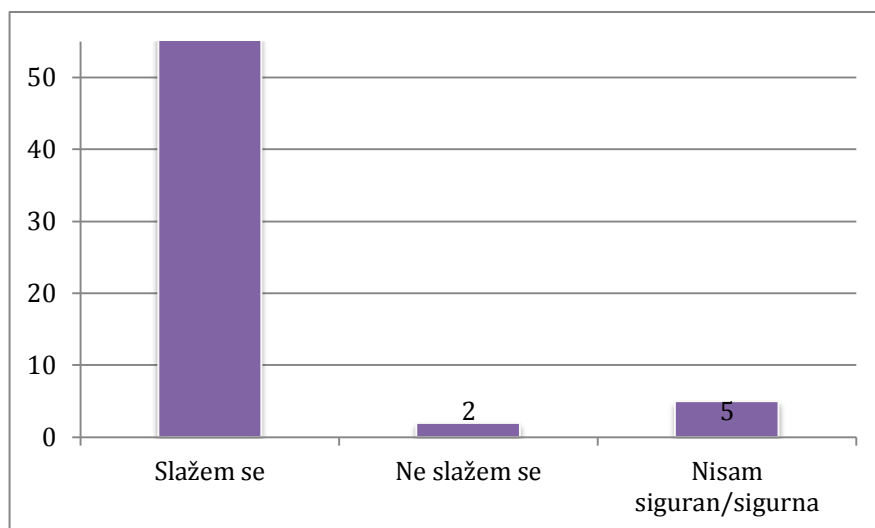
Grafikon 6.4. Bi li voljeli raditi s osobama oboljelima od Alzheimerove demencije?

Treća hipoteza je vezana upravo za to pitanje i glasila je da postoji statistički značajna razlika u želji za radom s osobama oboljelim od Alzheimerove demencije ovisna o godini studija i da studenti sestrinstva viših godina izražavaju više želju za radom s osobama oboljelih od Alzheimerove demencije. Hipoteza je provjerena hi kvadrat testom. Dobiveno je da studenti viših godina studija (treće godine studija) više izražavaju želju za radom s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti, dok su najviše nesigurni oko toga studenti druge godine studija, tako da se može zaključiti da je i ova hipoteza potvrđena. Podaci se nalaze u tablici 6.5.

	Godina studija		
	<i>Prva godina</i>	<i>Druga godina</i>	<i>Treća godina</i>
Želja za radom			
<i>Da</i>	18	14	27
<i>Ne</i>	10	6	6
<i>Nisam sigurna</i>	22	32	17

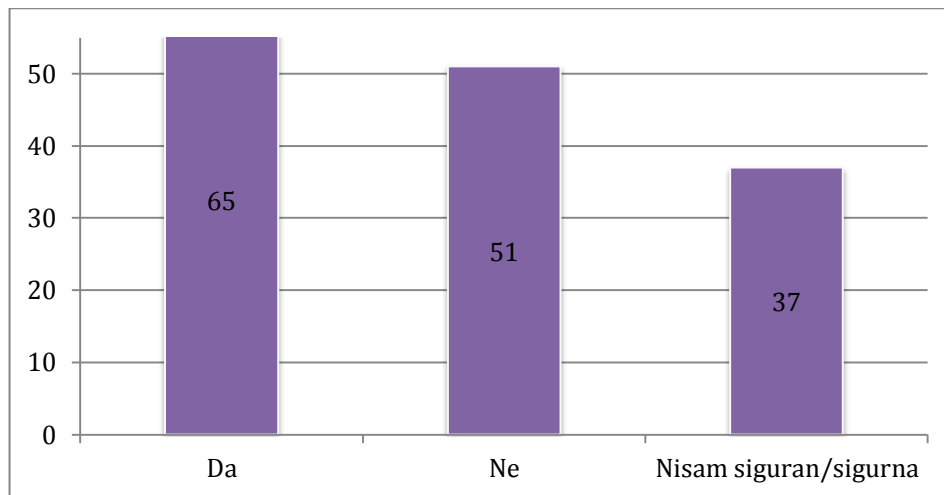
Tablica 6.5. Razlika u želji za radom s osobama oboljelih od Alzheimerove demencije ovisno o godini studija

Drugo pitanje na koje su odgovarali bilo je vezano uz njihovo stajalište o tome trebaju li se zdravstveni radnici više educirati na područjima demencije kako bi se oboljelima pružila bolja skrb. 145 (94,8%) studenata se slaže s time da bi se trebali više educirati. Frekvencija odgovora se nalazi na grafikonu 6.5.



Grafikon 6.5. Smatrate li da bi se zdravstveni djelatnici trebali više educirati na područjima demencije kako bi se oboljelima pružila bolja skrb?

Posljednje pitanje u anketi je bila tvrdnja koja se odnosila na strah studenata od oboljenja od Alzheimerove bolesti. Frekvencija njihovih odgovora nalazi se na grafikonu 6.6.



Grafikon 6.6. S obzirom na sve veću stopu oboljelih od Alzheimerove demencije i sam/sama strahujem od iste.

Posljednja hipoteza je vezana uz tu tvrdnju. Ona je glasila da postoji statistički značajna razlika u strahu od oboljenja od Alzheimerove demencije ovisna o godini studija i da studenti sestrinstva viših godina više strahuju od oboljenja Alzheimerove demencije. Hipoteza je provjerena hi kvadrat testom. Nije dobivena statistički značajna razlika u strahu od oboljenja od Alzheimerove demencije ovisno o godini studija te se stoga odbacuje posljednja hipoteza. Podaci se nalaze u tablici 6.6.

	Godina studija		
	Prva godina	Druga godina	Treća godina
Strah od oboljenja			
<i>Da</i>	16	26	23
<i>Ne</i>	19	15	16
<i>Nisam sigurna</i>	23	11	11

Napomena $\chi^2=3,77$, $df=4$, $p>0,05$

Tablica 6.6. Razlika u strahu od oboljenja od Alzheimerove demencije s obzirom na godinu studija

7. Rasprava

Ovim anketnim istraživanjem analizirali su se rezultati dobiveni putem Google obrasca. U istraživanju je sudjelovalo 153 studenata sestriinstva Sveučilišta Sjever. Ispitivali su se studenti 1., 2., i 3. godine preddiplomskog studija. Prvi dio ankete tražio je od sudionika da se izjasne o sociodemografskim karakteristikama. Od 153 sudionika bilo je 82% studentica te 18% studenata. Većina sudionika je imala između 19 i 24 godine, a najmanje sudionika je imalo iznad 35 godina. Također, sudionici su bili gotovo jednako raspodijeljeni po godini studija.

Drugi dio upitnika je ispitivao znanje studenata o Alzheimerovoj demenciji. Na pitanje „Smatrate li da je Alzheimerova demencija normalan dio starenja?“ najviše ispitanika, odnosno 77,6% je odgovorilo da se ne slažu dok se 14,5% ispitanika izjasnilo da nisu sigurni u odgovor navedenog pitanja. Naime, mnogi zamjenjuju demenciju s zaboravljivošću. Demencija je bolest i nije normalan dio starenja. Često je nejasna granica između normalne kognitivne funkcije i blagog kognitivnog poremećaja te između blagog kognitivnog poremećaja i demencije. Blagi kognitivni poremećaj može označavati preddementnu fazu Alzheimerove bolesti tijekom koje nastupa potpuno progresivno kognitivno propadanje. [2] Iz tog razloga na zaboravljivost se uvijek treba gledati s oprezom te omogućiti dobru kliničku prosudbu. Početni i osnovni problem vezan uz prepoznavanje, liječenje i skrb za oboljele Alzheimerove bolesti i demencija jest nedovoljna senzibilizacija i edukacija javnosti, stručnjaka kao i svakog pojedinca što dovodi do neadekvatnog registriranja i problema nepravovremenog prepoznavanja, predrasuda, negativnih stavova prema oboljelima pa i poistovjećivanja sa procesom starenja. [5] Na pitanje smatraju li da osobe mlađe od 65 godina ne mogu oboljeti od Alzheimerove demencije najviše ispitanika, njih 104 (68%), je odgovorilo da se ne slaže s navedenom tvrdnjom. Demencije s počekom u mlađoj životnoj dobi (prije 65. godine života) nazivane su presenilnim demencijama. Iako su relativno rijetke, značajan su socioekonomski problem jer zahvaćaju radno sposobnu populaciju. Za razliku od demencija u starijoj životnoj dobi, kada kao uzrok dominira sporadična Alzheimerova bolest u demencijama mlađe životne dobi znatnije su zastupljeni i drugi, potencijalno izlječivi uzroci te je češća i nasljedna podloga. Načini prezentiranja mogu izgledati različito pa se iz tog razloga često mogu previdjeti. [2] Na pitanje „Jedan od mogućih rizičnih čimbenika za razvijanje demencije je pušenje?“ 46 ispitanika je odgovorilo da se slaže, no isto tako 44 ispitanika je odgovorilo da se ne slaže te možemo zaključiti da ispitanici nisu dovoljno upoznati sa rizičnim čimbenicima za nastanak Alzheimerove demencije. Jednake rezultate pokazuje i istraživanje provedeno na zdravstvenim djelatnicima u regiji Queensland u Australiji. U gotovo svih ispitanika primijećen je nedostatak znanja o čimbenicima rizika za nastanak demencija. [20] Da se razvijanjem kognitivne rezerve mogu odgoditi i ublažiti simptomi

Alzheimerove demencije odgovorilo je 127 ispitanika, dok je 25 ispitanika odgovorilo da nije sigurno. Ovi rezultati nam ukazuju na to da su studenti upoznati s pojmom kognitivne rezerve i važnosti razvijanja iste. Naime, ljudi sa većom kognitivnom rezervom vjerojatno će sporije razviti simptome kognitivnih oštećenja. Možemo reći da je kognitivna rezerva nešto poput riznice različitih informacija i iskustva koje prikupljamo cijeli život kroz učenje, aktivnosti i izlaganje novim iskustvima. Neka istraživanja pokazuju da pacijenti s većom kognitivnom rezervom pokazuju bolje kognitivne rezultate, kasnije obolijevaju od Alzheimerove demencije, a kada obole simptomi se javljaju kasnije te se razvijaju sporije. [22] Na tvrdnju da se kognitivna rezerva može razvijati rješavanjem križaljki, čitanjem, razvijanjem interesa i hobija 130 ispitanika što je 85% se slaže, 20 ispitanika što je 13,1% nisu sigurni, a 3 ispitanika se ne slažu sa navedenom tvrdnjom. Kognitivna rezerva se razvija cijeli život kroz formalno i neformalno obrazovanje, različite aktivnosti, učenje raznih vještina i izlaganje novim situacijama. Preporučuju se cjeloživotno obrazovanje, društvene aktivnosti, tjelesne aktivnosti, izleti i putovanja, sport za moždane vijuge itd. [22] Na tvrdnju da kad se jednom osobi dijagnosticira Alzheimerova demencija više se ništa ne može učiniti najveći broj ispitanika, njih 72 (47,1%), se ne slaže sa navedenim. Dok je 48 ispitanika (31,4%) odgovorilo da se slažu, a 33 (21,6%) da nisu sigurni u točnost tvrdnje. Ova zabluda često je glavni uzrok zanemarivanja bolesti te nekorištenja antidementiva kod osoba s Alzheimerovom bolešću. Naime, Alzheimerova bolest i demencija nisu izlječive, no sadašnje farmakološko liječenje je simptomatsko. Korištenjem antidementiva djeluje se na kognitivna oštećenja i poremećaje ponašanja te se uvelike pridonosi odgađanju i usporenju demencije. Antidementivi poboljšavaju kogniciju, usporavaju progresiju bolesti i poboljšavaju bolesnikovo opće funkcioniranje. Također, poboljšava se komunikacija s bolesnikom te se omogućuju veća i dulja samostalnost. [2] Danas uz primjenu farmakoterapije imamo i komplementarnu terapiju koja pridonosi olakšavanju simptoma, poboljšavanju raspoloženja, pridonose održanju kognitivnih funkcija i funkcija sjećanja, smanjuje stres i pruža osjećaj sigurnosti. [15] Za oboljelu osobu, koja nakon potvrđene dijagnoze počne što prije sa korištenjem navedenih terapija, može se mnogo toga učiniti. Prema mišljenju ispitanika 75,2% (115 ispitanika) je odgovorilo da se ne slaže da su oboljeli od Alzheimerove demencije u pravilu uvijek agresivni, gube svoj identitet i opasni za okolinu, 8,5% (13 ispitanika) se slaže i 16,3% (25 ispitanika) je odgovorilo da nisu sigurni. Ponašajni i psihički simptomi demencije mogu se pojaviti zbog straha, promjene rutine i okoline osobe s demencijom, osjećaja ugroze, tjelesnih pogoršanja stanja, nuspojava lijekova, napose psihofarmaka, te kao posljedica promjena na mozgu. [23] Iz tog razloga vrlo je važna primjena nefarmakoloških tehnika, komplementarnih terapija i farmakoterapije jer uvelike pomažu kod verbalne i fizičke agresivnosti, nesuradljivosti i neprimjerenog ponašanja [14] i mogu dovesti do bržeg propadanja kognitivnih funkcija i

smanjene kvalitete života bolesnika i njegovatelja. [23] Na tvrdnju da je integrativna validacija jedan od načina ophođenja i komunikacija sa oboljelom osobom gdje se prihvaća njen unutarnji svijet 70,4% (107 ispitanika) je odgovorilo da se slaže, 2 ispitanika su odgovorila da se ne slažu i 28,3% (43 ispitanika) da nisu sigurni. Nadalje, 51% ispitanika se ne slaže s tvrdnjom da osobu čije stajalište nije u realitetu zdravstveni djelatnik mora razuvjeriti, dok 30,7% (47 ispitanika) se slaže i 18,3% (28 ispitanika) nije sigurno. Nerijetko se bolesnik vraća u prošlost i bavi se u tom vremenu njemu bliskim temama. U takvim okolnostima realna orijentacija, razuvjeravanje i logika ne pomažu. Mi smo ti koji moramo ući u njegovu stvarnost, pokušati se snaći u njegovoj istini i pritom imati na umu kako se on mijenja svaki dan. Realna orijentacija im je zbunjujuća, frustrirajuća i može izazvati tjeskobu, nemir i agresiju. [2] Najveći broj ispitanika njih 137, odnosno 89,5 % je odgovorilo da je muzikoterapija socioterapijska tehnika koja se kod oboljelih koristi za postizanje osjećaja blagostanja i za bolju kvalitetu života. Terapija glazbom prikladna je za primjenu kod gerijatrijske populacije, a osobito u radu s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti jer utječe na razne aspekte bolesti (kognitivne, komunikacijske, psihosocijalne, emocionalne i bihevioralne) te je sredstvo kontakta i komunikacije, osnaživanja identiteta, samoizražavanja i socijalne aktivnosti. Starijim osobama se naročito lako može obratiti glazbom, a činjenica da su moždana područja zadužena za obradu glazbenog materijala među posljednjima na „meti“ od moždanog propadanja te relativno očuvana i u kasnijim fazama bolesti, muzikoterapiji daje status jedinstvenog pristupa u dolaženju do „usklađenog“ znanja i sjećanja koja upravljaju određenim ponašanjima te posebnog načina uspostavljanja osjećaja blagostanja i održavanja kvalitete života. [24] Dobre rezultate ispitanici su pokazali i u tvrdnji da pjevanjem oboljelom njemu poznate pjesme može se potaknuti auditivna stimulacija koja budi osjećaje i uspomene te ohrabruje osobu. Naime, 89,5% (137 ispitanika) se složilo sa tvrdnjom, 9,2% (14 ispitanika) nije bilo sigurno te se samo 1 ispitanik nije složilo sa navedenom tvrdnjom. Ljudski glas ima sposobnost reflektiranja unutarnjeg stanja, stoga i samo pjevanje može biti izvor utjehe ili oslobođenja od stresnih situacija. Pjevanje stvara kontakt s osobnom poviješću, s drugim osobama, istodobno potvrđujući vlastiti identitet i dostojanstvo. Iako u kasnoj fazi bolesti oboljeli možda više nisu u stanju samostalno pjevati, sam osjećaj bliskosti ili povezanosti koji se javlja slušanjem i primanjem glazbenih podražaja može djelovati povoljno na osjećaj blagostanja. [24] Na pitanje koji spol češće obolijeva od Alzheimerove demencije sve tri odgovora su bila prilično podjednako zastupljena. Odgovor da više obolijevaju muškarci izabralo je 26,1% ispitanika, da više obolijevaju žene odabralo je 39,9% ispitanika, a da pripadnici oba spola obolijevaju jednako odabralo je 34% ispitanika. Prevalencija i incidencija Alzheimerove bolesti, najčešćeg uzroka demencije, znatno je veća kod žena nego u muškaraca i ta razlika se s dobi povećava, a to se može objasniti time što žene imaju očekivano duži životni vijek. Žene

imaju lošiju kognitivnu izvedbu na mnogim neuropsihološkim testovima u odnosu na muškarce u istoj fazi bolesti, odnosno višestruke kognitivne funkcije kod žena su teže i šire zahvaćene. Mogući razlog za to je redukcija estrogena u postmenopauzi, veće kognitivne rezerve muškaraca i redukcija apolipoproteina E. [25] Ispitanicima postavilo pitanje „U društvo se puno zna o demenciji?“ te se 79,9% ispitanika izjasnilo da se ne slaže, a 15,7% da nije sigurno tek 4,6% ispitanika je odgovorilo da se slaže. S obzirom na još uvijek velik problem Alzheimerove bolesti i općenito demencija, česte stigme koju prolaze oboljeli od demencija, neadekvatnim postupanjem s oboljelim te poistovjećivanjem demencije zaboravljivošću možemo reći da društvo još uvijek nije dovoljno educirano o ovom sve većem i češćem problemu.

Prve dvije hipoteze vezane su uz znanje ispitanika u vezi Alzheimerove demencije. Prva hipoteza je glasila da postoji statistički značajna razlika u znanju o Alzheimerovoj demenciji ovisno o godini studija i da studenti sestrinstva viših godina imaju veće znanje o Alzheimerovoj demenciji, a druga hipoteza je glasila da ne postoji statistički značajna razlika u znanju o Alzheimerovoj demenciji ovisno o spolu te da studentice i studenti pokazuju jednaku razinu znanja. Kod prve hipoteze dobivena je statistički značajna razlika u razini znanja ovisno o godini studija. Studenti prve godine sestrinstva pokazuju najniže rezultate u znanju Alzheimerove demencije, studenti druge godine nešto više znanje od studenata prve godine, a studenti treće godine sestrinstva pokazuju najveće znanje. Slične rezultate prikazalo je istraživanje znanja preddiplomskog studija sestrinstva u Indiji gdje se ustanovila značajna razlika između znanja 3. i 4. godine studija koji također imaju i pozitivnije stavove prema oboljelima od demencije. [16] Možemo zaključiti da ova razlika potvrđuje važnost edukacije o demenciji koja je najviše prisutna na trećoj godini studija. Također je potvrđena i druga hipoteza koja glasi da nema statistički značajne razlike u znanju o Alzheimerovoj demenciji u odnosu na spol studenata.

Posljednja tri pitanja bila su u vezi općih stajališta studenata o Alzheimerovoj demenciji. Na pitanje bi li voljeli raditi s oboljelim od Alzheimerove demencije gotovo polovica ispitanika (46,6%) je odgovorila da nisu sigurni, dok je 39,2% odgovorila sa potvrdnim odgovorom. U istraživanju provedenom 2012. godine o znanju i stavovima studenata sestrinstva o demenciji pokazalo se da studenti s pozitivnim stavovima o AB i dobrim poznavanjem AB pokazali su bolje razumijevanje i želju za radom s ovom populacijom bolesnika. [19] Time je potvrđena i treća hipoteza o želji za radom s populacijom oboljelom od Alzheimerove demencije ovisno o godini studija, odnosno studenti više godine studija imaju veću želju za radom. Na trećoj godini studija najviše ispitanika se izjasnilo da bi željeli raditi sa oboljelima od Alzheimerove demencije. Smatra se da obrazovanje poboljšava stavove studenata te se vjerojatnost povećava radeći što dulje sa starijom populacijom. Utvrđeno da nakon provođenja nekoliko sati sa oboljelima od demencije kod studenata je primjećena promjena stava te su studenti razumijeli

prespektivu pacijenta i osjećali su se bolje pripremljenima da zadovolje njihove individualne potrebe. Također su imali povećanu želju za radom s ovom skupinom. [18] Na drugo pitanje koje glasi „Smatrate li da bi se zdravstveni djelatnici trebali više educirati na područjima demencije kako bi se oboljela pružila bolja skrb?“ 95,4% ispitanika se slaže sa potrebom bolje i veće edukacije. Istraživanja su pokazala da odgovarajuće znanje o demenciji među zdravstvenim djelatnicima utječe na važna pitanja o skrbi kao što je pravovremeno prepoznavanje bolesti, točna provedba intervencija i kvalitetnija zdravstvena njega. Kada zdravstveni radnici i obitelj imaju odgovarajuću razinu znanja o demenciji, dijagnoza bude postavljena u ranijoj fazi bolesti, osoba s demencijom ranije potraži savjet te shodno s tim dobiva više prilika i izbora u pogledu liječenja i mogućnosti upravljanja bolesti. S druge strane loše znanje rezultira nedovoljnim korištenjem usluge i podrške liječenja. [20] Posljednje pitanje je bilo vezano uz strah studenata od oboljela. 42,5% studenata strahuje od oboljenja, 33,3% ne strahuje, a 24,2% nije sigurno. Uz prethodno pitanje je vezana i posljednja hipoteza o tome kako studenti sestrinstva viših godina studija više strahuju od oboljenja od Alzheimerove demencije no nije dobivena statistički značajna razlika u strahu od oboljenja s obzirom na godinu studija pa se hipoteza odbacuje. Ova hipoteza vođena je pretpostavkom da će studenati viših godina studija zbog mogućeg većeg znanja o brzorastućem problemu Alzheimerove demencije imati i veći strah od oboljenja.

8. Zaključak

Sve veći broj pripadnika starije populacije dovodi do rasta oboljelih od Alzheimerove demencije. S obzirom da dulji životni vijek pretpostavlja se da će do 2050. godine u svijetu biti oko 115 milijuna oboljelih od Alzheimerove bolesti koja i najčešći uzrok Alzheimerove demencije. To je zapravo progresivno oštećenje stečenih kognitivnih funkcija te dolazi najviše do oštećenja pamćenja, mišljenja, orijentacije i učenja. Bolest brzo napreduje te se isto tako treba i reagirati. Iako izlječenje nije moguće, od velike je važnosti tretirati simptome kako bi se bolest ublažila i usporilo napredovanje. Iz prethodno navedenog razloga zdravstveni djelatnici su nužni imati adekvatno znanje o Alzheimerovoj bolesti i demencijama kako bi mogli na vrijeme uočiti simptome bolesti i što prije početi sa liječenjem kako bi oboljeli imali što dužu samostalnost i bolju kvalitetu života.

Mnoga istraživanja su dokazala da je za dobro znanje o demenciji od ključne važnosti obrazovanje. Naglašava se važnost kliničkih vježbi koje studente dovode u realne situacije sa oboljelima što u konačnici dovodi do pozitivnih stavova o ovoj populaciji. Anketirani studenti pokazali su dobro znanje o Alzheimerovoj demenciji. Potvrđena je hipoteza o većem znanju viših godina studija što možemo dovesti u svezu s većim obrazovanjem. Iz tog je razloga potrebno još više educirati studente na ovom području. Edukaciju bi trebalo provoditi od prve godine studija te se što više bazirati na kliničkim vježbama koje studentima pružaju direktan kontakt sa pacijentima. Veći broj ispitanika se izjasnio da nisu sigurni žele li raditi s oboljelima od Alzheimerove demencije što možemo povezati sa još uvijek prisutnom stigmatizacijom, bez obzira na to nešto manji broj studenata se izjasnio da bi voljeli raditi sa oboljelima od demencije pa ipak možemo smatrati da se stav studenata poboljšava. Naredno istraživanje bi trebalo istražiti utjecaj kliničkih vježbi na stav studenata o oboljelima od Alzheimerove demencije.

Odgovarajuće znanje o demenciji kod zdravstvenih djelatnika je presudno za kvalitetnu skrb i pravovremeno prepoznavanje bolesti. Zdravstveni djelatnici koji posjeduju znanje mogu pružiti kvalitetniju skrb te su u mogućnosti bolje razumjeti individualne potrebe pacijenata. Od iznimne važnosti je specifična komunikacija prilagođena oboljelima od demencije jer neadekvatna komunikacija najčešće dovodi do frustracija i nezadovoljstva i pacijenata i zdravstvenih djelatnika.

Današnji studenti su budući zdravstveni radnici koji će u budućnosti skrbiti za velik broj oboljelih od Alzheimerove demencije. Da bi se kvaliteta života oboljelih podigla na što veću razinu potrebna je kontinuirana edukacija studenata, svih zdravstvenih radnika i u konačnici opće populacije.

U Varaždinu, 17.9.2018. Barbara Slaviček

9. Literatura

- [1] <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2012.pdf>, dostupno 15.7.2018.
- [2] S. Tomek-Roksandić, N. Mimica, M. Kušan Jukić i sur.: Alzheimerova bolest i druge demencije, Rano otkrivanje i zaštita zdravlja, Medicinska naklada, Zagreb, 2017.
- [3] D. Begić: Psihopatologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [4] D. Poredoš: Alzheimerova bolest i obitelj, Ljetopis socijalnog rada, 10 (2), 2003., 242-254
- [5] A. Puljak, G. Perko, D. Mihok, H. Radašević, S. Tomek- Roksandić: Alzheimerova bolest kao gerontološki javnozdravstveni problem, Medicus, 14 (2), 2005., 229-235
- [6] <http://neuron.mefst.hr/docs/katedre/neurologija/medicina/Demencije.pdf>, dostupno 17.7.2018.
- [7] M. Tkalčić, A. Pokrajac- Bulian, D. Bosanac, Z. Tomić: Procjena kognitivnog statusa pacijenta s demencijom, Psihologijske teme, 12(1), 2003., 54-62
- [8] <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Dementia-English.pdf> ,dostupno 17.7. 2018.
- [9] C. M. M. de Araujo, D. C. M. Vieira, M. A. B. Teles, E. R. Lima, K. C. F. Oliveira: TherepercussionsofAlzheimer's disease on thecaregiver's life, JournalofNursing, 11(2), 2017., 534-541
- [10] U. Fabijanić: Demencija- rizični faktori, Gyrus, 2(6), 2014. 65-67
- [11] N. Mimica: Sadašnje i buduće terapijske mogućnosti u liječenju Alzheimerove bolesti, Pharmabiz, 21, 2016.
- [12] V. Folnegović-Šmalc, S. Uzun, O. Kozumplik, P. Folnegović- Grošić, N. Henigsberg, G. Makarić, M. Mihanović, N. Mimica: Farmakoterapija Alzheimerove bolesti, Medicus, 11(2), 2002. ,217-222
- [13] D. Begić, V. Jukić, V. Medved i sur.: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2015.
- [14] https://bib.irb.hr/datoteka/506203.Mimica_4.pdf , dostupno 1.8.2018.
- [15] <http://www.demenzinfo.at/assets/DKW-Allgemein/Downloads/Demenzinfo-BKS/10-Terapije-demencije-bez-lijekova.pdf> , dostupno 1.8.2018.

- [16] V. Poreddi, B. D. Carpenter, S. Gandhi, R. Chandra, S. BadaMath: Knowledge and attitudes of undergraduate nursing students toward dementia: An Indian perspective, *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 33(3), 2015., 519-528
- [17] M. Kimzey, B. Mastel-Smith, D. Alfred: The impact of educational experiences on nursing student's knowledge and attitudes toward people with Alzheimer's disease: A mixed method study, *Nurse education today*, 46, 2016., 57-63
- [18] M. Kimzey: Nursing students' attitude and knowledge of Alzheimer's disease, *Scholarworks at UT Tyler*, 2014.
- [19] A. Scerri, C. Scerri: Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia - A questionnaire survey, *Nurse education today*, 33, 2013, 962-968
- [20] W. Smyth, E. Fielding, E. Beattie, A. Gardner, W. Moyle, S. Franklin, S. Hines, M. MacAndrew: A survey based study of knowledge of Alzheimer's disease among health care staff, *BMC Geriatrics*, 2013.
- [21] S. Mavrinac, B. Čoso, M. Brekalo: Stavovi o demenciji zdravstvenog, nezdravstvenog osoblja i korisnika domova za starije i nemoćne osobe, 4th international scientific conference All about people: Society and science for integrated care of people, Maribor, 2016., 51-52
- [22] <https://alzheimerova-bolest.blogspot.com/2016/01/kognitivna-rezerva.html>, dostupno 3.8.2018.
- [23] N. Mimica, M. Kušan Jukić: Demencija i psihički poremećaji, *Psihijatrija danas*, 26(2), 2017., 215-222
- [24] A. Kovačević, L. Mužinić: Muzikoterapija kao rehabilitacijska metoda za osobe s Alzheimerovom bolešću, *Socijalna psihijatrija*, 43, 2015., 12-19
- [25] S. Uzun, I. Todorčić, Laidlaw, M. Kušan Jukić, O. Kozumplik, D. Kalinić, N. Pivac, N. Mimica: Od demencije češće boluju žene, *Socijalna psihijatrija*, 46, 2018., 58-76

10. Prilozi

Prilog 1: Online anketa

ZNANJE STUDENATA SESTRINSTVA O ALZHEIMEROVOJ DEMENCIJI

Poštovani, ova anketa je izrađena u svrhu završnog rada na temu Znanje studenata sestrinstva o Alzheimerovoj demenciji. Anketa je potpuno anonimna i Vaše sudjelovanje je dobrovoljno, a vaši rezultati neće biti prikazani pojedinačno. Unaprijed zahvaljujem na odvojenom vremenu. Barbara Slaviček, studentica 3. godine sestrinstva.

1. Spol?
 - M
 - Ž
2. Godine?
 - 19-24
 - 25-30
 - 30-35
 - Više od 35
3. Godina studija?
 - 1.
 - 2.
 - 3.
4. Smatrate li da je Alzheimerova demencija je dio normalnog starenja?
 - SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN / SIGURNA
5. Smatrate li da osobe mlađe od 65 godina ne mogu oboljeti od Alzheimerove demencije?
 - SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN /SIGURNA
6. Jedan od mogućih čimbenika rizika za razvijanje demencije je pušenje?
 - SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN / SIGURNA
7. Razvijanje kognitivne rezerve može odgoditi i ublažiti simptome Alzheimerove demencije.
 - SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN / SIGURNA
8. Kognitivna rezerva se može razvijati rješavanjem križaljki, čitanjem i razvijanjem interesa i hobija.
 - SLAŽEM SE

- NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN/ SIGURNA
9. Jednom kad se osobi dijagnosticira Alzheimerova demencija više se ništa ne može učiniti.
- SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN /SIGURNA
10. Oboljeli od Alzheimerove demencije su u pravilu agresivni, gube svoj identitet i opasni za okolinu.
- SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN/ SIGURNA
11. Integrativna validacija je jedan od načina ophođenja i komunikacija sa dementnom osobom gdje se prihvaća njen unutarnji svijet.
- SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN /SIGURNA
12. U slučajevima kada stajalište osobe oboljele od Alzheimerove demencije nije u realitetu, zdravstveni djelatnik mora pokušati osvijestiti i razuvjeriti osobu.
- SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN/ SIGURNA
13. Koji spol češće obolijeva od Alzheimerove demencije?
- MUŠKI
 - ŽENSKI
 - PODJEDNAKO
14. Muzikoterapija kao socioterapijska tehnika može se primjenjivati kod osoba oboljelih od Alzheimerove demencije za postizanje osjećaja blagostanja i bolje kvalitete života.
- SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN/ SIGURNA
15. Pjevanje oboljelom njemu poznate pjesme može potaknuti auditivnu stimulaciju koja budi osjećaje i uspomene te ohrabruje osobu.
- SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN / SIGURNA
16. U društvu se puno zna o Alzheimerovoj demenciji?
- SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE

- NISAM SIGURAN/ SIGURNA
17. Bi li voljeli raditi s osobama oboljelima od Alzheimerove demencije?
- DA
 - NE
 - NISAM SIGURAN/ SIGURNA
18. Smatrate li da bi se zdravstveni djelatnici trebali više educirati na područjima demencije kako bi se oboljelima pružila bolja skrb?
- SLAŽEM SE
 - NE SLAŽEM SE
 - NISAM SIGURAN /SIGURNA
19. S obzirom na sve veću stopu oboljelih od Alzheimerove demencije i sam/sama strahujem od iste.
- DA
 - NE
 - NISAM SIGURAN/ SIGURNA

**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, Barbara Slaviček (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Znanje studenta sestrištva o Alzheimerovoj demenciji (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Barbara Slaviček
(vlastoručni potpis)
Barbara Slaviček

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, Barbara Slaviček (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom Znanje studenta sestrištva o Alzheimerovoj demenciji (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Barbara Slaviček
(vlastoručni potpis)
Barbara Slaviček