

Izazovi medicinske sestre u skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti

Marton, Sintia

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:404048>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-13**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1811/SS/2024

**Izazovi medicinske sestre u skrbi za oboljele od
Alzheimerove bolesti**

Sintia Marton, 0336057256

Varaždin, rujan, 2024.



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1811/SS/2024

**Izazovi medicinske sestre u skrbi za oboljele od
Alzheimerove bolesti**

Student

Sintia Marton, 0336057256

Mentor

Dr.sc. Melita Sajko, v. pred.

Varaždin, rujan, 2024.

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	Prijediplomski stručni studij Sestrinstvo		
PRISTUPNIK	Sintia Marton	MATIČNI BROJ	0336057258
datum	01.07.2024.	ROLESI	Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika
NASLOV RADA	Izazovi medicinske sestre u skrbi za obojlele od Alzheimerove bolesti		

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Challenges of nurses in special care for patients with Alzheimer's disease

MENTOR	dr.sc. Melita Sajko	ZVANJE	Viši predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. izv.prof.dr.sc. Marijana Neuberger, predsjednica		
	2. dr.sc. Melita Sajko, mentorica		
	3. Valentina Novak, mag.med. techn, članica		
	4. Valenitna Vinček, mag.med.techn, zamjenska članica		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ 1811/SS/2024

OPIS

Alzheimerova demencija je bolest sa dva lica; stvara promjene u moždanim stanicama koje u početku ne utječu na samo funkcioniranje osobe, no ipak se tiho i progresivno nastavlja razvijati do te mjere da se ni obojela osoba ne može prepoznati. Veću sklonost oboljevanju imaju osobe starije životne dobi, a bolest se otkriva nekoliko godina kasnije od početka promjena. Najveća pogreška u dijagnosticiranju jest pripisivanje staračkoj zaboravivosti, ali gubitak kognitivnih i motoričkih funkcija te promjene u ponašanju dovode do sumnje na dijagnozu gdje se neurološka slika prikazuje poput čvorica i plakova na mozgu.

Rad s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti ima specifičnosti koje se odnose na pristupu i razumijevanju osoba u trenucima kada su one dezorijentirane i najranjivlje. Stoga ključnu ulogu imaju medicinske sestre koje svojim tehnikama zbrinjavaju osobu u sigurno okruženje.

U radu je potrebno:

- navesti glavne izazove u skrbi za osobe sa Alzheimerovom demencijom
- provesti istraživanje s ciljem otkrivanja izazova s kojima se medicinske sestre/tehničari susreću u skrbi za obojlele od Alzheimerove bolesti.
- prikazati i raspraviti o rezultatima istraživanja
- istraživanje potkrijepiti se znanstvenom i stručnom literaturom.

ZADATAK URUČEN

03.07.2024.



Predgovor

Srdačno zahvaljujem mentorici dr.sc. Meliti Sajko na usmjeravanju, podršci, vedrini, motiviranju, razumijevanju te prenošenju znanja tijekom izrade završnog rada.

Zahvaljujem ravnatelju Caritasovog doma Ivanec (Tomislav Jalšovec), ravnateljici Doma za starije i nemoćne osobe Čakovec (Štefica Martinez) te mentorici Iris Belec, glavnom tehničaru palijativnog liječenja Novi Marof (Ivan Tuk), glavnoj sestri neurologije (Heleni Đurak) i glavnom tehničaru interne (Krunoslav Leskovar) na dogovoru o provedbi istraživanja. Naravno, beskrajno hvala svim medicinskim sestrama koje su odvojile nekoliko minuta za ispunjavanje ankete i uvelike pridonijele kvaliteti mog završnog rada.

Studiranje je bilo najljepše uz kolegicu Lorenu Kljunić. Zajedničkim snagama te uz mnogo truda dovršile smo još jedno poglavlje života i dokazale da je čovjek bogat kad ima pravog prijatelja.

Najveća hvala mojim roditeljima što su mi omogućili studiranje, a zajedno uz dečka Antonia bili veliki oslonac i emotivna podrška zbog kojih je bilo vrijedno potruditi se do samog kraja.

Završni rad posvećujem svojoj baki Ljubici koja je oboljela od demencije i naučila me da su do samog završetka života najvažniji zagrljaji i bezuvjetna ljubav. Put skrbi za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti potrebno je početi suosjećanjem i ući u srce koje nije taknuo njihov prijatelj, Alzheimer. Naša nježnost njihovo je utočište, a naše ruke jedina su im kuća.

Sažetak

Uvod: Alzheimerova demencija je bolest s dva lica; stvara promjene u moždanim stanicama koje u početku ne utječu na samo funkcioniranje osobe, no ipak se tiho i progresivno nastavlja razvijati do te mjere da se ni oboljela osoba ne može prepoznati. Veću sklonost obolijevanju imaju osobe starije životne dobi, a bolest se otkriva nekoliko godina kasnije od početka promjena. Najčešći uzrok demencije je Alzheimerova bolest koja se često simptomatski pripisuje staračkoj zaboravljivosti. Staračka zaboravljivost pripada linearnom tijeku života koji osoba prolazi u starijoj životnoj dobi, dok Alzheimerova bolest to preobražava u stanje neprepoznatljivosti oduzimajući sjećanja, vlastiti identitet i sposobnost prepoznavanja bližnjih. Naravno da se na tom putu medicinske sestre/tehničari susreću s brojnim izazovima koji se učinkovitije savladaju kad postoji dobra suradnja između medicinskog tima, pacijenta i njegovih bližnjih te uz dostupne adekvatne resurse i kontinuiranu edukaciju.

Cilj istraživanja: Dobiti uvid u izazove s kojima se medicinske sestre susreću u skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti.

Metode: Istraživanje je provedeno u razdoblju od 8.1.2024. do 1.4.2024. godine u institucijama: Dom za starije i nemoćne osobe Čakovec, Caritasov dom Ivanec, Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof te Opća bolnica Varaždin – zgrada interne te odjel neurologije. U istraživanju je sudjelovalo 134 ispitanika. Putem programa Microsoft Excel podaci su statistički obrađeni te tablično i grafički prikazani.

Rezultati: Istraživanje je pokazalo da su ispitanici dobro informirani o najčešćim simptomima Alzheimerove bolesti. Poražavajući je rezultat da samo 40% ispitanika zna uzrok demencije te vrstu pamćenja koju zahvaća Alzheimerova bolest. Najčešći izazovi s kojima se medicinske sestre/tehničari susreću u skrbi za pacijenta koji boluje od Alzheimerove bolesti su komunikacija, dezorijentiranost i lutanja pacijenta, poteškoće zbog kratkoročnog pamćenja te agresija pacijenta.

Zaključak: Alzheimerova bolest postaje jedna od najskupljih bolesti današnjice jer je jedina bolest koja se ne može spriječiti i izliječiti. Rizik obolijevanja od Alzheimerove bolesti raste s godinama, pa su tako šanse da osoba doživi više od 85. godina 1:2. Ispitanici su dobro informirani u pogledu najčešćih simptoma Alzheimerove bolesti, no i dalje postoji nesigurnost u uzroku demencije. U svakom odnosu, pa tako i u skrbi za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti, potrebna je ravnoteža, ljubav, pažnja, podrška i razumijevanje kako bi se osoba osjećala sigurno i zaštićeno.

Ključne riječi: Alzheimerova bolest, demencija, starenje, medicinska sestra / tehničar

Summary

Introduction: Alzheimer's dementia is a disease with two faces; it creates changes in brain cells that initially do not affect a person's functioning, but it silently and progressively continues to develop to the extent that even the affected individual may not be recognizable. Older individuals are more prone to this illness, and it is often detected several years after the onset of changes. The most common cause of dementia is Alzheimer's disease, which is frequently symptomatically attributed to senile forgetfulness. Senile forgetfulness is part of the linear progression of life in older age, whereas Alzheimer's disease transforms it into a state of unrecognizability, depriving the individual of memories, personal identity, and the ability to recognize loved ones. Naturally, on this journey, nurses encounter numerous challenges that are more effectively managed with good collaboration between the medical team, the patient, and their relatives, along with available adequate resources and continuous education.

Goal: The aim of the research was to gain insight into the challenges faced by nurses in caring for patients with Alzheimer's disease.

Methods: The research was conducted from January 8, 2024, to April 1, 2024, in the following institutions: the Čakovec Home for the Elderly and Infirm, the Caritas Ivanec Home, the Novi Marof Extended Care and Palliative Care Service, and the Varaždin General Hospital – Internal Medicine Building and Neurology Department. The study involved 134 participants. Data were statistically processed using Microsoft Excel.

Results: The research revealed that participants were well-informed about the most common symptoms of Alzheimer's disease. A disappointing result was that only 40% of participants knew the cause of dementia and the type of memory affected by Alzheimer's disease. The most common challenges nurses face in caring for patients with Alzheimer's disease are communication, patient disorientation and wandering, difficulties due to short-term memory, and patient aggression.

Conclusion: Alzheimer's disease is becoming one of the most costly diseases of our time because it is the only disease that cannot be prevented, cured, or slowed down. The risk of developing Alzheimer's disease increases with age, so the chances of someone who lives past 85 years old are 1 in 2. While participants are well-informed about the most common symptoms of Alzheimer's disease, there is still uncertainty about the cause of dementia. In every relationship, including the care of individuals with Alzheimer's disease, balance, love, attention, support, and understanding are needed to ensure that the person feels safe and protected.

Keywords: Alzheimer's disease, dementia, aging, nurse/technician

Popis korištenih kratica

AB – Alzheimerova bolest

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

MMSE – Mini mental state exam

CT – Kompjuterizirana tomografija

MR – Magnetska rezonanca

SPECT – Jednofotonska emisijska kompjuterizirana tomografija

PET – Pozitronska emisijska tomografija

PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia Scale

Sadržaj

1.	Uvod	1
1.1.	Promjene u mozgu kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti.....	2
1.2.	Stadiji Alzheimerove bolesti	3
1.2.1.	Rani stadij Alzheimerove bolesti	3
1.2.2.	Srednji stadij Alzheimerove bolesti	4
1.2.3.	Kasni stadij Alzheimerove bolesti	4
1.3.	Epidemiologija – incidencija u svijetu i Republici Hrvatskoj	5
1.4.	Etiologija – čimbenici koji pogoduju nastanku Alzheimerove bolesti	6
1.5.	Prikaz slučaja – životna priča osobe s demencijom u početnom stadiju i njezinom napredovanju.....	7
1.6.	Povezanost suicidalnosti s Alzheimerovom bolešću.....	8
1.7.	Dijagnostičke metode.....	9
1.8.	Liječenje Alzheimerove bolesti.....	10
1.8.1.	Postoji li cjepivo za Alzheimerovu bolest?.....	12
1.9.	Prevenција Alzheimerove bolesti.....	12
1.10.	Izazovi medicinske sestre i neformalnih njegovatelja u skrbi za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti	12
1.10.1.	Komunikacija s osobom oboljelom od Alzheimerove bolesti	13
1.10.2.	Stres i iscrpljenost u skrbi za oboljelog od Alzheimerove bolesti	14
1.10.3.	Nasilno ponašanje oboljelih – istina ili mit	15
1.10.4.	Primjena terapije.....	15
2.	Istraživački dio rada.....	16
2.1.	Cilj istraživanja i istraživačka pitanja	16
2.2.	Metode i tehnike prikupljanja podataka.....	16
2.3.	Opis instrumenata	16
2.4.	Opis uzorka	16
2.5.	Prikupljanje i obrada podataka.....	17
2.6.	Etički vidik istraživanja	17

2.7.	Rezultati istraživanja.....	18
2.7.1.	Sociodemografski podaci	18
2.7.2.	Opće znanje ispitanika.....	23
2.7.3.	Radno iskustvo i izazovi zdravstvenih djelatnika na radnom mjestu	28
2.8.	Rasprava.....	42
3.	Zaključak	46
4.	Literatura	47

1. Uvod

Alzheimerova demencija je bolest s dva lica; stvara promjene u moždanim stanicama koje u početku ne utječu na samo funkcioniranje osobe, no ipak se tiho i progresivno nastavlja razvijati do te mjere da se ni oboljela osoba ne može prepoznati. Oboljela osoba shvaća da se događaju promjene i u početku ih pokušava prikriti jer ne želi osjećati tjeskobu ili izazvati razočaranje svojih bližnjih. Čim okolina primijeti promjene može doći do izoliranja ili čak izbjegavanja i stigmatizacije jer smatraju da je osoba bolesna i da treba svoj mir, a zapravo treba nekog tko će ju pokušati razumjeti [1]. Čovjek uči dok je živ što je istinita tvrdnja, no situacija u kojoj se nalaze osobe oboljele od Alzheimerove bolesti (AB) je puno složenija. Sve vještine i znanja koje je osoba stekla kroz život polako se brišu i treba ih ponovno uvježbavati i savladati koliko to stupanj AB dopušta [2]. Veću sklonost obolijevanju imaju osobe starije životne dobi, a bolest se otkriva nekoliko godina kasnije od početka promjena. Najčešći uzrok demencije je AB koja se često simptomatski pripisuje staračkoj zaboravljivosti [3]. Razlike između normalnih simptoma staračke zaboravljivosti i simptoma AB prikazane su na slici 1.1. Staračka zaboravljivost pripada linearnom tijeku života koji osoba prolazi u starijoj životnoj dobi, dok AB to preobražava u stanje neprepoznatljivosti oduzimajući sjećanja, vlastiti identitet i sposobnost prepoznavanja bližnjih [4].



Slika 1.1. Razlika uobičajenih simptoma zaboravljivosti od ranih simptoma Alzheimerove bolesti

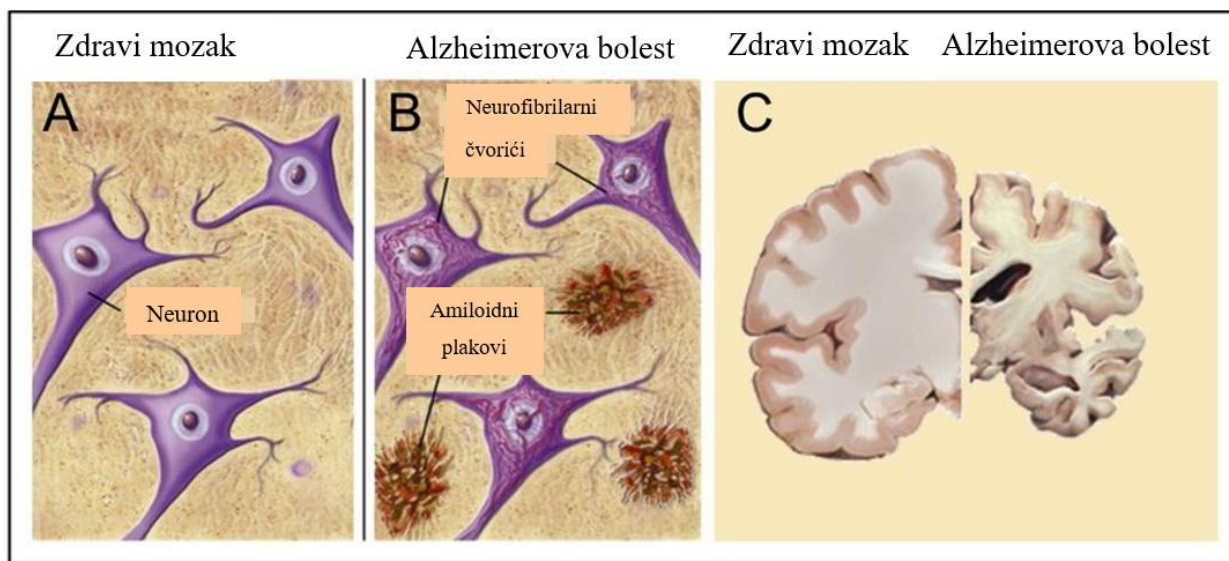
Izvor: https://stampar.hr/sites/default/files/komunikacija_s_osobama_oboljelim_od_demencije_-_prirucnik_za_formalne_njegovatelje_2020.pdf (dostupno: 17.7.2024.)

Komunikacija postaje sve zahtjevnija jer se ne pronalaze riječi kojima se mogu izraziti emocije ili osoba bude neshvaćena pa joj to predstavlja dodatnu nesigurnost. Koliko god riječi ili događaja osobe oboljele od AB izgubile, afektivno pamćenje ostaje zauvijek. Emocije su te kojima se pamti proživljeni događaj, tako se primjerice kod osobe koja je nekad bila glazbenik može iskoristiti muzikoterapija putem koje će osoba izraziti svoje osjećaje pa čak i zapjevati [5]. Nefarmakološkim metodama učinkovito se smiruju pacijenti, smanjuje se agitacija, potiče se na socijalnu interakciju i art terapijom se povećava samopouzdanje. Što se tiče emocija one se mogu pojaviti u istom intenzitetu kao u trenutku kada je osoba doživjela taj događaj s toga je bitno razlikovati halucinacije od davno potisnutih događaja. Halucinacije su lažne percepcije koje osoba proživljava bez vanjskih podražaja. AB uništava obrambeni mehanizam kojim je osoba patnje držala duboko u sebi što dovodi do perioda ponovnog preživljavanja tih patnji. Osoba često koristi izjave koje se odnose na prošlost i osjeća se kao da taj događaj ponovo preživljava stoga joj je potrebna podrška bližnjih koji predstavljaju utočište. Katkad bližnji izbjegavaju pomoć, sve teže se nose s promjenama i pronalaženjem načina kako da se prilagode oboljelom i dovode sebe u gubitak fizičkog i psihičkog zdravlja. S obzirom na okolnosti, obitelji i oboljelom ključan je oslonac medicinska sestra/tehničar. Medicinska sestra može pružiti objektivnan uvid situacije, dodatnu edukaciju bližnjima da što lakše shvate promjene koje su sastavni dio osobe oboljele od AB. Naravno da se na tom putu medicinske sestre susreću s brojnim izazovima koji se učinkovitije savladaju kad postoji dobra suradnja između medicinskog tima, pacijenta i njegovih bližnjih te uz dostupne adekvatne resurse i kontinuiranu edukaciju [6].

1.1. Promjene u mozgu kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti

Dr. Alzheimer je prije stotinjak godina opisao prvi slučaj bolesti proučavajući mozak. Mozak je najvažniji organ pomoću kojeg se dobivene informacije iz okoline mogu pohraniti u kratkoročno ili dugoročno pamćenje. Dugoročno pamćenje se ponavljanjem informacija ukorijeni u mozgu, dok kratkoročno pamćenje služi za privremeno zadržavanje informacija. Kod osoba oboljelih od AB brzo se briše kratkoročno pamćenje, dok se dugoročno pamćenje polako gubi kako napreduje stadij bolesti [7]. Za prijenos informacija zaslužni su neuroni u mozgu koji su međusobno povezani sinapsama, no kod osoba oboljelih od AB dolazi do gubitka tih neurona, najčešće na predjelu hipokampusa koji čini vrata za ulazak upamćenih informacija. Hipokampus je prvi dio mozga koji propada kod AB. Kemijske veze između neurona se pokidaju i stanice odumiru zbog čega se kao najčešći prvi simptom AB pripisuje upravo gubitak pamćenja [8]. Odumiranjem stanica povećavaju se brazde u moždanoj kori i povećavaju se moždane komore što dovodi do smanjenja volumena mozga (atrofije). U mozgu oboljelih osoba nalaze se senilni plakovi i neurofibrilarni čvorići. Senilni plakovi nalaze se između i oko neurona, dok se neurofibrilarni čvorići nalaze

unutar samog neurona, što je vidljivo na slici 1.1.1. Dokazano je da su čvorići i plakovi građeni od molekula proteina koje se međusobno spajaju i formiraju ih u mozgu. Osim vidljivih promjena na mozgu u obliku plakova i čvorića može doći i do smanjenja koncentracije serotonina i noradrenalina [9].



Slika 1.1.1. Razlike u strukturi zdravog mozga i mozga zahvaćenog Alzheimerovom bolešću
Izvor: <https://www.lidsen.com/journals/neurobiology/neurobiology-03-04-046> (dostupno 8.7.2024.)

1.2. Stadiji Alzheimerove bolesti

AB s obzirom na simptome koji ju obuhvaćaju može se podijeliti na rani, srednji i uznapredovali stadij.

1.2.1. Rani stadij Alzheimerove bolesti

Prvi najčešći simptom AB jest gubitak pamćenja. U ranom stadiju riječ je o gubitku kratkoročnog pamćenja, svježih informacija koje mozak zaprima. Uz gubitak pamćenja česta je pojava i blage nominalne afazije. Osoba zaobilaznim putem nastoji izraziti ono što je naumila i svjesna je promjena koje se događaju pa često bude potištena i mogu se pojaviti oscilacije raspoloženja popraćene depresijom. Teško je prihvatiti da se nešto neuobičajeno počinje događati u tijelu te se osoba najčešće izolira od društva kako bi prikrla novonastale promjene. Vidljive su promjene i u svakodnevnom izvođenju aktivnosti. Potrebni su podsjetnici kojima se osoba osvijesti što sve mora obaviti kroz dan, dok je unatrag nekoliko mjeseci to samostalno znala procijeniti. Vlastito donošenje odluka postaje nesigurnije pa se najčešće uključuju bližnji kako bi pomogli u rješavanju problema kao što je sastavljanje popisa za kupovinu ili planiranje obiteljskog ručka. Kupovina predstavlja sve veću prepreku u upravljanju mjesečnim budžetom zbog oslabljene koncentracije koja stvara smetenost u izvođenju dobro poznatih zadataka. Osobe koje su još uvijek

u radnom odnosu svoju oslabljenu koncentraciju i ostavljanje predmeta na nepredviđenim mjestima pripisuju umoru i stresu, a ne blagoj prostornoj i vremenskoj dezorijentaciji. Normalno je da pojedinac pokušava opravdati svoje promjene jer tako želi zavarati sebe i nadati se da je ipak sve u redu. Ukoliko se zamijete neki od simptoma ranog stadija AB preporuča se konzultiranje s liječnikom i medicinskom sestrom kako bi se vodile redovne procjene mentalnog statusa i pratilo napredovanje bolesti. Propisuje se i terapija kojom se još uvijek ne može spriječiti bolest, ali se usporava njezin tijek i time povećava kvaliteta života pojedinca [10].

1.2.2. Srednji stadij Alzheimerove bolesti

U srednjem stadiju AB jasno je izražena i okolina sve više počinje primjećivati promjene na pojedincu. U ovom stadiju osim sve većeg gubitka sposobnosti prostorne i vremenske orijentacije javljaju se i nerealne sumanute ideje te vidne i slušne halucinacije. Osoba misli da joj njezini bližnji žele nauditi, otrovati ju hranom, ukrasti joj stvari, a može se dogoditi da vidi i čuje nekog u njezinoj blizini. Nesigurnost u osobi stvara obrambeni mehanizam kojim se pokušava vikanjem, guranjem i agresivnijim ponašanjem obraniti od nečeg čega zapravo nema. Kako je nemir prisutan česta su višesatna hodanja kojima odlutaju do mjesta gdje se više ne znaju vratiti kući jer su smeteni, konfuzni, ne mogu se sjetiti adrese stanovanja, brojeva telefona svojih bližnjih. Često zamijene dan za noć pa se javlja sve veća pospanost danju. Još jedan od faktora koji dokazuje da u srednjem stadiju AB osoba ne može sama skrbiti za sebe jest gubitak kontrole nad mokrenjem. Iako govor i čitanje postaju sve lošiji, artikulacija je i dalje očuvana. Poteškoće su vezane uz vođenje razgovora, gledanje televizije, a nerijetko se dogodi da osoba počinje prestati čitati jer joj postaje previše kompleksna aktivnost. Pamćenje nedavnih događaja sve više slabi, dok pamćenje davnih događaja još nije izgubljeno [11].

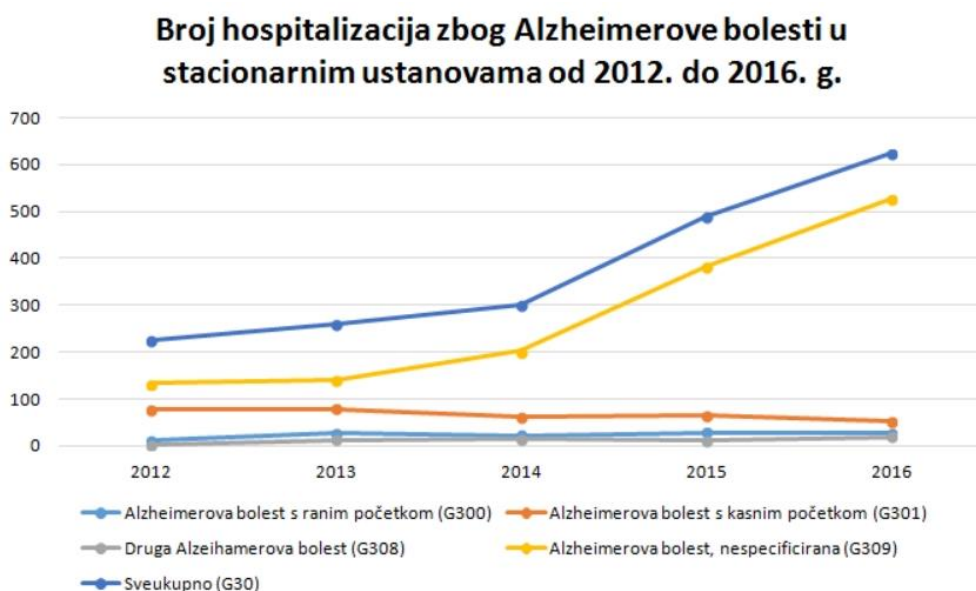
1.2.3. Kasni stadij Alzheimerove bolesti

Kasni stadij AB može se prikazati kao nevidljivi kradljivac identiteta oboljele osobe koji ju pretvara u sjenku onoga što je nekada bila. Pamćenje je u potpunosti izgubljeno, čak i dugoročno pamćenje postaje samo trag onoga što je osoba doživjela. Tijelo i udovi postaju rigidni, hodanje je zaboravljeno, pa preostaje samo ležanje u krevetu pri čemu se kao komplikacija dugotrajnog ležanja pojavljuje dekubitus. Smanjena je otpornost na infekcije pa su česte upale pluća. Dolazi do gubitka tjelesne težine, odbijanja hrane i tekućine jer se gubi sposobnost žvakanja i gutanja pri čemu postoji povećan rizik od gušenja hranom. Gubi se i kontrola mokrenja i stolice. Potpunu brigu o oboljeloj osobi preuzimaju bližnji koji osjećaju da im voljena osoba polako izmiče, gubi se njezin trag koji je imala prije AB i iza sebe ostavlja samo fizičku prisutnost i sjećanja na zajedničke davne događaje. Teško je gledati kako nestaje ona jedinstvena iskra koja je činila

njihovu voljenu osobu posebnom, dok njihova ljubav i briga postaju svjetionik u tami koja se širi [12].

1.3. Epidemiologija – Incidencija u svijetu i Republici Hrvatskoj

AB je veliki javnozdravstvenih problem u svijetu za koji je Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) 2012. godine donijela odluku da svaka država izradi preventivni plan kojim bi se smanjila incidencija. Prognozira se da će do 2050. godine broj osoba oboljelih od AB drastično porasti, čak više od 115 milijuna. Godišnje u svijetu oboli oko 4,6 milijuna osoba što zapravo predstavlja cijelu Hrvatsku. 2011. godine prema popisu stanovništva u Republici Hrvatskoj zabilježeno je 17,7% starijeg stanovništva što se može usporediti s popisom stanovništva iz 2021. godine gdje je starije stanovništvo u porastu i sad iznosi 22,4%. Hrvatska je država u kojoj prevladavaju osobe treće životne dobi te je potrebno uvjete života prilagoditi njihovim sposobnostima i potrebama. Hrvatski zavod za javno zdravstvo prikupio je podatke o hospitalizaciji osoba oboljelih od AB od 2012. do 2016. godine koji su prikazani na slici 1.3.1. Prema tamno plavoj liniji vidljiv je porast hospitalizacija, pri čemu je 2012. godine bilo 225 hospitaliziranih, a 2016. godine 612 hospitaliziranih [13]. Osim po povećanju broja hospitalizacija AB četvrti je uzrok funkcionalne nesposobnosti i smrti u osoba starije životne dobi. Kod jednojajčanih blizanaca ukoliko jedan oboli od AB, drugi ima 20 – 40% vjerojatnosti da također oboli. Preuranjena AB javlja se u svega 1% ljudi u tridesetim ili četrdesetim godinama. Ukoliko se bolest pojavi u tako ranoj životnoj dobi postoji povećan rizik da članovi obitelji također budu pogođeni bolešću. Životni vijek nakon postavljanja dijagnoze AB je 8 do 12 godina [14].



Slika 1.3.1. Broj hospitalizacija oboljelih od Alzheimerove bolesti 2012. – 2016.g.

Izvor: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/> (dostupno 20.6.2024.)

1.4. Etiologija – čimbenici koji pogoduju nastanku Alzheimerove bolesti

AB i u 21. stoljeću nakon napredovanja medicine, otkrića lijekova i cjepiva još uvijek ostaje misterij. Jedini trag koji su znanstvenici otkrili jest da AB nastaje zbog prestanka komunikacije neurona, no i dalje nije otkriveno što dovodi do prestanka komunikacije i propadanja neurona te zbog čega nastaju patološke strukture u mozgu. Dob je ključan faktor jer se njezina prevalencija s godinama drastično povećava, a nakon 65. godine se udvostručuje na svakih pet godina. Nije u potpunosti dokazano, no pretpostavlja se da su u nastanak bolesti upleteni geni. Ukoliko je u obiteljskoj anamnezi zabilježen slučaj AB postoji veća vjerojatnost da članovi obitelji također obole. S obzirom na spol češće su pogođene žene što nema nikakve veze s duljim životnim vijekom [15].

Neke studije su pokazale da kod osoba koje su se školovale kraći vremenski period, 6 godina ili manje, imaju veću mogućnost od obolijevanja. Dr. David Snowdon odlučio je proučavati utječe li uistinu duljina školovanja na rizik obolijevanja od AB. Za ispitivačku skupinu odabrao je redovnice koje su popunile i pristanak za obdukciju u svrhu istraživanja promjena na mozgu. Obdukcijom se otkrilo kako redovnice s više godina školovanja imaju manje amiloidnih plakova. Zamijećeno je kako su više koristile svoje neurone te su sukladno tome imale i više sinapsi, a ta rezerva je nadoknadila gubitak neurona. Moždanom rezervom omogućeno je dulje zadržavanje kognitivnih sposobnosti u početnom stadiju bolesti te se simptomi počinju kasnije zamjećivati [16].

Osim duljine školovanja pretpostavlja se kako su učestali potresi mozga povezani s kasnijim razvojem AB. Od ostalih rizičnih čimbenika to su dijabetes, depresija, povećan krvni tlak, stres, pretilost, nepokretnost, pušenje, pretjerana konzumacija alkohola [17].

Zanimljivo je da se internetom proširio mit kako pušenje smanjuje rizik od nastanka bilo koje vrste demencije, što je lažna informacija. Otkriveno je da su studije koje su iznijele takve rezultate surađivale s industrijom duhanskih proizvoda te su navele da je faktor rizika od oboljenja 0,86. Neovisne studije dobile su rezultate kojima se dokazuje da pušenje čak udvostručuje rizik od AB i to s faktorom rizika od 1,72 [18].

Jedno je istraživanje provedeno uspoređujući nepušače, pušače koji su prestali s konzumacijom duhanskih proizvoda i pušače koji konzumiraju duhanske proizvode. Uspoređujući trenutne pušače i nepušače, pušači imaju povećan rizik od demencije u rasponu 40% - 80%. Bivši pušači u usporedbi s nepušačima nemaju povećan rizik za nastanak demencije, no utvrđena su kognitivna opadanja u godišnjim procjenama Mini mental state exam -a (MMSE). S obzirom na dobivene rezultate ova studija se zalaže kako pušenje predstavlja jedan od čimbenika rizika za kognitivno propadanje i demenciju među osobama starije životne dobi [19].

1.5. Prikaz slučaja – životna priča osobe s demencijom u početnom stadiju i njezinom napredovanju

Pacijentica L.J.M. (rođena 2.4.1954.) je komunikativna, vedra i radišna. Uvijek vodi brigu oko financijskih troškova da što više uštedi, a opet da u kući ništa ne nedostaje. Živi sa sinom i unukom koji joj rado pomognu oko kućanskih poslova te sin navodi da imaju skladan odnos. U posljednje vrijeme ukućani su primijetili promjene u ponašanju pacijentice. Često je izbjegavala kontakt i komunikaciju. Navode da se znala zagledati van kroz prozor i tijekom obiteljskog ručka bi progovorila svega nekoliko riječi. Također se zamijetilo da teško pronalazi prave riječi što upućuje na nominalnu afaziju. S obzirom na otežanu komunikaciju postaje nervozna i češe se po glavi ne bi li dokučila što je htjela reći. Sve je više molila sina za pomoć pri kuhanju. Nije znala što bi s namirnicama koje ima, na koji način da ih pripremi, koliko dugo mora kuhati te joj nije bilo jasno zašto ne može otići malo odspavati kad se u to vrijeme nešto kuha. Što se tiče sastavljanja popisa za kupovinu i uštede sin navodi kako on sve više vodi brigu oko toga. Pacijentica je inače imala naviku prolistati katalog i zapisati u kojoj su trgovini jeftinije stvari, no sada jedva zapiše nekoliko stvari na papir i ne može procijeniti kolika bi bila ukupna cijena tih namirnica. Sina zamoli za pomoć u sastavljanju popisa jer ne zna sama procijenit što im sve treba u kuhinji. Jedanput se sama zaputila do trgovine da kupi kruh, no na kraju kad su je prodavačice pitale što joj treba rekla je da ne zna zašto je došla. Sin i kćer odlučili su se savjetovati s liječnikom obiteljske medicine koji ih je uputio na razgovor kod psihijatra. Psihijatar je prvo saslušao pacijenticu, a zatim i njezinu obitelj. Pacijentica je tvrdila kako je u potpunosti zdrava i da ne zna zašto je došla u bolnicu. Obitelj je navela liječniku kako je pacijentica zamijenila dan za noć. Noću ih zna nazvati u 3 ujutro da ih pita što rade, kad će doći kod nje, a onda je danju sva smetena i dugo spava. Na temelju anamneze liječnik je odlučio da se obave pregledi: kompjuterizirana tomografija (CT), magnetska rezonanca (MR) te procjena pomoću MMSE. Nalazi CT-a i MR-a su uredni što bi upućivalo da iako postoje promjene na mozgu one su teže uočljive. Propadanje neurona i gubitak sinaptičkih veza mogu biti prisutni, no nisu dovoljno izraženi da bi se jasno vidjeli. Procjenom pomoću MMSE utvrdilo se kako pacijentica netočno navodi godišnje doba, ne zna nabrojati mjesece u godini, teško se dosjeti koji je dan i što je radila prije nego što je došla u bolnicu. Točno je navela da se nalazi u bolnici, no nije znala u kojem mjestu i koja je godina. Računske operacije bile su točne, no što se tiče pamćenja pacijentica nije znala nabrojiti predmete koje joj je liječnik zadao. Nakon detaljne pretrage psihijatar joj je odlučio propisati Trazodon 150 mg, Donepezil 10 mg te Oksazepam 10 mg. Pacijentica se nije pridržavala propisanog uzimanja lijekova, smatrala je da joj nisu potrebni jer je potpuno zdrava, tako da je obitelj vodila brigu da sve lijekove uzme u pravo vrijeme. Počeli su primjećivati kako pacijentica po cijele dane spava te je psihijatar odlučio smanjiti dozu

Oksazepama na 5 mg što je značilo uzimanje polovice tablete. Pojavio se novi simptom koji je pobudio davno potisnute patnje. Naime pacijentica je u mlađoj dobi ostala samohrana majka troje djece. To razdoblje za nju je bilo iznimno teško jer je radila tri posla ne bi li ih uspjela prehraniti. Sada u starijoj dobi brinulo ju je pitanje jesu li svi papiri riješeni sudskim putem nakon smrti njezina supruga. Znala je cijeli dan u sobi tražiti papire kojima može dokazati da je bila dobra majka i da njezinoj djeci ništa nije nedostajalo. U maloj bilježnici gdje su bili zapisani brojevi telefona počela je pisati o svojim osjećajima te je navodila mjesta gdje je sve radila te kako je uspješno školovala svoju djecu. U toj bilježnici vidljivo je da se rukopis tijekom napredovanja bolesti mijenja, postaje nalik dječjem rukopisu sa teško čitljivim riječima. Počele su se javljati brze promjene u ponašanju. Prvo je htjela sa sinom u šetnju, a onda je u svega nekoliko minuta postala ljuta jer je jasno rekla kako joj nije do šetnje. Unuk ju je pokušao podsjetiti na dane kad je brinula o njemu dok je bio manji te joj je donio ruže iz vrta. Pacijentica ga začuđeno gledala i rekla kako ne želi da joj cvijeće zauzima prostor u sobi. Sve češće bi pacijentica osjećala zimicu te je imala tremor koji je znao trajati i do 10 minuta. Društveni kontakt se sveo na sve kraće posjete jer je pacijentica htjela biti sama, a ponekad se bojala izaći iz dvorišta u strahu da ju netko ne bi napao. Nažalost, pacijentica više nije pronalazila načine kako bi se suočila s vlastitim promjenama i bolešću te je tragično umrla na odjelu jedinice intenzivnog liječenja s visokim stupnjevima opekline cijelog tijela [20].

1.6. Povezanost suicidalnosti s Alzheimerovom bolešću

Istraživači na odjelu psihijatrije Sveučilišta Yale utvrdili su kako osobe starije od 65 godina kojima je dijagnosticirana AB imaju dvostruko veći rizik da počine samoubojstvo. Također je utvrđeno da najrizičnija skupina za samoubojstvo obuhvaća osobe u dobi od 65 do 74 godine te prvih 90 dana nakon dijagnosticiranja AB. Uspoređujući rezultate s općom populacijom čak 53% smrtnih slučajeva vezano je za osobe oboljele od AB. Veći rizik za samoubojstvo imaju osobe bijele rase, koje u povijesti bolesti imaju dijagnosticiranu depresiju ili su boravili u psihijatrijskim ustanovama zbog samoozljeđivanja te osobe kojima su pripisani antidepressivi i anksiolitici [21]. Najčešći način samoubojstva kod osoba oboljelih od AB jest u 89% slučajeva predoziranje lijekovima, a za njima slijedi vatreno oružje od 17%. Primijećeno je da osobe koje su korisnici doma za starije i nemoćne osobe imaju manji rizik od samoubojstva zbog povećanog nadzora od strane zdravstvenih djelatnika. Ipak napredovanjem AB gubi se sposobnost pamćenja pri čemu je smanjen rizik od samoubojstva. Tvrdnja se dokazala ukupnom prevalencijom hospitalizacija koje su bile povezane sa suicidalnim ponašanjem koje je najniže bilo u osoba oboljelih od AB (0.8%) u odnosu na druge vrste demencija kao što je frontotemporalna demencija čiji je rizik iznosio 2.6% [22].

1.7. Dijagnostičke metode

U trenutku kad se primijete promjene u kognitivnom funkcioniranju osobe bitno je poduzeti dijagnostičke metode koje se sastoje od dviju faza. U prvoj fazi postavlja se dijagnoza demencije, a druga faza obuhvaća određivanje vrste demencije. Ključno je provjeriti povijest bolesti, opće zdravstveno stanje te uzima li osoba kakve lijekove koji bi mogli uzrokovati kognitivne poteškoće. Tijekom pregleda liječnik svo vrijeme promatra pamćenje, orijentaciju, ispituje upravljanje financija i svakodnevne aktivnosti osobe [23].

Fizikalnim pregledom otkriva se je li u pozadini neka druga bolest, a da nije demencija, koja pogoduje nastanku kognitivnih promjena. Fizikalnom pregledu pridružuje se i neurološki pregled kojim se ispituju patološki znakovi koji bi možda mogli upućivati na neku neurološku bolest ukoliko osoba ima poteškoće s ravnotežom i koordinacijom, sporost pokreta, poremećaj hoda ili druge karakteristike [24].

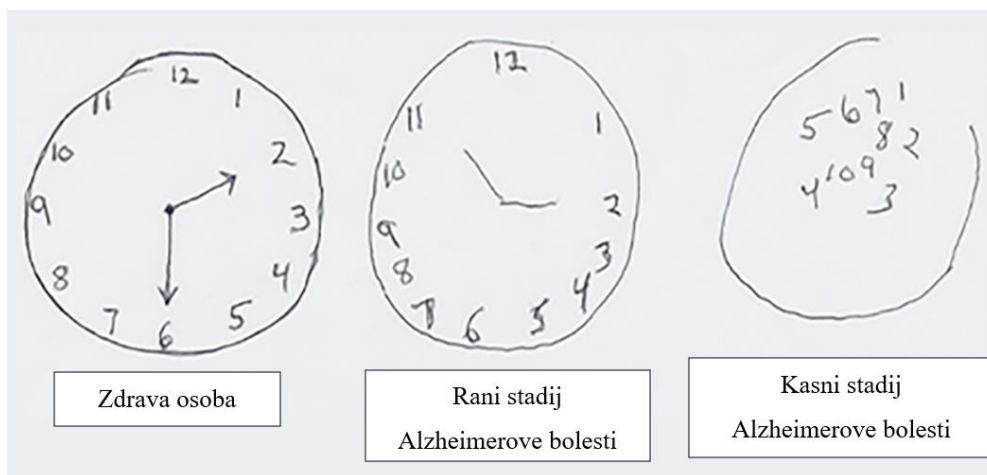
Psihijatrijskim pregledom određuje se ima li osoba simptome karakteristične depresiji koja svojim napredovanjem prouzrokuje gubitke pamćenja ili su ipak simptomi vezani uz AB i kognitivno propadanje osobe [25].

Za radiološke pretrage u svrhu otkrivanja promjena koje se pojavljuju na mozgu najčešće se upotrebljavaju CT, MR, jednofotonska emisijska kompjuterizirana tomografija (SPECT) i pozitronska emisijska tomografija (PET). MR za razliku od CT-a preciznije određuje lokalizaciju atrofije mozga. SPECT-om se primjećuje područje smanjene prokrvljenosti u sljepoočnom i tjemenom režnju. PET-om se precizno utvrđuje postoje li područja u mozgu koja nemaju normalnu potrošnju kisika i glukoze [26].

Testiranje kognitivnih sposobnosti provodi se pomoću upitnika i to najčešće MMSE i test crtanja sata. Pomoću MMSE procjenjuje se orijentacija vezana uz datum, godišnje doba, kratkoročno pamćenje, pažnju, sposobnost računanja i govora. Najveći rezultat na MMSE je 30. Što je rezultat veći to je manje kognitivno propadanje pa tako više od 17 bodova označava blagu demenciju, 11 – 17 bodova umjerenu demenciju, a manje od 10 bodova tešku demenciju. Ovaj test nije pogodan za otkrivanje blagog kognitivnog poremećaja jer nema dovoljnu osjetljivost, tako da je riječ o površnom testu [27].

Test crtanja sata predstavlja brzi test pomoću kojeg se ispituju sposobnosti planiranja, vizualne memorije, pažnje i koncentracije te prepoznavanje brojeva. Pozitivna je jednostavnost ovog testa, osoba samo treba nacrtati sat i u njega upisati brojeve. Nakon što je sat s brojkama nacrtan, osobu se zamoli da kazaljka naznači vrijeme koje zadaje liječnik, primjerice 12 sati i 15 minuta. Kako bolest napreduje rezultati testova bit će različiti, a sam test dobar je u određivanju razine ozbiljnosti

bolesti. Provođenjem testova crtanja sata utvrdilo se kako bolesnici u uznapredovalom stadiju AB često zaborave da se broj 2 odnosi na 10 minuta. Nedostatak testa crtanja sata jest da razina obrazovanja utječe na rezultate testa s obzirom da neke osobe nisu upoznate s konceptom sata [28].



Slika 1.7.1. Crtanje sata prema napredovanju Alzheimerove bolesti

Izvor: <https://linushealth.com/history-of-clock-drawing-test-and-dctclock> (dostupno: 18.7.2024.)

1.8. Liječenje Alzheimerove bolesti

Trenutno nije moguće izliječiti AB, moguće je samo usporiti njezin progresivan tijek. Sve dok uzrok ove bolesti u potpunosti nije poznat ne može se ni djelovati na taj uzrok kako bi se bolest izliječila. Lijekovi koji pospješuju usporavanje gubitka intelektualnih i psihičkih funkcija te poboljšavaju kvalitetu života pacijenta jesu antidementivi. Najčešći antidementivi koji se pripisuju su: donepezil, rivastigmin, galantamine ili memantin, a uzimaju se preventivno. Pri blagom ili umjerenom stadiju AB bolesti koriste se donepezil, rivastigmin i galantamin, dok se u umjerenom ili teškom stadiju primjenjuje memantin. U mozgu oboljele osobe glutamat, koji ima važnu ulogu u procesu pamćenja, je u prekomjernim količinama i postaje toksičan za neurone. Dok je acetilkolin, koji ima kontrolu nad mišićnim tonusom, pamćenjem i emocijama, u značajno manjim količinama. Upravo antidementivi imaju moć reguliranja razina tih dviju komponenata. Najčešće nuspojave ovih lijekova obuhvaćaju gastrointestinalni trakt, tremor mišića i umor, no one se pojavljuju u svega 5 – 10% pacijenata. U 70% pacijenata lijekovi imaju značajan utjecaj. Učinak antidementivnih lijekova prati se pomoću MMSE. Zdravstveno stanje osobe koja boluje od AB tijekom jedne godine je stabilno, no nakon toga može uslijediti pogoršanje. Bitno je naglasiti kako bolest ima sporiji tijek napredovanja s lijekovima, nego što bi to imala bez njih [29].

- Donepezil

Kao lijek prvog izbora uvijek se daje donepezil. Praktičan je jer se daje jedanput na dan te ga pacijenti obično dobro prihvaćaju. U prvih 6 tjedana preporučena doza je 5 mg, a nakon toga se prelazi na povećanu dozu od 10 mg [30].

- Rivastigmin

Rivastigmin je lijek koji poboljšava kognitivne funkcije i svakodnevno funkcioniranje osobe. Primjenjuje se u dozi od 6 do 12 mg, a najčešće nuspojave koje može izazvati su glavobolja i umor [30].

- Galantamin

Galantamin je lijek koji se primjenjuje u dozi od 24 mg na dan, a pokazao je učinkovitost pri dnevnim aktivnostima i ponašanju. Česte nuspojave koje izaziva su umor, vrtoglavica i uznemirenost [30].

- Memantin

Memantin odlično djeluje na glutamat jer blokira njegov prekomjerni učinak, a pritom se očuva proces pamćenja. Preporučena doza je 20 mg dnevno, a u tablici 1.8.1. prikazano je titiranje doze kojom se smanjuje rizik od nastanka nuspojava i postupno se postiže željeni učinak [31].

Tjedan	Doza lijeka jedanput na dan
1. Tjedan	Pola tablete od 10 mg
2. Tjedan	Jedna tableta od 10 mg
3. Tjedan	Jedna i pol tableta od 10 mg
4. Tjedan i nadalje	Dvije tablete od 10 mg 1x

Tablica 1.8.1. Titiranje doze memantina do 20 mg

Izvor: <https://halmed.hr/upl/lijekovi/PIL/Memantin-Pliva-PIL.pdf>

- Ostale skupine lijekova

Osim antidementiva često se primjenjuju antidepresivi, antipsihotici, sedativi i hipnotici te stabilizatori raspoloženja. Hipnotici se primjenjuju ukoliko osoba ima poteškoće sa spavanjem, a sedativi kod anksioznosti. Stabilizatori raspoloženja primjenjuju se u osoba s poremećajima ponašanja [32].

1.8.1. Postoji li cjepivo za Alzheimerovu bolest?

Znanstvenici su eksperimentirajući u svom laboratoriju u miševu ubrizgali gene koji se nalaze u osoba oboljelih od AB. Razvili su cjepivo koje je testirano na tim miševima i u njih se primijetilo da su se smanjili amiloidni plakovi. Cjepivo se primijenilo i u osoba oboljelih od AB, no nažalost nisu postignuti isti i željeni rezultati. U nekih se pacijenata razvio encefalitis (upala mozga) te se eksperiment prekinuo 2002. godine. Još uvijek ne postoji cjepivo kojim bi se osoba izliječila od Alzheimerove bolesti [33].

1.9. Prevencija Alzheimerove bolesti

Zdravstvena ustanova postigne svoj cilj kad populacija usvoji obrazac zdravog načina života. U osoba starije životne dobi potiče se provođenje kognitivnih aktivnosti kao što su čitanje, rješavanje križaljki, art terapija kojima se smanjuje rizik od nastanka AB. Ključnu ulogu u zdravlju ima i socijalna interakcija kojom pojedinac razvija svoje komunikacijske vještine, no nikako nije dobro ako dođe do socijalne izolacije. Čovjek je po prirodi društveno biće i sa svojom okolinom može dijeliti dobre i loše trenutke života te zajedničkim snagama pronaći rješenje za neki problem. Ubrzani način života koji je postao današnjica uzrokuje nemir i sve veću količinu stresa, stoga je od iznimne važnosti poraditi na mentalnom zdravlju te koristiti tehnike relaksacije poput joge i meditacije [34].

Dr. Jack Diamond smatra kako čak 60% čimbenika rizika proizlazi iz načina života osobe, a ne genetskom predispozicijom. Čimbenike rizika moguće je svesti na manju razinu ukoliko osoba ostane fizički i intelektualno aktivna, zdravo se hrani i kontrolira krvni tlak, razinu šećera i kolesterol u krvi. Fizička aktivnost pospješuje regulaciju krvnog tlaka, šećera i kolesterola koji su ujedno i rizični čimbenici za nastanak AB [35].

1.10. Izazovi medicinske sestre i neformalnih njegovatelja u skrbi za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti

AB sa sobom donosi niz kompleksnih simptoma koji se povećavaju sukladno napredovanju bolesti. Medicinske sestre na tom putu susreću se s brojnim izazovima u skrbi za oboljele od AB za koje trebaju posjedovati specifična znanja i vještine kako bi pružile adekvatnu zdravstvenu njegu pacijentu. Osim fizičke skrbi, ključna je i emocionalna podrška ne samo pacijentu već i njegovoj obitelji koja za njega skrbi. Često se javljaju stereotipi da su oboljele osobe od AB ponovno djeca. Ovom tvrdnjom se vidi kako okolina nije dovoljno informirana jer djeca još nemaju svoju prošlost, ali oboljele osobe imaju svoju prošlost putem koje se komunikacijom mogu prisjetiti o lijepim trenucima koje su doživjele. Ni u jednom trenutku se oboljeloj osobi ne smije reći da se izgubila ili da nije u pravu jer bi to pogodovalo nesuglasicama koje je potrebno

izbjegavati. Neformalni njegovatelji i medicinske sestre nauče živjeti u realnosti osobe oboljele od AB. Ukoliko se oboljela osoba osjeća da ima 16 godina jednostavno treba to prihvatiti kao igru i usvojiti svoju ulogu kako bi se stvorio osjećaj sigurnosti, razumijevanja i prihvaćenosti. Jedan od najčešćih izazova je komunikacija koja u početnom stadiju bolesti obuhvaća nominalnu afaziju koja se kroz napredovanje bolesti pogoršava [36].

1.10.1. Komunikacija s osobom oboljelom od Alzheimerove bolesti

Komunikacija je izmjena informacija pri kojoj se pažnja usmjerava na verbalne i neverbalne znakove. Osobama koje boluju od AB bitno je postavljati jednostavna pitanja i njihove svakodnevne aktivnosti rasporediti u što manje cjeline kako bi im bilo lakše snalaženje u vremenu i prostoru. Od velike je važnosti što dulje zadržati njihovu samostalnost na način da im se osigura dovoljno vremena pri danoj aktivnosti te ukoliko je potrebno ohrabrivati ih i podsjećati na aktivnosti koje su zaboravili. Može se koristiti vizualna komunikacija pri čemu se osobi pokaže predmet za koji možda neće znati kako se zove, ali će ga znati upotrijebiti. Koja se god vrsta komunikacije upotrebljava uvijek je prisutna emocionalna dimenzija temeljena na ljubavi, uvažavanju, razumijevanju i podršci uz lijepe geste, poglede koji su dovoljni da se osobe razumiju [37].

S obzirom da AB narušava događaje vezane uz kratkoročno pamćenje potrebno je takva pitanja izbjegavati, a svaki pacijentov odgovor slušati uz uvažavanje. Ukoliko medicinska sestra uoči da pacijent ima poteškoće s nominalnom afazijom može mu pomoći na način da mu predloži neke riječi koje može upotrijebiti ili da koristi pitanja na koja se očekuju kraći odgovori kako bi mu bilo lakše snalaziti se u komunikaciji [38].

Poteškoće u komunikaciji koje su sve češće prisutne oboljelu osobu navode da se osloni na neverbalnu komunikaciju. Neverbalnim znakovima uočava se govor tijela koji obuhvaća 80% svih emocija. U neverbalne znakove još se ubraja ton glasa, brzina govora, izraz lica i geste. Zanimljivo je da osobe u uznapređovalom stadiju AB zadržavaju sposobnost neverbalnog prikazivanja osjećaja i prepoznavanja emocija ljudi u njihovoj okolini. Iako riječima ne izraze gdje ih nešto boli to se može otkriti ukoliko se prati govor tijela. Ne postoji mogućnost verbalnog izražavanja osjećaja, pa se može pojaviti neuobičajena navika da oboljela osoba slijedi svog njegovatelja, a takva gesta može se protumačiti kao traženje potrebe za sigurnošću [39].

Uz promatranje, najosnovniji oblik neverbalne komunikacije je dodir. Dodirom se jača orijentacija i olakšava bol pa medicinske sestre mogu koristiti masažu šake u osoba starije životne dobi. Masaža šake povećava pokretljivost zglobova, smanjuje ukočenost mišića i neverbalnim znakovima upućuje na toplinu i nježnost koje su osobama starije životne dobi sve potrebnije kako bolest napreduje. Dodir pruža osjećaj sigurnosti i pripadnosti. Medicinska sestra koja je savladala

tehnike dobre komunikacije u stresnim situacijama ima vještine smanjenja frustracije, razumije vlastite i tuđe granice i potrebe, zauzima se za sebe i oboljelu osobu na asertivan način pri čemu izbjegava agresivnu i pasivnu komunikaciju [40].

1.10.2. Stres i iscrpljenost u skrbi za oboljelog od Alzheimerove bolesti

Kad u obitelji nastupi bolest, naravno da će bližnji učiniti sve da oboljela osoba što dulje ostane u njihovom zajedničkom domu. Glavni čimbenik u pružanju i kvaliteti skrbi upravo su neformalni njegovatelji i medicinske sestre. Ponekad zbog napredovanja bolesti, neformalni njegovatelji osjećaju fizičku, emocionalnu i psihičku iscrpljenost, konstantan umor, imaju osjećaj da nemaju nimalo vremena za sebe, odvajaju se od društva i dožive sindrom sagorijevanja. Ukoliko za oboljelu osobu skrbi više njegovatelja, to je pozitivno jer se mogu izmjenjivati, no ako je osoba sama propada ne samo psihički već i fizički što može dovesti do narušavanja općeg zdravstvenog stanja. Liječnik i medicinska sestra obitelji mogu predložiti pomoć u kući od strane gerontodomačica koje bi pomogle pri svakodnevnim aktivnostima i time olakšale obitelji oboljelog. Centar za socijalnu skrb pruža informacije o dostupnim uslugama i pomoći u organizaciji zdravstvene njege u kući. Ukoliko bližnji osjete preveliku razinu iscrpljenosti, a stadij bolesti sve je teži da se za osobu skrbi u obiteljskom domu postoji mogućnost smještaja u dom za starije osobe ili gerontološki centar u kojima je 24 satni nadzor korisnika i osigurana provedba zdravstvene njege [41].

U Kanadi postoji Balauchon Alzheimer, model jednostavne i privremene skrbi za oboljelu osobu, koji nudi uslugu odmora i pratnje. Neformalnim njegovateljima omogućeno je vrijeme za odmor kako bi se mogli malo posvetiti sebi i svom mentalnom zdravlju, dok u dom oboljele osobe dolazi balušonka, njegovateljica koja pruža 24 satnu skrb. Objektivno procjenjuje pacijentovo stanje, pruža edukaciju bližnjima i uvelike im smanjuje stres i iscrpljenost svojom pomoću [42].

Bitno je da zdravstveni djelatnici prepoznaju rane simptome frustracije u neformalnih njegovatelja koji se očituju kratkoćom daha, glavoboljom, grčevima u truhu, lakim gubitkom strpljenja, poremećajem sna, razdražljivošću ili dekoncentracijom. Može doći i do upotrebe štetnog rizičnog ponašanja kao što su to pojačano pušenje, prejedanje ili prekomjerno konzumiranje alkohola [43].

Mnogim je istraživanjima dokazano da najveću razinu iscrpljenosti prouzroči skrb za osobu koja je izgubila svoje intelektualne sposobnosti, nego za osoba koja pati od fizičkih poteškoća. Potreban je stalan nadzor i pažnja oboljele osobe, veliko strpljenje, empatija i emocionalna izdržljivost. Mali broj zdravstvenih djelatnika, velik broj pacijenata, duge smjene i nedostatak resursa mogu povećati iscrpljenost i izazove s kojima se medicinske sestre svakodnevno susreću pri skrbi za osobe oboljele od AB [44].

1.10.3. Nasilno ponašanje oboljelih – istina ili mit

Oboljelu osobu potrebno je odvojiti od dijagnoze i nepoželjna ponašanja prepisati samoj bolesti, a ne njezinoj osobnosti. Ukoliko ponašanje oboljele osobe postane teško, bitno je prekinuti raspravu zbog koje se razljutila i nikako ne kritizirati njezino mišljenje. Najbolji način da se situacija smiri jest da medicinska sestra promijeni temu razgovora kojom se može osobu podsjetiti na starije događaje kojima se može umiriti. Nasilno ponašanje u većini slučajeva upućuje da osnovne ljudske potrebe nisu zadovoljene ili da je osoba frustrirana zbog neshvaćanja od strane okoline. Osobe oboljele od AB često se suočavaju s zbunjenosti i gubitkom sposobnosti za obavljanje svakodnevnih zadataka što frustracijom može dovesti do agresivnog ponašanja. Bitno je u takvoj situaciji ostati smiren, ne podizati ton glasa te prići osobi s empatijom i razumijevanjem prilikom ublažavanja situacije [45].

1.10.4. Primjena terapije

Osoba oboljela od AB često za sebe smatra da je zdrava i da joj lijekovi nisu potrebni. Ne razumije važnost i samu svrhu liječenja. Medicinske sestre susreću se s velikim poteškoćama i izgovorima od strane pacijenata kao što su prevelika tableta, loš okus u ustima nakon tablete, strah od gušenja ili negativan stav prema uzimanju lijekova. Bitno je da je medicinska sestra uz pacijenta u trenutku uzimanja lijekova jer kad rade nešto protiv svoje volje jako su kreativni. Pacijenti znaju ispljunuti lijekove kad ih se ne gleda ili ih skrivaju u ustima i kad se pruži prilika ispljunu ih van. Sve tablete koje je moguće smrviti preporuča se pomiješati ih s hranom ili ukoliko je moguće uzeti ih nakon obroka kako ne bi utjecale na apetit. Također je bitno informirati se s liječnikom ukoliko je moguće promijeniti strukturu lijeka da bude u tekućem obliku, kao čepić ili flaster te postaviti pitanje može li se uzimanje lijekova rasporediti po danu da se ne uzmu odmah svi od jednom. Ako pacijent ne želi uzeti lijekove, medicinska sestra može predložiti da i ona s pacijentom uzme tabletu, a zapravo stavi bombon u usta dok pacijent svoje lijekove popije. Sestrinstvo je poseban poziv u kojem se primjenjuje empatija, individualan i holistički pristup pacijentu, no uvijek uz kvalitetno znanje poželjno je upotrebljavati kreativne ideje kojima se mogu olakšati postupci u zdravstvenoj njezi pacijenta [46].

2. Istraživački dio rada

2.1. Cilj istraživanja i istraživačka pitanja

Cilj ovog istraživanja bio je otkriti izazove s kojima se medicinske sestre susreću u skrbi za osobe oboljele od AB.

Istraživačka pitanja:

1. Kakva je razlika iskustva i izazova medicinskih sestara u skrbi za osobe oboljele od AB s obzirom na radno mjesto (bolnica, dom, palijativna skrb)?
2. Tko je od ispitanika imao najbolje rezultate u pogledu općeg znanja?
3. Postoje li razlike u percepciji skrbi osoba oboljelih od AB od strane medicinskih sestara/tehničara i njegovateljica/njegovatelja u Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec?
4. Koji su najčešći izazovi s kojim se susreću medicinske sestre/tehničari?

2.2. Metode i tehnike prikupljanja podataka

U svrhu utvrđivanja izazova s kojima se medicinske sestre susreću pri radu s osobama oboljelima od AB provedeno je istraživanje, a prikupljanje podataka provelo se osobno uručujući ankete. Dobiveni podaci grafički su prikazati putem programa Microsoft Excel.

2.3. Opis instrumenata

Anketnim upitnikom istraživali su se izazovi s kojima se medicinske sestre / tehničari susreću u skrbi za oboljele od AB. Upitnik se sastoji od 23 pitanja. Prvih 5 pitanja temelji se na sociodemografskim podacima, dok se druga 3 pitanja temelje na općem znanju ispitanika. Preostalih 15 pitanja usmjereno je na radno iskustvo i izazove s kojima se medicinske sestre/tehničari susreću pri skrbi za oboljele od AB. Pitanja su različitog tipa. U nekim pitanjima bio je moguć samo jedan točan odgovor, dok su na nekim pitanjima ispitanici imali mogućnost višestrukog odabira s obzirom na vlastito iskustvo s pacijentima oboljelima od AB. Kako bi se detaljnije saznali najveći izazovi u skrbi ispitanicima je bilo omogućeno da samostalno ispišu odgovor na crtu.

2.4. Opis uzorka

Istraživanje se provodilo u nekoliko koraka. Prvo je bila potrebna dozvola etičkog povjerenstva, a zatim su se ankete fizički dostavile u ustanovu gdje su medicinske sestre/tehničari, njegovateljice/njegovatelji dobrovoljno ispunjavali anketna pitanja. Nakon 2 tjedna ispunjene ankete su se prikupile za daljnju obradu u svrhu završnog rada. Ustanove koje su obuhvaćene u

istraživanju jesu: Caritasov dom u Ivancu, Dom za starije i nemoćne osobe Čakovec, Opća bolnica Varaždin i Služba za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof. Podaci su prikupljeni u različitim institucijama kako bi se moglo usporediti opće znanje te stavovi i izazovi medicinskih sestara/tehničara te njegovateljica/njegovatelja. U istraživanju je ukupno sudjelovalo 136 ispitanika, od čega je 124 žena, a 12 muškaraca. U Caritasovom domu u Ivancu sudjelovalo je 9 medicinskih sestara. U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec sudjelovalo je 27 ispitanika od čega je 13 medicinskih sestara/tehničara i 14 njegovateljica/njegovatelja. U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb sudjelovalo je 47 medicinskih sestara/tehničara i 1 njegovatelj/njegovateljica. U Općoj bolnici Varaždin ukupno je sudjelovalo 52 ispitanika. Na odjelu gastroenterologije 15 medicinskih sestara, na neurologiji 12, JIL-u 6, kardiologiji 3, hematologiji 5, infektologiji 3, a na endokrinologiji i nefrologiji 8 medicinskih sestara/tehničara.

2.5. Prikupljanje i obrada podataka

Istraživanje je provedeno u razdoblju od 8.1.2024. do 1.4.2024. putem fizičke ankete u gore navedenim institucijama. Statistički prikaz dobivenih podataka proveden je u programu Microsoft Excel te su dobiveni podaci tablično i grafički prikazani.

2.6. Etički vidik istraživanja

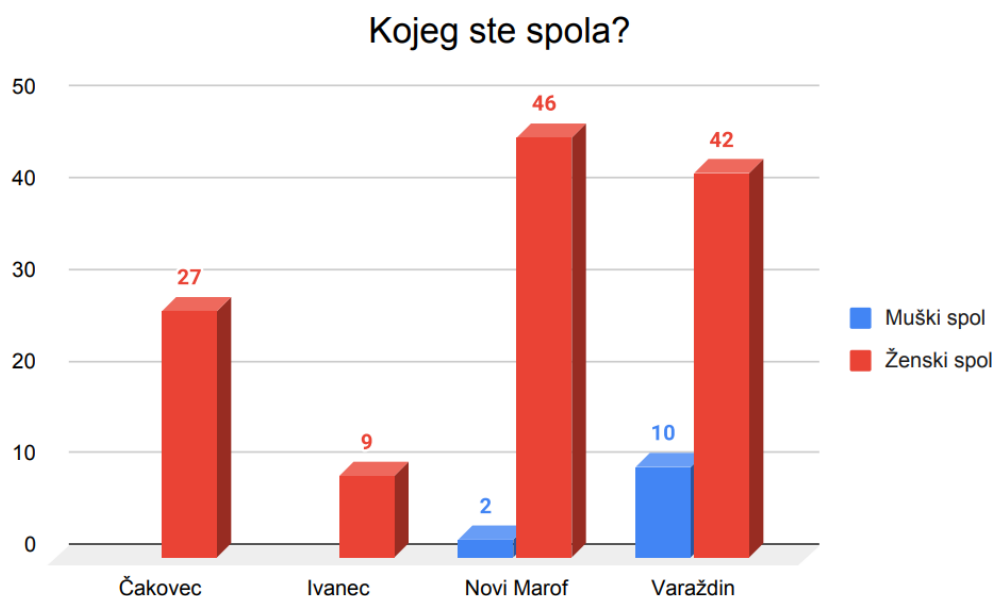
Prikupljanje podataka u svrhu izrade završnog rada bilo je anonimno i dobrovoljno. U bilo kojem trenutku ispunjavanja anketnih pitanja ispitanici su mogli odustati i time prekinuti sudjelovanje u istraživanju. Sama provedba istraživanja provedena je prema svim etičkim mjerama i standardima.

2.7. Rezultati istraživanja

2.7.1. Sociodemografski podaci

Grafikoni u nastavku prikazuju sociodemografske podatke ispitanika.

U grafikonu 2.7.1.1. prikazana je distribucija ispitanika prema spolu.



*Grafikon 2.7.1.1. Prikaz ispitanika prema spolu
[Izvor: Autor S.M.]*

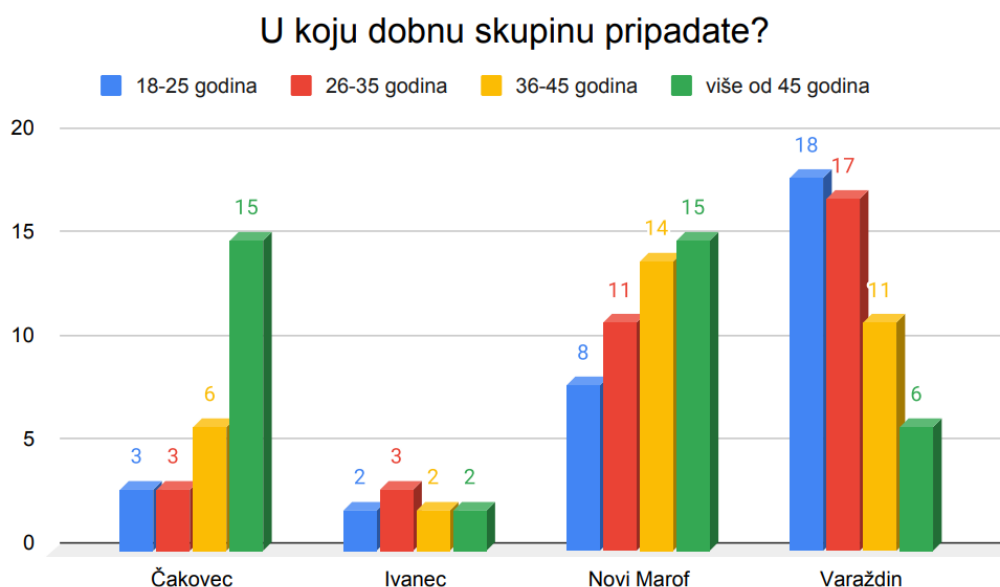
U istraživanju je sudjelovalo 136 ispitanika, a najviše je bilo ispitanika ženskog spola.

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec sudjelovalo je 27 (100%) ispitanika ženskog spola, u Caritasovom domu u Ivancu 9 (100%) ispitanika, također ženskog spola.

Što se tiče Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof bilo je 2 (4,2%) ispitanika muškog spola i 46 (95,8%) ispitanika ženskog spola.

U Općoj bolnici Varaždin sudjelovalo je 10 (19,2%) ispitanika muškog spola i 42 (80,8%) ispitanika ženskog spola.

U grafikonu 2.7.1.2. prikazana je distribucija ispitanika prema dobi.



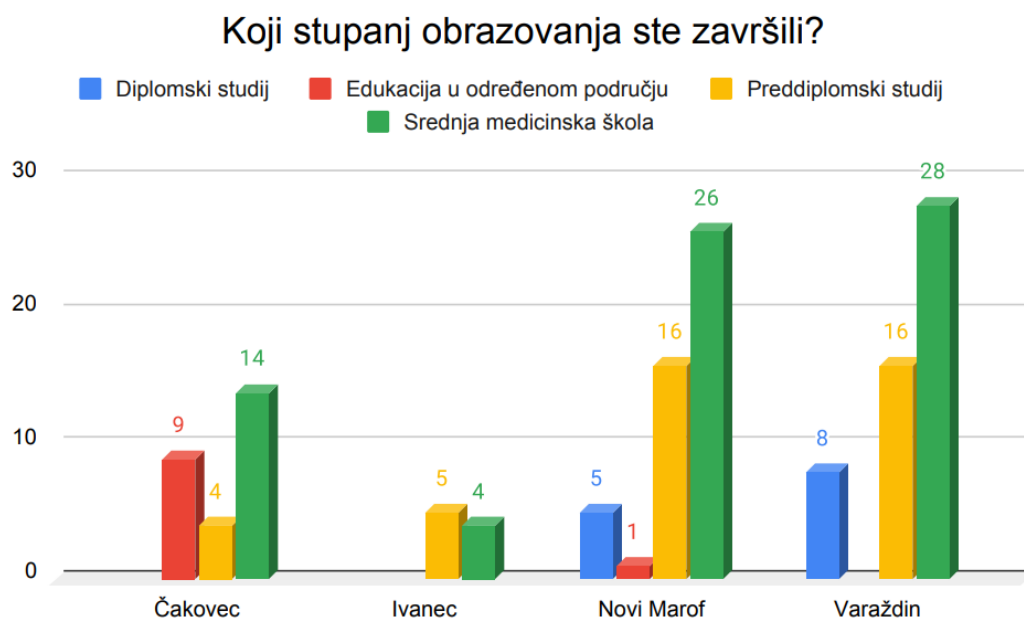
*Grafikon 2.7.1.2. Prikaz ispitanika prema dobnoj skupini
[Izvor: Autor S.M.]*

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec, većinski dio ispitanika pripada dobnoj skupini iznad 45 godina (njih 15, odnosno 55,6%), a takav podatak vidljiv je i u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof (njih 15, odnosno 29,17%).

U Caritasovom domu u Ivancu dobne skupine podjednako su bile zastupljene. U Općoj bolnici Varaždin najviše je bilo ispitanika u dobnoj skupini od 18 do 25 godina (njih 18, odnosno 34,6%) te neposredno nakon toga dobna skupina od 26 do 35 godina (njih 17, odnosno 32,7%).

Vidljivo je da ispitanici različitih dobnih skupina rade u ustanovama.

U grafikonu 2.7.1.3. prikazana je distribucija ispitanika prema stupnju obrazovanja.



Grafikon 2.7.1.3. Prikaz ispitanika prema stupnjevima obrazovanja

[Izvor: Autor S.M.]

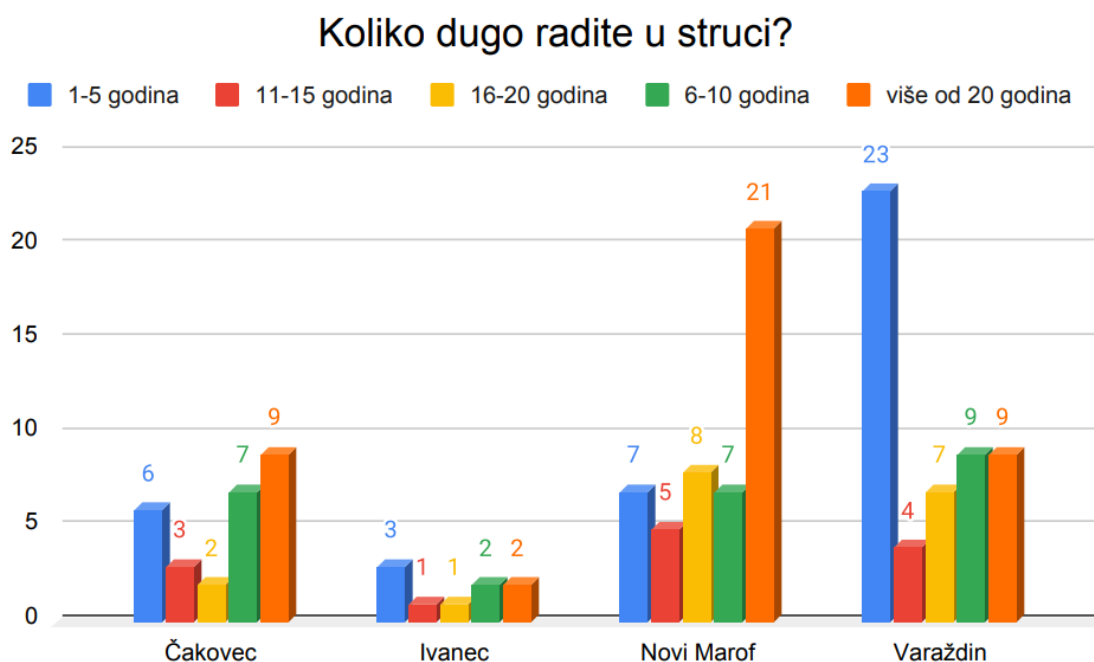
Većinski dio ustanova ima medicinske sestre/tehničare sa završenom srednjom medicinskom školom, sveukupno 72 ispitanika što čini 53%.

Preddiplomski studij završilo je 30% ispitanika, odnosno njih 41. Diplomski studij završilo je samo 13 ispitanika, njih 10%.

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 9 ispitanika završilo je edukaciju u određenom području te u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof 1 ispitanik što se odnosi na njegovateljice/njegovatelje.

Vidljivo je na grafikonu kako nitko od ispitanika nije završio doktorski studij.

U grafikonu 2.7.1.4. prikazana je distribucija ispitanika prema godinama radnog staža.



*Grafikon 2.7.1.4. Prikaz ispitanika prema radnom iskustvu
[Izvor: Autor S.M.]*

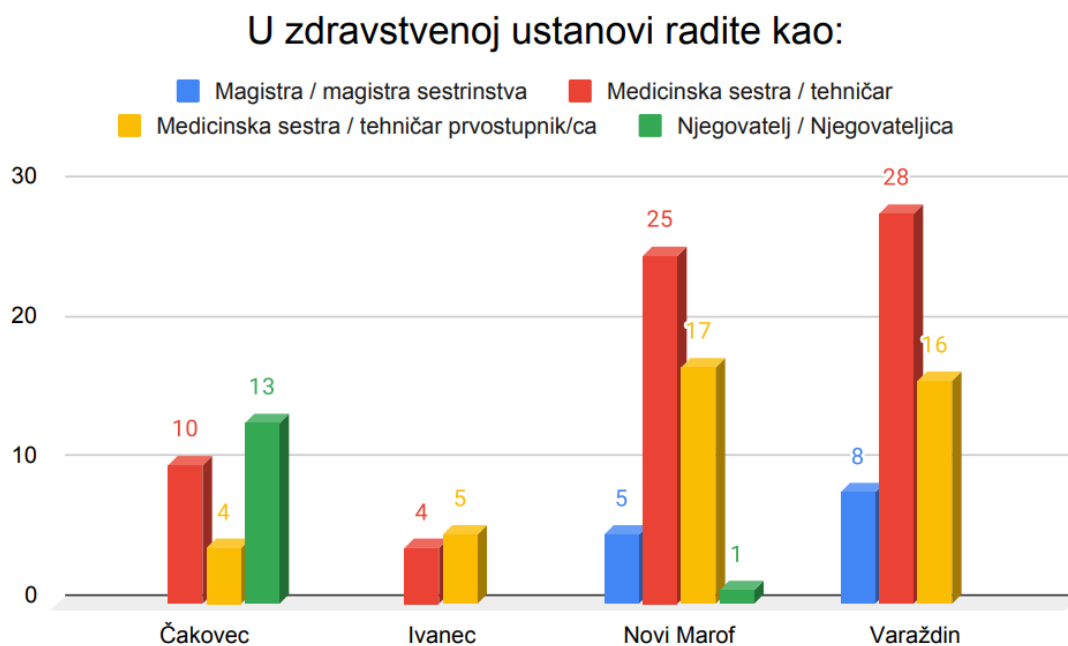
U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 9 (33%) ispitanika imalo je radno iskustvo više od 20 godina, dok iza toga slijedi 7 (26%) ispitanika sa 6 -10 godina radnog iskustva te 6 (22%) ispitanika s 1-5 godina iskustva.

U Caritasovom domu u Ivancu 3 (33%) ispitanika imalo je radno iskustvo 1 – 5 godina, dok su ostale godine radnog iskustva bile podjednake, po jedna (11%+11%) osoba imala je 11 do 15 godina iskustva i 16 – 20 godina iskustva. Po dvije (22%+22%) osobe imale su radno iskustvo 6 – 10 godina i više od 20 godina iskustva.

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof najviše su se isticali ispitanici koji imaju više od 20 godina radnog iskustva, njih 21 (44%). 8 (17%) ispitanika imalo je radno iskustvo 16 – 20 godina, a podjednak broj ispitanika njih 7 (15%+15%) imalo je 1 – 5 godina radnog iskustva te 6 – 10 godina radnog iskustva.

U Općoj bolnici Varaždin 23 (44%) ispitanika imalo je 1 – 5 godina radnog iskustva, a podjednak broj ispitanika njih 9 (17% + 17%) 6 – 10 godina radnog iskustva te više od 20 godina iskustva.

U grafikonu 2.7.1.5. prikazana je distribucija ispitanika prema radoj funkciji.



Grafikon 2.7.1.5. Prikaz obrazovne kvalifikacije ispitanika

[Izvor: Autor S.M.]

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 13 (48%) ispitanika zaposleno je kao njegovateljica/njegovatelj, dok 10 ispitanika (37 %) čini medicinsku sestru/tehničara srednje stručne spreme. Najmanji broj ispitanika, njih 4 (15%) ima obrazovnu kvalifikaciju prvostupništva.

5 (56%) ispitanika Caritasovog doma u Ivancu ima obrazovnu kvalifikaciju prvostupništva, dok njih 4 (44%) čini medicinsku sestru/tehničara srednje stručne spreme.

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof 25 (52%) ispitanika je medicinska sestra/tehničar srednje stručne spreme, nešto manji broj njih 17 (35 %) ima obrazovnu kvalifikaciju prvostupništva. Najmanju obrazovnu kvalifikaciju od samo 5 (10%) ispitanika činila je titula magistra/magistar, a samo 1 (2%) ispitanik radi kao njegovatelj.

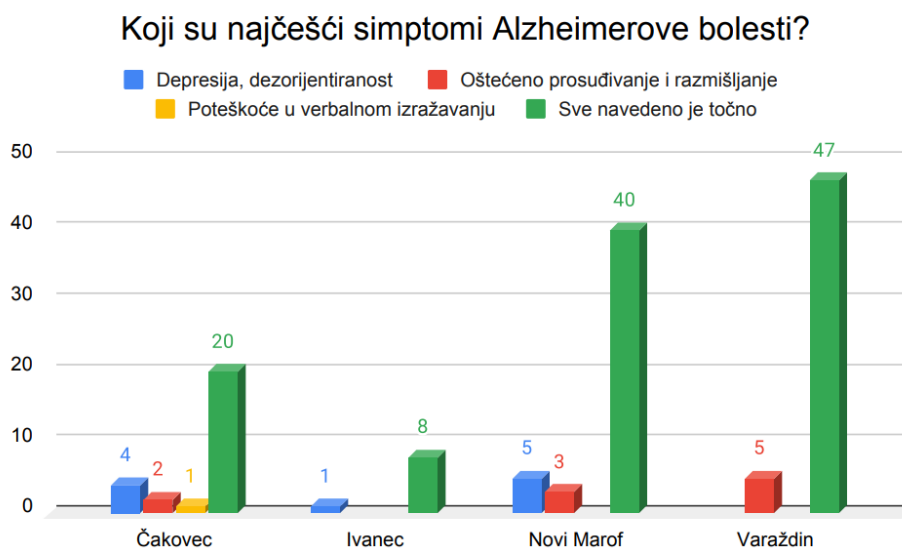
28 (54%) ispitanika u Općoj bolnici Varaždin je medicinska sestra tehničar srednje stručne spreme, a njih 16 (31%) kao prvostupnica/prvostupnik te njih 8 (15%) magistra/magistar sestrinstva.

Na grafovima je vidljivo da je većina ispitanika zaposlena kao medicinska sestra/tehničar srednje stručne spreme, dok je manji broj prvostupnica/prvostupnika sestrinstva, a još manje magistra sestrinstva.

2.7.2. Opće znanje ispitanika

Grafikoni u nastavku prikazuju odgovore ispitanika na pitanja o AB.

U grafikonu 2.7.2.1. prikaza je distribucija odgovora na pitanje o najčešćim simptomima AB.



Grafikon 2.7.2.1. Prikaz općeg znanja ispitanika o najčešćim simptomima AB
[Izvor: Autor S.M.]

Na pitanje: „Koji su najčešći simptomi AB?“, 115 (84,6%) ispitanika odgovorilo je točno. Svi navedeni simptomi su prisutni u osoba oboljelih od AB.

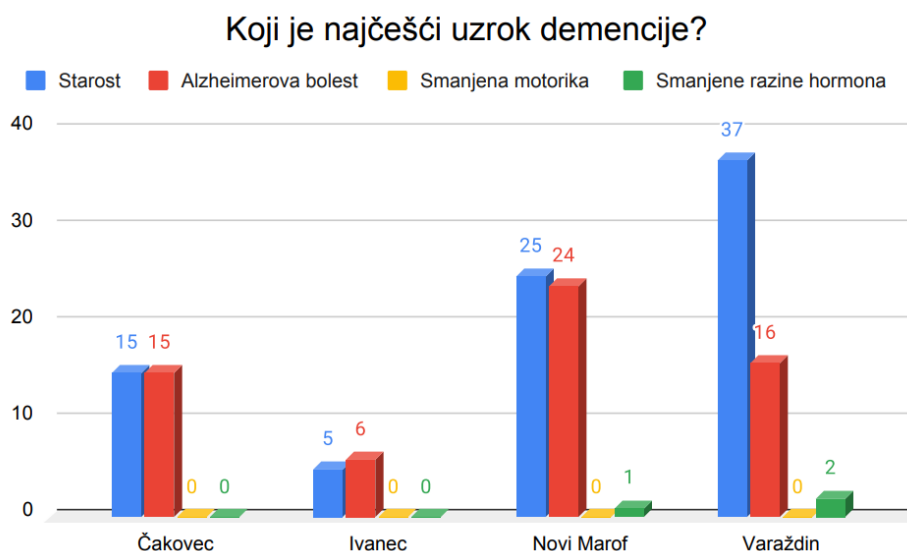
U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 20 (74%) ispitanika odgovorilo je točno, odnosno da su svi navedeni odgovori točni. 4 (14,8%) ispitanika smatra da je najčešći simptom AB depresija i dezorijentiranost, 2 (7,4%) ispitanika smatra da je samo oštećeno prosuđivanje i razmišljanje, dok 1 ispitanik (3,7%) smatra da su prisutne samo poteškoće u verbalnom izražavanju.

U Caritasovom domu u Ivancu 8 (88,9%) ispitanika odgovorilo je točno, dok 1 (11,1%) ispitanik smatra da je najčešći simptom AB samo depresija i dezorijentiranost.

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof 5 (10,4%) ispitanika smatra da u najčešći simptom pripada samo depresija i dezorijentiranost, dok njih 3 (6,3%) smatra da je u pitanju oštećeno prosuđivanje i razmišljanje. 40 (83,3%) ispitanika odgovorilo je točno.

U općoj bolnici Varaždin 47 (90,4%) ispitanika odgovorilo je točno, dok je njih 5 (9,6%) kao najčešći simptom AB navelo oštećeno prosuđivanje i razmišljanje. Ovim podacima vidljivo je da ispitanici imaju dobro znanje u prepoznavanju najčešćih simptoma AB.

U grafikonu 2.7.2.2. prikazana je distribucija odgovora na pitanje o uzroku demencije.



*Grafikon 2.7.2.2. Prikaz općeg znanja ispitanika o uzroku demencije
[Izvor: Autor S.M.]*

Po pitanju uzroka demencije najčešće su zastupljeni odgovori: starost i AB. U ovom pitanju bio je ponuđen višestruki odabir odgovora.

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec podjednak broj odgovora za najčešći uzrok demencije, njih 15 (50% + 50%), su vezani uz starost i AB.

U Caritasovom domu u Ivanecu prevladao je odgovor AB kao najčešći uzrok demencije i to samo s jednim ispitanikom više, odnosno njih 6 (66,7%). Preostalih 5 (55,6%) ispitanika starost smatra najčešćim uzrokom demencije.

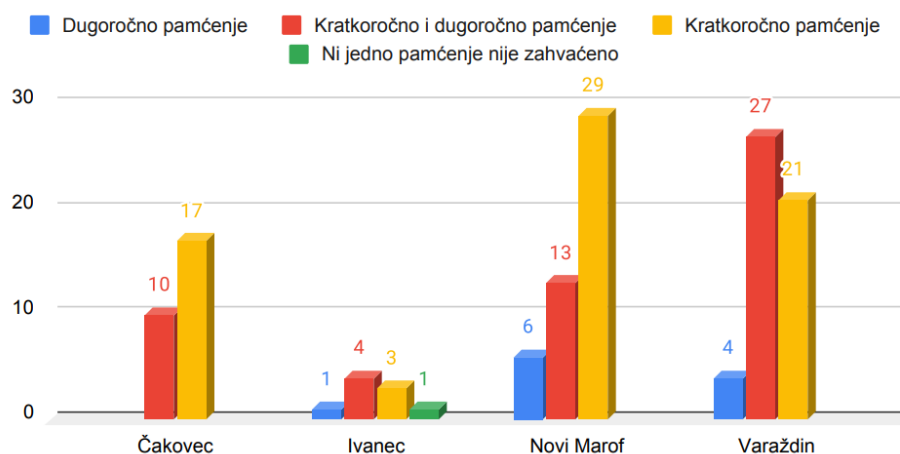
U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, jedan ispitanik je prevagnuo te kao najčešći uzrok demencije, njih 25 (52,1%) smatra da je starost. 24 ispitanika (50%) smatra da je točan odgovor AB. 1 (3,85%) ispitanik smatra da je točan odgovor smanjena razina hormona.

U Općoj bolnici Varaždin prevladao je odgovor starost i to čak od 37 (71,1%) ispitanika, dok je njih 16 (30,8%) kao najčešći uzrok demencije stavio točan odgovor, AB. 2 (3,85%) ispitanika smatrala su da je uzrok AB smanjena razina hormona.

Ovim podacima vidljivo je da ispitanici imaju površno znanje o uzroku demencije jer je uz točan odgovor AB bio i odgovor starost koji nikako nije točan. Starost i AB dva su različita pojma.

U grafikonu 2.7.2.3. prikazana je distribucija odgovora na pitanje o vrsti pamćenja koju zahvaća AB.

Koja vrsta pamćenja je zahvaćena kod oboljelih od Alzheimerove bolesti?



Grafikon 2.7.2.3. Opće znanje ispitanika o vrsti pamćenja koju zahvaća AB [Izvor: Autor S.M.]

Prema ovom pitanju također je vidljiva česta zastupljenost dvaju odgovora: kratkoročno pamćenje ili kratkoročno i dugoročno pamćenje. Točan odgovor po pitanju vrste pamćenja koju zahvaća AB jest kratkoročno i dugoročno pamćenje.

Najbolji rezultat po pitanju vrste pamćenja koju zahvaća AB imala je Opća bolnica Varaždin od čak 27 (51,9%) točnih odgovora. 21 (40,3%) ispitanik smatrao je da je u AB zahvaćeno samo kratkoročno pamćenje, dok je njih 4 (7,7%) smatralo da je u pitanju samo dugoročno pamćenje.

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof najviše odgovora, njih 29 (60,4%) bilo je za kratkoročno pamćenje. 13 (27,1%) ispitanika odgovorilo je točno, dok je njih 6 (12,5%) smatralo da je riječ o dugoročnom pamćenju.

Ispitanici Caritasovog doma u Ivancu imali su 4 (44,4%) točna odgovora, 3 (33,3%) koja su se temeljila samo na kratkoročnom pamćenju i po 1 (11,1% + 11,1%) odgovor koji se temeljio na dugoročno pamćenje ili na tvrdnju kojom ni jedno pamćenje nije zahvaćeno.

Ispitanici Doma za starije i nemoćne osobe Čakovec imali su 17 (63,0%) odgovora temeljenih na kratkoročnom pamćenju i 10 (37,0%) točnih odgovora.

Ovim podacima vidljivo je da ispitanici imaju površno znanje o vrsti pamćenja koja je zahvaćena kod oboljelih od AB.

Ispitanici su imali mogućnost navesti najčešće izazove s kojima se susreću u skrbi za oboljele od AB. U tablici 2.7.2.1. navedeni su odgovori ispitanika o najčešćim izazovima.

Najveći izazovi u skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti	
Čakovec	<p>Nerazumijevanje pacijenta</p> <p>Nedostatak znanja o bolesti</p> <p>Komunikacija</p> <p>Agresija</p> <p>Neprilagođen prostor i manjak radnog osoblje</p> <p>Imati dovoljno strpljenja za pacijenta, ponovno objašnjava medicinskog postupka</p> <p>Dezorijentiranost pacijenta</p> <p>Smanjiti bol</p>
Varaždin	<p>Komunikacija – tvrdoglavost pacijenta</p> <p>Pružiti podršku obitelji i pacijentu na pravi način</p> <p>Visok rizik za pad te pratiti da se isto ne dogodi bez upotrebe humane fiksacije</p> <p>Uzimanje anamneze zbog nedostojnih podataka</p> <p>Dezorijentiranost, lutanje pacijenta – nemir, agresivnost zbog kojih je teže obaviti zdravstvenu njegu i potrebna je humana fiksacija te česti nadzor</p> <p>Posjet obitelji – vide pacijenta na kratko kada ima fazu gdje je svega svjestan</p> <p>Zaboravljanje da je medicinski postupak već učinjen; traže da se postupak ponovno izvede, zaboravljaju uzeti terapiju – poteškoće s kratkoročnim pamćenjem</p> <p>Imati strpljenja za pacijenta</p> <p>Nedostatak vremena za potpuni individualni pristup</p>
Novi Marof	<p>Komunikacija – ponavljanje istih informacija više puta; kako doprijeti do pacijenta</p> <p>Nesuradnja pacijenta; odbijanje pomoći zbog strahova</p> <p>Postići što bolju kvalitetu života bez obzira na dijagnozu</p> <p>Disfagija</p> <p>Dezorijentiranost</p> <p>Sprječavanje pada ili samoozljeđivanja</p> <p>Održati pokretljivost pacijenta, a da se ne ozlijedi ili izgubi, potreban stalan nadzor</p>
Ivanec	<p>Komunikacija</p> <p>U fazi uznemirenosti kako im pomoći i umiriti ih</p> <p>Kad pacijent pokuša napustiti ustanovu</p>

*Tablica 2.7.2.1. Najveći izazovi ispitanika u skrbi za oboljele od AB
[Izvor: Autor S.M.]*

Zajedničko svim ispitanim ustanovama su izazovi koji se odnose na komunikaciju, strpljenje prilikom skrbi, dezorijentiranost, lutanja, agresiju pacijenta te poteškoće pri kratkoročnom pamćenju.

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec zdravstveni djelatnici susreću se još s izazovima u nerazumijevanju pacijenta, nedostatku znanja o bolesti i agresiji pacijenta. Smatraju da prostor nije prilagođen osobama koje boluju od AB te da se uz manjak radnog osoblja ne mogu više posvetiti individualnom pristupu. Medicinskim sestrama izazov predstavlja i strpljenje kojeg treba imati dovoljno za pacijenta kad mu se ponovno moraju objašnjavati medicinski postupci koje je zaboravio. U pitanje se dovodi i način kako da se osobama oboljelima od AB smanji patnja te bol ukoliko sami ne mogu reći gdje ih boli.

Ispitanici iz Opće bolnice Varaždin za izazove su naveli pružanje podrške obitelji i pacijentu na pravi način, visok rizik za pad te pratiti da se isto ne dogodi bez upotrebe humane fiksacije. Uzimanje anamneze zbog nedostojnih podataka te je potrebno uključiti i obitelj kako bi se dobile točne informacije o pacijentu. Kad obitelj dođe u posjet pacijentu često se dogodi da ima fazu gdje je svega svjestan pa često dolazi do zbunjenosti bližnjih. U takvim situacijama dobra je edukacija obitelji o samoj AB, prvenstveno o tome kako bolest napreduje progresivno i polako uz bolje i loše dane pamćenja.

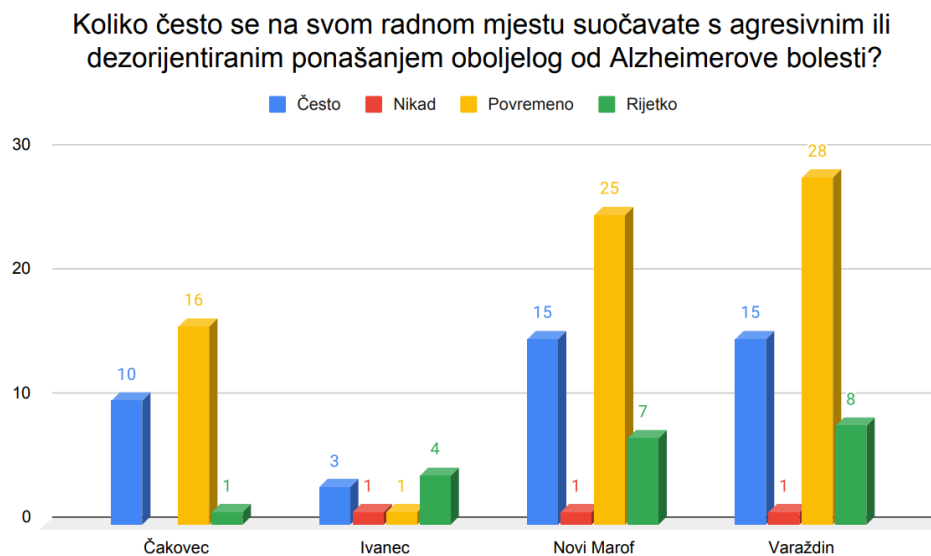
Ispitanici iz Službe za produženu liječenje i palijativnu skrb Novi Marof smatraju da je najveći izazov u zdravstvenoj njezi nesuradnja pacijenta te odbijanje pomoći zbog strahova. Izazovno je postići što bolju kvalitetu života pogotovo kad je pacijent u uznapređovalom stadiju AB koji uzrokuje disfagiju. Neprestano lutanje i nemir dovode do poteškoća prilikom sprječavanja pada ili samoozljeđivanja zbog depresivnih misli i teškog suočavanja s bolešću. Teško je održati pokretljivost pacijenta, a da se pritom ne ozljedi ili izgubi zbog čega je potreban stalan nadzor kako bi se spriječile neželjene posljedice.

Ispitanici iz Caritasovog doma u Ivancu još su kao izazove naveli da je teško naći pravi način kako da se pacijentu pomogne kada je u fazi uznemirenosti te kad pacijent pokuša napustiti ustanovu kako mu pristupiti i umiriti ga.

2.7.3. Radno iskustvo i izazovi s kojima se medicinske sestre/tehničari susreću na radnom mjestu

Grafikoni u nastavku prikazuju pitanja i odgovore ispitanika koja se odnose na radno iskustvo i izazove s kojima se susreću na radnom mjestu.

U grafikonu 2.7.3.1. prikazana je distribucija odgovora o suočavanju s agresivnim ili dezorijentiranim ponašanjem osoba oboljelih od AB.



Grafikon 2.7.3.1. Prikaz ispitanika prema susretanju s agresivnim ili dezorijentiranim ponašanjem oboljelog od AB na radnom mjestu

[Izvor: Autor S.M.]

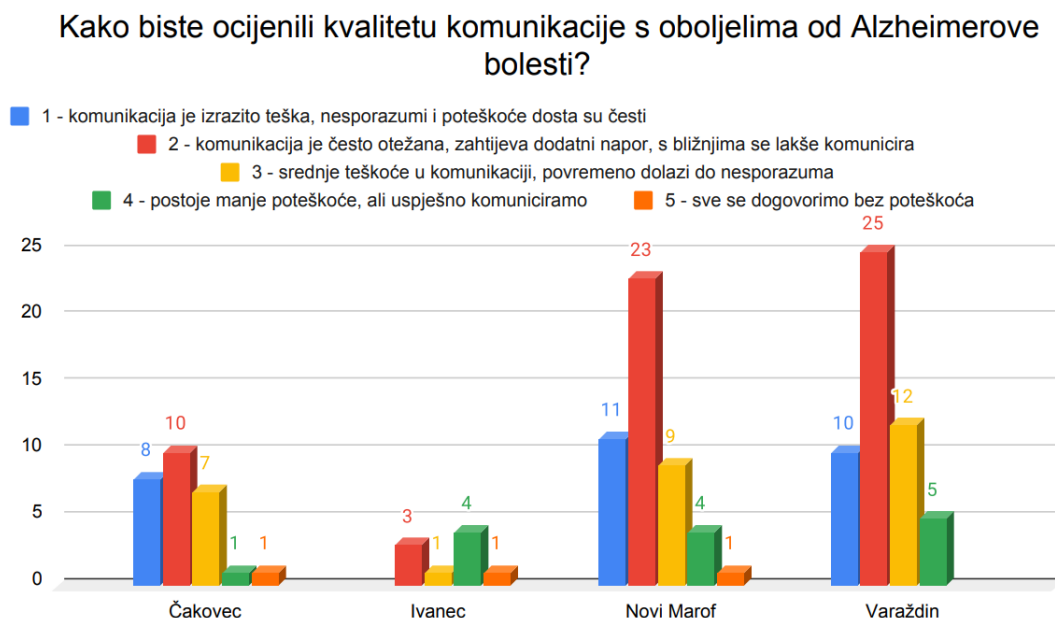
U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 10 (37%) ispitanika često se susreće s agresivnim ili dezorijentiranim ponašanjem pacijenta, a njih 16 (59,3%) povremeno. Samo jedan (%) ispitanik izjasnio se za rijetki susret s agresivnim ili dezorijentiranim pacijentom.

U Caritasovom domu u Ivancu 4 (44,4%) ispitanika rijetko se susreću s agresivnim ili dezorijentiranim pacijentom, a 3 (33,3%) često. Dok je podjednak odgovor po jednom ispitaniku (11,1% + 11,1%) za povremeno susretanje ili nikad.

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof te Općoj bolnici Varaždin odgovori ispitanika su dosta slični. Najviše ispitanika odgovorilo je da se povremeno susreću s agresivnim ili dezorijentiranim pacijentom, u Novom Marofu 25 (52%), dok u Varaždinu njih 28 (53,9%). Isti broj odgovora 15 bilo je za tvrdnju o čestom susretanju s agresivnim ili dezorijentiranim pacijentima, dok se po jedan ispitanik izrazio da se nikad na svom radnom mjestu ne susreće s agresivnim ili dezorijentiranim pacijentom.

Prema dobiveni podacima vidljivo je da su najčešći odgovori o susretanju s agresivnim ili dezorijentiranim pacijentom koji boluje od AB: često ili povremeno. Naravno da je raznolikost odgovora u ustanovama s obzirom na stupanj sposobnosti pacijenata, a također i o vrsti odjela.

U grafikonu 2.7.3.2. prikazana je distribucija odgovora o samoprocjeni kvalitete komunikacije s oboljelima od AB.



Grafikon 2.7.3.2. Prikaz ispitanika prema samoprocjeni komunikacijskih vještina

[Izvor: Autor S.M.]

Po pitanju samoprocjene kvalitete komunikacijskih vještina medicinskog osoblja najčešći su odgovori da je 1 – komunikacija izrazito teška, nesporazumi i poteškoće dosta su česti te 2 – komunikacija je otežana, zahtijeva dodatni napor te je s bližnjima oboljelog lakše komunicirati.

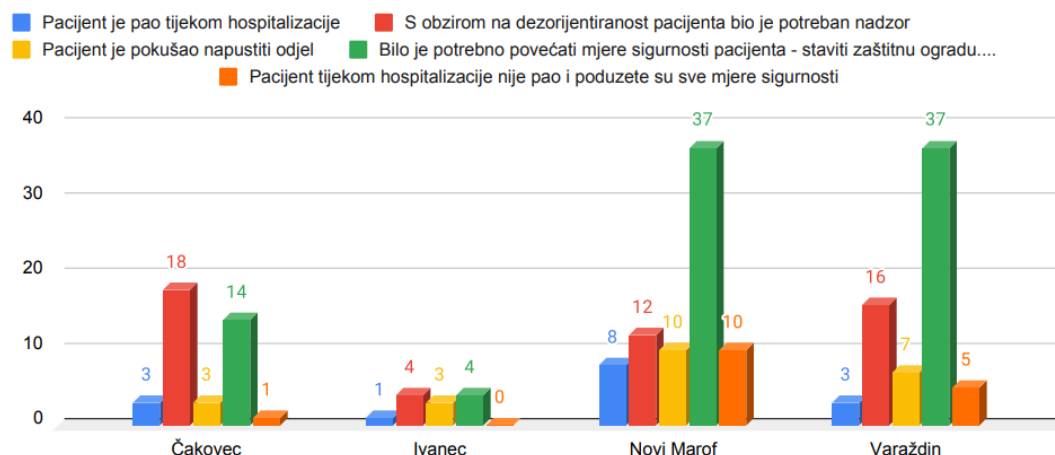
Komunikacijske vještine medicinskog osoblja Doma za starije i nemoćne osobe Čakovec u 10 (37%) odgovora ocjenjeno je ocjenom 2, dok se 8 (29,6%) odgovora odnosi na ocjenu 1. Sedam ispitanika (25,9%) svoje komunikacijske vještine ocjenjuju s 3 – srednje teškoće u komunikaciji i povremeno dolazi do nesporazuma. Jedan ispitanik smatra da postoje manje poteškoće u komunikaciji, a drugi da se s pacijentom sve dogovori bez poteškoća.

Četiri (44,4%) ispitanika Caritasovog doma u Ivancu ocjenjuje komunikaciju s 4, dok 3 (33,3%) ispitanika ocjenjuju svoje vještine s 2. U ovim je podacima vidljivo kako je svaka osoba individualna te je potrebno uložiti puno truda u savladavanje komunikacije koja je svakodnevni dio života pojedinca.

Ispitanici Opće bolnice Varaždin te Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof imaju sličnu strukturu odgovora pri čemu je vidljivo da je najviše odgovora ocjenjeno s 2, zatim s 1 i 3. Dok je manji broj ispitanika svoju komunikaciju procijenio srednje teškom ili uz manje poteškoće.

U grafikonu 2.7.3.3. prikazana je distribucija odgovora o provedbi mjera sigurnosti za osobe oboljele od AB.

Kakvo ste iskustvo imali vezano uz mjere sigurnosti za oboljeog od Alzheimerove bolesti?



Grafikon 2.7.3.3. Prikaz ispitanika prema korištenju mjera sigurnosti

[Izvor: Autor S.M.]

U ovom pitanju ponuđen je višestruki odabir odgovora kako bi se ispitalo koje sve mjere sigurnosti ispitanici provode pri skrbi za oboljelog od AB.

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 18 (66,7%) ispitanika nadziralo je pacijenta zbog njegove dezorijentiranosti. 14 (51,9%) ispitanika ističe potrebu za povećanim mjerama sigurnosti, kao što je primjerice stavljanje zaštitne ograde na krevet. 3 (11,1%) ispitanika odabralo je situaciju o padu pacijenta te također 3 (11,1%) da je pokušao napustiti odjel.

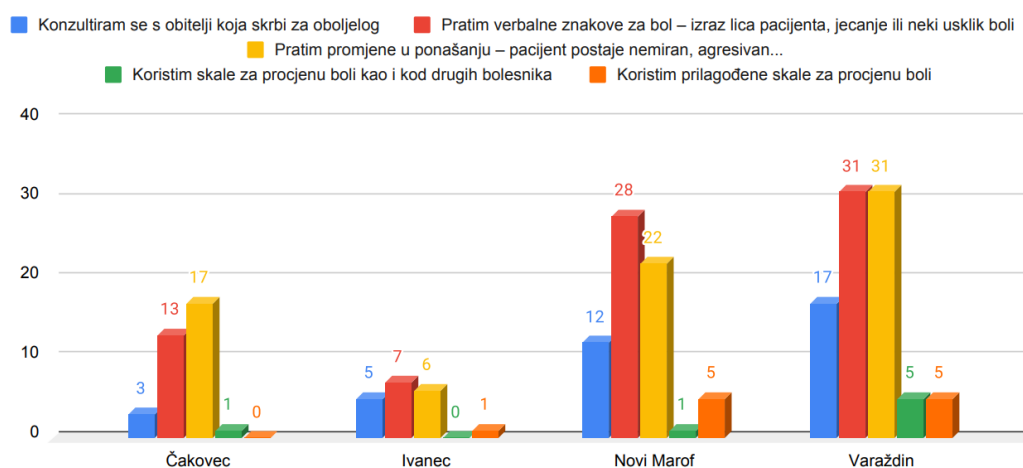
U Caritasovom domu u Ivancu podjednak broj ispitanika, njih 4 (44,4% + 44,4%) odgovorilo je da je bio potreban nadzor i povećane mjere sigurnosti zbog dezorijentiranosti pacijenta. 3 (33,3%) ispitanika izrazila su pacijentov pokušaj napuštanja odjela te je jedan ispitanik (11,1%) odgovorio da je pacijent pao tijekom hospitalizacije.

Ispitanici Novog Marofa i Varaždina imali su isti broj odgovora, čak 37, te su poduzeli povećan nadzor pacijenta i povećane mjere sigurnosti. Vidljive su razlike u pitanju pada pacijenta jer su ispitani različiti odjeli. U Novom Marofu 10 (20,8%) ispitanika se izrazilo da pacijent nije pao, dok je njih 8 (16,7%) odgovorilo da je pao. Taj podatak ukazuje da je prisutnost pada čak 80%. 5 (9,6%) ispitanika Opće bolnice Varaždin odgovorilo je da pacijent nije pao, a 3 (5,8%) ispitanika se izrazilo da je pacijent pao.

Prikupljenim podacima vidljivo je da su poduzete kvalitetne mjere sigurnosti, no potrebno je pripaziti da incidencija pada pacijenta bude manja, odnosno svedena na najmanju moguću razinu.

U grafikonu 2.7.3.4. prikazana je distribucija odgovora o procjeni boli kod osoba oboljelih od AB.

Kako procjenjujete bol ako osoba oboljela od Alzheimerove bolesti ne može ili ne zna kako ju pravilno izraziti?



Grafikon 2.7.3.4. Prikaz ispitanika prema procjeni boli

[Izvor: Autor S.M.]

U ovom pitanju bio je moguć višestruki odabir odgovora kako bi se ispitalo procjenjivanje boli u osoba koje boluju od AB. Vidljivo je da ispitanici bol najčešće procjenjuju prema promjenama ponašanja – pacijent postaje nemiran, agresivan te prema verbalnim znakovima, odnosno usklik boli ili jauk. Najbolji rezultat u korištenju specifičnih skala za procjenu boli imali su ispitanici Novog Marofa i Varaždina.

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec ispitanici najčešće bol procjenjuju prema promjeni ponašanja, njih 17 (63%), dok 13 (48,1%) prati mimiku lica. 3 (11,1%) ispitanika oslanja se na konzultacije s obitelji oboljelog, a 1 (3,7%) ispitanik koristi skalu za procjenu boli kao i kod drugih pacijenata.

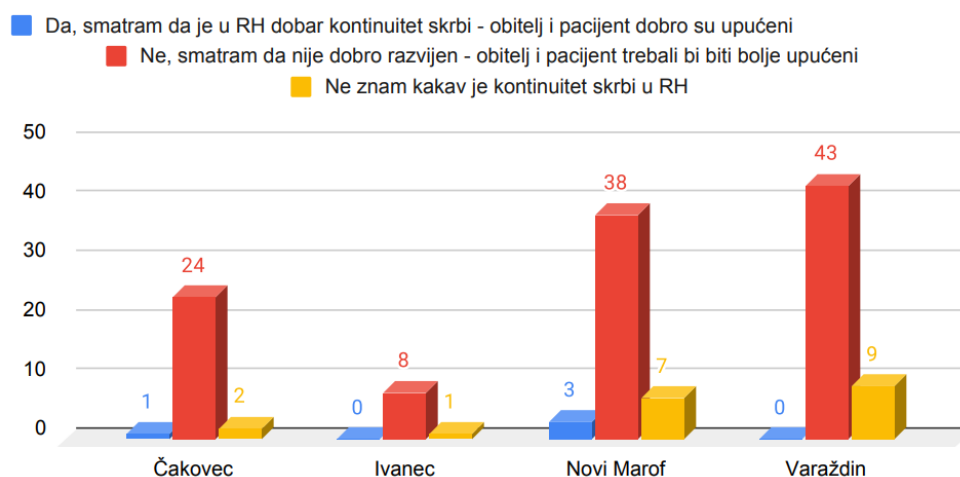
U Caritasovom domu u Ivancu 7 (77,8%) ispitanika bol procjenjuje prema izrazu lica, 6 (66,7%) prati promjene u ponašanju, a 5 (55,6%) upotrebljava razgovor s obitelji oboljelog. Samo jedan (11,1%) ispitanik koristi prilagođenu skalu za procjenu boli.

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof 28 (58,3%) ispitanika bol procjenjuje prema izrazu lica pacijenta, 22 (45,8%) prati promjene u ponašanju, a 12 (25%) ispitanika konzultira se s obitelji oboljelog. 5 (10,4%) ispitanika koristi prilagođene skale, a 1 (2,1%) ispitanik koristi skalu za procjenu boli kao i kod drugih pacijenata.

U Općoj bolnici Varaždin jednak broj ispitanik, njih 31(60% + 60%) prati izraz lica i promjene u ponašanju pacijenta. 17 (33%) ispitanika konzultira se s obitelji, a jednak broj, njih 5 (9,6% + 9,6%) upućuje na korištenje skala za procjenu boli kao i kod drugih pacijenata te prilagođenu skalu za procjenu boli.

U grafikonu 2.7.3.5. prikazana je distribucija odgovora o osobnom mišljenju o kontinuitetu skrbi u Republici Hrvatskoj (RH).

Prema Vašem mišljenju je li kontinuitet skrbi za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti dovoljno razvijen?



Grafikon 2.7.3.5. Prikaz ispitanika prema osobnom mišljenju o kontinuitetu skrbi u Republici Hrvatskoj

[Izvor: Autor S.M.]

Prikazani podaci iz grafikona upućuju na jednake odgovore ispitanika, a to je da većina njih smatra kako kontinuitet skrbi za osobe oboljele od AB nije dovoljno razvijen u RH.

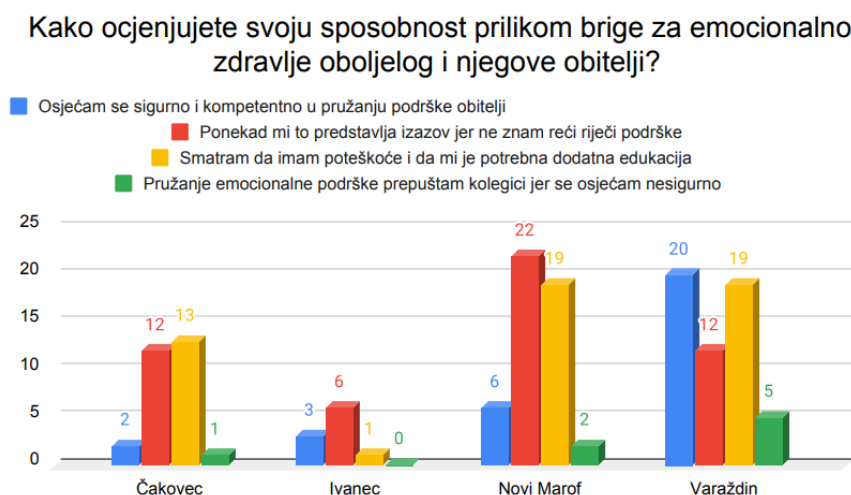
U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 24 (88,9%) ispitanika smatra da kontinuitet skrbi u RH nije dovoljno razvijen. Samo jedan (3,7%) ispitanik smatra da je kontinuitet skrbi u RH dobro razvijen, a 2 (7,4%) ispitanika nisu upućena i ne znaju kakav je kontinuitet skrbi za osobe oboljele od AB.

U Caritasovom domu u Ivancu 8 (88,9%) ispitanika se izjasnilo kako kontinuitet skrbi u RH nije dovoljno razvijen, a samo jedan (11,1%) ispitanik nije upućen u kvalitetu kontinuiteta skrbi za osobe oboljele od AB.

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof 38 (79,1%) ispitanika smatra da kontinuitet skrbi nije dovoljno razvijen, 3 (6,3%) ispitanika smatra da je kontinuitet skrbi dobar, dok njih 7 (14,6%) nije upućeno u kontinuitet skrbi za oboljele od AB.

43 (82,7%) ispitanika iz Opće bolnice Varaždin smatra da kontinuitet skrbi u RH nije dovoljno razvijen, dok njih 9 (17,3%) nije upućeno.

U grafikonu 2.7.3.6. prikazana je distribucija odgovora o pružanju podrške za emocionalno zdravlje oboljelog i obitelji. U ovom pitanju bio je moguć višestruki odabir odgovora.



Grafikon 2.7.3.6. Prikaz ispitanika prema brizi o emocionalnom zdravlju pacijenta i njegova obitelji

[Izvor: Autor S.M.]

Najveći broj ispitanika, njih 13 (48,1%) u Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec smatra da su prisutne poteškoće u brizi za emocionalno zdravlje te im je potrebna dodatna edukacija. 12 (44,4%) ispitanika smatra da im to ponekad predstavlja izazov jer ne znaju pronaći pravu riječ. Samo 2 (7,4%) ispitanika osjećaju se sigurno i kompetentno, dok 1 (3,7%) ispitanik prepušta pružanje podrške obitelji i oboljelom svom kolegi.

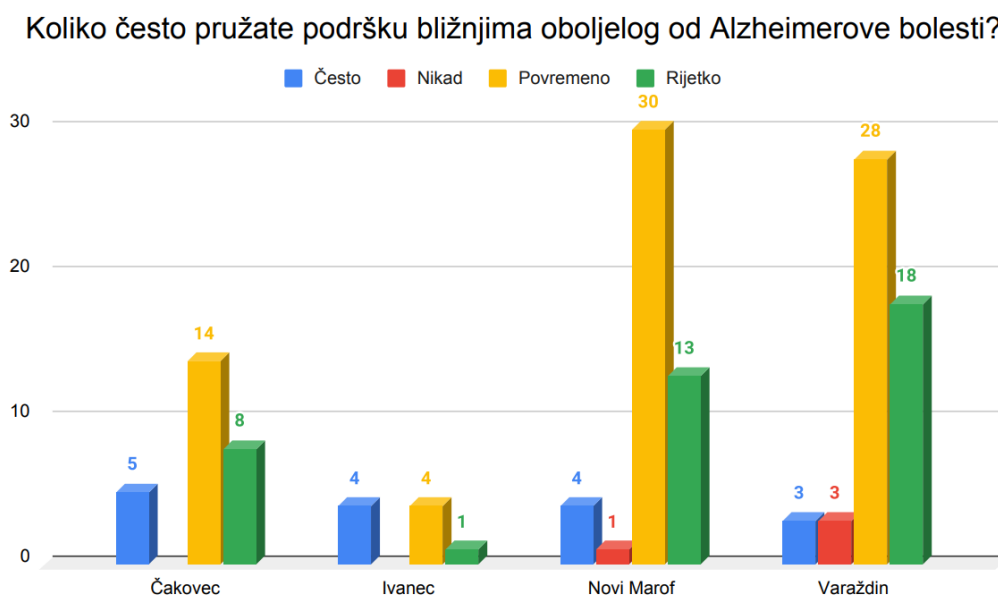
S obzirom na mali broj ispitanika (9) u ustanovi Caritasov dom u Ivancu ispitanici su postigli iznimno dobre rezultate. 6 (66,7%) ispitanika ponekad ima poteškoće u pronalaženju prave riječi podrške, dok se 3 (33,3%) ispitanika smatra kompetentnim za pružanje emocionalne podrške. Samo jedan (11,1%) ispitanik smatra kako mu je potrebna dodatna edukacija.

22 (45,8%) ispitanika u Novom Marofu procjenjuju da imaju poteškoće pri pronalaženju prave riječi utjehe, a njih 19 (39,6%) ima potrebu za dodatnom edukacijom. 6 (12,5%) ispitanika osjeća se kompetentno, a samo dva (4,2%) ispitanika pružanje emocionalne podrške prepušta drugoj medicinskoj sestri/tehničaru.

Opća bolnica Varaždin ima 20 (36,5%) ispitanika koji se osjećaju kompetentno u pružanju podrške obitelji i oboljelom, 19 (36,5%) ispitanika smatra kako je potrebna dodatna edukaciju u tom području dok 12 (23,1%) ispitanika ima poteškoće s pronalaženjem prave riječi utjehe. 5 (9,6%) ispitanika pružanje emocionalne pomoći prepušta drugom zdravstvenom djelatniku.

Većina ispitanika smatra kako im je potrebna dodatna edukacija ili imaju poteškoće pri pronalaženju prave riječi. Najbolji rezultat u sigurnost i kompetenciju glede pružanja brige za emocionalno zdravlje oboljelog i obitelji imaju zdravstveni djelatnici Opće bolnice Varaždin.

U grafikonu 2.7.3.7. prikazana je distribucija odgovora o pružanju podrške bližnjima oboljelog od AB.



Grafikon 2.7.3.7. Prikaz ispitanika prema pružanju podrške bližnjima oboljelog od AB

[Izvor: Autor S.M.]

Ispitanici iz Doma za starije i nemoćne osobe Čakovec najčešće povremeno pružaju podršku bližnjima oboljelog i to njih 14 (51,9%). 5 (18,5%) ispitanika često pruža podršku, dok 8 (29,6%) ispitanika rijetko pruža podršku obitelji oboljelog.

U Caritasovom domu u Ivancu izjednačeni su odgovori tako da po 4 (44,4% + 44,4%) ispitanika često ili povremeno pruža podršku, dok 1 (11,1%) ispitanik rijetko pruža podršku obitelji oboljelog.

30 (62,5%) ispitanika Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof povremeno pruža podršku, 13 (27,1%) ispitanika rijetko pruža podršku, a 4 (8,3%) ispitanika često pruža podršku obitelji. Samo jedan (2,1%) ispitanik se izjasnio da nikad ne pruža podršku obitelji.

U Općoj bolnici Varaždin najviše ispitanika, njih 28 (53,9%) izjasnilo se da povremeno pruža podršku, dok njih 18 (34,6%) rijetko. Jednake odgovore po 3 (5,7% + 5,7%) ispitanika su dali za često pružanje podrške ili nikad što prikazuje kontrast.

U grafikonu 2.7.3.8. prikazana je distribucija odgovora o samostalnosti pacijenta koji boluje od AB. U ovom pitanju bio je moguć višestruki odabir odgovora.

Prema Vašem mišljenju, koliko se oboljele osobe mogu samostalno brinuti o sebi?



Grafikon 2.7.3.8. Prikaz ispitanika prema njihovom mišljenju o samostalnosti pacijenta [Izvor: Autor S.M.]

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 18 (66,7%) ispitanika smatra da samozbrinjavanje oboljele osobe ovisi o stadiju bolesti, dok 6 (22,2%) ispitanika smatra da oboljeli potpuno gube sposobnost u samozbrinjavanju. 3 (11,1%) ispitanika smatra da je samozbrinjavanje teže, no obitelj pomogne oboljelom.

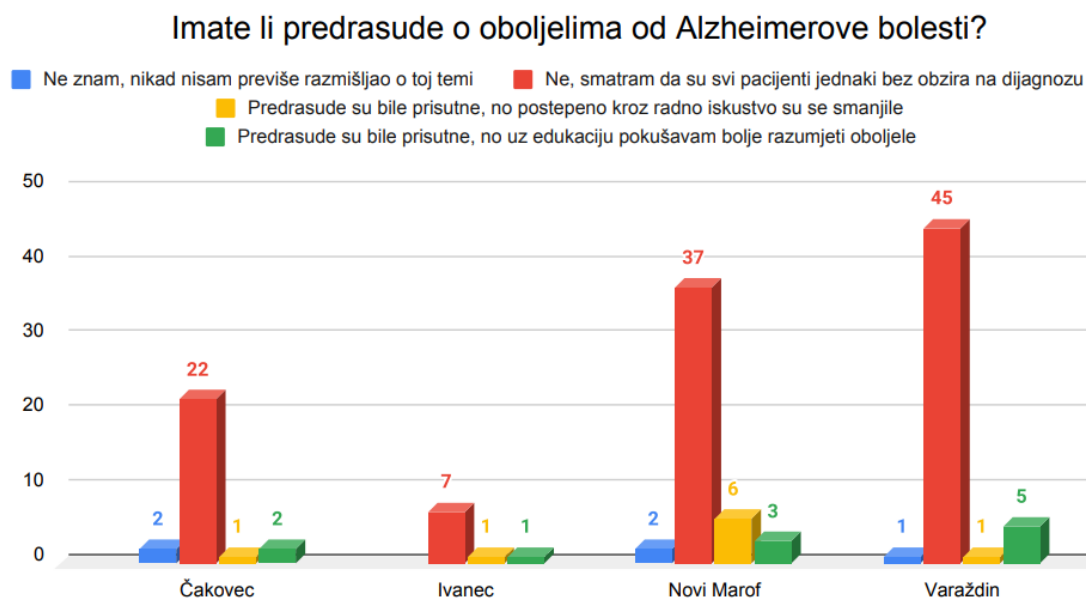
Gotovo svi ispitanici Caritasovog doma u Ivancu, njih 8 (88,9%) smatra da samozbrinjavanje ovisi o stupnju bolesti i sposobnostima pacijenta. Samo jedan (11,1%) ispitanik smatra da oboljela osoba potpuno gubi svoju samostalnost.

Najveći broj ispitanika 42 (87,5%), Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof smatra da samozbrinjavanje ovisi o stadiju bolesti i sposobnostima samog pacijenta. 6 (12,5%) ispitanika smatra da samozbrinjavanje jest teže, ali da obitelj pomaže oboljelom. Samo 3 (6,3%) ispitanika smatra da oboljeli potpuno gube sposobnost samozbrinjavanja.

U Općoj bolnici Varaždin 39 (75%) ispitanika smatra da samozbrinjavanje ovisi o stadiju bolesti, dok njih 9 (17,3%) smatra da je lakše oboljelom kada mu pomaže obitelj. 5 (9,6%) ispitanika smatra da oboljele osobe potpuno gube svoju samostalnost.

Podaci prikazuju kako najveći broj ispitanika smatra da samozbrinjavanje osobe oboljele od AB ovisi o stadiju bolesti i sposobnostima.

U grafikonu 2.7.3.9. prikazana je distribucija odgovora o predrasudama o oboljelima od AB.



Grafikon 2.7.3.9. Prikaz ispitanika o predrasudama prema osobama oboljelima od AB [Izvor: Autor S.M.]

Izrazito je kvalitetan rezultat ovog pitanja gdje je vidljivo da je zdravstvenim djelatnicima svaki pacijent jednak bez obzira na dijagnozu.

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 22 (81,5%) ispitanika smatra da su svi pacijenti jednaki bez obzira na dijagnozu. 2 (7,4%) ispitanika odgovorila su da su predrasude bile prisutne, no postepeno su se smanjile uz edukaciju. Također 2 (7,4%) ispitanika nikad nisu razmišljali o temi predrasuda o oboljelima od AB, dok je jedan (3,7%) ispitanik odgovorio kako su se predrasude smanjile uz stjecanje radnog iskustva.

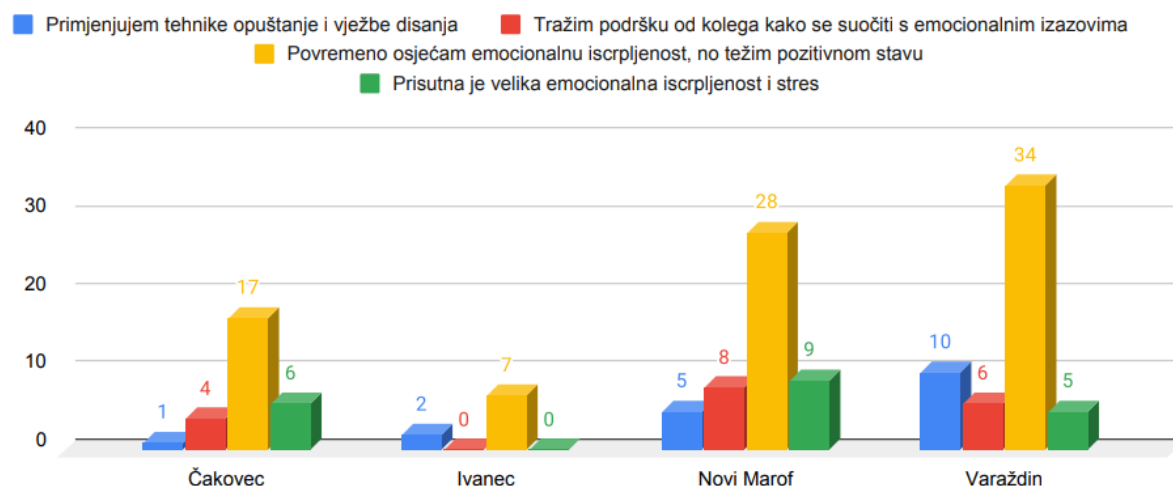
U Caritasovom domu u Ivancu 7 (77,8%) ispitanika smatra da su svi pacijenti jednaki, a po jedan (11,1% + 11,1%) ispitanik odgovorio je kako su predrasude bile prisutne, no u savladavanju istih pomoglo je radno iskustvo te edukacija.

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof 37 (77,1%) ispitanika odgovorilo je da su svi pacijenti jednaki bez obzira na dijagnozu, dok je njih 6 (12,5%) svoje predrasude smanjilo stjecanjem radnog iskustva u radu s oboljelima od AB. 3 (6,3%) ispitanika svoje predrasude smanjilo je pomoću edukacije, a 2 (4,2%) ispitanika nikad nisu razmišljali o ovoj temi.

U općoj bolnici Varaždin 45 (86,5%) ispitanika smatra da su svi pacijenti jednaki bez obzira na dijagnozu, dok je njih 5 (9,6%) svoje predrasude smanjilo uz edukaciju. Jedan (1,9%) ispitanik nije upućen u temu predrasuda prema oboljelima od AB te također jedan (1,9%) ispitanik smatra da su se predrasude smanjile uz radno iskustvo.

U grafikonu 2.7.3.10. prikazana je distribucija odgovora o emocionalnoj iscrpljenosti i stresu na radnom mjestu. U ovom pitanju bio je moguć višestruki odabir odgovora.

Kako se nosite s emocionalnom iscrpljenošću i stresom pri radu s oboljelima od Alzheimerove bolesti?



Grafikon 2.7.3.10. Prikaz ispitanika prema nošenju s emocionalnom iscrpljenošću i stresom [Izvor: Autor S.M.]

17 (63%) ispitanika Doma za starije i nemoćne osobe Čakovec teži pozitivnom stavu iako povremeno osjećaju iscrpljenost. 6 (22,2%) ispitanika ima veliku emocionalnu iscrpljenost i stres, dok 4 (14,8%) ispitanika emocionalnu podršku traže od svojih kolega. Samo 1 (3,7%) ispitanik primjenjuje tehnike opuštanja.

U Caritasovom domu u Ivancu 7 (77,8%) ispitanika povremeno osjeća emocionalnu iscrpljenost, ali pokušaju zadržati pozitivan stav, dok 2 (22,2%) ispitanika primjenjuju tehnike opuštanja i dubokog disanja.

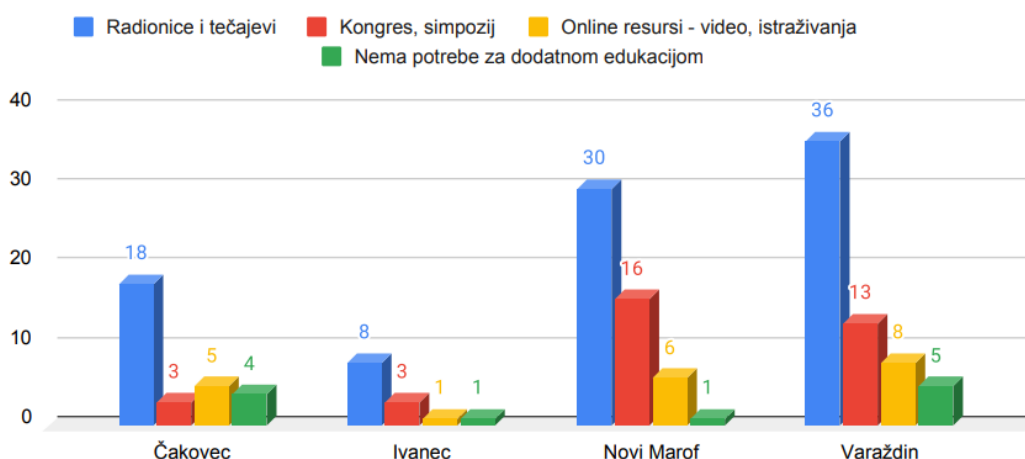
U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof 28 (58,3%) ispitanika osjeća povremenu emocionalnu iscrpljenost, a 9 (18,8%) ispitanika osjeća veliku emocionalnu iscrpljenost i stres. 8 (16,7%) ispitanika traži podršku od svojih kolega, dok 5 (10,4%) ispitanika primjenjuje tehnike opuštanja.

U Općoj bolnici Varaždin 24 (65,4%) ispitanika teži pozitivnom stavu, 10 (19,2%) ih primjenjuje tehnike opuštanja dok 6 (11,5%) ispitanika traži podršku svojih kolega. 5 (9,6%) ispitanika osjeća stalnu emocionalnu iscrpljenost i stres.

Najviše odgovora odnosilo se na povremenu emocionalnu iscrpljenost, ali se teži pozitivnom stavu.

U grafikonu 2.7.3.11. prikazana je distribucija odgovora o vrsti edukacije u području tema vezanih za AB. U ovom pitanju bio je moguć višestruki odabir odgovora.

Koju vrstu edukacije smatrate najkorisnijom u Vašem radu s oboljelima od Alzheimerove bolesti?



Grafikon 2.7.3.11. Prikaz ispitanika o stjecanju znanja iz područja Alzheimerove bolesti [Izvor: Autor S.M.]

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 18 (66,7%) ispitanika smatra da je dodatno znanje najbolje uz tečajeve i radionice. 5 (18,5%) ispitanika najčešće se služi online resursima kao što su istraživanja ili video. 4 (14,8%) ispitanika izrazilo se da nemaju potrebu za dodatnom edukacijom glede skrbi za osobe oboljele od AB. 3 (11,1%) ispitanika znanje najbolje stječe na kongresu i simpozijima.

U Caritasovom domu u Ivancu 8 (88,9%) ispitanika svoje znanje najbolje stječe putem radionica i tečajeva, a 3 (33,3%) ispitanika uz kongres i simpozij. Jedan (11,1%) ispitanik koristi online resurse, dok jedan (11,1%) smatra da nema potrebe za dodatnom edukacijom.

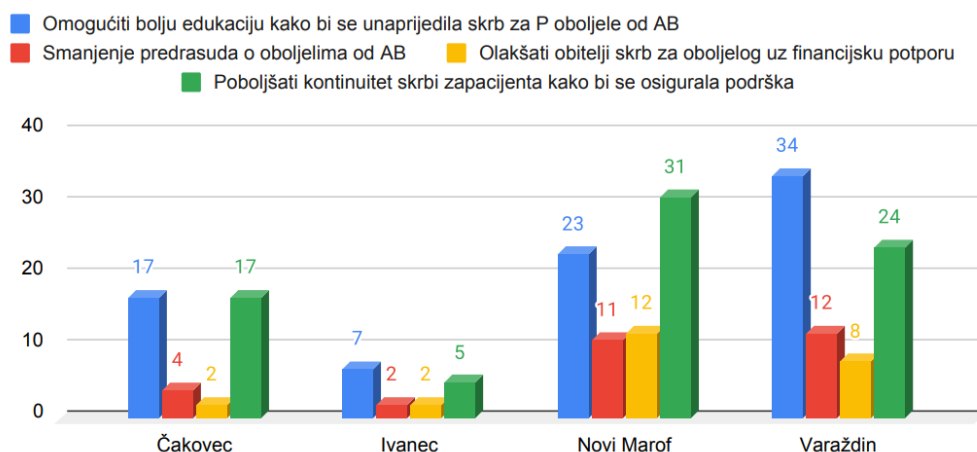
U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof 30 (62,5%) ispitanika novo znanje najbolje stječe uz tečajeve i radionice, a 16 (33,3%) ispitanika na kongresu. 6 (12,5%) ispitanika dodatne informacije pronalazi putem online resursa, dok 1 (2,1%) ispitanik nema potrebu za stjecanje dodatnog znanja vezanog uz skrb za oboljele od AB.

U Općoj bolnici Varaždin 36 (65,4%) ispitanika svoje znanje obnavlja uz radionice i tečajeve, a 13 (46,2%) ispitanika uz kongres. 8 (23,1%) ispitanika znanje nadograđuje pomoću online resursa, a 5 (15,4%) ispitanika nema potrebu za dodatnom edukacijom.

Najviše ispitanika smatra da se edukacija najbolje stječe putem radionica i tečajeva.

U grafikonu 2.7.3.12. prikazana je distribucija odgovora o poboljšanju načina rada s osobama oboljelima o AB. U ovom pitanju bio je moguć višestruki odabir odgovora.

Što bi po vašem mišljenju trebalo poboljšati kako bi se smanjili izazovi u skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti?



Grafikon 2.7.3.12. Prikaz mišljenja ispitanika o poboljšanju načina rada s osobama oboljelima od AB
[Izvor: Autor S.M.]

Na pitanje o poboljšanju skrbi za oboljele od AB ispitanici Doma za starije i nemoćne osobe Čakovec jednak broj odgovora, njih 17 (63% + 63%) važnost pridaje boljoj edukaciji u svrhu unaprjeđenja skrbi te poboljšanje kontinuiteta skrbi kako bi se osigurala podrška. 4 (14,8%) ispitanika smatra kako bi se trebale smanjiti predrasude o oboljelima od AB, a 2 (7,4%) ispitanika smatra da se bližnjima oboljelog skrb može olakšati uz dodatnu financijsku potporu.

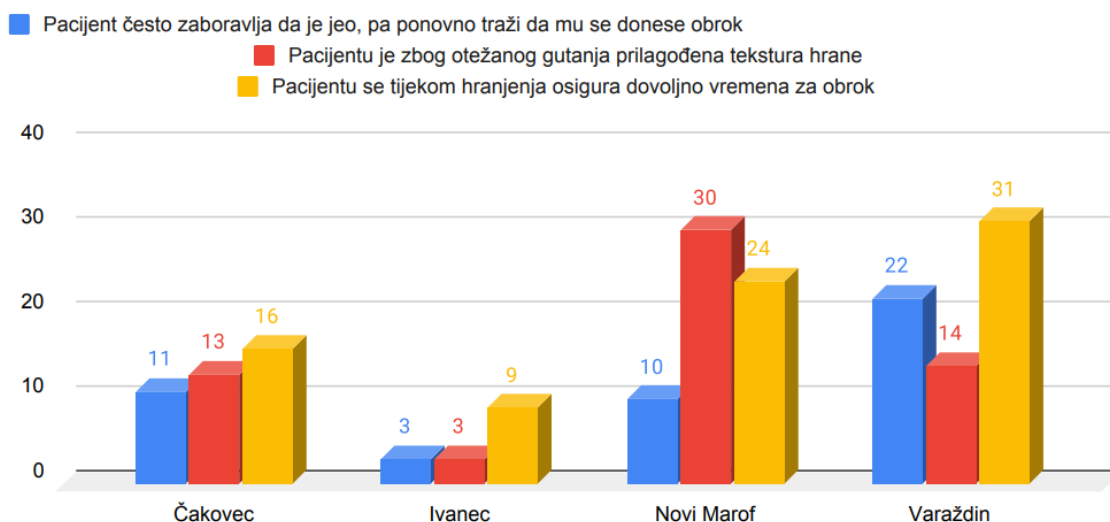
U Caritasovom domu u Ivancu 7 (77,8%) ispitanika smatra da je potrebna bolja edukacija, a 5 (55,6%) ispitanika smatra da bi izazove smanjilo napredovanje kontinuiteta skrbi. Po 2 (22,2% + 22,2%) ispitanika smatra kako bi se trebale smanjiti predrasude te kako bi financijska potpora obitelji oboljelog olakšala u skrbi.

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof 31 (64,6%) ispitanik smatra kako bi poboljšanje kontinuiteta skrbi pružilo veću podršku obitelji i samom pacijentu. 23 (47,9%) ispitanika smatra da se uz edukaciju uvelike može pridonijeti smanjenju izazova s kojima se u današnjici susreću. 12 (25%) ispitanika smatra kako bi obitelji financijska pomoć povećala kvalitetu skrbi za oboljelog, a 11 (22,9%) ispitanika smatra da bi smanjenje predrasuda pridonijelo poboljšanju skrbi.

U općoj bolnici Varaždin 34 (65,4%) ispitanika smatra da ulaganje u edukaciju omogućuje bolju skrb za osobe koje boluju od AB. 24 (46,2%) ispitanika smatra kako se kontinuitet skrbi treba poboljšati, a 12 (23,1%) ispitanika smatra da bi bolja skrb bila ukoliko bi se smanjile predrasude prema pacijentima. 8 (15,4%) ispitanika smatra da bi financijska potpora obitelji olakšala skrb.

U grafikonu 2.7.3.13. prikazana je distribucija odgovora o izazovima pri hranjenju. U ovom pitanju bio je moguć višestruki odabir odgovora.

S kojim se izazovom susrećete pri hranjenju pacijenta oboljelog od AB?



Grafikon 2.7.3.13. Prikaz ispitanika prema izazovima s kojima se susreću pri hranjenju [Izvor: Autor S.M.]

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 16 (59,3%) ispitanika pacijentu osigura dovoljno vremena za obrok, dok 13 (48,2%) ispitanika prilagođava teksturu hrane s obzirom na pacijentove mogućnosti. 11 (40,7%) ispitanika primijetilo je kako pacijenti zaborave da su jeli pa traže još jedan obrok.

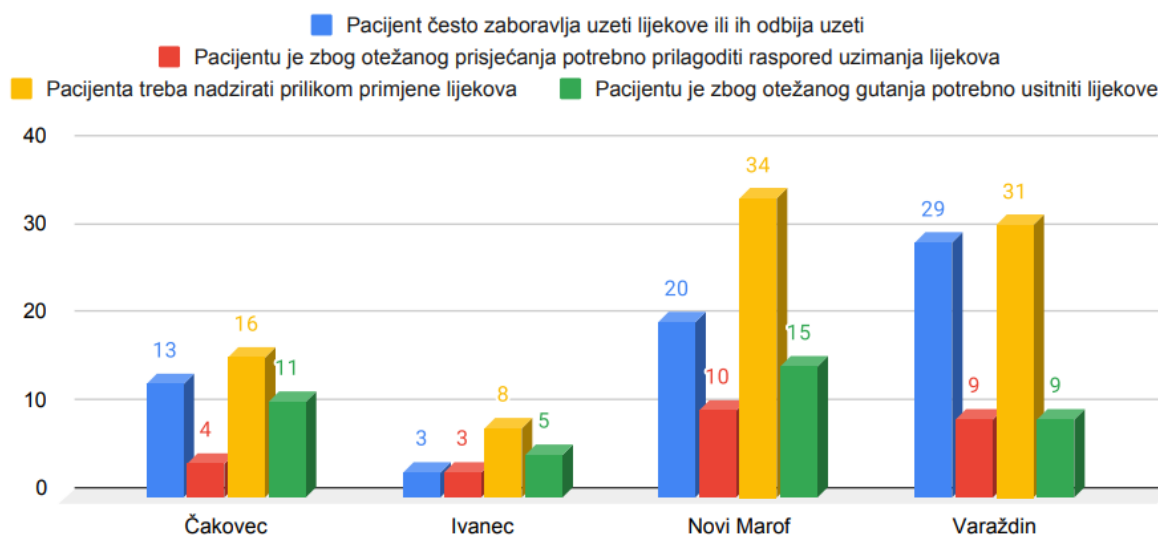
U Caritasovom domu u Ivancu 9 (100%) ispitanika pacijentu osigura dovoljno vremena za obrok, a po 3 (33,3% + 33,3%) ispitanika pacijentu prilagodi teksturu hrane te ima situacije u kojima pacijenti ponovno zatraže obrok jer su zaboravili da su jeli.

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof 30 (62,5%) ispitanika prilagodi teksturu hrane pacijentu, 24 (50%) ispitanika osigura dovoljno vremena za obrok, a 10 (20,8%) ispitanika uvidjelo je pacijentovu zaboravljivost o obrocima koje ima kroz dan.

U Općoj bolnici Varaždin 31 (59,6%) ispitanik pacijentu osigura dovoljno vremena za obrok, 22 (42,3%) ispitanika ističe kako se pacijentu treba objasniti da je obrok već pojeo, a 14 (26,9%) ispitanika prilagodi teksturu hrane s obzirom na pacijentovu sposobnost gutanja.

U grafikonu 2.7.3.14. prikazana je distribucija odgovora o izazovima pri davanju lijekova. U ovom pitanju bio je moguć višestruki odabir odgovora.

Postoji li izazov pri davanju lijekova oboljelima od Alzheimerove bolesti?



Grafikon 2.7.3.14. Prikaz ispitanika prema izazovima s kojima se susreću pri davanju lijekova
[Izvor: Autor S.M.]

Najčešće situacije prema prikupljenim pitanjima koje predstavljaju izazov medicinskim sestrama/tehničarima prilikom davanja lijekova su: pacijent često zaboravlja uzeti lijekove ili ih odbija te pacijenta treba nadzirati prilikom primjene lijekova.

U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec 16 (59,3%) ispitanika primjenjuje nadzor pacijenta kad su u pitanju lijekovi, 13 (48,2%) ispitanika primijetilo je kako pacijent zaboravi uzeti lijekove ili ih odbija. 11 (40,7%) ispitanika usitni lijekove, dok 4 (14,8%) ispitanika odredi raspored uzimanja lijekova.

8 (88,9%) ispitanika Caritasovog doma u Ivancu nadzire pacijenta prilikom primjene lijekova, 5 (55,6%) ispitanika usitni lijekove, dok jednak broj ispitanika, njih 3 (33,3% + 33,3%), sastavi raspored uzimanja lijekova ili su primijetili da pacijent zaboravi uzeti lijekove.

U Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof, 34 (70,8%) ispitanika nadzire pacijenta, 20 (41,7%) njih je primijetilo kako pacijent zaboravi uzeti lijekove. 15 (31,3%) ispitanika usitni lijekove zbog otežanog gutanja, a 10 (20,8%) ih planira raspored uzimanja lijekova.

U Općoj bolnici Varaždin 31 (59,6%) ispitanik nadzire pacijenta prilikom primjene lijekova, 29 (56,8%) ispitanika uvidjelo je kako pacijent zaboravi uzeti lijekove. Jednak broj ispitanika, njih 9 (17,3% + 17,3%) odredi raspored uzimanja lijekova ili usitne lijekove zbog prisutne disfagije.

2.8. Rasprava

Provedenim istraživanjem prvobitni cilj bio je otkriti izazove s kojima se medicinske sestre/tehničari, njegovateljice/njegovatelji susreću u skrbi za oboljele od AB. Rezultati istraživanja su prikazani u tri djela. Prvi dio sastojao se od sociodemografskih podataka, drugi dio temeljio se na općem znanju dok su u trećem djelu pitanja bila usmjerena prema radnom iskustvu i izazovima s kojima se zdravstveni djelatnici svakodnevno susreću.

U istraživanju je sudjelovalo 136 ispitanika. Najviše je bilo ispitanika ženskog spola, ukupno 124, odnosno 91%. Bilo je svega nekoliko sudionika muškog spola, njih 12, odnosno 0,08%. S obzirom na dobnu skupinu, bilo je ispitanika različite životne dobi. Tako je u Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec najviše ispitanika pripadalo dobnoj skupini iznad 45 godina što je vidljivo i kod ispitanika Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof. U Caritasovom domu u Ivancu su bile podjednako zastupljene sve dobne skupine. U Općoj bolnici Varaždin najviše je ispitanika bilo u dobnoj skupini od 18 do 25 godina, a za jednog ispitanika manje i dobna skupina od 26 do 35 godina. U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec najviše ispitanika ima više od 20 godina iskustva, a taj podatak je također izražen i u Službi za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof. U Caritasovom domu u Ivancu najviše ispitanika imalo je 1 – 5 godina radnog iskustva, a takav podatak također je zastupljen i u Općoj bolnici Varaždin. S obzirom na završeni stupanj obrazovanja, većina ispitanika završila je preddiplomski studij, dok je vrlo mali broj ispitanika završio magisterij. U Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec kao ispitanici su sudjelovale i njegovateljice/njegovatelji.

U drugom djelu istraživanja ispitanici su odgovarali na pitanja koja su se temeljila na općem znanju o AB. Jedan od glavnih ciljeva bio je otkriti tko od ispitanika ima najbolje rezultate u pogledu općeg znanja. Prema pitanju najčešćih simptoma AB ispitanici imaju dobro znanje i u svim ustanovama većina je ispitanika navela sve ponuđene odgovore kao točne. Prema pitanju najčešćeg uzroka demencije ispitanici imaju površno znanje jer su kao točan odgovor u većini slučajeva naveli starost. O vrstama pamćenja koja su zahvaćena kod osoba oboljelih od AB vidljivo je kako ispitanici imaju površno znanje, navodili bi samo jednu vrstu pamćenja kao točan odgovor. AB u početnom stadiju zahvaća kratkoročno pamćenje, a njezinim napredovanjem u kasnijem stadiju bolesti zahvaća i kratkoročno i dugoročno pamćenje.

Studija koja je ispitala percepciju zdravstvenih djelatnika o pružanju skrbi za osobe s uznapredovalim stadijem AB provedena je online s detaljnom analizom podataka. Sudionici su bili iz Ujedinjenog Kraljevstva i Danske, a ukupno ih je bilo 20. Ispitani zdravstveni djelatnici su specijalisti u liječenju AB. Prikupljanje podataka provedeno je tijekom kolovoza i rujna 2022. godine. Studija je naglasila kako su najvažnije komponente zdravstvenog djelatnika organizacija,

znanje i osobne vrijednosti. Ukoliko je jedna od tih komponenta izostavljena velik je utjecaj na rezultate skrbi za osobu oboljelu od AB [47].

Znanje, svijest i stavovi zdravstvenih djelatnika o AB ispitalo se prema online anketnim upitnicima u travnju 2022. godine. Ukupno je zabilježeno 229 odgovora u Kataru od čega je 21% liječnika, 21% medicinskih sestara/tehničara te 25% studenata medicine. Više od 70% ispitanika nije imalo stjecanje novog znanja u posljednje dvije godine na temu AB i napredovanju skrbi. Ispitanici su imali vrlo oskudno opće znanje čime se naglašava kako bi zdravstvene ustanove Katara trebale više ulagati u znanje zdravstvenih djelatnika i napredovanje zdravstvenog sustava [48].

Na zadnjem ponuđenom pitanju ispitanici su samostalno na crtu upisali najčešće izazove s kojima se susreću na radnom mjestu. Svim ispitanicima najveće izazove u skrbi predstavljaju komunikacija, strpljenje prilikom skrbi, dezorijentiranost, lutanja i agresija pacijenta te poteškoće vezane uz kratkoročno pamćenje pacijenta u pogledu ponavljanja medicinskih postupaka.

U trećem djelu istraživanja pitanja su bila vezana za radno iskustvo i izazove s kojima se ispitanici susreću. Ispitanici su naveli kako se često ili povremeno susreću s agresivnim i nemirnim pacijentima koji boluju od AB. Što se tiče samoprocjene vezane uz kvalitetu komunikacije s oboljelima, ispitanici su dali ocjenu 2 koja je vezana uz otežanu komunikaciju koja zahtjeva dodatan napor te je lakše komunicirati s bližnjima oboljelog. Ispitanici smatraju kako im je potrebna dodatna edukaciju za pružanje podrške i održavanje emocionalnog zdravlja oboljelog i njegove obitelji. Najbolji rezultat u sigurnosti i kompetenciji u brizi za emocionalno zdravlje oboljelog i njegove obitelji imaju zdravstveni djelatnici Opće bolnice Varaždin.

Studija u Poljskoj ispitala je emocionalno zdravlje ukupno 100 skrbnika od kojih je 50 bilo formalnih i 50 neformalnih. Upitnicima se ispitalo njihovo opće zdravlje, socijalna podrška te upitnik za procjenu depresije. Ovom studijom htjele su se uvidjeti i usporediti razlike u mentalnom zdravlju formalnih i neformalnih njegovatelja. Studija je otkrila različitost u prediktorima mentalnih problema ove dvije skupine. Značajni prediktori kod neformalnih skrbnika pokazali su se razumljivost i samoefikasnost. Kod formalnih skrbnika emocionalna podrška i razumljivost bili su važni prediktori [49].

Studija provedena u Japanu kao izvor podataka koristila je Nacionalne ankete o zdravlju i dobrobiti u Japanu iz 2012. i 2013. godine. Pregledalo se 55 060 anketnih upitnika od kojih su 53 758 bili ispunjeni od strane osoba koje nisu skrbile za osobe koje boluju od AB i 1302 koji su bili ispunjeni od strane njegovatelja. Uspoređivalo se zdravstveno stanje njegovatelja koji skrbe za osobu oboljelu od AB s osobama koje nisu njegovatelji. Pretpostavljalo se kako će njegovatelji imati lošije rezultate u pogledu općeg zdravstvenog stanja. Studijom se ustanovilo kako su njegovatelji imali više izostanaka s posla te smanjenu produktivnost. Također su imali češće

preglede u bolnici gdje im je ustanovljena depresija, anksioznost ili nesanicu. Studija je naglasila potrebu za većom podrškom njegovatelju, a i samom pacijentu o kojem skrbe [50].

O pitanju poduzimanja mjera sigurnosti ispitanici provode kvalitetne mjere sigurnosti, no treba pripaziti da se smanji incidencija pada pacijenta. Najbolji rezultat u korištenju specifičnih skala za procjenu boli imali su ispitanici Službe za produženo liječenje i palijativnu skrb Novi Marof i Opća bolnica Varaždin.

Istraživanje je provedeno uz 230 osoba koje boluju od demencije u bolnicama u Londonu i Ujedinjenom Kraljevstvu. Testirala se pouzdanost Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD) u mirovanju i pokretu. PAINAD predstavlja skalu za procjenu boli kod osoba s naprednim stadijem demencije. Studija je dokazala kako PAINAD omogućava umjerenu pouzdanost u procjeni boli pacijentima koji boluju od demencije [51].

U pogledu kontinuiteta skrbi u Republici Hrvatskoj većina ispitanika smatra kako nije dovoljno razvijen za osobe oboljele od AB. Zdravstveni djelatnici povremeno pružaju podršku bližnjima oboljelog od AB. Najveći broj ispitanika smatra da samozbrinjavanje osobe oboljele od AB ovisi o stadiju bolesti i sposobnostima.

Spoj empatije i znanja ostvario je odlične rezultate po pitanju predrasuda jer su se ispitanici izrazili kako su svi pacijenti jednaki bez obzira na dijagnozu.

U Brazilu se provodila studija kojom se ispitala stigma i diskriminacija prema osobama koje boluju od AB od strane njegovatelja. Studija je provedena kao polu – strukturirani intervju u periodu od siječnja i ožujka 2020. godine. Intervjuiralo se 6 osoba koje boluju od demencije i 15 obiteljskih njegovatelja. Intervjuom se dokazalo kako oboljele osobe osjećaju strah od socijalne izolacije ukoliko se primijete promjene u njihovu ponašanje u početku bolesti. Njegovatelji koji skrbe za osobu oboljelu od AB izrazili su želju za pružanjem što kvalitetnije skrbi te da razumiju oboljelu osobu. Neki su njegovatelji podcjenjivali sposobnosti osoba koje boluju od AB te su ograničavali njihovu slobodu. Kvalitetna edukacija neformalnim njegovateljima uvelike bi pomogla u poboljšanje kvalitete skrbi te duljoj samostalnosti oboljele osobe. Studija potiče anti stigma inicijative kojima bi se smanjili negativni stavovi općenito prema demenciji što bi uvelike moglo ublažiti socijalnu izolaciju osoba koje boluju od AB [52].

Po pitanju iscrpljenosti i stresa na radnom mjestu, najveći broj ispitanika izrazio je veliku emocionalnu iscrpljenost, no teže pozitivnom stavu. Kao najbolji izvor stjecanja i nadogradnje znanja ispitanici su naveli radionice i tečajeve. Ispitanici smatraju kako bi bolja edukacija u pogledu AB i poboljšanje kontinuiteta skrbi uvelike pridonijelo smanjenju izazova s kojima se svakodnevno susreću. Što se tiče specifičnih intervencija prilikom hranjenja pacijenta koji boluje od AB ispitanici osiguraju dovoljno vremena za obrok te prilagode teksturu hrane pacijentovim

mogućnostima. Najčešći izazovi prilikom primjene terapije jesu situacije u kojima pacijent često zaboravi uzeti lijekove ili ih odbija smatrajući da je potpuno zdrav.

Putem online anketnog upitnika studija je prikupljala podatke o problemima pri hranjenju s kojima se njegovatelji susreću pri skrbi za osobu oboljelu od AB. U studiji je sudjelovalo 31 njegovatelj, a razlog tako malog broja jest vremenski period provođenja online anketnog upitnika. Anketni upitnik provodio se u vrijeme COVID pandemije što je izrazito ograničilo veličinu uzorka. Najčešća potpora oboljelom pri hranjenju od strane njegovatelja bila je pružena u obliku verbalne potpore. Stres kod njegovatelja bio je zastupljen, što je teži stupanj AB to je veći stupanj stresa. 97% njegovatelja izjasnilo se kako osjeća tugu, bespomoćnost te socijalnu izolaciju [53].

Sukladno postavljenim istraživačkim pitanjima dokazano je kako ne postoji značajna razlika iskustva i izazova ispitanih zdravstvenih djelatnika s obzirom na radno mjesto (bolnica, dom, palijativna skrb). Što se tiče percepcije skrbi u Domu za starije i nemoćne osobe Čakovec ona se razlikuje samo u nekim segmentima, no ne značajno. Velika odstupanja su u općem znanju gdje se vidi kako njegovateljice imaju manju razinu znanja o simptomima, uzroku demencije, pamćenju koje je zahvaćeno te kakav je kontinuitet skrbi. Predrasude kod njegovateljica uglavnom nisu bile prisutne, a samo nekolicina je u početku imala predrasude prema osobama koje boluju od AB, ali uz stjecanje radnog iskustva i edukacije te su se predrasude smanjile.

3. Zaključak

Medicina je uvelike napredovala do danas, zahvaljujući antibioticima i cjepivima lakše se spriječiti razvoj bolesti, no u pogledu AB napredovanja nije baš vidljivo. Upravo ta spoznaja jako je zabrinjavajuća jer AB postaje jedna od najskupljih bolesti današnjice. AB jedina je bolest koja se ne može spriječiti, izliječiti niti u potpunosti usporiti, potrebno je uložiti još puno truda kako bi znanstvenici došli do tog otkrića. Rizik obolijevanja od AB raste s godinama, pa su tako šanse da će osoba doživjeti više od 85 godina 1:2. Nažalost osim što se u osoba javlja gubitak pamćenja i smanjeno samozbrinjavanje, AB znatno smanjuje očekivanu životnu dob te je prognoza uvijek smrtonosna.

Provedbom ovog istraživanja uočilo se da su ispitanici dobro informirani u pogledu najčešćih simptoma AB, no i dalje postoji nesigurnost u uzroku demencije. U ispitanima ustanovama mjere sigurnosti su na kvalitetnoj razini te se u svakom postavljenom pitanju vide vrline kojima se svaka ustanova ističe na svoj način. Najčešći izazovi s kojima se ispitanici susreću upućuju na alarmantno poboljšanje kontinuiteta skrbi kako bi bilo što kvalitetnije pružanje zdravstvene skrbi.

„S osobom koja pati od AB treba postupati kao s ranjenom pticom u rukama. Ako je držimo presnažno, ona će se boriti kako bi se oslobodila, ako je držimo preslabo, moguće je da će ispasti i ozlijediti se.“ U svakom odnosu pa tako i u skrbi za osobe oboljele od AB potrebna je ravnoteža. Bitno je postupati s ljubavlju, pažljivo uz podršku i razumijevanje jer samo na taj način osoba će se osjećati sigurno i zaštićeno.

4. Literatura

- [1] M. Gordon: Misterij Alzheimer, Škorpion, Zagreb, 2011.
- [2] N. Mimica: Što je Alzheimerova bolest, Dostupno na: <https://alzheimer.hr/ucionica/to-je-to-alzheimerova-bolest> (24.7.2024.)
- [3] Alzheimerova bolest, Drvo Znanja broj 102, Zagreb, 2007.
- [4] D. Shenk : Zaboravljanje Alzheimerova bolest, Portret jedne epidemije, Algoritam, Zagreb, 2005.
- [5] G. Šimić: Starenje i Alzheimerova bolest, Zagreb, 2010. Dostupno na: <http://dementia.hiim.hr/neuro.htm> (21.7.2024.)
- [6] B. Sedić: Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2006
- [7] M. S. Wolfe, The Molecular and Cellular Basis of Neurodegenerative Diseases: Underlying Mechanisms, Academic Press, 2013.
- [8] D. J. Selkoe, D. M. Holtzman, E. Mandelkow, M. C. Irizarry, Alzheimer's Disease, Cold Spring Harbor Laboratory Press, 2011.
- [9] C. Haass, K. Duff, Biological Psychiatry of Alzheimer's Disease, Springer, 2018.
- [10] L. Hamilton, S. Fay, K. Rockwood. Misplacing objects in mild to moderate Alzheimer's disease: a descriptive analysis from the VISTA clinical trial. J Neurol Neurosurg Psychiatry 80 (9):960-5. 2009.
- [11] B. Reisberg, SH. Ferris, MJ. de Leon et al. The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. American Journal of Psychiatry 39:1136- 1139. 1982.
- [12] H. Royden Jones Jr. Jr. (Autor), Jayashri Srinivasan (Autor), Gregory J. Allam (Autor), Richard A. Baker (Autor), Inc Lahey Clinic (Editor), Netter's Neurology, 2e (Netter Clinical Science) 2nd Edition, 221.-234. 2005.
- [13] Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/> (25.7.2024.)
- [14] N. Mimica, P. Presečki: Alzheimerova bolest - epidemiologija, dijagnosticiranje i standardno farmakološko liječenje. Medix; 2012.
- [15] Lj. Moro i suradnici: Psihijatrija, Medicinska naklada, Zagreb, 2011.
- [16] M. Malnar, M. Košiček, S. Hećimović: Alzheimerova bolest: od molekularnog mehanizma do rane dijagnoze. Medicina 45: 234-243. 2009.
- [17] N. Mimica: Demencija i palijativna skrb. Neurologia Croatica; 2011.
- [18] M. Sochocka, K. Zwolińska, J. Leszek: The Infectious Etiology of Alzheimer's Disease. Curr Neuropharmacol.15(7):996-1009. 2017.

- [19] AL: Epstein: Maladie d'Alzheimer, neuro-inflammation et virus herpétiques - Une piste qui trace son chemin [Alzheimer's disease, neuro-inflammation, and herpes viruses, a path that traces its way]. *Med Sci (Paris)* 36(5):479-486. 2020.
- [20] Autor završnog rada; istinita životna priča
- [21] R. Ballard, et al: *Suicidal Behavior in Alzheimer's Disease: A Review*. *Journal of Clinical Psychiatry* 76(3), 232-240, 2015.
- [22] S. Mendes, O., et al: *Risk Factors for Suicidal Behavior in Alzheimer's Disease: A Review of the Literature*. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 2585-2597, 2017.
- [23] A. Atri: The Alzheimer's Disease Clinical Spectrum: Diagnosis and Management. *Med Clin North Am*. 2019 Mar;103(2):263-293. doi: 10.1016/j.mcna.2018.10.009. PMID: 30704681.
- [24] F. Borovečki: Rana dijagnoza Alzheimerove bolesti (2018) . Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/216808> (27.7.2024)
- [25] I. Arevalo-Rodriguez, N. Smailagic, M. Roqué-Figuls, A. Ciapponi, E. Sanchez-Perez, A. Giannakou, OL. Pedraza, X. Bonfill Cosp, S. Cullum. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev*. 2021 Jul 27;7(7):CD010783. doi: 10.1002/14651858.CD010783.pub3. PMID: 34313331; PMCID: PMC8406467.
- [26] EH. Ip, J. Pierce, SH. Chen, J. Lovato, TM. Hughes, KM. Hayden, CE. Hugenschmidt, S. Craft, D. Kitzman, S. Rapp. Conversion between the Modified Mini-Mental State Examination (3MSE) and the Mini-Mental State Examination (MMSE). *Alzheimers Dement (Amst)*. 2021 Mar 31;13(1):e12161. doi: 10.1002/dad2.12161. PMID: 33816754; PMCID: PMC8010479.
- [27] I. Lušić: Dijagnostika i liječenje Alzheimerova bolesti 11:188-96. 2014.
- [28] G. Fučkar: Proces zdravstvene njege. Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu. Zagreb. 1995.
- [29] TH. Ferreira-Vieira, FR. Silva, FM. Ribeiro. Targeting the Cholinergic System. *Curr Neuropharmacol* 14 (1): 101-15. 2016. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/232343> (1.8.2024.)
- [30] T. Babić, V. Folnegović – Šmalc, N. Henigsberg: Racionalna dijagnostika I liječenje Alzheimerove bolesti, *Neurol Croat* 1999. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19974> (1.8.2024.)
- [31] <https://halmed.hr/upl/lijekovi/PIL/Memantin-Pliva-PIL.pdf>
- [32] Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih stanja, Zagreb, Medicinska naklada, 1994. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/19974> (1.8.2024.)
- [33] N. Baker, RE. Tanzi. Immunotherapy for Alzheimer's disease: Current status and future prospects. *Journal of Alzheimer's Disease*, 60(3), 673-687, 2017.
- [34] The Alzheimer-s Prevention Program – Gary Small, M.D., Gigi Vorgan- Keep-Your Brain Healthy for the Rest of Your Life, ISBN 978-0-7611-6526-2. 2012.

- [35] J. Mendiola-Precoma, LC. Berumen, K. Padilla, G. Garcia-Alcocer. Therapies for Prevention and Treatment of Alzheimer's Disease. *Biomed Res Int.* 2016;2016:2589276. doi: 10.1155/2016/2589276. Epub 2016 Jul 28. PMID: 27547756; PMCID: PMC4980501.
- [36] M. Sajko: Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije, Sveučilište Sjever, Varaždin, 2020.
- [37] N. Mimica: Komunikacija s osobom oboljelom od demencije. *Medix* 2011.
- [38] S. Devčić, L. Glamuzina, C. Rotim, T. Huić, M. Kušan Jukić, M. Mičuga, i sur: Komunikacija s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti i drugim demencijama- priručnik za patronažne sestre. Zagreb: Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“; 2019.
- [39] N. Mimica, M. Kušan Jukić: Demencija i psihički poremećaji. *Medicus* 26(2): 215-222. 2017.
- [40] S. Tomek-Roksandić, N. Mimica, M. Kušan Jukić: Rano prepoznavanje i zaštita zdravlja osoba oboljelih od Alzheimerove demencije i drugih demencija. *Medicinska naklada, Zagreb*, 207-211. 2017.
- [41] M. Zwaanswijk, JM. Peeters, A. van Beek, J. Meerveld, AL. Francke. Informal caregivers of people with dementia: problems, needs and support in the initial stage and in subsequent stages of dementia: a questionnaire survey. // *The Open Nursing Journal* 7, 1(2013), str. 6. Dostupno na: [https://www.researchgate.net/publication/235368809 Informal Caregivers of People with Dementia Problems Needs and Support in the Initial Stage and in Subsequent Stages of Dementia A Questionnaire Survey](https://www.researchgate.net/publication/235368809_Informal_Caregivers_of_People_with_Dementia_Problems_Needs_and_Support_in_the_Initial_Stage_and_in_Subsequent_Stages_of_Dementia_A_Questionnaire_Survey) (1.8.2024.)
- [42] Alzheimer's Association. 2019 Alzheimer's disease facts and figures. Str. 32. Dostupno na: <https://www.alz.org/media/Documents/alzheimers-facts-and-figures-2019-r.pdf> (2.8.2024.)
- [43] S. Uzun, N. Mimica, O. Kozumplik, M. Kušan Jukić, I. Laidlaw, I. Todorić; D. Kalinić, N. Pivac et al. Alzheimerova bolest: utjecaj na život i psihičko zdravlje njegovateljica. // *Soc. Psihijat* 47, 1(2019), str. 89. Dostupno na: https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=319316 (2.8.2024.)
- [44] L. Saletе Kucmanski, L. Zenevicz, D.S. Geremia, V. SF. Madureira, T. Gaffuri da Silva, S. de Souza. Alzheimer's disease: challenges faced by family caregivers. // *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 19, 6(2016), str. 1022. – 1029. Dostupno na: [https://www.researchgate.net/publication/312542637 Alzheimer's disease challenges faced by family caregivers](https://www.researchgate.net/publication/312542637_Alzheimer's_disease_challenges_faced_by_family_caregivers) (2.8.2024.)
- [45] CG. Lyketsos, M. Steinberg. Behavioral and psychological symptoms in dementia: An overview. *Current Psychiatry Reports*, 11(5), 353-359. 2009.
- [46] SI. Finkel, A. Burns. Pharmacological and non-pharmacological interventions for managing behavioral symptoms in dementia. *Alzheimer's Research & Therapy*, 8(1), 32, 2016.

- [47] A. Soltys, E. Tyburski. Predictors of mental health problem sin formal and informal caregivers of patients with Alzheimer's disease, 2020. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32887576/> (01.08.2024.)
- [48] A. Goren, W. Montgomery, K. Wrobleski, T. Nakamura, K. Ueda. Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' helath outcomes: findings from a community based survey in Japan, 2016.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4903014/> (01.08.2024.).
- [49] D. Oliveira, F. Mata, E. Mateus, C. Musyimi, N. Farina, C. Ferri, S. Evans – Lacko. Experiences of stigma and discrimination among people living with dementia and family carers in Brazil; Qualitative study, 2023.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37920698/> (02.08.2024.)
- [50] A. Hall, F. Manning, V. Goodwin. Qualitative study exploring health care professionals perceptions of providing rehabilitation for people with advanced dementia, 2023.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37524545/> (26.7.2024.).
- [51] P. Paul, Z. Mahfoud, R. Malik, R. Kaul, P. Navti, D. Sheikhly, A. Chaari. Knowledge, Awareness and Attitude of Healthcare Stakeholders on Alzheimer's Disease and Dementia in Quatar, 2023.
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36901551/> (27.7.2024.).
- [52] S. Sharma, A. Halim, P. Maniam. Caregiver Experiences with Dementia – Relataed Feeding/ Eating Difficulties, 2024.
Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10815734/> (01.08.2024.)
- [53] E. Dunford, E. West, E. Sampson. Psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia scale in an acute general hospital setting
Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36317464/> (02.08.2024.)

Popis slika

SLIKA 1.1. RAZLIKA U OBIČAJENIH SIMPTOMA ZABORAVLJIVOSTI OD RANIH SIMPTOMA ALZHEIMEROVE BOLESTI.....	1
SLIKA 1.1.1. RAZLIKE U STRUKTURI ZDRAVOG MOZGA I MOZGA ZAHVAĆENOG ALZHEIMEROVOM BOLEŠĆU.....	3
SLIKA 1.3.1. BROJ HOSPITALIZACIJA OBOLJELIH OD ALZHEIMEROVE BOLESTI 2012. – 2016.G.	5
SLIKA 1.7.1. CRTANJE SATA PREMA NAPREDOVANJU ALZHEIMEROVE BOLESTI.....	10

Popis tablica

TABLICA 1.8.1. TITIRANJE DOZE MEMANTINA DO 20 MG.....	11
TABLICA 2.7.2.1. NAJVEĆI IZAZOVI ISPITANIKA U SKRBI ZA OBOLJELE OD AB.....	26

Popis grafikona

GRAFIKON 2.7.1.1. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA SPOLU	18
GRAFIKON 2.7.1.2. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA DOBNOJ SKUPINI.....	19
GRAFIKON 2.7.1.3. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA STUPNJEVIMA OBRAZOVANJA	20
GRAFIKON 2.7.1.4. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA RADNOM ISKUSTVU.....	21
GRAFIKON 2.7.1.5. PRIKAZ OBRAZOVNE KVALIFIKACIJE ISPITANIKA	22
GRAFIKON 2.7.2.1. PRIKAZ OPĆEG ZNANJA ISPITANIKA O NAJČEŠĆIM SIMPTOMIMA AB.....	23
GRAFIKON 2.7.2.2. PRIKAZ OPĆEG ZNANJA ISPITANIKA O UZROKU DEMENCIJE	24
GRAFIKON 2.7.2.3. OPĆE ZNANJE ISPITANIKA O VRSTI PAMĆENJA KOJU ZAHVAĆA AB	25
GRAFIKON 2.7.3.1. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA SUSRETANJU S AGRESIVNIM ILI DEZORIJENTIRANIM PONAŠANJEM OBOLJELOG OD AB NA RADNOM MJESTU	28
GRAFIKON 2.7.3.2. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA SAMOPROCJENI KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA.....	29
GRAFIKON 2.7.3.3. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA KORIŠTENJU MJERA SIGURNOSTI.....	30
GRAFIKON 2.7.3.4. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA PROCJENI BOLI	31
GRAFIKON 2.7.3.5. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA OSOBNOM MIŠLJENJU O KONTINUITETU SKRBI U REPUBLICI HRVATSKOJ	32
GRAFIKON 2.7.3.6. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA BRIZI O EMOCIONALNOM ZDRAVLJU PACIJENTA I NJEHOVA OBITELJI.....	33

GRAFIKON 2.7.3.7. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA PRUŽANJU PODRŠKE BLIŽNJIMA OBOLJELOG OD AB	34
GRAFIKON 2.7.3.8. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA NJHOVOM MIŠLJENJU O SAMOSTALNOSTI PACIJENTA	35
GRAFIKON 2.7.3.9. PRIKAZ ISPITANIKA O PREDRASUDAMA PREMA OSOBAMA OBOLJELIMA OD AB.	36
GRAFIKON 2.7.3.10. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA NOŠENJU S EMOCIONALNOM ISCRPLJENOŠĆU I STRESOM	37
GRAFIKON 2.7.3.11. PRIKAZ ISPITANIKA O STJECANJU ZNANJA IZ PODRUČJA ALZHEIMEROVE BOLESTI.	38
GRAFIKON 2.7.3.12. PRIKAZ MIŠLJENJA ISPITANIKA O POBOLJŠANJU NAČINA RADA S OSOBAMA OBOLJELIMA OD AB.	39
GRAFIKON 2.7.3.13. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA IZAZOVIMA S KOJIMA SE SUSREĆU PRI HRANJENJU	40
GRAFIKON 2.7.3.14. PRIKAZ ISPITANIKA PREMA IZAZOVIMA S KOJIMA SE SUSREĆU PRI DAVANJU LIJEKOVA	41

Prilog– anketni upitnik

Poštovani,

Anketni upitnik provodi se uz mentorstvo dr.sc. Melite Sajko. Prikupljeni podaci koristit će se u svrhu izrade završnog rada pod naslovom Izazovi medicinske sestre u skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti. Anketni upitnik ukupno se sastoji od 23 pitanja. Prvih 5 pitanja temelje se na sociodemografskim podacima, a 3 pitanja temelje se na općem znanju. Preostalih 15 pitanja usmjereno je na radno iskustvo i izazove s kojima se medicinske sestre susreću pri skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti. Anketa je anonimna, a ispunjava se svega 5 minuta.

Unaprijed se zahvaljujem na sudjelovanju i odvojenom vremenu.

S poštovanjem,

Sintia Marton, studentica 3. godine preddiplomskog studija sestrištva, Sveučilište Sjever,
Varaždin

Prvi dio: sociodemografski podaci

1. Spol

- Ženski spol
- Muško spol
- Ne želim se izjasniti

2. Dob

- 18 – 25 godina
- 26 – 35 godina
- 36 – 45 godina
- Više od 45 godina

3. Stupanj obrazovanja

- Srednja medicinska škola
- Preddiplomski studij
- Diplomski studij
- Edukacija u određenom području
- Doktorat

4. Radni staž

- 1 – 5 godina
- 6 – 10 godina
- 11 – 15 godina
- 16 – 20 godina
- Više od 20 godina

5. U zdravstvenoj ustanovi radite kao:
- Njegovatelj / njegovateljica
 - Medicinska sestra / tehničar
 - Medicinska sestra / tehničar prvostupnik / ca
 - Magistra / magistar sestrinstva

Drugi dio: Pitanja općeg znanja

6. Koji su najčešći simptomi Alzheimerove bolesti?
- Depresija, dezorijentiranost
 - Poteškoće u verbalnom izražavanju
 - Oštećeno prosuđivanje i razmišljanje
 - Sve navedeno je točno
7. Koji je najčešći uzrok demencije?
- Starost
 - Alzheimerova bolest
 - Smanjena motorika
 - Smanjene razine hormona
8. Koja vrsta pamćenja je zahvaćena kod oboljelih od Alzheimerove bolesti?
- Kratkoročno pamćenje
 - Dugoročno pamćenje
 - Kratkoročno i dugoročno pamćenje
 - Ni jedno pamćenje nije zahvaćeno

Treći dio: pitanja usmjerena iskustvu i izazovima u struci

9. Ukratko napišite koji Vam je najveći izazov u skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti.

10. Koliko često se na svom radnom mjestu suočavate s agresivnim ili dezorijentiranim ponašanjem oboljelog od Alzheimerove bolesti?

- Nikad
- Rijetko
- Povremeno
- Često

11. Kako biste ocijenili kvalitetu komunikacije s oboljelim od Alzheimerove bolesti?
- 5 – sve se dogovorimo bez teškoća
 - 4 – postoje manje poteškoće, ali uspješno komuniciramo
 - 3 – srednje teškoće u komunikaciji, povremeno dolazi do nesporazuma
 - 2 – komunikacija je često otežana, zahtijeva dodatan napor; lakše je komunicirati s bližnjima oboljelog
 - 1 – komunikacija je izrazito teška, nesporazumi i poteškoće dosta su česti
12. Kakvo ste iskustvo imali vezano uz mjere sigurnosti za oboljelog od Alzheimerove bolesti?
- Pacijent je pao tijekom hospitalizacije
 - S obzirom na dezorijentiranost pacijenta bio je potreban nadzor
 - Pacijent je pokušao napustiti odjel
 - Bilo je potrebno povećati mjere sigurnosti pacijenta – staviti zaštitnu ogradu, primijeniti humanu fiksaciju zbog prisutnog nemira i dezorijentacije
 - Pacijent tijekom hospitalizacije nije pao i poduzete su sve mjere sigurnosti
13. Kako procjenjujete bol ako osoba oboljela od Alzheimerove bolesti ne može ili ne zna kako ju pravilno izraziti?
- Konzultiram se s obitelji koja skrbi za oboljelog i pokušavam saznati dodatne informacije koje bi bile pogodne za procjenu boli kod pacijenta
 - Pratim verbalne znakove boli – izraz lica, jecanje ili neki usklik boli
 - Pratim promjene u ponašanju – pacijent postaje nemiran, agresivan, pokazuje mjesto koje ga boli
 - Koristim skale za procjenu boli kao i kod drugih bolesnika
 - Koristim prilagođene skale za procjenu boli
14. Prema Vašem mišljenju je li kontinuitet skrbi za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti dovoljno razvijen?
- Da, smatram da je u Hrvatskoj dobar kontinuitet skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti. Obitelj i pacijent dobro su upućeni u daljnji kontinuitet skrbi nakon što je pacijent otpušten iz bolnice.
 - Ne, smatram da kontinuitet skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti u Hrvatskoj nije dovoljno razvijen. Obitelj i pacijent trebali bi biti bolje upućeni u daljnji kontinuitet skrbi nakon što je pacijent otpušten iz bolnice.
 - Ne znam kakav je kontinuitet skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti u Republici Hrvatskoj.

15. Kako ocjenjujete svoju sposobnost prilikom brige za emocionalno zdravlje oboljelog i njegove obitelji?
- Smatram se kompetentnom / kompetentnim i osjećam se sigurno pri pružanju emocionalne podrške oboljelom i obitelji.
 - Ponekad mi to predstavlja izazov jer ne znam reći prave riječi podrške.
 - Smatram da imam poteškoće pri pružanju emocionalne potpore, te smatram da bi mi edukacija pomogla i poboljšala pristup u takvim situacijama.
 - Nisam siguran/sigurna u svoje kompetencije, te radije pružanje emocionalne podrške prepuštam kolegi/kolegici.
16. Koliko često pružate podršku bližnjima oboljelog od Alzheimerove bolesti?
- Nikad
 - Rijetko
 - Povremeno
 - Često
17. Prema Vašem mišljenju koliko se oboljele osobe mogu samostalno brinuti o sebi?
- Smatram da oboljeli od Alzheimerove bolesti potpuno gube sposobnost o samozbrinjavanju.
 - Smatram da samozbrinjavanje ovisi o stadiju bolesti i sposobnosti samog pacijenta. Važna je kontinuiranost u procjeni njihovih potreba.
 - Moguće da im je teže samozbrinjavanje, no uz podršku najbližih ipak mogu zadržati određeni stupanj samostalnosti.
18. Imate li predrasude o oboljelima od Alzheimerove bolesti?
- Ne, smatram da su svi pacijenti jednaki bez obzira na dijagnozu.
 - Predrasude su bile prisutne, no postepeno kroz radno iskustvo to se promijenilo.
 - Predrasude su bile prisutne, no uz edukaciju pokušavam bolje razumjeti oboljele.
 - Ne znam, nikad nisam previše razmišljao/razmišljala o toj temi.
19. Kako se nosite s emocionalnom iscrpljenošću i stresom pri radu s oboljelim od Alzheimerove bolesti?
- Primjenjujem tehnike opuštanja i vježbe disanja kako bi se stres mogao kontrolirati.
 - Tražim podršku od kolega kako se suočiti s emocionalnim izazovima.
 - Povremeno osjećam emocionalnu iscrpljenost, no trudim se zadržati pozitivan stav.
 - Prisutna je velika emocionalna iscrpljenost i stres.
20. Koju vrstu edukacije smatrate najkorisnijom u Vašem radu s oboljelima od Alzheimerove bolesti?

- Radionice i tečajevi
- Kongres, simpozij
- Online resursi – video, istraživanja
- Nema potrebe za dodatnom edukacijom
- Drugo: _____

21. Što bi po Vašem mišljenju trebalo poboljšati kako bi se izazovi o skrbi za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti smanjili?

- Omogućiti bolju edukaciju kako bi se unaprijedila skrb za oboljele od Alzheimerove bolesti
- Smanjenje predrasuda o oboljelima od Alzheimerove bolesti
- Olakšati obitelji skrb za oboljelog uz financijsku potporu
- Poboljšati kontinuitet skrbi za pacijenta kako bi se osigurala podrška ne samo pacijentu, već i njegovoj obitelji
- Drugo: _____

22. Postoji li izazov pri hranjenju oboljelog od Alzheimerove bolesti?

- Pacijentu se tijekom hranjenja osigura dovoljno vremena i strpljenja za obrok.
- Pacijentu je zbog otežanog gutanja prilagođena tekstura hrane
- Pacijent često zaboravlja da je jeo pa ponovno traži da mu se donese obrok
- Drugo: _____

23. Postoji li izazov pri davanju lijekova oboljelima od Alzheimerove bolesti?

- Pacijent često zaboravlja uzeti lijekove ili ih odbija uzeti
- Pacijentu je zbog otežanog prisjećanja potrebno prilagoditi raspored uzimanja lijekova
- Pacijenta treba nadzirati prilikom primjene lijekova
- Pacijentu je zbog otežanog gutanja potrebno usitniti lijekove
- Drugo: _____



SVEUČILIŠTE
SIEVER

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, **Sintia Marton** pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom „**Izazovi medicinske sestre u skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti**“ te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Sintia Marton


(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, **Sintia Marton** neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom „**Izazovi medicinske sestre u skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti**“ čiji sam autor/ica.

Student/ica:
Sintia Marton


(vlastoručni potpis)