

Posebnost skrbi kod osoba oboljelih od demencije

Košćak, Antonija

Undergraduate thesis / Završni rad

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:237756>

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

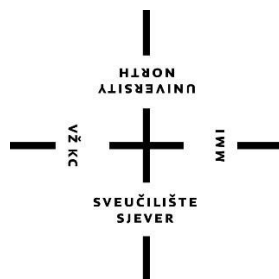
Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-19**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





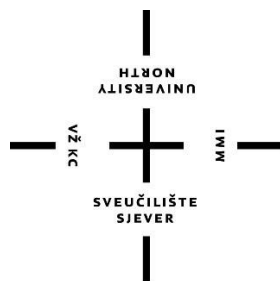
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1288/SS/2020

Posebnost skrbi kod osoba oboljelih od demencije

Antonija Koščak, 2460/336

Varaždin, rujan 2020. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1288/SS/2020

Posebnost skrbi kod osoba oboljelih od demencije

Student

Antonija Koščak, 2460/336

Mentor

Melita Sajko, mag.soc.geront.

Varaždin, rujan 2020. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Antonija Koščak

MATIČNI BROJ 2460/336

DATUM 15.7.2020.

KOLEGIJ Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije

NASLOV RADA Posebnost skrbi kod osoba oboljelih od demencije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Special features of care for people with dementia

MENTOR Melita Sajko, mag.soc.geront.

ZVANJE viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, predsjednik
2. Melita Sajko, mag.soc.geront., mentor
3. dr.sc. Irena Canjuga, član
4. dr.sc. Jurica Veronek, zamjenski član
- 5.

Zadatak završnog rada

BROJ 1288/SS/2020

OPIS

Starenje predstavlja nezaustavljiv i rastući proces koji započinje rođenjem i traje do kraja života. Proces starenja obuhvaća brojne promjene na svim organskim sustavima pa tako i na središnjem živčanom sustavu. Promjene na središnjem živčanom sustavu najviše su vidljive na kognitivnom funkcioniranju starije osobe. Svjetska zdravstvena organizacija demenciju definira kao sindrom, najčešće kroničnog ili progresivnog tijeka, kod kojeg dolazi do opadanja kognitivnih funkcija izvan onoga što bi se moglo očekivati kod normalnog starenja. Demencija utječe na pamćenje, razumijevanje, prosuđivanje i orijentaciju. Dijagnosticiranje same bolesti nije lako. Specifična terapija za demenciju ne postoji, zbog toga se zdravstvena njega i liječenje usmjeravaju na lijekove koji su djelotvorni u prvoj fazi nastanka bolesti te na sprječavanju komplikacija.

U radu je potrebno: -definirati pojam demencije

- opisati simptome, vrste, dijagnoze i liječenje demencije
- opisati najčešće sestrinske dijagnoze i intervencije
- opisati komunikaciju s osobom oboljelom od demencije
- opisati sestrinsku skrb za osobu oboljelu od demencije

ZADATAK URUČEN

21. 07. 2020.



[Handwritten signature]

Predgovor

Željela bih se zahvaliti svojoj mentorici, poštovanoj Meliti Sajko, mag.soc.geront. na stručnoj i nesebičnoj pomoći, odvojenom vremenu, ispravcima i sugestijama koji su pridonijeli realizaciji ovog rada. Zadovoljstvo je imati takvu profesoricu i pohađati njena predavanja, a još veće je zadovoljstvo biti pod vodstvom takve mentorice, prepune znanja i iskustva, koja je uvijek spremna pomoći i usmjeravati. Hvala svim predavačima i kolegama Sveučilišta Sjever koji su doprinijeli da vrijeme provedeno na studiju bude vrijedno i posebno iskustvo.

Posebno zahvaljujem svojoj obitelji na strpljenju, podršci i razumijevanju tijekom studiranja. Hvala što ste mi oduvijek ukazivali na vrijednost obrazovanja, vjerovali i ulagali u mene te mi pomogli da ostvarim svoj san.

Sažetak

Starenje predstavlja progresivan i ireverzibilan proces koji započinje rođenjem i traje do kraja života. Proces starenja obuhvaća brojne promjene na svim organskim sustavima pa tako i na središnjem živčanom sustavu. Promjene na središnjem živčanom sustavu najviše su vidljive na kognitivnom funkcioniranju starije osobe. Bolest ili sindrom koji najviše pogađa kognitivno funkcioniranje naziva se demencija. Demenciju možemo definirati kao sindrom progresivnog tijeka kod kojeg dolazi do narušavanja kognitivnih funkcija. Demencija utječe na pamćenje, razumijevanje, prosuđivanje i orijentaciju. S napretkom demencije dolazi do smanjenja te nemogućnosti obavljanja osnovnih životnih potreba. Demenciju je potrebno razlikovati od zaboravljivosti u starijoj životnoj dobi zbog sličnih znakova, ali različitog tijeka. Osobe koje boluju od demencije prisjećaju se događaja iz djetinjstva, ali nisu u mogućnosti prisjetiti se nekih događaja koji su se dogodili nedavno. U najčešće oblike demencije spada demencija Alzheimerovog tipa i Vaskularna demencija koje su zajedno odgovorne za oko 90% slučajeva demencije. Ostale zastupljene vrste su Frontotemporalna demencija te demencija s Lewyjevim tjelešcima. Skrb za oboljelu osobu na početku bolesti preuzima obitelj u ulozi neformalnih njegovatelja. Takva vrsta skrbi najzahtjevniji je oblik zbog intenzivne i dugotrajne njege. Osoba koja brine o oboljelom članu obitelji mora znati sve o demenciji od početka bolesti pa do faze potpune nepokretnosti. Kada dođe vrijeme smještaja osobe u odgovarajuću ustanovu treba voditi računa o tome da je smještaj siguran, miran te prilagođen za osobe koje boluju od demencije. Medicinska sestra preuzima važnu ulogu u njezi oboljelih osoba, ali i članova njezine obitelji. Intervencije koje primjenjuje kod oboljelih mijenjaju se s progresijom bolesti i pogoršanjem stanja. Medicinska sestra savjetuje obitelj s ciljem pružanja savjeta za njegu oboljelog, napretku bolesti te kako poboljšati kvalitetu života oboljelog. Osobi oboljeloj od demencije važno je od početka razvoja bolesti pa sve do uznapredovalog stadija zadržati njeno dostojanstvo.

Ključne riječi: demencija, medicinska sestra, oboljela osoba, skrb

Summary

Aging is a progressive, irreversible process that starts at birth and lasts until death. The aging process is characterized by numerous changes in all organ systems, including the central nervous system. The changes in the central nervous system are most obvious in the older person's cognitive functioning. The illness or syndrome that affects cognitive functioning the most is called dementia. Dementia can be defined as a progressive syndrome that causes the distortion of cognitive functions. Dementia affects memory, understanding, judgement and orientation. With the progression of the illness, the ability to perform basic living needs gradually diminishes and eventually disappears. Due to similar signs, but different progression, it is necessary to distinguish between dementia and older age forgetfulness. Persons who suffer from dementia can remember the events from their childhood but cannot remember recent events. The most common forms of dementia are the Alzheimer's-type dementia and vascular dementia, which are responsible for around 90% of dementia cases. Other types of dementia that can be seen are frontotemporal dementia and Lewy body dementia. The patient's family members usually take care of the patient in the earlier stages of the illness as informal caregivers. This type of caregiving is the most demanding due to the intensive and long-lasting care that is necessary. The caregiver must know everything about the illness, from its very onset to the complete immobility phase. When the time comes to place the patient into an appropriate institution, one should make sure that the institution is safe, serene and appropriate for dementia patients. At this point a nurse takes over the patient care, but also the care of the patient's family. The interventions that are performed change with the progression of the illness. The nurse advises the family about taking care of the patient, the progression of the illness and the improvement of the patient's quality of life. It is crucial to maintain the patient's dignity from the very onset of the disease to its advanced stadium.

Keywords: dementia, nurse, patient, caregiving

Popis korištenih kratica

AB - Alzheimerova bolest

VD – Vaskularna demencija

MMSE - Mini Mental State Examination

HZZO – Hrvatski Zavod za zdravstveno osiguranje

KKS – kompletna krvna slika

SE – sedimentacija eritrocita

DASH – The Dietary Approaches to Stop Hypertension

MIND – Mediterranean Dash Intervention for Nuerodegenerative Delay

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Demencija.....	3
2.1. Epidemiologija demencije.....	3
2.2. Klinička slika demencije	4
2.3. Dijagnoza demencije	5
2.4. Prevencija demencije.....	5
2.5. Liječenje demencije.....	7
3. Klinički oblici demencije.....	9
3.1. Demencija Alzheimerovog tipa.....	9
3.2. Vaskularna demencija	9
3.3. Frontotemporalna demencija.....	10
3.4. Demencija s Lewyjevim tjelešcem.....	10
4. Skrb za bolesnika s demencijom	11
4.1. Komunikacija s osobama oboljelim od demencije.....	12
4.2. Prehrana oboljelih od demencije	14
5. Zdravstvena njega za bolesnika s demencijom.....	16
5.1. Prikupljanje podataka i potreba za zdravstvenom njegom.....	17
6. Sestrinski problemi	18
6.1. Kronična konfuzija u/s neurološke disfunkcije.....	18
6.2. Nemoć u/s pogoršanjem stanja.....	19
6.3. Smanjena mogućnost brige o sebi – hranjenje	20
6.4. Smanjena mogućnost brige o sebi - odijevanje/dotjerivanje.....	21
6.5. Smanjenja mogućnost brige o sebi – osobna higijena.....	22
6.6. Smanjena mogućnost brige o sebi – eliminacija	23
6.7. Visok rizik za pad.....	24
6.8. Rizik za opterećenje njegovatelja u/s mnogobrojnih zadataka, trajanja i zahtjeva prema njegovatelju	25

7.	Smještaj osoba oboljelih od demencije	26
8.	Pomoć i edukacija obitelji osobe oboljele od demencije.....	29
9.	Zaključak	31
10.	Literatura.....	32

1. Uvod

Starenje predstavlja nezaustavljiv i napredan proces koji započinje rođenjem i traje do kraja života. U Hrvatskoj svake godine zamjećujemo povećanje broja ljudi starije životne dobi. Proces starenja obuhvaća brojne promjene na svim organskim sustavima pa tako i na središnjem živčanom sustavu. Promjene na središnjem živčanom sustavu najviše su vidljive na kognitivnom funkcioniranju starije osobe. Demencija je bolest koja u velikoj mjeri pogađa kognitivno funkcioniranje starije osobe [1].

Demenciju možemo definirati kao sindrom progresivnog tijeka kod kojeg dolazi do narušavanja kognitivnih funkcija. Kod demencije posebno su oštećene sposobnosti pamćenja, učenja, apstraktnog mišljenja, orijentacije te poimanja vidno-prostornih odnosa. Demenciju se ne može promatrati kao jedinstvenu dijagnozu, već kao skup simptoma koji rezultiraju nemogućnošću obavljanja osnovnih društvenih, moralnih te radnih obaveza. Demencija se ne smatra normalnim djelom starenja već bolešću, javlja se nakon 65. godine života te je potrebno razlikovati demenciju od staračke zaboravljivosti. Najčešće vrste demencije su Alzheimerova demencija (AD) i vaskularna demencija (VD), koje su zajedno odgovorne za oko 90% slučajeva demencije. Ostale zastupljene vrste su Pickova atrofija, Frontotemporalna demencija te demencija s Lewjevim tjelešcima (Lewy body demencija) [2].

Kod svake vrste demencije simptomi se sve više javljaju napretkom bolesti. Gubitak kratkoročnog pamćenja prvi je od simptoma koji se pojavljuje. Demencija ima tri stadija. Rani, srednji te stadij potpuno razvijene bolesti. Dijagnosticiranje same bolesti nije lako. Početak demencije je neprimjetan, bolest postepeno napreduje te zbog toga oboljele osobe dugo funkcioniraju normalno. Obitelj i osobi oboljeloj bliske osobe prve primjećuje promjene. Dijagnoza se postavlja uz pomoć dobro uzete anamneze od oboljele osobe u ranoj fazi ili od skrbnika oboljele osobe kada se radi o uznapređovalom stadiju demencije. Demenciju možemo opisati kao bolest koja polako oduzima pacijenta prije njegove stvarne smrti te stavlja na kušnju ljubav njegovih bližnjih te strpljivost i stručnost medicinskog osoblja. Bolesniku nikakvim do sada poznatim načinom liječenja nije moguće vratiti izgubljene živčane stanice u mozgu, no možemo mu pomoći da kontrolira vrijednosti krvnoga tlaka, razinu masnoća i šećera u krvi, prekinuti pušenje, smanjiti korištenje alkohola, liječiti bolesti srca i karotidnih arterija. Na takav način umanjuje se mogućnost nastanka novih incidenata u moždanom krvožilju, te time usporava

napredovanje demencije. Specifična terapija za demenciju ne postoji, zbog toga se zdravstvena njega i liječenje usmjeravaju na lijekove koji su djelotvorni u prvoj fazi nastanka bolesti te na sprječavanje komplikacija [3].

Skrb za osobu s demencijom predstavlja težak i iscrpljujući posao. Njegovatelji se trebaju suočiti s činjenicom da unatoč velikom trudu koji ulažu, a s progresijom bolesti potreban je sve veći trud, osoba se neće izliječiti već će biti sve lošije. Vrlo je važno pronaći motivaciju i ravnotežu između njege za oboljelu osobu kako bi sami sebe očuvali u tom procesu. Potrebno je poznavati tijek bolesti kako bi se mogli spriječiti problemi do kojih može doći razvojem bolesti te prevladavanje poteškoća u komunikaciji zbog kojih dolazi uslijed bolesti. Zdravstveno osoblje dolaskom oboljele osobe u ustanovu ne preuzima skrb samo za tu osobu već i za članove njegove obitelji kojima je ovakva situacija stresna i uznemirujuća. Medicinsko osoblje važno je educirati o samoj demenciji i promjenama koje nastaju kod pacijenta kao i o komunikaciji s osobama oboljelim od demencije, ali i obitelji. Komunikacija je jedna posebno važna stavka kod osoba oboljelih od demencije. Ona se može najjednostavnije definirati kao način prijenosa poruke od pošiljatelja do primatelja. Međutim kod osoba koje pate od demencije ona nije tako jednostavna jer se mijenja kompletno funkcioniranje oboljelih. Zbog toga je poseban izazov čim duže održavati komunikaciju s osobama oboljelima od demencije. Medicinske sestre i tehničari intervencije moraju prilagoditi svakom pojedinom pacijentu. Intervencije bi se trebale voditi kako bi se oboljelim osobama poboljšala kvaliteta života jer se demencija ne može izliječiti već se njome treba i može naučiti živjeti [4].

Osobi koja boluje od ove teške bolesti ne možemo ni na koji način liječenja vratiti izgubljene živčane stanice u mozgu, no različitim preventivnim mjerama možemo umanjiti mogućnost nastanka novih incidenata u moždanom krvožilju i time usporiti napredovanje bolesti. Važno je kontroliranje krvnog tlaka, razine šećera u krvi te savjetovanje smanjenog korištenja alkohola i prekidanje pušenja. S obzirom da demencija svake godine zahvaća sve više starije populacije važno je ljude educirati i pružiti im što više znanja o demenciji kako bi se znali ophoditi prema oboljeloj osobi ako se tijekom života nađu u ulozi neformalnog ili formalnog njegovatelja. Važno je znati što osoba za sebe može učiniti kako bi umanjila rizik za razvoj demencije za koju puno puta možemo čuti da uzima osoba i prije njezinog konačnog odlaska [5].

2. Demencija

Demencija označava kronično i ireverzibilno oštećenje kognitivnih funkcija važnih za obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Kod oboljelih osoba posebno su oštećene sposobnosti pamćenja, učenja, apstraktnog mišljenja, orijentacije te poimanja vidno-prostornih odnosa [6].

Demencija može nastati kao posljedica neurodegenerativnih, vaskularnih, infektivnih, traumatskih, metaboličko-toksičkih i neplastičnih zbivanja [7]. Oboljeti od demencije može bilo tko, no rizik se povećava s godinama, stoga je većina oboljelih osoba starije životne dobi. Demencija je posljedica oštećenja mozga te ne predstavlja uobičajen tijek starenja. Kod oboljele osobe dolazi do problema u profesionalnom i socijalnom funkcioniranju te s vremenom dovodi do potpune ovisnosti o drugim osobama. Osobe koje se nalaze najbliže oboljeloj osobi prve primjećuju novonastale promjene. Bolest napreduje postepeno i nema promjena u fizičkom izgledu osobe. Oboljele osobe imaju različite potrebe te zahtijevaju strpljenje, razumijevanje i empatiju skrbnika ili zdravstvenih djelatnika s kojima se susreću u bolnici [8].

Medicinsko osoblje mora biti upoznato s cijelom prirodom bolesti kako bi što bolje pristupili bolesniku. Komunikacija zahtjeva prilagođavanje određenom stadiju bolesti. U radu s oboljelim osobama važno je primijeniti holistički pristup u svim aspektima sestrinske skrbi. Osobi oboljeloj od demencije važno je da stekne povjerenje u medicinsko osoblje te da joj se olakša komunikacija što postizemo ugodnim ozračjem. Od medicinskog osoblja, koje skrbe za oboljele osobe, zahtjeva se kontinuirana nadogradnja znanja kako bi pružili adekvatnu skrb bez obzira u kojoj se fazi bolesti osoba trenutno nalazi [9].

2.1. Epidemiologija demencije

Kako se prosječna dob stanovništva produžuje, možemo očekivati da će demencija u skoroj budućnosti postati vodeći medicinski, društveni i ekonomski problem modernog društva [10].

Prema svjetskom izvješću iz 2015. godine broj oboljelih od demencije iznosi 46,8 milijuna ljudi. Učestalost demencije kod osoba starijih od 60 godina u srednjoj Europi iznosi 4,65%, u zapadnoj Europi 6,8%, a u istočnoj Europi 5,73%. Broj osoba starijih od 60 godina koje boluju od demencije iznosi 47 958. Pretpostavlja se da će se rast nastaviti i u budućnosti posebno u zemljama

s visokim i srednje visokim porastom dohotka što će konačno dovesti do 74,7 milijuna oboljelih ljudi do 2030.godine. U dobi iznad 65 godina demenciju razvije oko šest od sto ljudi, a u dobi od 85 godina demencija se javlja kod dvadeset od sto ljudi. Kod mlađih ljudi demencija se rijetko javlja, jedna osoba oboli od 1000. Većina oboljelih osoba ovisna je o tuđoj pomoći i njezi druge osobe [11].

2.2. Klinička slika demencije

Napretkom bolesti osoba se konstantno izmjenjuje odnosno pojavljuju se novi simptomi. Bolest može imati kraća ili duža stagniranja. U početku simptomi su gotovo neprimjetni tako da se njihovo puno značenje može vidjeti tek kasnije. Jedan od najčešćih simptoma demencije ističe se gubitak pamćenja te zaboravljivost. Oboljela osoba lako zaboravlja te se teško prisjeća događaja koji su se nedavno dogodili. Specifičnost ove bolesti jest u tome da se prisjećaju davnih događaja. Znakove i simptome demencije možemo podijeliti na tri razdoblja s obzirom na stupanj razvoja same bolesti: rani stadij, napredovali stadij te stadij potpuno razvijene bolesti [12].

Rani stadij demencije je postupan stoga se često zanemaruje. Uobičajeni simptomi uključuju zaboravljivost, gubitak pojma o vremenu što može dovesti da se osoba izgubi na njemu poznatim mjestima. Pojavljuju se promjene raspoloženja u vidu razdražljivosti. Uz dodatnu motivaciju oboljela osoba u mogućnosti je obavljati mnogo poslova samostalno [13].

Znakovi i simptomi postaju jasniji i ograničavajući kako se demencija razvija u srednju fazu. Ona obuhvaća zaboravljanje nedavnih događaja te imena ljudi, moguće je da se oboljela osoba osjeća izgubljeno u vlastitom domu. Javljaju se sve veće poteškoće u komunikaciji te potreba za pomoći u osobnoj njezi. Osobe sve više mijenjaju svoje ponašanje, lutaju te neprestano ispituju isto pitanje. U ovoj fazi često dolazi do sagorijevanja članova obitelji stoga ih je potrebno educirati da su novonastale promjene odraz bolesnog procesa [13].

Stadij potpuno razvijene bolesti karakterizira potpunu ovisnost oboljelog te neaktivnost. Poremećaji u pamćenju postaju ozbiljni, a fizički simptomi i znakovi sve očitiji. Osoba oboljela od demencije ne prepoznaje vlastitu obitelj ni prijatelje te je nesvjesna vremena i prostora u kojem se nalazi. Javljaju se poteškoće pri hodanju što rezultira sve većom potrebom za pomoću druge osobe. Promjene ponašanja ponekad prelaze u agresiju [13].

2.3. Dijagnoza demencije

Kod sumnje na demenciju najčešće liječnik, psihijatar ili neurolog, mora utvrditi jesu li kod bolesnika u značajnoj mjeri oštećene barem dvije ili više moždanih funkcija kao što su pamćenje, govorne funkcije, jezično izražavanje te kognitivne vještine poput prosuđivanja i zaključivanja. Postavljanje dijagnoze za demenciju uključuje uzimanje detaljne anamneze od bolesnika, heteroanamnestičkih podataka od najbliže bolesnikove osobe, obiteljske anamneze te fizikalnog, neurološkog i psihijatrijskog pregleda. U dijagnostici također se koristi test za procjenu demencije pod nazivom Mini Mental State Examination ili MMSE. Pomoću ovakvog testa kroz desetak minuta dobivamo osnovne podatke o orijentaciji bolesnika u vremenu i prostoru, pamćenje osnovnih pojmova, sposobnosti osnovnih računskih operacija, čitanja i pisanja. Od velikog su značaja razni neuropsihološki testovi koji imaju značenje u dijagnostici jer u velikoj mjeri ovise o liječenju i daljnjem tijeku bolesti. Laboratorijska dijagnostika uključuje krvne pretrage (KKS, SE, biokemijske pretrage, parametri jetrenih enzima, bubrežne funkcije, serološke pretrage), specifične pretrage (imunološka analiza seruma, Ca^{++} u plazmi i urinu, biopsija mozga) te analizu likvora prema odredbi liječnika. Snimka elektroencefalograma, računalna tomografija te magnetna rezonancija danas su neizostavan dio dijagnostičke obrade svakog pacijenta sa oštećenjem mozga sa posljedičnom demencijom [14].

2.4. Prevencija demencije

Demencija može pospješiti i uzrokovati različite organske bolesti. Kako bi se na vrijeme dijagnosticirao nastanak bolesti te ista održala pod kontrolom potrebna je redovita i sustavna liječnička kontrola. Prevenirati demenciju možemo aktivacijom mozga čitanjem knjiga, rješavanjem križaljka te igranjem društvenih igara. Lijek za demenciju ne postoji pa tako ne postoji ni specifična prevencija. Rizik od nastanka demencije možemo umanjiti pridržavanjem preporuka liječnika, zdravim načinom života te izbjegavanjem rizičnih čimbenika. Za smanjenje razvoja demencije preporučuje se pravilna i uravnotežena prehrana, održavanje preporučene tjelesne mase, redovita tjelesna aktivnost, održavanje krvnog tlaka u normalnim vrijednostima, smanjenje stresa te izbjegavanje alkohola i pušenja [15]. Održavanje stalne kognitivne aktivnosti pridonosi

prevenciji demencije i povećanju kognitivnih rezervi. Jedan dio osoba oboljelih od demencije ima manje simptoma bolesti ili ih bolje podnosi za razliku od ostale skupine koja u kratkom vremenskom periodu pokazuje naglo opadanje kognitivnih funkcija, iako se nalaze u istoj fazi demencije. Osobe s višom kognitivnom rezervom lakše podnose oštećenja mozga prouzročena starenjem ili bolešću i bolje se s njima nose, koristeći plastičnost mozga i kompenzatorne mehanizme mozga. Rezerva mozga dijeli se na aktivnu i pasivnu. Pri tome je veličina mozga i broj neuronskih stanica pasivna ili moždana, a kognitivna rezerva je aktivna rezerva. Moždanu rezervu može se mjeriti anatomskim pokazateljima kao što su volumen mozga, opseg lubanje, brojnost sinapsi i razgranatost dendrita. Kognitivnu rezervu mjerimo pomoću varijabli vezanih uz životno iskustvo kao što su godine edukacije, kompleksnost zanimanja te aktivnost slobodnog vremena [3].

Oduprijeti se kognitivnom opadanju s poodmaklom dobi, izazovan je, ali i važan problem zemalja razvijenog svijeta. Postavljanje ciljeva, planiranje, odlučivanje te usmjeravanje i održavanje pažnje samo su neki od potreba za svakodnevno funkcioniranje osobe. Neke od navedenih funkcija polako se počinju smanjivati u poodmakloj dobi, no postoje načini i metode kojima se mogu održati pri optimalnoj razini funkcioniranja te na taj način spriječiti pojavu demencije. Mnogi radovi navode terapiju glazbom i plesom kao korisnu metodu u radu sa starijim osobama. Terapija glazbom i plesom ima značajan doprinos u produbljivanju i građenju socijalnih odnosa koji su posebice značajni u starijoj dobi te podupiru kognitivnu fleksibilnost. Ovaj oblik terapije prikladan je za primjenu unutar starije populacije za prevenciju demencije, ali i kod osoba oboljelih od demencije jer utječe na razne aspekte bolesti (kognitivne, komunikacijske, psihosocijalne, emocionalne i bihevioralne) te je sredstvo dobre komunikacije, samo izražavanja i socijalne aktivnosti. Osobama starije životne dobi naročito se lako može obratiti glazbom, a činjenica da su moždana područja zadužena za obradu glazbe među posljednjim na meti od moždanog propadanja te relativno očuvana i u kasnijim fazama bolesti, terapija plesom daje status jedinstvenog pristupa u dolaženju do uskladištenog znanja i sjećanja koja upravljaju određenim ponašanjima te posebnog načina uspostavljanja osjećaja blagostanja i održavanja kvalitete života [16].

Jedno od istraživanja koje sam pronašla nastalo je 2012. godine i u njemu se između ostalog istraživala kvaliteta komunikacije, no u kontekstu terapije plesom i pokretom u krugu. Naime, promatrali su učinak terapije plesa u krugu na dobrobit i blagostanje osoba s demencijom

i njihovih njegovatelja. Rezultati su pokazali kako je ova vrsta plesnog izražaja imala pozitivan utjecaj na odnos između oboljelih i njihovih bližnjih (partnera ili djece). Takva vrsta intervencije potencijalno može imati pozitivan učinak na ponovno povezivanje oboljelih s njihovim prošlim iskustvima koja su vjerojatno zaboravili i odnosima, te može poboljšati njihov osjećaj osobnosti i povezanost sa sobom. Krug ima poseban pozitivni učinak, pošto pruža utisak sigurne okoline i simbolizira povezanost i dijeljenje. Ples u krugu potječe još iz dana tradicionalnih zajednica koje su plesale zajedno s ciljem osnaživanja i povezivanja zajednice. Krug je odabran u ovom istraživanju pošto pruža mogućnost sudjelovanja osobama svih dobi i sposobnosti, sa ciljem sudjelovanja svih članova grupe. Sama kvaliteta izvedbe plesnih pokreta pada u drugi plan. Ples u krugu pruža mogućnost provođenja različitih aktivnosti i radnji, kao što je međusobno dodirivanje, držanja za ruke, te zajedničko kretanje kroz prostor. Sudjelovanje i izvođenje aktivnosti u krugu, članovima grupe daje osjećaj pripadnosti. Navedene mogućnosti plesa u krugu doprinose ponovnom povezivanju oboljelih s njihovim članovima porodice te povezivanje sa širom okolinom, jer se komunikacija provodi kroz neverbalne medije te se na taj način nadilaze poteškoće koje za ovu populaciju može zadavati verbalna komunikacija. Za osobe s demencijom, koje imaju poteškoća u orijentaciji u vremenu i prostoru i čiji osjećaj osobnosti može biti poremećen, ova metoda može pružiti osjećaj integracije i povezanosti sa samim sobom i okolinom, te tako otkloniti strah i izolaciju, barem tijekom vremena trajanja seanse [17].

2.5. Liječenje demencije

Liječenje demencije usmjereno je na ublažavanje simptoma, kognitivnu rehabilitaciju te modifikaciju rizičnih čimbenika. Važno je da uz pomoć odgovarajućeg lijeka poboljšamo funkcioniranje i kvalitetu života osoba oboljelih od demencije. Od iznimne je važnosti rana dijagnostika bolesti jer lijekovi najbolju djelotvornost pokazuju u vrijeme ranog stadija bolesti [18].

Prvi lijekovi koji su se počeli koristiti kod bolesnika sa Alzheimerovom demencijom nazivaju se inhibitori kolinesteraze. Lijek iz ove skupine naziva se takrin za koji se kasnije ustanovila hepatotoksičnost. Danas se u liječenju AB primjenjuju lijekovi sa sličnom farmakološkom aktivnošću kao donepezil, rivastigmin i galantamin. Navedeni lijekovi dovode do

povećanja razine acetilkolina te poboljšavaju bolesnikovo svakodnevno funkcioniranje i smanjuju propadanje kognitivnih funkcija u razdoblju od tri godine. Sljedeći lijek koji se primjenjuje jest memantin koji kontrolira AB, ali je ne liječi. Poboljšanje kognitivnih i psihomotornih sposobnosti te manja ovisnost o tuđoj pomoći proizlaze djelovanjem memantima. Određeni antidemantivni lijekovi ne nalaze se na osnovnoj listi HZZ-a već na dopunskoj što od bolesnika zahtjeva participaciju na lijek koji sami moraju platiti. U tijeku su brojne kliničke studije koje ispituju nove mogućnosti liječenja AB s lijekovima koji bi djelovali na sam mehanizam bolesti. U liječenju Vaskularne demencije važno je liječiti bolest krvnih žila mozga, odnosno osnovnu bolest koja ju uzrokuje. Važno je svakodnevno kontrolirati vrijednosti krvnog tlaka, pridržavati se pravilne prehrane, prestati sa pušenjem te smanjiti alkohol te liječiti kardiovaskularne bolesti [19].

S ciljem prevencije ili usporenja bolesti, kod žena, počela se primjenjivati hormonska nadomjesna terapija. Takva vrsta liječenja nije pokazala zadovoljavajuće rezultate te se ne primjenjuje. Najnovije spoznaje o AB upućuju da će liječenje ove teške bolesti biti moguće samo ako se s njime započne dovoljno rano, što nameće potrebu da se bolesnici prepoznaju u ranim predormalnim i presimptomatskim fazama bolesti, a to je moguće podizanjem javne svijesti o važnosti ranog prepoznavanja i liječenja AB [20].

Ginko biloba može poboljšati rad mozga i spriječiti daljnji gubitak kratkoročnog pamćenja kod ljudi koji boluju od demencije. Klinički značajan pripravak na bazi ekstrakta ginka može postati djelotvoran nakon dugotrajnog korištenja. Ginko od aktivnih sastavnica sadrži terpene te flavonoide. Pospješuje prokrvljenost cerebralnih i perifernih arterija te poboljšava mikrocirkulaciju. Postupno dolazi do bolje funkcije mozga. Primjena ginka preporučuje se u zdravih osoba starije životne dobi. Kod osoba koje pokazuju prve znakove demencije savjetuje se dugotrajno uzimanje pripravka na bazi ekstrakta ginka [21].

Sam proces liječenja osoba oboljelih od demencije obuhvaća intervencije koje su uz lijekove veoma učinkovite. Kako bi oboljela osoba što duže i bolje očuvala socijalni status te da lakše prihvati novonastalu situaciju važno je provesti socioterapijski program. Psihoterapijske metode obuhvaćaju uključivanje u različite profesionalne grupe, kognitivno aktiviranje te fizikalnu terapiju. Fizikalna terapija pokazuje učinak na snagu i pokretljivost te pomaže u pronalaženju samog sebe [22].

3. Klinički oblici demencije

3.1. Demencija Alzheimerovog tipa

Alzheimerova bolest je najčešći uzrok demencije. Rizični faktor za razvoj bolesti je dob. AB je teška, progresivna i za sada neizlječiva bolest koja se iskazuje oštećenjem kognitivnih funkcija kao oštećenje pamćenja, afazija, apraksija, agnozija, poremećaj izvršnog funkcioniranja. Ameloidne pločice i neurofibrilarna zapetljanja sprječavaju komunikaciju između živčanih stanica te uzrokuju njihovo odumiranje. Točan uzrok Alzheimerove bolesti ostaje nepoznat. Češća je kod ženskog spola jer se smatra da žene imaju dulji životni vijek [23].

Poremećaj počinje podmuklo i razvija se polako, ali stalno napreduje tijekom godina. Bolest uglavnom počinje nakon 65. godine, ali može početi i ranije. Ako se javi ranije, ima brzi tijek s izraženim višestrukim poremećajima viših kortikalnih funkcija. Ako uslijedi nakon 65. godine života, tijek je polagan i prevladava poremećaj pamćenja. Bolest je obično sporog tijeka, postupno progresivna te je vrijeme preživljavanja 8 godina i varira od 1 do 20 godina [24].

3.2. Vaskularna demencija

Vaskularna demencija je karakterizirana kognitivnim propadanjem zbog cerebrovaskularne bolesti, nakon ishemijskog ili hemoragijskog moždanog udara kao i zbog srčanih i cirkulacijskih bolesti. Najčešće se pojavljuje u starijoj životnoj dobi i nešto je češća u muškaraca. Bolesnici kroz duži period mogu biti relativno stabilno, stoga se simptomi mogu pojaviti iznenada nakon moždanog udara ili se javljaju postepeno s napretkom bolesti. Vaskularna demencija i Alzheimerova bolest imaju podudaranje predisponirajućih faktora pa je često postojanje znakova vaskularnog kognitivnog poremećaja u bolesnika s Alzheimerovom bolesti. Vaskularnu demenciju karakteriziraju poremećaji pamćenja i samostalnog funkcioniranja, afazija i apraksija. Liječenje se treba bazirati na odgovarajućim preventivnim mjerama i liječenju vaskularnih čimbenika rizika (vježbanju, liječenju hipertenzije, prestanku pušenja, kontroli dijabetesa) pa bi time vaskularna demencija mogla biti jedina demencija koja se može prevenirati i učinkovito liječiti. Bolest može trajati i desetak godina te završava smrtnim ishodom [25].

3.3. Frontotemporalna demencija

Frontotemporalna demencija odnosi se na sporadičan nasljedni poremećaj koji zahvaća frontalne i temporalne režnjeve mozga. Glavni oblici ove demencije jesu frontalni, gdje dolazi do promjena u ponašanju i osobnosti, te temporalni koji uključuje probleme u izražavanju. Simptomi se pojavljuju u mlađoj životnoj dobi između 45. i 65. godine života. Frontalni režnjevi mozga odgovorni su za mogućnost zaključivanja i ponašanja stoga osobe s ovom bolesti češće imaju problema s održavanjem društveno prihvatljivog ponašanja. Kod oboljelih osoba javlja se agresivnost, impulzivno ponašanje, nepristojnost te zanemarivanje odgovornosti. Frontotemporalna demencija često se naziva i Pickovom bolesti [26].

3.4. Demencija s Lewyjevim tjelešcem

Lewyjeva tjelešca su abnormalne nakupine bjelančevina alfa-sinukleina koje se stvaraju u živčanim stanicama. Nakupine bjelančevina nalaze se u specifičnim dijelovima mozga te uzrokuju promjene u razmišljanju, ponašanju i kretanju. Demencija s Lewyjevim tjelešcima obično se javlja kod osoba starijih od šezdeset godina i treća je po učestalosti nastanka [26].

Ova vrsta demencije često se međusobno preklapa s Parkinsonovom bolesti. Kako Parkinsonova bolest napreduje tako se u većine oboljelih osoba s vremenom javlja demencija. Na početku dolazi do aksijalnog rigiditeta s nestabilnošću hoda dok se tremor javlja u kasnijim fazama. Izražene su promjene pažnje, budnosti, javljaju se vizualne halucinacije te konfuzije i lucidnost koje se izmjenjuju u razmacima od nekoliko dana do nekoliko tjedana. Poremećaji u snu javljaju se u obliku hypersomnije i parasomnije. Može doći do sinkopa i padova, a pacijent pokazuje veliku osjetljivost na antipsihotike. Kako bi dijagnosticirali demenciju s Lewyjevim tjelešcima potrebna su dva od tri pozitivna obilježja odnosno poremećaji kognicije, vidne halucinacije, te parkinsonizam. Ako se prvotno jave kognitivni simptomi bolest se dijagnosticira kao demencija [27].

4. Skrb za bolesnika s demencijom

Osobe oboljele od demencije zahtijevaju što dulje održavanje kvalitete života odgovarajućom skrbi. Na početku razvoja bolesti skrb za oboljele osobe najčešće preuzimaju članovi obitelji ili bliski prijatelji u ulozi neformalnih njegovatelja. Obitelj se mora suočiti s promjenama vlastitog života te prilagoditi potrebama oboljele osobe. Ponekad obitelj ne traži pomoć na vrijeme te predugo čekaju da se jave odgovarajućim službama. Jave se tek kada su na izmaku snaga ili kad je već prisutan sindrom sagorijevanje [28].

Sindrom sagorijevanja možemo definirati kao psihološki sindrom koji se javlja kao posljedica kronično loših međuljudskih odnosa na radnome mjestu. Karakteriziran je osjećajem tjelesne i emocionalne iscrpljenosti, negativizmom, cinizmom, razdražljivosti, srdžbom, povlačenjem te osjećajem opće slabosti [29]. Postoje tri dimenzije sindroma sagorijevanja odnosno emocionalna iscrpljenost, depersonalizacija i osjećaj neučinkovitosti. Problem u ponašanju prilikom rada s oboljelom osobom i teški uvjeti rada često uzrokuju preopterećenje zdravstvenih djelatnika, ali i neformalnih njegovatelja. Svakodnevna izloženost medicinskih sestara i neformalnih njegovatelja patnji i gubitku može dovesti do razvoja zamora suosjećanja. Ova pojava vezana je uz sindrom sagorijevanja [30]. Definira se kao osjećaj bespomoćnosti, beznada i ljutnje kod medicinskih sestara i obitelji koje brinu o teškim bolesnicima. Javlja se kronični umor, razdražljivost i nedostatak radosti u životu. Sindrom sagorijevanja i zamor suosjećanja kod neformalnih njegovatelja javljaju se uslijed cjelodnevne brige o bolesnom članu obitelji, nemogućnosti odmaka, sukoba uloga te otežane komunikacije. Neformalni njegovatelji većinom su prepušteni sami sebi bez odgovarajuće pomoći i znanja te im se na taj način narušava psihofizičko funkcioniranje koje se ogleda u sagorijevanju i zamoru suosjećanja. S druge strane, medicinske sestre, koje posjeduju više radnog iskustva rjeđe razvijaju sindrom sagorijevanja i zamor suosjećanja jer s vremenom razvijaju načine kako se suočiti sa svakodnevnim stresorima na radnome mjestu [31].

Medicinska sestra ovdje ima važnu ulogu kako bi obitelj educirala, savjetovala te uputila na prave institucije. Medicinska sestra ima vodeću ulogu u brizi za oboljelog kako bi pacijent u potpunosti promijenio način života i prilagodio ga svojim potrebama. Oboljele osobe zahtijevaju visoku razinu skrbi. Kognitivni simptomi bolesti javljaju se postepeno dok su fizičko propadanje

i psihički simptomi izraženiji. U ranoj fazi demencije javlja se zaboravljivost, zbunjenost, ponavljanje istog pitanja, stalno zametanje i traženje stvari, gubitak interesa za poslove koji su nekada ispunjavali svakodnevnicu te sniženo raspoloženje. Demencija sa sobom donosi poteškoće u govoru, riječi postaju nerazumljive te govor postaje besmislen. Poteškoće se javljaju i u pisanju koje prelazi u gubitak potpisivanja vlastitog imena i prezimena. Gubitak procjene brojčanih vrijednosti, vrijednosti novca, rezultira čestom sumnjom u potkradanje te nepovjerenje prema okolini i ljubomori. Dolazi do gubitka prostorne i vremenske orijentacije gdje se oboljela osoba može izgubiti u poznatoj okolini. S razvojem bolesti dolazi do halucinacije, nemira uz često ustajanje i hodanje. S napredovanjem bolesti, nemir postaje sve rjeđi, hod nesigurniji, javlja se ukočenost tijela koja s vremenom prelazi u potpunu nepokretnost. Prestanak samostalnog funkcioniranja traje oko tri godine od postavljanje dijagnoze demencije [32].

Skrb za jednu osobu oboljelu od demencije zahtjeva u prosjeku dvije osobe što opterećuje samu obitelj, odnosno zdravstvene radnike. Ovakva vrsta skrbi najzahtjevniji je oblik zbog intenzivne i dugotrajne njege. Njegovatelj, bez obzira bio on formalan ili neformalan mora znati sve o demenciji od samog početka bolesti pa do faze potpune nepokretnosti. Kada dođe vrijeme smještaja osobe u odgovarajuću ustanovu treba voditi računa o tome da je smještaj komforan, siguran i miran. Potrebno je održavati mentalnu i fizikalnu rehabilitaciju. Od zdravstvenih radnika očekuje se empatija te sposobnost neverbalnog razumijevanja. Osobi oboljeloj od demencije važno je zadržati njeno dostojanstvo [33].

4.1. Komunikacija s osobama oboljelim od demencije

Komunikacija s osobom oboljelom od demencije s vremenom postaje otežana, a na kraju se može gotovo izgubiti. Na poboljšanju komunikacije važno je raditi od rane faze bolesti. Kako bi zadržali i poboljšali postojeću komunikaciju, na određenoj razini, njegovatelji se mogu poslužiti određenim tehnikama. Borba protiv stigme demencije može pomoći da društvo u cjelini stekne i bolje razumije komunikacijske teškoće osoba oboljelih od demencije. Zbog straha da i same ne obole od ove teške bolesti, zdrave osobe, negiraju postojanje demencije. Sve dok demenciju ne počnemo shvaćati kao javno-zdravstveni problem današnjice i ne počnemo se boriti protiv stigme ne ćemo razviti bolju komunikaciju s osobama oboljelim od demencije. Kada se demencija prihvati

kao česta bolest, više ljudi shvatit će taj segment populacije te će se društvo moći bolje sporazumjeti s tim osobama. U tu svrhu Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest kontinuirano radi na edukaciji opće populacije kroz različite kongrese [34].

Komunikacija postaje sve teža s napretkom bolesti. Kod oboljelih osoba dolazi do poteškoća u osobnom izražavanju, ali i u razumijevanju onoga što im se govori. Oboljele osobe u većini slučajeva imaju problema u pronalaženju riječi ili prisjećanju onoga što žele reći. Nastali problemi djeluju ograničavajuće za oboljele, ali i njegovatelje. Važno je osobu odvojiti od bolesti jer su nepoželjna ponašanja dio bolesti, a ne bolesnikove osobnosti. Često se stvarnost oboljele osobe razlikuje od naše. Takav način pristupanja osobi naziva se integrativna validacija. Cilj integrativne validacije jest u tome da prihvaćamo unutarnji svijet oboljele osobe kroz stvaranje osjećaja sigurnosti. S napretkom bolesti dolazi do sve težeg izražavanja oboljele osobe zbog toga se primjenjuje bazalna stimulacija i snoezelen koji potiču tijelo na što bolju komunikaciju između njegovatelja i oboljele osobe. Podražajem jednog ili više osjetila dolazi do poboljšanja raspoloženja i opuštanja. Različite aktivnosti kao terapija plesom i glazbom, likovna terapija i tjelovježba mogu imati pozitivan utjecaj na osobu i njezino raspoloženje te tako stvoriti poželjnu atmosferu za razgovor [35].

Obitelj kao česti razlog, smještaja oboljele osobe od demencije u određenu ustanovu, navode upravo otežanu komunikaciju. Problem nastaje između doživljaja stvarnosti oboljele osobe i stvarnosti osobe njegovatelja. Dobrom komunikacijom s oboljelom osobom doprinosimo boljim obiteljskim odnosima, shvaćamo potrebe te smanjujemo napetost između oboljelog i njegovatelja. Svaka osoba s demencijom jedinstvena je, a poteškoće u komuniciranju različite su. Kod oboljele osobe mogu se primijetiti promjene koje uključuju poteškoće u pronalaženju riječi, izgovaranje nejasnih rečenica, nemogućnost razumijevanja onoga što im se govori, narušene su vještine čitanja i pisanja te se javljaju poteškoće u izražavanju emocija. Postoje jednostavne intervencije koje bi se trebale koristiti u komunikaciji s osobom oboljelom od demencije. Kada započinjemo komunikaciju osobi se važno predstaviti i ako uvidimo da ne želi razgovarati pokušamo kasnije. Prilikom razgovora poželjno je izabrati mirno mjesto te sjediti u razini očiju s oboljelom osobom, govoriti polako, bez ispravljanja te pružiti dovoljno vremena za odgovor. Postavljena pitanja moraju biti kratka i jasna kako bi se osoba mogla poslužiti kratkim odgovorom. U komunikaciju važno je uključiti neverbalnu komunikaciju, reducirati ometanje za vrijeme razgovora i dopustiti osobi da sama odabere o čemu želi pričati. Interes za priču valja pokazati kroz odgovarajući položaj

tijela, facijalnu ekspresiju te kontakt s očima. Oboljela osoba zaslužuje dostojanstvo i poštovanje zbog čega je uvijek važno na umu imati da razgovaramo s osobom, a ne s bolešću. Takva vrsta komunikacije olakšava razumijevanje. Važno je biti strpljiv i mirno slušati te koristiti osmijeh. Dobra komunikacija omogućava oboljeloj osobi da zadrži vezu sa sobom i vanjskim svijetom [34].

4.2. Prehrana oboljelih od demencije

Demencija je posljedica oštećenja mozga koja se poznatim metodama liječenja ne može zaliječiti već samo usporiti tijek bolesti i smanjiti izraženost simptoma. Promjenom stila života te odgovarajućom prehranom može se značajno usporiti napredovanje demencije. Štetne životne navike poput alkohola, pušenja i neredovite tjelovježbe loše utječu na razvoj bolesti [36].

Mediterranska prehrana karakterizirana je unosom žitarica, voća, ribe, leguminoza i povrća te se smatra kao preventiva za nastanak kardiovaskularnih bolesti. Ovakva vrsta prehrane donosi smanjeni rizik za nastanak demencije zbog učinka na kardiovaskularni sustav povećavajući koncentraciju plazmatskih neutrofina koji štite neurone od oksidativnog stresa, ili limitira proupalne kaskade i mehanizme nastanka bolesti. Prehrana je bazirana na biljnim proteinima. Crveno meso, slatkiši i rafinirane namirnice preporučuje se konzumirati nekoliko puta na mjesec. Maslinovo ulje koje sadrži oleoantol pomaže u proizvodnji proteina i enzima koji mogu razbiti plakove povezane sa nastankom AB. Namirnice bogate omega-3 masnim kiselinama, poput ribe i maslinovog ulja, mogu djelovati protuupalno [37].

DASH je dijeta namijenjena za snižavanje visokog krvnog tlaka te bolesti kardiovaskularnog sustava koje su rizičan faktor za nastanak AB. Dijeta se temelji na većem uzimanju voća, povrća i mliječnih proizvoda sa smanjenim udjelom masti. Sadrži visoku količinu vlakana, kalcija i Mg te proteina [37].

MIND prehrana sadrži mediteransku prehranu i DASH dijetu. Djeluje povoljno na smanjenje povišenog krvnog tlaka i prevenciju srčanog i moždanog udara čija posljedica može biti demencija. Mind prehrana sastoji se od zelenog lisnatog povrća, bobičastog voća, mahunarki, ribe, orašastih plodova, maslinovog ulja i vina [38].

Vitamini B skupine pomažu u smanjenju homocisteina koji može uzrokovati moždano oštećenje i demenciju. Najbolji izvori ovih vitamina su cjelovite žitarice, mlijeko, jaja, lisnato povrće, krumpir, banane, mahunarke, meso, riba te orašasti plodovi. Vitamini B skupine mogu

poboljšati kratkoročno pamćenje te kognitivne sposobnosti [37].

Manjak vitamina D može rezultirati nastankom demencije. Istraživanja potvrđuju da su osobe oboljele od AB imale niže razine vitamina D u serumu od ostalih kontrolnih skupina. Žene s nedovoljnim unosom vitamina D pokazuju lošije kognitivne sposobnosti od osoba koje su uzimale suplemente. Vitamin D nalazi se u lososu, jajima, siru, tuni te u manjim količinama prilikom izlaganja kože suncu [39].

Polifenoli su antioksidansi koji imaju važnu ulogu u prevenciji Alzheimerove bolesti. Namirnice koje sadrže polifenole su grožđe, šljive, jabuke, kruške, brusnice, maline i trešnje. [36]

Konzumacija kave smatra se da smanjuje rizik od nastanka AB, a smatra se da je kofein odgovoran za blagotvornu ulogu [39].

Čaj također može rezultirati manji rizik za kognitivne poremećaje. Crni čaj doprinosi vizualnu i akustičnu koncentraciju. Polifenoli u zelenom čaju inhibiraju kognitivno propadanje kroz antioksidativne mehanizme [39].

Kod osoba oboljelih od demencije pojavljuju se različite poteškoće prilikom uzimanja hrane i tekućine. Može doći do gubitka osjećaja za glad i sitost. Oboljela osoba nesigurna je i neodlučna u situaciji kada treba donijeti odluku ili izabrati između više ponuđenog. Različita hrana na tanjuru dovodi osobu u nedoumicu što najprije pojesti što može rezultirati nejedenjem. Iz tog razloga hranu je potrebno servirati u slijedu, jedno jelo za drugim. Važno je poticanje što dulje samostalnosti prilikom uzimanja hrane i pića. Kada osoba više nije u mogućnosti služiti se priborom za jelo, preporučuje se serviranje hrane usitnjene na manje komadiće koje samostalno može prinijeti ustima. Kod oboljele osobe može se susresti s poteškoćama žvakanja i gutanja. Osobe koje zadržavaju hranu u ustima i ne znaju što bi s njom, dobro je riječima potaknuti na žvakane i gutanje zalogaja. Ponekad osobe uopće nisu zainteresirane za hranu. To se događa zbog gubitka okusa, osjetila mirisa, gubitka pamćenja i pomisli da su već jeli. Može doći i do gubitka sposobnosti prepoznavanja stvari i njihove uloge u životu, što rezultira unošenjem neprikladnih predmeta i sadržaja u usta, uslijed čega može doći do trovanja i gušenja [40].

5. Zdravstvena njega za bolesnika s demencijom

Zbog sve većeg porasta broja starijih osoba dolazi do porasta degenerativnih bolesti mozga što donosi problem za zdravstveni sustav, ali i za zdravstvenu njegu, odnosno medicinske djelatnike kao nositelje zdravstvene njege. Zdravstvena njega koja se pruža osobi oboljeloj od demencije specifična je po tome što se puno pažnje, strpljenja i truda mora polagati od strane medicinske sestre prema bolesniku. Osim specifične njege ovdje spada i rad s bolesnikom, poticanje na samostalnost te trening kognitivnih funkcija. Sve radnje oboljela osoba mora obavljati maksimalno koliko je u mogućnosti kako se demencija ne bi sve brže razvijala [1].

Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije jedno od vrlo važnih područja zdravstvene njege koje zahtjeva posebno stručno znanje. Skrb za oboljelu osobu preuzimaju liječnici, medicinske sestre te neformalni njegovatelji. Neformalni njegovatelji najčešće su obitelji oboljele osobe, ali i bliski prijatelji. Medicinske sestre obavljaju zdravstvenu njegu za oboljele osobe bez obzira jesu li smješteni u bolnici ili kod kuće. Biti njegovatelj osobi oboljeloj od demencije izazovan je i zahtjevan posao koji zahtjeva iskazivanje empatije i strpljenje. Važna je educiranost osoblja kako bi ispravno pristupili oboljeloj osobi i s njome ostvarili kvalitetan i primjeren odnos. Intervencije za oboljele osobe usmjerene su očuvanju trenutnog zdravlja te povećanje kvalitete života. Važno je sve planirane intervencije individualno prilagoditi na osnovu kvalitetno prikupljenih podataka o potrebama oboljele osobe. Prema oboljeloj osobi treba se odnositi profesionalno i stručno. Sve intervencije koje se provode moraju biti usmjerene za dobrobit bolesnika. Medicinska sestra oboljelu osobu treba prihvatiti kakva ona jest bez obzira na položaj u društvu i vjeru. Kod oboljelih osoba često dolazi do nepovjerenja u druge ljude, stoga sestra kod osobe mora poticati stvaranje povjerenja kako bi razumio da mu se želi pomoći te da se osjeća sigurno. Oboljeloj osobi važna je mirna okolina i ljubazno osoblje kako bi se osjećali prihvaćeni i sigurni. Važno je kod osobe rano dijagnosticirati demenciju kako bi se što ranije počelo sa odgovarajućim tretmanom. Oboljela osoba zahtjeva održavanje fizičkog zdravlja, aktivnosti i dobrobiti te tretiranje pridruženih bolesti. Nepoželjne oblike ponašanja i psihičke simptome potrebno je prepoznati i ispravno liječiti. Usprkos tome što je osoba oboljela od ove bolesti ona je i dalje jedinstvena i vrijedna, a s napretkom bolesti postaje sve ranjivija i zahtjeva podršku. Osobi oboljeloj od demencije izbrišu se sjećanja i dijelovi osobnosti, ali za nas to je i dalje osoba koja treba našu pomoć [41].

5.1. Prikupljanje podataka i potreba za zdravstvenom njegom

Podatke možemo prikupiti kroz razgovor s oboljelom osobom bez obzira na ograničenja u komunikacije te od obitelji i bliskih osoba kako bi dobili heteroanamnestičke podatke. Oboljelu osobu tijekom razgovora ne smije se zanemarivati ili prekidati. Prije početka razgovor potrebno je procijeniti senzorne sposobnosti, psihosocijalne potrebe, emocionalno stanje, potrebu za pomoći te sposobnost suočavanja s problemima. Važno je prikupiti vjerodostojne i kvalitetne podatke zbog čega je dobro ranije strukturirati razgovor. Prilikom organiziranja skrbi, podaci se mogu grupirati po važnosti. Krenuvši od trenutnog problema oboljele osobe, zatim tijeka bolesti, dnevnih aktivnosti, procjene opasnosti za pacijenta, etiološke anamneze i postojanje specifičnih simptoma za neke rjeđe oblike demencije. Etiološka anamneza uključuje podatke o vaskularnim bolestima, rizičnim čimbenicima, postojanje ozljede glave u anamnezi, utjecaj toksina, simptoma tuberkuloze ili drugih infektivnih bolesti, nedavne poremećaje mentalnog zdravlja, uzimanje droga, alkohola ili konzumiranje duhanskih proizvoda [42].

Medicinska sestra tijekom prikupljanja podataka koristi se obrascima sestrinske dokumentacije. Prema sestrinskoj dokumentaciji gerijatrijske zdravstvene njege proces zdravstvene njege provodi se u šest koraka odnosno prikupljanje podataka, otkrivanje problema o resursu gerijatrijskog osiguranika, postavljanje ciljeva, izrada plana ili intervencija, provedba intervencija te evaluacija i vrednovanje djelovanja. Planiranje intervencija za osobu oboljelu od demencije zahtjeva poznavanje nekih činjenica koje ih čine specifičnim u odnosu na planiranje intervencija za neke druge bolesnike. Intervencije kod degenerativnih bolesti nisu namijenjene oporavku i izlječenju bolesti. Kod starijih osoba koje boluju od demencije tijekom bolesti je ireverzibilan. Intervencije su usmjerene na poboljšanje kvalitete života te ih je potrebno mijenjati u skladu s progresijom bolesti i pogoršanjem stanja bolesnika, a među važnijim intervencijama su one usmjerene prema edukaciji bolesnikove okoline [43].

6. Sestrinski problemi

Osobe oboljele od demencije zahtijevaju pomoć prilikom zadovoljavanja osnovnih životnih potreba. Kako bi sve potrebe uspješno izvršavali s napretkom bolesti medicinska sestra je zadužena za brigu o duševnom i tjelesnom zdravlju. Demencija ne dopušta kod planiranja intervencija usmjerenost na oporavak i izlječenje već se bazira na povećanju kvalitete života oboljelog. Kod starijih osoba koje pate od degenerativnih bolesti mozga tijekom same bolesti je ireverzibilan. Iz tog razloga važno je intervencije prilagođavati s progresijom bolesti te pogoršanjem stanja bolesnika [44].

6.1. Kronična konfuzija u/s neurološke disfunkcije

Definicija – Nepovratno, dugotrajno i/ili progresivno pogoršanje intelektualnih sposobnosti okarakterizirano smanjenjem sposobnosti interpretacije okolišnih podražaja; smanjenjem sposobnosti interpretacije okolišnih podražaja; smanjenjem kapaciteta misaonog procesa, manifestiranjem oštećenja pamćenja, orijentacije i ponašanja.

Kronična konfuzija uzrokuje promijenjen odgovor na podražaje te promijenjenu osobnost, oslabljeno pamćenje i socijalizaciju, nema promjene u razini svijesti.

Najvažniji cilj zdravstvene njege pacijenta sa kroničnom konfuzijom je da će pacijent funkcionirati na maksimalnoj razini kognitivnih sposobnosti te da će se pacijent sa svojim sposobnostima maksimalno uključivati u aktivnosti svakodnevnog života.

Intervencije medicinske sestre u zbrinjavanju osobe oboljele od demencije sa kroničnom konfuzijom:

- Odrediti pacijentove mentalne sposobnosti pomoću testa procjene mentalnog stanja
- Prikupiti informacije o pacijentovom funkcioniranju prije pojave demencije
- Zapaziti kod pacijenta znakove depresije
- Osigurati identifikaciju za pacijenta
- Koristiti psihofarmake kao posljednje rješenje problema

- Tretirati pacijenta s poštovanjem i pružiti mu individualiziranu njegu
- Kod starijih osoba koristiti prisjećanje i pogled na prošli život [45]

6.2. Nemoć u/s pogoršanjem stanja

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

Nemoć uzrokuje izražavanje nesigurnosti vezano uz razinu energije, nesudjelovanje u donošenju odluka vezano uz samu osobu te verbalno izražavanje nedostatka kontrole vezano uz samozbrinjavanje ili utjecaja na situaciju.

Najvažniji cilj zdravstvene njege pacijenta sa nemoći je da će pacijent biti svjestan osjećaja nemoći i ostalih osjećaja vezanih uz to te da će verbalizirati nadu za budući ishod i osjećaj sudjelovanja te planiranja i provođenja skrbi.

Intervencije medicinske sestre u zbrinjavanju osobe oboljele od demencije sa nemoći:

- Procijeniti čimbenike koji su vezani za nemoć
- Podržati pacijenta u zadržavanju kontrole nad životom na način da će naučiti sve o svojoj bolesti
- Uspostaviti s pacijentom terapijski odnos provodeći vrijeme s njim, izbjegavajući česte promjene osoblja te održavanjem obećanja
- Pomoći pacijentu da prepozna i provodi učinkovite strategije samopomoći, izdvojiti vrijeme za pitanja
- Prepoznati subjektivnu zabrinutost i strahove
- U evaluiranju ciljeva promatrati promjene na pacijentu, u odnosima prema drugima i u ponašanju
- Ohrabriti pacijenta da iskoristi pozitivne strane samoće pomoću čitanja, slušanja muzike, uživanja u prirodi kako bi prevenirali usamljenost [45]

6.3. Smanjena mogućnost brige o sebi – hranjenje

Definicija – Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog uzimanja hrane i tekućine.

Smanjena mogućnost samostalnog hranjenja uzrokuje nemogućnost samostalnog pripremanja hrane, rezanje ili otvaranja posude s hranom, nemogućnost samostalnog prinošenja hrane ustima ili nemogućnost samostalnog rukovanja priborom za jelo.

Najvažniji cilj zdravstvene njege pacijenta sa nemogućnošću samostalnog hranjenja je da će pacijent povećati stupanj samostalnosti tijekom hranjenja te da će zadovoljiti potrebu za jelom i usprkos ograničenjima biti sit.

Intervencije medicinske sestre u zbrinjavanju osobe oboljele od demencije sa nemogućnošću samostalnog hranjenja:

- Procijeniti kognitivni deficit
- Osigurati privatnost, mirnu okolinu, bez distraktora koji mogu pacijentu odvlačiti pažnju
- Nadzirati pacijenta tijekom uzimanja obroka kako ne bi došlo do aspiracije ili gušenja hranom
- Postaviti pacijenta u odgovarajući položaj
- Omogućiti ritual prije obroka (molitva) ako isti pacijent primjenjuje
- Definirati situacije kada pacijent treba pomoć kod jela i pića
- Poticati da uzima ili mu davati male zalogaje
- Osigurati dovoljno vremena
- Poticati pacijenta da tijekom jela koristi kratke pauze i omogućiti iste
- Omogućiti toaletu usne šupljine prije i poslije uzimanja obroka
- Nakon hranjenja ostaviti pacijenta još trideset minuta u istom položaju
- Omogućiti higijenu ruku pacijenta prije i poslije obroka [45]

6.4. Smanjena mogućnost brige o sebi - odijevanje/dotjerivanje

Definicija - Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu.

Smanjena mogućnost samostalnog odijevanja/dotjerivanja uzrokuje nemogućnost samostalnog oblačenja i svlačenja odjeće, nemogućnost samostalnog zakopčavanja odjeće i odabira odjeće.

Najvažniji cilj zdravstvene njege pacijenta sa nemogućnošću samostalnog odijevanja je da će pacijent biti primjereno odjeven i biti zadovoljan postignutim te da će prihvatiti pomoć druge osobe.

Intervencije medicinske sestre u zbrinjavanju osobe oboljele od demencije sa nemogućnošću samostalnog odijevanja/dotjerivanja:

- Procijeniti stupanj samostalnosti pacijenta
- Prikupiti podatke o pacijentovom vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu
- Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti pacijenta
- Primjereno komunicirati s pacijentom
- Davati kratke i jasne upute
- Davati pacijentu komad po komad odjeće
- Osigurati dovoljno vremena za odijevanje
- Poticati na pozitivan stav i želju za napredovanjem
- Odabrati prikladnu odjeću
- Osigurati dobro osvjetljenje prostora
- Poticati pacijenta da koristi propisana protetska pomagala poput naočala, leća, slušnog aparata
- Osigurati mirnu okolinu bez vizualnih ili slušnih distraktora [45]

6.5. Smanjena mogućnost brige o sebi – osobna higijena

Definicija - Stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene.

Smanjena mogućnost samostalnog obavljanja osobne higijene uzrokuje nemogućnost samostalnog pranja cijelog tijela ili pojedinih dijelova tijela te nemogućnost samostalnog dolaska do/odlaska od izvora vode.

Najvažniji cilj zdravstvene njege pacijenta sa nemogućnošću samostalnog obavljanja osobne higijene je da će pacijent sudjelovati u provođenju osobne higijene sukladno stupnju samostalnosti te da će pacijent biti čist, bez neugodnih mirisa, očuvanog integriteta kože, osjećati ugodno.

Intervencije medicinske sestre u zbrinjavanju osobe oboljele od demencije sa nemogućnošću samostalnog obavljanja osobne higijene:

- Procijeniti stupanj samostalnosti
- Procijeniti sposobnost uporabe pomagala pri provođenju osobne higijene
- Procijeniti kognitivni deficit
- Biti u blizini tijekom izvođenja osobne higijene
- Osigurati zvono nadohvat ruke
- Okolinu učiniti sigurnom za obavljanje aktivnosti
- obavljati aktivnosti uvijek u isto vrijeme
- Davati jednostavne upute
- Izbjegavati sve što bi bolesniku moglo odvući pažnju
- Osigurati potreban pribor i pomagala za obavljanje osobne higijene i poticati ga da ih koristi
- Osigurati optimalnu temperaturu gdje se provodi osobna higijena
- Promatrati i uočavati promjene na koži tijekom kupanja [45]

6.6. Smanjena mogućnost brige o sebi – eliminacija

Definicija – Stanje kada postoji smanjena ili potpuna nemogućnost samostalnog obavljanja eliminacije urina i stolice.

Smanjena mogućnost samostalnog obavljanja eliminacije uzrokuje nemogućnost samostalnog odlaska/povratka do toaleta ili sani kolica, nemogućnost samostalnog premještanja na zahodsku školjku ili sjedanja i ustajanja s toaleta.

Najvažniji cilj zdravstvene njege pacijenta sa nemogućnošću samostalnog obavljanja eliminacije je da će pacijent bez nelagode i ustručavanja tražiti i prihvatiti pomoć te da će biti suh i uredan.

Intervencije medicinske sestre u zbrinjavanju osobe oboljele od demencije sa nemogućnošću samostalnog obavljanja eliminacije:

- Procijeniti kognitivni deficit
- Prikupiti podatke o stupnju pokretljivosti
- Prikupiti podatke o vizualnom, kognitivnom i senzornom deficitu
- Poticati na obavljanje nužde prema dogovorenom ritmu (nakon obroka, prije spavanja)
- Biti uz pacijenta ili u neposrednoj blizini pacijenta tijekom eliminacije
- Omogućiti da pozove pomoć na dogovoreni način kada treba obaviti eliminaciju
- Osigurati privatnost
- Osigurati dovoljno vremena
- Poticati pacijenta da sudjeluje u izvođenju aktivnosti sukladno svojim sposobnostima
- Pokazati poštovanje tijekom izvođenja intervencija
- Ukloniti barijere i učiniti okolinu sigurnom [45]

6.7. Visok rizik za pad

Definicija – stanje u kojem je povećan rizik za pad nastao međudjelovanjem pacijenta i okoline te može uzrokovati fizičku ozljedu.

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

Najvažniji cilj zdravstvene njege pacijenta sa visokim rizikom za pad je da pacijent neće pasti te da će se promijeniti okolina kako bi se minimalizirao rizik za pad.

Intervencije medicinske sestre u zbrinjavanju osobe oboljele od demencije sa visokim rizikom za pad:

- Pomoću dostupnih alata procijeniti rizik za pad
- Biti oprezan pri podizanju većinom nepokretnih pacijenata
- Temeljito upoznati pacijenta s okolinom, postaviti zvono nadohvat ruke i pokazati pacijentu na koji način ga koristiti, odgovoriti na poziv odmah
- Koristiti krevete s jednom četvrtinom ili polovinom bočne stranice, postaviti krevet na najnižu poziciju
- Redovno asistirati pacijentu prilikom odlaska u toalet
- Ako pacijent ima novootkrivenu konfuziju ili delirij, uzrok može biti fiziološki ili posljedica lijekova; pokušati uspostaviti orijentaciju, zamoliti obitelj da donese poznate stvari koje će pomoći orijentaciji
- Ako pacijent ima iskustvo vrtoglavice kod ustajanja zbog ortostatske hipotenzije, podučiti ga tehnikama kojima to može spriječiti
- Pohvaliti pacijentovu sposobnost da opiše kako spriječiti pad [45]

6.8. Rizik za opterećenje njegovatelja u/s mnogobrojnih zadataka, trajanja i zahtjeva prema njegovatelju

Definicija – Ranjivost njegovatelja koji osjeća poteškoće u obavljanju uloge njegovatelja.

Rizik za opterećenje njegovatelja uzrokuje poteškoće kod njegovatelja koji obavlja njegu kod člana obitelji, izražava ljutnju zbog odgovornosti te je zabrinut za svoje zdravlje i pati.

Najvažniji cilj zdravstvene njege kod njegovatelja koji ima rizik za opterećenje je da se očuva psihičko i fizičko zdravlje njegovatelj te da mu se pruži adekvatna skrb.

Intervencije medicinske sestre u zbrinjavanju njegovatelja koji ima rizik za opterećenje:

- Procijeniti opterećenje njegovatelja upitnikom o sagorijevanju
- Procijeniti opterećenje njegovatelja periodičkim tijekom trajanja njege i tijekom promjena u njegovateljskom procesu
- Promatrati pojavu depresije ili pogoršanja njegovateljskog zdravstvenog stanja
- Dogovoriti periode odmora za njegovatelja, ohrabriti ga da ih koristi ako su dostupni
- Pomoći njegovatelju da otkrije sustave potpore i ohrabriti ga da ih koristi
- Ohrabriti njegovatelja da koristi ograničenja i legitimnost uloge u kojoj se nalazi
- Upoznati njegovatelja sa čimbenicima na koje ne može utjecati
- Pomoći njegovatelju da definira zahtjeve zvanja i potencijalne načine za modifikaciju radnih zadataka u redoslijedu provođenja njege
- Pomoći njegovatelju da nađe privatno vrijeme samo za sebe i svoje potrebe, nauči tehnike opuštanja, obavi redovite preglede i redovno vrijeme odmora
- Procijeniti osjećaje obitelji vezane uz utjecaj njege na obiteljski i osobni način života [45]

7. Smještaj osoba oboljelih od demencije

U Hrvatskoj postoji Dnevna bolnica za osobe oboljele od demencije u psihijatrijskoj bolnici Sveti Ivan u Zagrebu koja djeluje od 2015. godine u kojoj se provodi prevencija, liječenje te rehabilitacija oboljelih. Liječenje obuhvaća farmakološke i nefarmakološke metode, multidisciplinarno je i provodi ga terapijsko rehabilitacijski tim. Kroz specifične aktivnosti, obuhvaća se psihička i fizička stanja, sa svrhom dostizanja najviše razine. Cilj radne terapije jest usporavanje napredovanja bolesti, očuvanje socijalnih vještina, poboljšanje kvalitete života oboljelih i njihovih obitelji. Dnevna bolnica provodi vježbe za poboljšanje kognitivnih funkcija poput vježbi govora i komunikacije, pisanja i čitanja, terapije smijehom, prisjećanje sretnih dana, poticanje hobija te pomaganje drugima. Uključuju se i kreativne radionice, društvene igre, tjelovježba, ples i multidisciplinarna terapija. Pristup oboljelim u grupi je individualan. Osobu se nastoji poticati na što veći stupanj samostalnosti u aktivnostima samozbrinjavanja. Oboljele osobe koje redovito dolaze u Dnevnu bolnicu stvaraju svakodnevnu rutinu koja znatno pridonosi usporavanju procesa demencije, osjećaju zadovoljstva i pripadnosti društvu. U program se uključuje svakim radnim danom dok se članovi obitelji mogu javiti tri puta na tjedan. Bolnica uvodi nove tehnike i metode rada koje osiguravaju što bolju skrb oboljelim osobama. U obitelji često nastaje emotivno i fizičko iscrpljenje te se njihovim članovima nastoji pomoći psihosocijalnim tretmanom, pružanjem potpore i razumijevanjem. Interdisciplinarnim pristupom te poticanjem suradnje stručnjaka i obitelji pridonose očuvanju dostojanstva i neovisnosti oboljele osobe [46].

U tradicionalnom domu za starije osobe mnoge osobine i funkcije koje osoba koristi svakodnevnom životu više nisu dostupne, poput kuhinje, vrta ili mogućnosti slobodnog šetanja, a da pritom budu sigurni. S time se osobi, koja je još uvijek svjesna i funkcionira, oduzima autonomija, blagostanje i dostojanstvo. Gubitkom autonomije dolazi do pogoršanja demencije. Zbog toga je važno uvesti alternativna rješenja za osobe koje boluju od demencije. S malo farmakoloških intervencija i sve većim brojem ljudi koji boluju od demencije čini se razumnim razmotriti drugačije načine kojima bismo mogli odgovoriti na njihove potrebe i maksimizirati njihovu neovisnost i kvalitetu života [47].

Hogeweyk je selo za osobe oboljele od demencije, sagrađeno u Weesp-u, gradu u Nizozemskoj, posebno dizajniran stambeni prostor s 23 kuće u kojima žive 152 starije osobe s dijagnozom demencije. Selo je raspoređeno u sedam stilova života odnosno kako su osobe i prije oboljenja živjele. Stanovnici vode vlastito domaćinstvo zajedno sa stalnim timom zaposlenika. Hogeweyk svojim stanovnicima oboljelim od demencije nudi maksimalnu privatnost i neovisnost. U četvrti se nalaze ulice, trgovci, dvorišta i park u kojem stanovnici mogu nesmetano hodati. Koristeći svoje tijelo, umjesto da sjede unutar doma, oboljele osobe ne samo da poboljšavaju svoje fizičko zdravlje, već smanjuju potrebu za lijekovima za spavanje, jer će se prirodno osjećati umornije kada dođe večer. Uobičajeno je da se oboljele osobe osjećaju dezorijentirano. Stoga je važno stvoriti mirno i lako čitljivo okruženje kako bi se izbjegle stanke kod provođenja životnih aktivnosti. Hogeweyk je stvorio okruženje u kojem se teško dezorijentira tijekom boravka. Važno je prilikom oblikovanja prostora imati na umu pristupačnost koja uključuje fizičku, socijalnu i vizualnu dostupnost. Selo pruža stanovnicima razne sadržaje poput restorana, kafića i kazališta. Vizija ovakvog doma za osobe starije životne dobi temelji se na običnom životu u društvu. Živjeti u društvu znači imati vlastiti životni prostor i voditi svoje kućanstvo. Oboljele osobe žive s drugim ljudima koji imaju iste ideje i vrijednosti u životu. Stanovnik Hogeweyka sam donosi odluke, oblikuje svoj život te utvrđuje svoje standarde. Činjenica da oboljela osoba više ne može normalno funkcionirati u određenim područjima zbog demencije, ne znači da se želje s organizacijom svakodnevnog života više ne primjenjuju. Šest do osam osoba istog načina života živi zajedno u kućama u Hogeweyku. Životni stil ogleda se u uređenju i opremanju doma, dnevnim aktivnostima i načinu na koji se oni oblikuju. Ovi principi povećavanja autonomije, optimiziranja i održavanja integracije za osobe oboljele od demencije mogu se primijeniti bilo gdje. Prilagodbe u kući mogu omogućiti osobama da nastave živjeti u skladu sa svojim životom dok ostaju u svojim domovima. Cilj je životno okruženje učiniti što jednostavnijim i lakše razumljivim s posebnom pažnjom na senzorne i percepcijske izazove koji nastaju s demencijom. Vizualni znakovi su kritični za one s oštećenom memorijom i zaključivanjem, što znači da su jednostavni rasporedi s jasnim vidnim linijama između soba korisni. Namještaj i oprema mogu također pružiti vizualne znakove i potaknuti odgovarajuću upotrebu, poput sjedećih mjesta u dnevnom boravku ili blagovaonice. Ovisno o razini oštećenja, možda bi bilo korisno pružiti jasne slikovne i pisane znakove koji se stavljaju na toalet. Slično tome, ormarići sa staklom ili otvorene police u kuhinji odbijaju potrebu da se prisjetite gdje se drže predmeti, dok hladnjak sa staklenim frontama može podsjećati i

ohrabriti stanovnike da jede. Ista se strategija može koristiti u spavaćoj sobi, s odjećom za dan koja se čuva u otvorenoj garderobi ili na policama. Za jasnoću je važno dobro osvjetljenje koje je barem dvostruko veće od onih koje se obično pružaju mlađim ljudima. Sjaj i sjene mogu se pogrešno protumačiti, pa rasvjetu treba pažljivo isplanirati da se to izbjegne. Prirodno svjetlo posebno treba povećati. Veliki, jasni satovi koji ukazuju na noć i dan i kalendare također mogu pomoći u orijentaciji u vremenu. Buka može biti i razorna i prekomjerna zbog toga treba razmisliti o mekom namještaju i podovima kako bi se to svelo na najmanju moguću mjeru. Boja i kontrast mogu se koristiti za pomoć u percepciji, ističući značajke poput vrata, kliznih ploča, rukohvata, pa čak i WC sjedala i umivaonika. Pokazano je i da posuđe s jarkim bojama može značajno povećati količinu hrane i pića koju konzumiraju pacijenti s teškom demencijom. S druge strane, podnice bi trebale biti što ujednačenije, jer se promjene u boji mogu interpretirati kao koraci ili rupe. Stoga bi trebalo ukloniti pragove i lakirane podove. Također treba izbjegavati izrazito reflektirajuće ili točkaste podove ili podnice jer mogu biti zbunjujući za osobe s demencijom. Pomoćna tehnologija vjerojatno će igrati sve veću ulogu u olakšavanju neovisnog života onima koji imaju demenciju [48].

Ako mnoge dobre principe dizajna sela za osobe oboljele od demencije prenesemo u tradicionalne domove za osobe starije životne dobi, obogaćujemo svoje okruženje zajednice i omogućavamo kvalitetu života u svim fazama života. Obična kuća u običnom susjedstvu, u sigurnom okruženju, stanovnicima Hogeweyka koji boluju od demencije pruža sigurnost [48].

8. Pomoć i edukacija obitelji osobe oboljele od demencije

Demencija je teška, progresivna i nezaustavljiva bolest koja utječe na cjelokupni život oboljele osobe, ali i obitelji, stoga je važno obitelj pripremiti na sve potencijalne probleme koji bi se mogli pojaviti tijekom bolesti. Skrb o osobi oboljeloj od demencije najčešće preuzimaju članovi obitelji kao neformalni njegovatelji. Takva skrb zahtjeva određena znanja o problemima koji nastaju kod oboljele osobe. Sastavni dio procesa liječenja i skrbi za osobu jest informiranje, podučavanje i savjetovanje obitelji. U većini slučajeva obitelj se osjeća prepuštena sama sebi prilikom organizacije skrbi za člana obitelji. Obitelj se mora prilagoditi na potpuno novu, dugotrajnu te svakodnevnu brigu o svom članu što može dovesti do narušavanja sklada u privatnom i poslovnom životu. Skupina istraživača i kliničara sa Sveučilišta u Montrealu izradila je program podrške za osobe koje skrbe o oboljelom članu obitelji. Glavne sastavnice programa posvećuju se doživljaju stresa za svakog pojedinog člana, članovi skupine osvještavaju se da u svakoj situaciji ima elemenata koji se ne daju promijeniti i elemenata koje se može i treba riješiti te uvježbavanju strategije suočavanja sa stresom [49].

Mittelmanov model prikazuje proces kojim se osigurava pomoć i skrb za osobu oboljelu od demencije i njihovu obitelj. Program se sastoji od tri intervencija koje provode stručne osobe. Prva intervencija uključuje pojedinačno obiteljsko savjetovanje sa individualnim potrebama svake obitelji. Prva četiri mjeseca obitelj iznosi svoje potrebe te dobiva sve potrebne informacije o samoj bolesti. Druga intervencija uključuje tjedne grupne podrške koje vodi osoba s iskustvom u radu sa obitelji. Zadnja intervencija sastoji se od kontinuirane dostupnosti savjetnika obitelji kako bi im mogao pomoći kod suočavanja s teškoćama povezanih s promjenama simptoma kod oboljele osobe tijekom pojedinog stadija bolesti. Svaki skrbnik dobiva podršku i navedene intervencije neograničeno vrijeme. Važnost ovakvog programa jest u razvijanju skrbničkih vještina, učenja kako ovladati emocijama, suočavanja sa stresom te naučiti kako zatražiti pomoć. Obitelji kao skrbnicima, neophodno je osigurati informacije o bolesti na vrijeme, organizirati edukaciju, pomoći osobama koje se nose sa stresom kroz psihološka savjetovišta te kognitivno bihevioralnom terapijom. Kada kod obitelji ponestane solidarnosti, društvo bi svojim sustavima podrške trebalo obitelji i oboljeloj osobi ponuditi odgovarajuću i primjerenu zaštitu i skrb. kako bi takvi programi bili što kvalitetniji i lakše izvedivi važno je organizirati savjetovanja, poticanje

suradnje, provesti stručne izobrazbe multidiscipliniranih timova stručnjaka te razviti društvenu svijest o potrebi potpore i skrbi [50].

Demencija osim što pogađa pojedinca utječe i na cijelu obitelj koja skrbi o bolesnom članu. U Hrvatskoj djeluje Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest od 1999. godine. Udruga radi na podizanju svijesti društva o potrebama oboljelih osoba i njihovih obitelji, ali pruža i praktičnu pomoć u Savjetovalištu za edukaciju obitelji i Grupi za samopomoć. Udruga ima stručan tim u kojem djeluju specijalisti i stručnjaci za Alzheimerovu bolest kao što je psihijatar, neurolog, prvostupnik fizioterapije, a omogućava i edukaciju stručnog medicinskog osoblja kao i članova obitelji oboljelih osoba. [50] U skrbi za oboljelu osobu važno je biti strpljiv, uspostaviti rutinu te izbjegavati sukobe s oboljelom osobom. Prilikom razgovora ne smijemo osobu kritizirati te joj i u kasnijim uznapredovanim fazama bolesti omogućiti kontakt s drugim ljudima. Poticati osobu na redovito obavljanje i ispunjavanje jednostavnih obaveza te posjećivanje mjesta koje je oboljela osoba tijekom života voljela. Obitelj mora znati sve o bolesti te da s vremenom prelazi u više stupnjeve. U edukaciji važnu ulogu zauzimaju zdravstveni djelatnici koji pružaju informacije o bolesti. Obitelj nerijetko uz oboljelog člana ostaje sama. Važno ih je pripremiti na promjenu u životu u smislu reorganiziranja dosadašnjih aktivnosti i uloge. Potrebne su mnoge promjene i prilagodbe u uvjetima stanovanja i načinu života uz pomoć stručnjaka, potrebno je izbjegavati putovanja bez pratnje, biti svjestan da oboljela osoba ima problema sa snalaženjem u vremenu i prostoru. Na kraju obitelj mora shvatiti da će biti sve iscrpljenija i da da će joj biti potrebna pomoć stručnjaka. Potrebno je imati strpljenja i razumijevanja te zadržati topao emocionalni odnos s oboljelom osobom. Kada s vremenom ponestane obiteljske solidarnosti od velike su pomoći dnevni boravci ili dnevne bolnice gdje oboljele osobe preko dana imaju odgovarajuću njegu, aktivnosti i druženja. Za to vrijeme član obitelji može obavljati druge poslove ili se odmoriti kako ne bi razvili sindrom sagorijevanja [51].

9. Zaključak

U Hrvatskoj svake godine zamjećujemo povećanje broja ljudi starije životne dobi. Proces starenja donosi brojne promjene na središnjem živčanom sustavu između kojih je i demencija. Demencija utječe na oštećenje kognitivnih funkcija zbog kojih osoba ne može izvršavati osnovne životne potrebe. Važno je što ranije postaviti pravu dijagnozu bolesti i na vrijeme započeti simptomatsko liječenje. Demencija se ne može izliječiti, ali se poznatom terapijom mogu ublažiti simptomi te povećati kvaliteta života osobe. Važno je znati što osoba za sebe može učiniti kako bi umanjila rizik za razvoj demencije za koju puno puta možemo čuti da uzima osoba i prije njezinog konačnog odlaska. Obitelj koja se u svakom životnom trenutku nalazi uz oboljelu osobu prva zamjećuje novonastale promjene. Osobe koje preuzimaju brigu za oboljelog člana obitelji moraju biti svjesne velike odgovornosti te život u velikoj mjeri prilagoditi bolesniku. Kako bi poboljšali status osobe oboljele od demencije u društvu moramo se boriti protiv stigme bolesnika te ovladati što kvalitetnijom komunikacijom. U Hrvatskoj djeluje udruga za Alzheimerovu bolest koja radi na podizanju svijesti društva o potrebama oboljelih osoba i njihovih obitelji. S progresijom bolesti dolazi do povećanja potreba za zdravstvenom njegom. Kada se obitelj nađe pred iscrpljenjem svoje solidarnosti i podrške prema oboljelom članu obitelji, važno je pronaći odgovarajuću skrb i njegu. Tada zdravstveno osoblje preuzima skrb za oboljelu osobu, ali i njezinu obitelj. Demencija osim što predstavlja veliki izazov za obitelj, ona zahtjeva specifične zadatke i za medicinsko osoblje. Skrb za osobu oboljelu od demencije zahtjeva kvalitetnu i sveobuhvatnu edukaciju medicinskih sestara i tehničara o demenciji, promjenama koje mogu nastati kod osobe te edukaciju o komunikaciji. Medicinske sestre tijekom životnog obrazovanja trebale bi steći znanje o skrbi za oboljelu osobu te znati prepoznati neverbalnu komunikaciju koju oboljele osobe često koriste kako bi izrazile vlastite želje i emocije.

Antonija Košćak

U Varaždinu, _____ 2020. godina

10. Literatura

- [1] Lj. Moro, T. Frančišković - udžbenik za više zdravstvene studije, Medicinska naklada, Zagreb 2011.
- [2] World Health Organisation, Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025. Geneva 2017., World Health Organisation (WHO)
- [3] M. Sajko, Zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije, Sveučilište Sjever 2020.
- [4] N. Mimica, Komunikacija s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti i drugih demencija – priručnik za formalne njegovatelje / Kušan Jukić, Marija (ur.) Zagreb: Nastavni zavod za javno zdravstvo, 2018. str. 4-4
- [5] S. Kljaić: Stav. U B. Petz (Ur.), Psihologijski rječnik. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2005.
- [6] MSD priručnik dijagnostike terapije; dostupno na: <http://www.msdprirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/neurologija/delirij-i-demencija> (dostupno: 15.7.2020.)
- [7] M. Tkalčić, A. Pokrajac-Bulian, D. Bosanac, Z. Tomić, Procjena kognitivnog statusa pacijenata s demencijom. Psihologijske teme. 2003; No 12:55-62
- [8] G. Perko, S. Tomek-Roksandić, D. Mihok, A. Puljak, H. Radašević, B. Tomić i sur. Četiri javnozdravstvena problema u zaštiti zdravlja starijih osoba u Hrvatskoj. Medicus [Internet]. 2005 [pristupljeno 15.07.2020.];14(2_Gerijatrija):205-217. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/18874>
- [9] M. Šilj, Komunikacijske vještine medicinske sestre/medicinskog tehničara sa psihijatrijskim bolesnicima Communication skills of nurses/technicians with psychiatric patients. Sestrinski glasnik [Internet]. 2018 [pristupljeno 18.7.2020.];23(3):173-180. <https://doi.org/10.11608/sgnj.2018.23.033>

- [10] S. Uzun, I. Todorčić Laidlaw, M. Kušan Jukić, O. Kozumplik, D. Kalinić, N. Pivac N i sur., Od demencije češće boluju žene. Socijalna psihijatrija [Internet]. 2018 [pristupljeno 16.7.2020.];46(1):58-76. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/200579>
- [11] S. Tomasović, J. Sremec, J. Koščak, N. Klepac, P. Draganić i I. Bielen, "EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DEMENTIA TREATMENT IN CROATIA", Psychiatria Danubina, vol.28, br. 2, str. 170-175, 2016. [Online]. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/175283>. [Citirano: 18.7.2020.]
- [12] <https://www.centarzdavlja.hr/zdrav-zivot/treca-dob/sto-je-demencija/> (dostupno 19.7.2020.)
- [13] <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>, dostupno 20.7.2020.
- [14] M. Vilibić „Kako otkriti i liječiti demenciju“ 2013. dostupno na: <https://www.plivazdravlje.hr/tekst/clanak/23559/Kako-otkriti-i-lijeciti-demenciju.html> (dostupno: 20.7.2020.)
- [15] <https://www.nhs.uk/conditions/dementia/dementia-prevention/> (dostupno:15.08.2019.)
- [16] V. Karkou, & B. Meekums, Dance movement therapy for dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017.
- [17] M. Hamill, L. Smith, & F. Röhricht, ‘Dancing down memory lane’: Circle dancing as a psychotherapeutic intervention in dementia—a pilot study. Dementia 2012., 11(6), 709-724.
- [18] U. Fabijanić: Demencija - rizični faktori, Gyrus Journal, prosinac 2014., str 65-67 http://gyrus.hiim.hr/images/gyrus6/Gyrus6_Part9.pdf
- [19] N. Klepac, F. Borovečki, Praktičan pristup bolesniku s demencijom, Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, 2017., 51-52

- [20] F. Đerke, J. Homolak, L. Turkalj, M. Dugonjić, J. Šušnjar, A. Vrbanić, Demencija, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet 2016., dostupno na: http://gyrus.hiim.hr/images/gyrus10/Gyrus10_web%20verzija_Part3.pdf (dostupno 25.7.2020.)
- [21] V. Bilušić Vundać, Biljni lijekovi i liječenje demencije [Ginkgo biloba L. (ginkgo)] Herbal remedies and dementia treatment [Ginkgo biloba L. (ginkgo)]. Sestrinski glasnik [Internet]. 2019 [pristupljeno 17.7.2020.];24(1):11-14. <https://doi.org/10.11608/sgnj.2019.24.003>
- [22] N. Mimica, P. Presečki, How do we treat people with dementia in Croatia. Psychiat Danub; 2010.
- [23] I. Harold Kaplan, J. Benjamin Sadock. Priručnik kliničke psihijatrije. Jatrebarsko: Naklada slap; 1998.
- [24] S. Tomek-Roksandić, N. Mimica, M. Kušan Jukić i suradnici: Alzheimerova bolest i druge demencije, rano otkrivanje i zaštita zdravlja, Medicinska naklada, Zagreb 2017
- [25] T. Frančišković, i L. Moro, Psihijatrija, Zagreb: Medicinska naklada, 2009.
- [26] https://www.dementia.org.au/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia_croatian.pdf (dostupno: 20.7.2020.)
- [27] Ž. Ivančević, Z. Rumbolt, M. Bergovec, V. Silobrić, I. Kuzman, D. Štimac i sur. MSD priručnik dijagnostike i terapije/ glavni urednik hrv.izd. Željko Ivančević. Delirij i demencije. 2.izdanje. Split: Placebo, 2010.
- [28] M. Dajčić: Osnove njege i skrbi o osobama s demencijom, osobine oboljelih osoba, Agencija za regionalni razvoj Hrvatske, travanj 2017.str.1-2.
- [29] C. Maslach, M.P. Leiter: The Truth About Burnout. Kindle Edition: Jossey-Bass. 2009.

- [30] R. Sviben, Z. Pukljak Iričanin, A. Lauri Korajlija, I. Čular Reljanović, Sindrom sagorijevanja i mentalno zdravlje kod medicinskog osoblja sa psihijatrijskog i nepsihijatrijskih odjela. *Journal of Applied Health Sciences = Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti* [Internet]. 2017 [pristupljeno 25.07.2020.];3(2):169-181. <https://doi.org/10.24141/1/3/2/4>
- [31] P. Potter, et al., Compassion Fatigue and Burnout: Prevalence Among Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2010., 14 (5), str. 56-62
- [32] M. Fremec, N. Kipčić, Izazovi u sestrinskoj praksi tijekom rada s osobama s demencijom . *Socijalna psihijatrija* [Internet]. 2019 [pristupljeno 27.7.2020.];47(3):423-424. <https://doi.org/10.24869/spsih.2019.423>
- [33] A. Štambuk, & K. Levak, Poteškoće i dobrobiti rada s osobama oboljelim od demencije iz perspektive formalnih njegovatelja. *Revija za socijalnu politiku* 2018., 25(2), 191-211.
- [34] N. Mimica, Komunikacija s osobom oboljelom od demencije. *Medix* 2011.
- [35] *Neurologia Croatica*: 6. hrvatski kongres o Alzheimerovoj bolesti, Knjiga sažetaka, 10.-13. listopada 2012., Primošten, Hrvatska, 1-164 str
- [36] L.W. Chu, Alzheimer's disease: early diagnosis and treatment. *Hong Kong Medical Journal* 2012., 18(3):228-237
- [37] M. Prince, E. Albanese, M.Guerchet, M. Prina, Nutrition and dementia; A review of available research. *Alzheimer's Disease International (ADI), London, 2014.*
- [38] M.C. Morris, C.C. Tangney, YWang, F.M. Sacks, D.A. Bennett, N.T. Aggarwal: MIND Diet Associated with Reduced Incidence of Alzheimer's Disease. *Alzheimer's & Dementia* 2015., 11(9):1007–1014

- [39] N. Hu, JT Yu, L.Tan, YL Wang, L Sun, L Tan, Nutrition and the Risk of Alzheimer's Disease. BioMed Research International 2013., 2013: 524820.
- [40] Alzheimerova bolest - priručnik za pacijente, obitelji i njegovatelje, dostupno na: <http://alzheimer.hlz.hr/pdf/Alzheimerova%20bolest%20%20Prirucnik%20za%20pacijente,%20obitelji%20i%20njegovatelje%20.pdf>
- [41] B. Sedić, Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2007.
- [42] T.A. Touhy,; KF. Jett, Ebersole and Hess Gerontological Nursing and Healthy Aging. Fourth edition. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2014.
- [43] S. Tomek-Roksandić, Z. Šostar, V. Fortuna, V. (eds.), Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće / obiteljske medicine u domu za starije osobe. Zagreb 2012., Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba.
- [44] G. Arbanas: Psihijatrija, Naklada Slap, Zagreb 2008.
- [45] E. Ackley, G. Ladwig, Nursing diagnosis handbook 7-th ed, St. Louis, USA: Mosby Elsevier. 2006.
- [46] S. Puđa i sur., Radna terapija u dnevnoj bolnici za oboljele od demencije Psihijatrijske bolnice „Sveti Ivan“ 2016.
- [47] Preporuke za optimizaciju i planiranje domova koji skrbe o osobama s demencijom (2018.) URL: <http://demenca.eu/wp-content/uploads/2018/03/Preporuke-HR-web.pdf> (2020-07-30)
- [48] Hogeweyk. (2018.) URL: <https://hogeweyk.dementiavillage.com/en/> (2020-08-2)

[49] D. Poredoš, ALZHEIMEROVA BOLEST I OBITELJ. Ljetopis socijalnog rada [Internet]. 2003 [pristupljeno 10.08.2020.];10(2):243-254. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/3515>

[50] M. Laklija, M. Milić Babić, S. Rusac, NEKI ASPEKTI SKRBI O ČLANU OBITELJI OBOLJELOM OD ALZHEIMEROVE BOLESTI. Ljetopis socijalnog rada [Internet]. 2009 [pristupljeno 15.08.2020.];16(1):69-89. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/35433>

[51] Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest. Dostupno na: <https://alzheimer.hr/huab/> (2020-08-20)

Sveučilište
Sjever

HRON
ALISREAINN

SVEUČILIŠTE
SJEVER

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, ANTONIJA KOŠČAK (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom POSEBANOST SKRBI KOD OSOBA OBOLJELIH OD DEMENCIJE (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Antonijsa Koščak
(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, ANTONIJA KOŠČAK (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom POSEBANOST SKRBI KOD OSOBA OBOLJELIH OD DEMENCIJE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Antonijsa Koščak
(vlastoručni potpis)