Suvremeni stavovi o Alzheimerovoj bolesti

Sermek, Marinela

Master's thesis / Diplomski rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:723186

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO – MENADŽMENT U SESTRINSTVU

DIPLOMSKI RAD br.

SUVREMENI STAVOVI O ALZHEIMEROVOJ BOLESTI

Student:
Marinela Sermek

Mentor:
doc. dr. sc. Hrvoje Hećimović

Varaždin, listopad, 2020.g.

Predgovor

Zahvaljujem se svom mentoru neurologu doc. dr. sc. Hrvoju Hećimoviću koji mi je svojim znanjem, savjetima i strpljenjem pomogao u izradi ovog diplomskog rada. Također se zahvaljujem svom mužu, sinu, svekru Velimiru i svekrvi Mariji koji su kroz dvije godine studija bili uz mene i pružili mi pomoć i nesebičnu podršku u najtežim trenucima, kako bih ja obavila sve obveze uz studij.

Hvala svima koji su mi omogućili da naučim kako postati savjesna i odgovorna zdravstvena djelatnica.

Sažetak

Alzheimerova bolest (AB) je progresivna i neizlječiva neurodegenerativna bolest koja zahvaća sve veći broj ljudi u svijetu, posebno populaciju iznad 65 godina starosti. Glavni simptomi Alzheimerove bolesti (AB) su gubitak pamćenja, pad kognitivnih sposobnosti i promjene u osobnosti koji vode do nemogućnosti samostalnog funkcioniranja. Cilj rada bio je ispitati znanje, osviještenost i stavove zdravstvenih djelatnika o Alzheimerovoj bolesti. U skladu s navedenim ciljem, bilo je postavljeno šest polaznih hipoteza istraživanja. Kako bi se prikupili podatci za obradu, izrađena je internet anketa za ciljanu skupinu, a to su zdravstveni djelatnici. U istraživanju je sudjelovao 101 ispitanik, od čega ih je 86,1% ženskog, a 13,9% muškog spola. Rezultati pokazuju kako postoji statistički značajna i pozitivna povezanost između znanja o Alzheimerovoj bolesti i stupnja obrazovanja. Utvrđeno je kako ne postoji statistički značajna povezanost između znanja o Alzheimerovoj bolesti i zadovoljstva educiranosti zdravstvenih djelatnika za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti. Također, postoji statistički značajna i negativna povezanost između znanja o Alzheimerovoj bolesti i zadovoljstva educiranosti društva o demenciji, a svi sudionici u podjednakom stupnju procjenjuju Alzheimerovu bolest kao značajni socijalni problem društva bez obzira na razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti.

Ključne riječi: Alzheimerova bolest, demencija, mozak, educiranost zdravstvenih djelatnika

Popis korištenih kratica

AB Alzheimerova bolest

CT Kompjutorizirana tomografija

DASH The Dietary Approaches to Stop Hypertension

EEG Elektroencefalografija

GSD Gerijatrijska skala depresije

HIV Virus humane imunodeficijencije

MIC Mild Cognitive Impairment

MIND Mediterraneans – Intervention for Neurodegenerative Delay

MR Magnetna rezonanca

PET Pozitronska emisijska tomografija

SOM Tim stručnjaka

SPECT Jednofotonska emisijska kompjutorizirana tomografija

Sadržaj

1. Uvod 1
2. Pojam demencije 3
2.1. Demencija s Lewyjevim tjelešcima 4
2.2. Vaskularna demencija 5
2.3. Frontotemporalna lobarna demencija 5
3. Epidemiologija Alzheimerove bolesti 6
4. Patofiziološke promjene kod Alzheimerove bolesti 7
5. Rizični čimbenici za razvoj Alzheimerove bolesti 7
5.1. Genski čimbenici 8
6. Etiologija i podjela Alzheimerove bolesti 9
7. Dijagnosticiranje Alzheimerove bolesti 12
7.1. Strukturne neuroslikovite metode dijagnosticiranja Alzheimerove bolesti 12
7.2. Neuropsihološki testovi 13
7.3. Diferencijalna dijagnoza 14
8. Liječenje Alzheimerove bolesti 15
8.1. Farmakološko liječenje Alzheimerove bolesti 15
8.2. Psihofarmakoterapija bihevioralnih i psihičkih simptoma kod Alzheimerove bolesti 17
8.3. Nefarmakološke metode zbrinjavanja psihičkih i ponašajnih simptoma Alzheimerove bolesti 18
9. Komunikacija s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti 19
10. Uloga medicinske sestre u djelatnosti i skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti 22
10.1. Skrb za oboljelu osobu od Alzheimerove bolesti u obitelji 23
10.1.1. Procjena stanja i potreba bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti 24
10.1.2. Procjena osnovnih ljudskih potreba (prema teoriji motivacije A. Maslowa) 25
10.1.3. Primjeri procesa zdravstvene njege u sestrinskoj djelatnosti; sestrinski problemi, ciljevi i sestrinske intervencije 27
11. Nutritivne mjere za prevenciju Alzheimerove bolesti 33
12. Cilj 35
13. Hipoteze 36
14. Metode rada 37
14.1. Uzorak ispitanika 37
14.2. Uzorak varijabli 37
14.3. Način prikupljanja i obrade podataka 45

15. Rezultati istraživanja 46
16. Raprava 54
17. Zaključak 57
18. Literatura 59

1. Uvod

Alzheimerova bolest (AB) po broju obljelih čini 60% svih demencija. Najčešće demencije, uz Alzheimerovu bolest (AB), jesu vaskularna demencija, demencije frontotemporalnog režnja te demencija Lewyjevih tjelešaca, koje zajedno čine gotovo 90% svih demencija. Ako se ne provodi sustavno registriranje ovih bolesti, opseg problema nije transparentan. Nerijetko se AB vodi pod općenitom dijagnozom (pre) senilne demencije ili psihoorgaskog sindroma te ostaje neprepoznata ili nepravovaljano dijagnosticirana. Iznimno je važno napomenuti da starenje povećava rizik od pojave demencija, ali ne vodi bezuvjetno u demenciju te je štetno kada se simptomi demencije pogrešno interpretiraju kao normalan proces starenja. To upućuje na veću potrebu za edukacijom različitih profila stručnjaka u radu sa starijim osobama i društva u cijelosti te za ranim, aktivnim i pravilnim dijagnosticiranjem kognitivnih poremećaja. [1]

Ključnu ulogu u ranom otkrivanju kognitivnih poremećaja, odnosno AB i drugih demencija imaju specijalisti obiteljske medicine, jer prve simptome najčešće primjećuje obitelj, skrbnici ili sama starija osoba. Nužna je procjena rizičnih čimbenika za nastanak AB, kao i stupnja kognitivnog oštećenja, diferencijalna dijagnostika, registriranje komorbiliteta, registracija promjene svakodnevnih aktivnosti osobe te praćenje bolesnika i terapijskog učinka provodi tim specijalista obiteljske medicine i specijalista gerijatra. Prijeko je potrebno prepoznati fiziološke i kognitivne promjene u okviru starenja, poput blage zaboravljivosti koja se očituje zametanjem stvari i otežanim prisjećanjem riječi, i razlikovati ih od bolesnog stanja i demencije. Blagi kognitivni poremećaj može ukazivati na preddementnu ili prodromalnu fazu AB i drugih demencija tijekom koje dolazi do postupnoga progresivnoga kognitivnog propadanja. Bitno je odrediti postoje li objektivni dokazi o kognitivnom propadanju te njihov karakter i stupanj. [2] [3]

Prema definiciji, demencija nastupa onog trenutka kada kognitivni poremećaji interferiraju sa svakidašnjim aktivnostima oboljele osobe. Promjene životnog stila poput tjelesne aktivnosti, zdrave prehrane, mentalnog treninga i kontrole kardiovaskularnih rizičnih čimbenika omogućuju odgađanje kognitivnog propadanja. Mozak čine živčane stanice, neuroni. Neuroni su međusobno

povezani sinapsama i njihova je funkcija prenijeti poruke. [2] [3] Komunikacija između neurona ostvaruje se posredovanjem neuroprijenosnika, kao što su acetilkolin, dopamin, serotonin i glutamat.

Osim toga, mozak neprestano mora imati adekvatnu cirkulaciju kako bi dobio neophodne tvari, osobito kisik i glukozu. Mozak se sastoji od dvije polutke. Svaka polutka upravlja suprotnom stranom tijela: desna polutka lijevom stranom i obrnuto. Svaka se polutka sastoji od četiri režnja: čeoni, tjemeni, sljepoočni i zatiljni režanj. Ti su režnjevi smješteni u sivoj i bijeloj tvari mozga, moždanoj kori, a moždana kora odgovorna je za većinu intelektualnih sposobnosti, kao što su sposobnost razmišljanja, razumijevanja, analiziranja i organiziranja. [2] [3]

Povezanost i njihove funkcije jedinstven je za svakog pojedinca, svaka je osoba jedinstvena. Čeoni režanj služi za planiranje i organiziranje aktivnosti; privikavanje na novo okruženje te prisjećanje kronološkog slijeda događaja. Tjemeni režanj omogućuje orijentaciju i prepoznavanje dijelova tijela, također služi za primjećivanje i analiziranje osjetilnih podražaja, funkciju govora pisanja i računanja. Sljepoočni režanj ovisno o strani, omogućuje razlikovanje tonaliteta i intenziteta zvukova, kao i dekodiranje značenja riječi. Ima vrlo važnu ulogu u pamćenju, budući da je u dubini tog režnja smješten hipokampus. Zatiljni režanj služi za opažanje i dekodiranje vizualnih informacija (čitanje, oblici, boje i pokreti). Budući da svaki režanj ima svoju specifičnu funkciju, oštećenja svakog od njih imaju specifične posljedice. Simptomi, dakle, ukazuju da li je zahvaćena bolešću lijeva ili desna strana mozga. [2] [3] Osim režnjeva, mozak sadrži, dublje u svojoj unutrašnjosti, neuronske krugove tzv. limbički sustav, strukturu koja je uključena u pamćenje, emocije i ponašanje.

U slučaju Alzheimerove bolesti (AB), gubitak neurona najčešće započinje u predjelu hipokampusa koji vrši ulogu pamćenja. Zbog toga je gubitak pamćenja najčešće prvi simptom.

Nakon hipokampusa, Alzheimerova bolest (AB) zahvaća ostale dijelove mozga te, ovisno o zahvaćenom predjelu uzrokuje druge poteškoće: probleme u komunikaciji, poteškoće u organizaciji ili koordinaciji uobičajenih aktivnosti (npr. njega tijela i orijentacija).

Ozbiljnost moždanih oštećenja i njihova lokalizacija u mozgu nužno utječu na prirodu i težinu simptoma, a biološke i anatomske anomalije povezane s AB mogu i nekoliko godina prethoditi simptomima same bolesti. AB nije psihička bolest u popularnom značenju tog termina, već

doista neurološka bolest, drugim riječima bolest živčanog sustava, koja se, manifestira kako neurološki tako i neuropsihijatrijski. [2] [3]

2. Pojam demencije

Demencije se opisuju kao sindrom progresivnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti pri očuvanoj svijesti, koje se očituju promjenama u mentalnom statusu i ponašanju bolesnika. Evidentno je intelektualno propadanje u bolesnika s organskom bolesti središnjega živčanog sustava, tako da su napose oštećene sposobnosti pamćenja, učenja, orijentacije apstraktnog mišljenja i poimanja u vidno – prostornih odnosa. [1] Pojavnost demencije reducira funkcioniranje i može uvjetovati da se osoba više ne može brinuti o sebi. Simptomi se pojavljuju na kognitivnoj razini (npr. mišljenju, raspoloženju, psihomotorici, emocijama, volji), a navedeni se deficiti očituju i na tjelesnim mogućnostima, što nerijetko uzrokuje nemogućnost obavljanja svakodnevnih životnih aktivnosti. Prepoznata je kao rastući gerontološko – javnozdravstveni problem i prioritet u skrbi za osobe starije životne dobi. [2] [6]

Prihvaćeni konceptualni model razvoja demencija obuhvaća interakciju indvidualne genske predispozicije, izloženosti različitim poznatim i nepoznatim uvjetima okoliša te vremenu potrebnom za takvu interakciju. Karakteristična obilježja kliničkog sindroma demencije jest gubitak kognitivnih i emocionalnih funkcija koji ometa bolesnikovu svakodnevnu životnu aktivnost. Funkcionalna nesamostalnost bolesnika s Alzheimerovom bolešću (AB) odražava se kao veliko opterećenje za oboljelu osobu, obitelj i društvo. Epidemiološki podatci provedenih istraživanja (SAD, Švedska, Velika Britanija) pokazuju da prevalencija demencije iznosi 9 – 14% u osoba starije životne dobi (65+), a od toga ih 1/3 nije sposobna za samostalan život. Prema izvješću Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 2003.g, od ukupnih broja demencija 11% osoba starijih od 60 godina je funkcioniralo onesposobljeno (nesamostalno).

Nužno je prepoznati kognitivni poremećaj u starijih osoba koji je veći od očekivanog za dob, a dijagnosticira se kao blagi spoznajni poremećaj. Prevalencija spoznajnog poremećaja u gerijatrijskoj populaciji iznosi od 3 do 19 % i progredira u demenciju u 50% starijih bolesnika tijekom razdoblja od 5 godina. Prema medicinskoj klasifikaciji, dijagnostički kriteriji za

demenciju jesu multpli kognitivni deficiti, uključuje oštećenje memorije i barem još jedan od kriterija: afazija, apraksija, agnozija ili poremećaj izvršnih funkcija (planiranje, organiziranje, apstrahiranje). Oštećenje epizodne memorije (tj. sposobnost učenja novih informacija) može se prezentirati zaboravljanjem dogovora, učestalim postavljanjem istih pitanja te neprekidnim ponavljanjem istih priča. [1]

Njemački patolog Alzheimer povezao je kognitivno propadanje s histološkim promjenama u mozgu (tzv. senilnim plakovima i neurofibrilarnim vretenima), a uzrok Alzheimerove bolesti (AB) još uvijek nije poznat. Patološko – anatomski nalaz Alzheimerove bolesti (AB) jest atrofija moždane kore zbog amilodinih plakova i njihove, agregacije). Osim AB, demencije od koji najčešće oboljevaju osobe starije životne dobi su: [3] [9]

- Demencija s Lewyjevim tjelešcima,
- Vaskularna demencija,
- Frontotemporalna lobarna demencija.

2.1. Demencija s Lewyjevim tjelešcima

Demencija s Lewyjevim tjelešcima i demencija u sklopu Parkinsonove bolesti su drugi najčešći uzroci neurodegenerativne demencije. Lewyjeva se tjelešca sastoje od nitastih intraneuronalnih inkluzija koje sadržavaju protein alfa – sinuklein koji je rasprostranjen u središnjem, perifernom i autonomnom živčanom sustavu. U kojoj mjeri količina i raspodjela Lewyjevih tjelešaca korelira s vrstom simptoma, težinom i brzinom progresije bolesti, još nije potpuno istraženo. [1] [3]

Problemi s pamćenjem ne moraju biti prvi simptom bolesti, već se mogu pojaviti kako bolest napreduje. Osim kognitivnog opadanja koje karakteriziraju većinu demencija, bolesnici imaju simptome jednake osobama oboljelima od Parkinsonove bolest, kao krutost mišića, nestabilan hod i sporost pokreta. [9]

Često se pojavljuju i poremećaji spavanja, vizualne halucinacije koje mogu biti ugodne ili zastrašujuće (npr. djeca ili životinje), iluzije, paranoične ideje, izgubljenost u prostoru i problemi s percepcijom prostora koji se očituju teškoćama u orijentaciji, uočavanju dubine i sl. [1] [3]

2.2. Vaskularna demencija

Vaskularna demencija karakterizirana je kognitivnim propadanjem zbog difuznog ili fokalnog poremećaja cerebralne perfuzije, prije svega u starijoj životnoj dobi i nešto češće u muškaraca. Osim dobi, utjecaj ima niži stupanj obrazovanja i vaskularni rizični čimbenici poput hipertenzije, dijabetesa, hiperlipidemije i pušenja. Vaskularna demencija i Alzheimerova bolest (AB) imaju preklapajuće predisponirajuće čimbenike i sve se češće uočava istodobno postojanje elementa vaskularnog kognitivnog poremećaja u oboljelih od Alzheimerove bolesti (AB). [1] [3]

Vaskularna je demencija uzrokovana ishemijskim lezijama zbog oštećenja najčešće malih krvnih žila što se detektira u obliku fokalnih ili konfluentnih hiperintenziteta bijele tvari, supkortikalnih infarkta, lakuna, mikrokrvarenja i/ili atrofije mozga. [9]

Postojanje oštećenja malih moždanih krvnih žila nije dokaz postojanja demencije, nego samo pokazatelj povećanog rizika za razvoj bolesti. Oštećenje većih krvnih žila najčešće uzrokuje multple konfluirajuće ishemijske promjene kortikalnog ili supkortikalnog dijela mozga, što uzrokuje kognitivne poremećaje, posebice ako je riječ o promjenama u hipokampusu ili talamusu, kao i u cingularnoj ili angularnoj vijuzi. [1] [3]

2.3. Frontotemporalna lobarna demencija

Frontotemporalna lobarna demencija obuhvaća nekoliko različitih podtipova karakteriziranih zahvaćanjem frontalnog i temporalnog režnja rano u tijeku bolesti. U svojim ranim fazama moguće je otežano razlikovanje frontotemporalne lobarne degeneracije od razvojnih ili psihijatrijskih poremećaja koji se mogu manifestirati na sličan način. [1]

Atrofije u paralimbičnom području, uključuju prednju inzularnu regiju, medijalnu frontalnu, orbitofrontalnu te temporalnu regiju, koreliraju s progresivnom frontotemporalnom demencijom. Oboljele osobe mogu mogu imati poremećaje osobnosti i ponašanja u društvu (npr. vulgarno izražavanje), kompulzivno ponašanje (bezrazložno istraživanje), dezinhibicije (neobuzdana seksualnost), rastresenost, impuzivnost, poteškoće u govoru, verbalni ili gestualni stereotipi, problemi s procjenjivanjem i koncentracijom. [1] [9]

U nekim, relativno rijetkim, slučajevima frontotemporalne lobarne demencije u živčanim stanicama mogu se pojaviti nakupine patoloških proteina, nazvanih Pickova tjelešca. U tim je slučajevima riječ o ***Pickovoj demenciji***. Očituje se kao intelektualno opadanje, progresivni gubitak sposobnosti govora i masivne degeneracije koje predstavljaju Pickova tjelešca. [3]

3. Epidemiologija Alzheimerove bolesti

Alzheimerova bolest (AB) čini oko 60% svih slučajeva demencije u Europi i SAD-u. Prevalencija demencije je ispod 1% u osoba mlađih od 65 godina, pokazuje eksponencijalan rast sa starošću, u populacijama zapadnih zemalja kod ljudi starijih od 85 godina raste na 24% i 33%. Zapadne zemlje Europe, SAD i Kina zemlje su sa najvećim brojem oboljelih. Godišnja incidencija u svijetu u porastu je od 1% u dobi od 60 do 70 godina i 6% do 8% u dobi od 85 godina. [1]

Cerebrovaskularna bolest kombinirana s tipičnim promjenama za Alzheimerovu bolest (AB) dodatno uzrokuje 13% do 17% slučajeva demencije. Demencija koja se pojavi u ranijoj životnoj dobi (prije 45. godine života) 30% njih dijagnosticirane su kao neurodegenerativne demencije (uz rijetku pojavu AB) dok njih 20% otpada na autoimune i uplano uzrokovane demencije, a blizu 20 % ostaje nedijagnosticirano. [5]

Smatra se da ih je samo u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) 5 milijuna oboljelih od Alzheimerove bolesti (AB) dok ih je u ostatku svijeta 17 milijuna. Upravo ovi pokazatelji ukazuju o kakavoj je bolesti riječ. Bolesti demencije predstavljaju veliki javnozdravstveni, medicinski i socioekonomski problem.

Zbog ovih činjenica prevalencija dementnih bolesti prijeko je potrebna. [1]

4. Patofiziološke promjene kod Alzheimerove bolesti

Alzheimerova bolest (AB) najčešće je multifaktorijalna bolest u kojoj niz vanjskih i unutarnjih faktora ubrzavaju fiziološko starenje. Karakterizirana je izvanstaničnom akumulacijom beta – amiloida u mozgu te stvaranjem i nakupljanjem neurofibrilatornih petlji u neuronima. Biokemijski procesi koji su uključeni u razvoj AB u konačnici dovode do raširene stanične smrti i gubitka neurona putem apoptoze. [1] [5]

Prve regije mozga koje pokazuju gubitak neurona povezanih s Alzheimerovom bolešću (AB) jesu u medijalnom temporalnom režnju, uključujući entorinalni korteks, hipokampus, amigdalu i parahipokampus. U trenutku kada je pacijentu na temelju kliničkih simptoma dijagnosticirana bolest, neurodegenerativne su promjene obično vidljive u cijelom korteksu i subkortikalnim regijama sa znatnom atrofijom temporalnog, parijetalnog i frontalnog korteksa, ali relativno umjerenim promjenama okcipitalnog režnja. [1]

Atrofija hipokampusa pokazuje progresiju gubitka volumena od oko 5% godišnje, a stupanj atrofije korelira sa stupnjem kognitivnog propadanja. U većini slučajeva slici AB prethodi razdoblje s blagim kognitivnim poremećajem. Smatra se da je hipokampalna atrofija značajan prediktor progresije blagog kognitivnog poremećaja u AB. [12]

5. Rizični čimbenici za razvoj Alzheimerove bolesti

Postoji veliki broj potencijalno rizičnih čimbenika i modificirajućih rizičnih faktora za razvoj Alzheimerove bolesti (AB). U potencijalno rizične čimbenike spada: [3]

- Dob
- Genski čimbenici
- Ženski spol
- Traume glave

U modificirajuće rizične faktore spada: [3]

- Dijabetes melitus
- Prekomjerna konzumacija alkohola
- Pušenje cigareta
- Depresija
- Povišeni krvni tlak
- Povišeni kolesterol
- Nedostatak tjelesne aktivnosti, kao i socijalna izolacija

Čimbenici rizika Alzheimerove bolesti (AB) kod ljudi starijih od 80 i više godina, uzrokuju bolest kombinacijom individualnih čimbenika, kao što su npr. genske predispozicije i okolišni čimbenici.

Važno je shvatiti kako je čimbenik rizika element čija prisutnost povećava mogućnost obolijevanja od neke bolesti, ali koji ne uzrokuje bolest. Međutim, bolest se može razviti, a da prethodno osoba nije bila izložena čimbeniku rizika vezanom za tu bolest. [3]

5.1. Genski čimbenici

Uloga genskih čimbenika od svih je neurodegenerativnih bolesti najbolje proučena u Alzheimerovoj bolesti(AB) i to u obiteljskom obliku bolesti koji se javlja u mlađih od 60 godina života. Do sada je poznato najmanje 5 genskih lokusa smještenih na kromosomima 1, 12, 14, 19 i 21 koji utječu na početak i razvoj Alzheimerove bolesti (AB). Ovdje su uključeni i geni prekusora amiloidnih proteina presenilina I i presenilina II. Mutacije tih gena mogu poremetiti pregradnu prekusora amiloidnih proteina što uzrokuje odlaganje i fibrilarne agregacije beta – amiloida. [8]

Beta – amiloid može uzrokovati smrt neurona i stvaranje senilnih plakova koji su građeni od aksonalnih i dendritičkih nastavaka, astrocita i glijalnih stanica nakupljenih oko amiloidne jezgre.

Drugi genski čimbenici uključuju apolipoprotein E i njegove alele. Apo E proteini utječu na odlaganje beta – amiloida, citoskeletni integritet te efikasnost neuronalne regeneracije. Rizik AB je značajno povišen kod ljudi s alelama. [8]

6. Etiologija i podjela Alzheimerove bolesti

Obzirom na patološka zbivanja, Alzheimerova bolest (AB) može nastati kao posljedica neurodegenerativnih, traumatskih, metaboličko – toksičkih bolesti. Manifestacije Alzheimerove bolesti (AB) mogu znatno varirati od osobe do osobe, ali ono što ih karakterizira postupni je i progresivni nastanak poteškoća s pamćenjem. [1]

Tijekom bolesti, te su poteškoće sve značajnije. Počinju remetiti svakodnevne aktivnosti, uzrokuju promjene na području govora, procjene i orijentacije, kako vremenske tako i prostorne, uzrokujući značajne promjene po pitanju osobnosti. [12]

Gubitak vještina i znanja koje je osoba stjecala dugi niz godina, za sobom povlači postupno smanjenje samostalnosti; bolesnik ima sve više poteškoća u obavljanju običnih zadataka, kao što je priprema obroka, pranje rublja, zadovoljavanje vlastitih potreba. Problemi s čitanjem, nazvani aleksija, mogu se odnositi na čitanje slova, riječi ili jednog i drugog.[1]

Svaka osoba bolest proživljava drugačije, ovisno o dobi, zdravstvenom stanju, osobnosti, životnom putu, svojim snagama i slabostima. Ipak neke značajke mogu se uočiti gotovo kod svih oboljelih osoba. Na temelju ove konstatacije možemo govoriti o stadijima (ili fazama), ali trajanje svakog stadija i granice između različitih stadija nisu vrlo precizni. [3]

Neki su vidovi osobnosti sačuvani kod jednih, dok se kod drugih ti isto značajno mijenjaju. Tri stadija su sljedeća: blagi (početni ili rani), umjereni (srednji) i teški (ili poodmakli) stadij.

Blagi (početni ili rani) stadij

U ovom stadiju, teško je procijeniti radi li se o Alzheimerovoj bolesti (AB). Često su prisutni znakovi depresije. Neke osobe su još uvijek radno sposobne, a manifestacije bolesti često se pripisuju umoru ili stresu. Evo nekoliko tih manifestacija: [3]

- Poteškoće s kratkotrajnim pamćenjem, zaboravljanje nedavnih događaja
- Gubitak pamćenja koji počinje remetiti svakodnevne aktivnosti
- Poteškoće u upravljanju vlastitim budžetom
- Smanjenje pedantnosti u osobnoj higijeni
- Ostavljanje predmeta na neuobičajenim mjestima
- Lagani problemi u komunikaciji, kao pronalazak prave riječi ili praćenje razgovora
- Sve češće ponavljanje istih pitanja
- Nagle promjene raspoloženja
- Blage promjene osobnosti
- Dezorijentacija u vremenu i prostoru
- Povremena nemogućnost prosuđivanja
- Nedostatak inicijative
- Poteškoće s koncentracijom

Umjereni (srednji) stadij

U umjerenom stadiju, gubici su naglašeniji. Okolina postaje sve svjesnija kako nešto nije u redu. Manifestacije su najčešće sljedeće: [3]

- Mnogo značajniji gubitak pamćenja
- Mnogo značajnija dezorijentacija u vremenu i prostoru
- Mnogo veće poteškoće s pažnjom i koncentracijom
- Sve češće ponavljanje istih pitanja
- Poteškoće sa sređivanjem misli
- Gubitak sposobnosti rasuđivanja

- Promjene osobnosti
- Problemi s komunikacijom i govorom
- Poteškoće s prepoznavanjem roditelja i prijatelja
- Smanjena učinkovitost povezivanja sjećanja
- Propadanje društvenih vještina, zaboravljanje doličnog ponašanja
- Još očitiji nemar na planu osobne higijene
- Gubitak samostalnosti u svakodnevnim aktivnostima
- Nemogućnost da oboljeli ostanu sami
- Poteškoće u čitanju i pisanju
- Razdoblje nemira, tjeskobe ili apatije, promjene raspoloženja

Teški (ili poodmakli) stadij

U teškom stadiju gubici se neumoljivo pogoršavaju. Osoba se više ne može brinuti sama za sebe, ne može više sama živjeti. Manifestacije su, između ostalih, sljedeće: [3]

- Gubitak uspomena, čak i najstarijih,
- Nesposobnost rasuđivanja,
- Nemogućnost prepozavanja roditelja i prijatelja,
- Dulje spavanje,
- Smanjena otpornost na infekcije, odatle i česte upale pluća,
- Veliki problemi u komunikaciji: malo ili nimalo razgovora,
- Značajna dezorijentacija u vremenu i prostoru,
- Zatvaranje u sebe,
- Značajni gubitak samostalnosti u svakodnevnim aktivnostima,
- Problemi s hranjenjem i gutanjem,
- Urinarna i fekalna inkotinencija,
- Ležanje,
- Potpuna ovisnost o drugoj osobi.

7. Dijagnosticiranje Alzheimerove bolesti

Pojavnost Alzheimerove bolesti (AB) ne nastaje odjednom, tako da se u individualne starije osobe može pratiti postupno, progresivno pogoršanje pamćenja i drugih mentalnih funkcija, uključujući pozornost, govor, vizualnoprostornu orijentaciju i sposobnost donošenja zaključaka. Rani simptomi Alzheimerove bolesti (AB) jesu poteškoće u pamćenju imena i nedavnih događaja, depresija i apatija.

Za rano prepozavanje znakova AB, mjerenje njihove jačine, kao i diferencijalnu dijagnozu između AB i drugih tipova demencije razvijene su metode i brojni neuropsihološki testovi. [1] [6]

7.1. Strukturne slikovne metode mozga u dijagnostici Alzheimerove bolesti

Strukturne neuroslikovne metode poput magnetne rezonance (MR) čine najšire primjenjivane pretrage u dijagnostici Alzheimerove bolesti (AB). T1 mjerene sekvencije visoke rezolucije omogućuju precizniju detekciju atrofije mozga i promjene moždanog korteksa. Noviji kriteriji za kliničku dijagnozu Alzheimerove bolesti (AB) inkorporirali su atrofiju kao važan marker rane dijagnoze. [1]

Magnetna rezonanca (MR), pozitronska emisijska tomografija (PET) i jednofotonska emisijska kompjutorizirana tomografija (SPECT) vrijedni su alati za ispitivanje promjena u funkcioniranju i molekularnom sastavu mozga jer takve promjene mogu prethoditi atrofiji koju otkrivaju strukturne slikovne metode. Amiloidni PET markeri otkrivaju beta – amiloidne depozite obično već prije razvoja atrofije, a pogotovo prije razvoja kliničke slike. [6]

U oboljelih od AB vidljivo je pojačano kortikalno nakupljanje markera, posebno u frontalnom, cingularnom, parijetalnom i lateralnom temporalnom korteksu. U sklopu biomarkera prate se promjene razine proteina beta – amiloida u likvoru, tau i fosfo – tau. [1]

Naime, u AB su razine beta – amiloida u likvoru snižene jer se nakuplja u amiloidne plakove, što se smatra patološkim obilježjem AB. Razine proteina tau su povišene kao rezultat oštećenja neurona i sinapsi, što nije tipično samo za AB. [1] [5]

7.2. Neuropsihološki testovi

U bolesnika s diskretnim kognitivnim deficitom uvjek je potrebno provesti klasično kognitivno testiranje. Screening instrumenti poput *Mini Mental Statusa* obično su neosjetljivi na rani kognitivni poremećaj. Niz testova epizodne memorije mogu identificirati bolesnika koji su rizični za razvoj Alzheimerove bolesti (AB). Obilježja su tih testova da su temeljeni na procjeni neposrednog i odgođenog prisjećanja. [1]

Obično je riječ o testu liste riječi koji se više puta ponavlja i na temelju postignutih rezultata dobivaju se informacije o sposobnosti učenja novog sadržaja, kao i o kratkoročnom pamćenju. Primjeri su takvih testova *Free and Cued Selective Reminding Test, Rey Auditory Verbal Learning Test i California Verbal Learning Test*. Osim memorije, potrebno je ispitati i ostale kognitivne funkcije: egzekutivne funkcije (npr. odlučivanje, rješavanje problema, planiranje), govor (imenovanje, fluentnost, razumijevanje), vizuospacijalne funkcije i pozornost. [1]

Danas postoji niz validiranih neuropsiholoških testova za procjenu ovih kognitivnih domena kao što su: *Trail Making Test (egzekutivne funkcije), Boston Naming Test, letter and category fluency (govor), figure copying (spacijalne funkcije) i digit span forward (pozornost)*. Ti su testovi relativno neosjetljivi na blagi kognitivni deficit i ne ispituju druge kognitivne domene, nego isključivo pamćenje. [6]

Nadalje, *test crtanja sata* za procjenu kognitivnog oštećenja kod demencije informativan je, vremenski kratko traje i služi kao probirni test za poremećaj pamćenja. [1] [5]

Mild Cognitive Impairment (MCI) definira se kao blago kognitivno oštećenje (stanje) u kojem oboljela osoba ima mentalne poteškoće poput pamćenja i razmišljanja. Međutim, simptomi nisu intenzivno izraženi da bi mogli značajno ometati samostalnost oboljele osobe, pa se stoga ne definiraju kao demencija. [13] Kriteriji za postavljanje dijagnoze MCI su sljedeći:

- Detektiranje poteškoća s pamćenjem, po mogućnosti potvrđen od druge osobe
- Uočavanje poteškoća s pamćenjem koje odstupaju od normalnih stanja, primjenom standarnih testova za procjenu pamćenja, razmišljanja i sposobnost obavljanja normalnih svakodnevnih aktivnosti.

Procjenjuje se da između 5% i 20% osoba starijih od 65 godina ima MCI. Nedavna istraživanja pokazuju da osobe s MCI imaju 3 do 5 puta veći rizik oboljevanja od demencije, osobito od Alzheimerove bolesti. [13]

7.3. Diferencijalna dijagnoza

Dijagnoza Alzheimerove bolesti (AB) temelji se na prisutnosti simptoma bolesti i karakteristične kliničke slike, uz istodobno isključivanje drugih poznatih uzroka demencija. Od posebne je važnosti prepoznavanje kliničkih stanja često povezanim s kognitivnim poremećajima, a koja se donekle mogu prevenirati i liječiti kao što su: depresija, uzimanje određenih lijekova (posebno neuroleptika i drugih psihoaktivnih tvari), antikolinergika, analgetika, sedativa i hipnotika, zatim isključivanje hipotireoze, deficita vitamina i folne kiseline te kardiovaskularnih bolesti. [1]

Kakav će se klinički i neuropatološki oblik demencije prezentirati u pojedine osobe, nerijetko ovisi o postojanju komorbidnih stanja (poput kardiovaskularnih bolesti) i rizičnih čimbenika za nastanak demencije. Najveću važnost u otkrivanju Alzheimerove bolesti (AB) ima heteroanamneza koja se dobiva od članova obitelji te pažljivo isključivanje ostalih bolesti koje mogu oponašati sliku demencije, a dokazuju se ili isključuju laboratorijskim pretragama: kompletne krvne slike, elektrolita, glukoze transaminaza, kreatinina i glomerularne filtracije, hormona štitnjače i nadbubrežne žlijezde, seroloških testova na sifilis i virus humane imunodeficijencije (HIV), serumske koncentracije folata i vitamina B12, osobu je često potrebno uputiti i na detaljni psihijatrijski, neurološki i internistički pregled, gdje će se dodatnom dijagnostičkom obradom potvrditi ili isključiti dijagnoza AB. [1] [5]

Tako se iz likvora mogu odrediti upalni uzroci, a također i genski biljezi Alzheimerove bolesti (AB). Elekteoencefalografija (EEG) i mjerenje evociranih potencijala te MR mozga, PET i

SPECT, daljnje su dijagnostičke tehnike kojima se otkrivaju promjene u mozgu u svrhu razjašnjenja simptoma demencije, odnosno utvrđivanje dijagnoze AB. [6]

U svakodnevnoj praksi pri diferencijalnoj dijagnozi demencije, može biti od pomoći i tim stručnjaka, gerijatrijska skala depresije (GSD) (score <15 negativnih odgovora: nema znakova depresije) za brzi probir depresije koja se u starijih ljudi može očitovati kognitivnim poremećajima.

Interdisciplinarni tim sastavljen od stručnjaka različitih profesionalnih profila ima nezamijenjivu ulogu ranome prepoznavanju demencije, upućivanju na dijagnostiku i specijalističku konzultaciju, uključivanje psihijatrijskoga mobilnog tima te sudjelovanjem u liječenju i praćenju bolesti, a posebice u organizaciji skrbi i pružanju trajne pomoći i potpore obtelji u skrbi za bolesnika s dijagnozom AB. [1] [5]

8. Liječenje Alzheimerove bolesti

Sadašnje standarno farmakološko liječenje kognitivnih oštećenja i poremećaja ponašanja antidementivima u osoba s Alzheimerovom bolešću (AB) simptomatsko je, ali može doprinjeti usporenju demencije. U kontekstu progresivne bolesti kakva je Alzheimerova bolest (AB), stabilizacija simptoma je poželjna i bolest napreduje sporije no što bi napredovala bez lijekova. [1] [5]

8.1. Farmakološko liječenje Alzheimerove bolesti

Premda je Alzheimerova bolest (AB) neizlječiva, a njezino napredovanje (unatoč primjeni lijekova specifičnoga djelovanja na kognitivna oštećenja) neminovno, antidementivi danas su standarna farmakoterapija kognitivnih oštećenja u oboljelih od Alzheimerove bolesti (AB). S

obzirom na heterogenu etiologiju bolesti, liječenje je simptomatsko, a pokazalo se učinkovitim jer pomaže u odgađanju početka AB i/ili usporuje njezinu progresiju. [1]

Antidementivi poboljšavaju kogniciju, usporuju progresiju bolesti i poboljšavaju bolesnikovo opće funkcioniranje. Posebno je to što liječenje antidementivima znatno smanjuje pojavnost bihevioralnih i psihičkih simptoma, poboljšava komunikaciju s bolesnikom, omogućuje veću i dulju samostalnost bolesnika u aktivnostima svakodnevnog života, što sve zajedno olakšava skrb njegovateljima i produljuje vrijeme do bolesnikova smještanja u ustanovu.

Premda se postojeći antidementivi još ne ubrajaju u skupinu lijekova koji mijenjaju tijek bolesti, oni itekako pridonose lakšem postizanju ciljeva liječenja u oboljelih od AB u okvirima sadašnjih mogućnosti, a to su: [1]

- Usporiti napredovanje bolesti
- Zadržati što dulje neovisnost, inicijativu i sudjelovanje u društvenim aktivnostima osobe oboljele od AB
- Održavati kognitivne sposobnosti i što dulje očuvati socijalne vještine
- Očuvati pokretnost i tjelesnu kondiciju
- Smanjiti broj hospitalizacija i odgoditi smještanje u ustanovu
- Smanjiti patnju i obiteljski distres
- Poboljšati kvalitetu života oboljelih i njihovih obitelji – njegovatelja

Učinkoviti lijekovi iz skupine antidementiva koji se danas primjenjuju u liječenju Alzheimerove bolesti (AB) jesu inhibitori acetilkolinesteraze, koji smanjuju razgradnju neurotransmitora acetilkolina, kojeg u mozgu oboljelih od AB nedostaje. Ta skupina lijekova razvila se na temelju kolinergičke hipoteze nastanka AB koja podrazumijeva selektivnu degeneraciju kolinergičkih neurona u Meynertovu području, što rezultira smanjenjem kolinergičke neurotransmisije u moždanoj kori i dovodi do deterioracije kognitivnih funkcija koje su uočljive u AB. [1]

Odobreno je šest lijekova za liječenje Alzheimerove bolesti (AB), a to su: takrin, donepezil, galantamin, rivastigmin, memantin i fiksna kombinacija donepezila i memantina. Tri lijeka iz skupine inhibitora acetilkolinesteraze (takrin, rivastigmin i galantamin) odobrena su za liječenje blage do umjerene AB, a jedan (donepezil) ima službenu indikaciju za sva tri stadija AB.

Memantin, koji antagonist N – memtil – D – aspartat receptora, registriran je za liječenje umjerene do teške AB.

Takrin je prvi antidementiv, registriran je 1992. godine i dana ima više povijesnu nego praktičnu ulogu zbog svoje hepatotoksičnosti. Memantin je noviji antidementiv [1]

Općenito govoreći, novi su antidementivi sigurni lijekovi koji se dobro podnose. Nove mogućnosti aplikacije antidementiva (transdermalni flasteri) poboljšavaju suradljivost i smanjuju nuspojave. Doneprezil je prvi izbor u liječenju blagog i umjerenog stadija Alzheimerove bolesti (AB), međutim koristi se i u liječenju teškog stadija AB; ako se na njegovu primjenu ne dobije zadovoljavajući terapijski odgovor, drugi je izbor u farmakoterapiji rivastigmin ili galantamin. [1]

Antidementivi, kao monoterapija ili kombinirana terapija, nužni su u liječenju oboljelih od AB i čine standarnu farmakoterapiju. U Republici Hrvatskoj nijedan registrirani antidementiv ne nalazi se na tzv. pozitivnoj A – listi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Velika većina ljudi s demencijom u Republici Hrvatskoj ne liječi se adekvatno radi spore dijagnostike i nabave lijeka. [1]

8.2. Psihofarmakoterapija bihevioralnih i psihičkih simptoma kod Alzheimerove bolesti

Tijekom Alzheimerove bolesti (AB) i drugih demencija pojavljuje se heterogena skupina kliničkih simptoma i fenomena, koja se odnosi na poremećaje raspoloženja , emocija, percepcije, mišljenja, pojavu psihomotoričkog nemira ili retardacije, iritabilnosti, dezinhibicije, agitacije i agresivnog ponašanja, promjene teka i ritma sna – budnosti uz promjene ličnosti. [1]

Farmakološki pristup primjenjuje se samo kad su drugi pristupi nedostatni i kad je primjena lijekova nužna radi sigurnosti bolesnika i/ili njegove okoline. Premda je to načelna preporuka, to više što je učinak lijekova skroman, uporaba psihofarmaka česta.

Liječenje se provodi anksioliticima, hipnoticima, antidepresivima i antipsihoticima, ovisno o kliničkoj slici samog poremećaja. Psihofarmakoterapija se započinje oprezno uz minimalne doze

i postupnu titraciju sa svrhom kontrole smetnji u ponašanju i psihičkih simptoma koji se pojavljuju u osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti (AB) i drugih demencija. [1] [3]

8.3. Nefarmakološke metode zbrinjavanja psihičkih i ponašajnih simptoma Alzheimerove bolesti

Kod osoba starije životne dobi postoji i niz drugih bolesti, kako psihičkih tako i tjelesnih, te starije osobe gotovo u pravilu uzimaju i velik broj različitih lijekova. Potrošnja lijekova u starijih osoba je znatno veća od ostalih dobnih skupina i iznosi čak 25 % ukupne potrošnje lijekova.

Uz lijekove za srčane bolesti, psihofarmaci su najčešće propisivani lijekovi u gerijatrijskoj populaciji. Kod starijih osoba dolazi do gubitka tjelesne mase, smanjuje se relativan udio vode u tijelu, smanjuje se mišićna masa, dok se s druge strane povećava udio masnog tkiva. Također, dolazi i do smanjenja rada bubrega. Zbog svega navedenog mijenja se način djelovanja i izlučivanja lijekova iz organizma starije osobe. [11]

Oporavak nakon prekida uzimanja lijekova također je sporiji kod starijih osoba. Sve to ukazuje da je u liječenju i zbrinjavanju psihičkih i ponašajnih simptoma osoba s Alzheimerovom bolešću (AB) važno i mudro, kada je to god moguće, uključiti i razne nefarmakološke metode kao što su multisenzorna terapija odnosno muzikoterapija, aromaterapija, art – terapija, terapija životinjama, prilagodba okruženja, radno – okupacijska terapija, tjelovježba, edukacija njegovatelja itd.

Nefarmakološke metode mogu biti korisne u smirivanju bolesnika, odnosno u ublažavanju agitacije i agresivnosti, očuvanju i produljenju sposobnosti samostalnog funkcioniranja, poboljšanju raspoloženja, reguliranju dnevnog bioritma, usporavanju napredovanja kognitivnih oštećenja te općenito podizanja i očuvanja kvalitete života.

Tako se muzikoterapija, bilo grupna ili individualna, bilo pasivna (slušanje) ili aktivna (pjevanje, sviranje), pokazala učinkovita u smirivanju bolesnika i smanjenju agitacije.

Aromaterapija koja se primjenjuje putem inhalatora ili putem kupki i masaža (najčešće lavandino ulje), također se pokazala korisna kod smirivanja agitiranog bolesnika. Art – terapija, odnosno likovna terapija, pokazala je učinak u podizanju samopouzdanja bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti (AB) te poboljšanju socijalnih interakcija. [11]

Na poremećaje usnivanja i prosnivanja, a poglavito na periode smetenosti i nemira koji se kod dementnih osoba često javljaju navečer i tijekom noći, pozitivan učinak ima terapija svjetlom. Različite vrste tjelovježbi kao što su sportske aktivnosti, ali i ples pokazale su se učinkovite u smanjenju agitacije poglavito noću te smanjenju padova kod dementnih bolesnika. [11]

Nefarmakološke metode mogu primjenjivati njegovatelji sukladno interesima oboljelih osoba, a temelj primjene nefarmakoloških metoda čini uspostavljanje komunikacije s osobom oboljelom od AB. [11]

9. Komunikacija s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti

Jedno od središnjih pitanja u radu s osobama kojima je potrebna pomoć jest komunikacija koja se može kratko definirati kao razmjena značenja putem obostrano razumljivih znakova. To pak znači da komunikaciju ne definiramo kao razmjenu pukih informacija (tzv. „objektivnog“ sadržaja).

Istodobno, vrlo je dobro pretpostavljati da i drugi ljudi čine isto i da su jednako pristrani i subjektivni. To zapravo znači da svaka osoba različito doživljava i razumije naizgled posve istovjetne pojave ili zbivanja i da komuniciranjem s drugima zapravo razmjenjujemo naša razumijevanja koja pridajemo odnosima, pojavama i zbivanjima. Komuniciranjem s drugima, bez obzira na subjektivnost, možemo se dogovoriti oko razumijevanja pojava i iskustava i uspješno funkcionirati kao zajednica. [11]

Drugim riječima, da rezimiramo što smo rekli: nije bitno samo ono što pošiljatelj poruke misli da je poručio, nego i kako je to primatelj poruke razumio. Svi ljudi nebrojeno puta doživljavaju da su uputili poruku koja je za nas osobno imala jedno značenje, a osoba kojoj se poruka uputila razumjela ju je bitno drugačije.

Tek kada „pošiljatelj poruke“ razumije kako je druga osoba razumjela njegovu poruku, zaokružili smo cjelinu smislenog komuniciranja. Kad su u pitanju osobe oboljele od Alzheimerove bolesti (AB), ovo će značiti da je zadatak pomagača da aktivno istražuje kako ga je osoba s Alzheimerovom bolešću (AB) razumjela i prilagođava se njezinim načinima razumijevanja, jer osoba s AB postupno će izgubiti tu sposobnost prilagodbe. [11]

Iz rečenog slijedi još jedna vrlo važna činjenica: za komunikaciju je puno bolje ako obje (ili sve, ako ih je više) strane imaju razvijenu sposobnost pripisivanja značenja i smisla ponašanjima sebe i drugih osoba, a što se naziva mentalizacijom. Sposobnost mentalizacije uvelike doprinosi izgradnji kvalitetnih odnosa kako s bliskim osobama, tako i s osobama u široj zajednici i povezana je sa sposobnošću empatije (suosjećanja).

Na neki način, radi se o sposobnosti razumijevanja smislenosti postupaka sebe i drugih, kao posljedica voljnih mentalnih stanja (osjećaja, potreba, želja, vjerovanja), uz uvažavanje mogućih pogrešaka u pretpostavkama o motivacijama, željama i potrebama drugih osoba, kao i njihove promjenjivosti.

Uobičajeno se tijekom AB mijenja sposobnost pamćenja, ali mijenja se i niz drugih kognitivnih funkcija, kao što su govor, sposobnost praćenja, razumijevanja, verbalizacije i sl. Komunikacija je otežana, a sposobnost govora progresijom bolesti postaje sve više oštećena. Govor postaje nerazumljiv i napokon potpuno prestaje (mutizam) u uzapredovalom stadiju bolesti. [11]

Oboljela osoba zaboravlja događaje iz bliske prošlosti, smanjena je sposobnost koncentracije, usporeno je procesuiranje, ali i odgovaranje na pitanja. Također su prisutni problemi sa sluhom i vidom, nemogućnost čitanja ili razumijevanja uopće. [4]

Potrebno im je dati dosta vremena da bi odgovorili na pitanja i sl. Oboljela osoba ne može pronaći pravu riječ (nominalna afazija), ne uspijeva organizirati riječi (slaže nove, nerazumljive riječi, neologizmi), često ponavlja neko pitanje, traži istu stvar, ponavlja jednu te istu riječ ili izraz te ima poteškoće u logičkom razmišljanju. Sve češće se oslanja na neverbalnu komunikaciju. [4]

Vrlo je važno održavati pozitivno raspoloženje tijekom interakcija s osobama oboljelim od AB. [11]

Govor tijela - jezik tijela je ogledalo osjećaja (emocija), 80% naših emocija iskazujemo neverbalnim signalima. To su primjerice: izraz lica, geste, držanje tijela, ton glasa, brzina govora. Sposobnost neverbalnog izražavanja osjećaja sačuvana je čak i u uznapredovalim stadijima AB. Isto tako, oboljele osobe mogu razumjeti neverbalne izraze drugih ljudi pa tako mogu prepoznati ljutnju. Oboljelu osobu je lakše razumijeti ako se prati njen govor tijela.

Najvažniji pokazatelji govora tijela:

Izraz lica **(napeti izraz)** – ukazuje na nemir, neku neugodu, napeti izraz lica može oboljelu osobu naljutiti, izazvati tjeskobu, stres

Kontakt očima **(zatvorene oči)** – oboljela osoba je u „svom svijetu“

Držanje tijela **(zatvoreni stav)** – oboljela osoba se na taj način brani od okoline, tjeskobna je i nesigurna

Pokreti – detaljan opis pokreta govori o stanju oboljele osobe (hoda li grčevito, povremeno, kontinuirano, poslijepodne ili noću)

Važno je **prepoznati kontekst razgovora**, nastojati reagirati na taj kontekst i također prepoznati poruke oboljele osobe od AB po boji glasa (npr. da li poruka zvuči kao povjerljiv šapat, prigovor, povjerljiv razgovor prijatelja, razgovor majke i kćeri, službena komunikacija u uredu, razgovor za stolom i sl).

Neke od preporučenih smjernica za komuniciranje s osobama oboljelima od AB su:

Usmjeriti pažnju bolesnika, koristiti jednostavna pitanja, isprekidati aktivnosti u niz manjih koraka. Tako zadaci postaju izvedivi za osobe s Alzheimerovom bolešću (AB).

Ohrabrivati osobu oboljelu od Alzheimerove bolesti (AB) da rade ono što mogu, nježno ih podsjećajući da učine ono što su zaboravili te pomažući im u onome što više nisu sposobni učiniti samostalno.

Koristiti vizualne znakove, npr. pokazati osobi češalj kada se trebaju počešljati.

Dati im vremena, strpljivo i realno pripremiti osobu za neku aktivnost ili događaj, razvijati cikličke mogućnosti.

Slušati uz uvažavanje, pokazivajući da ih se čuje i razumije, napraviti kontakt očima, odgovarati na prikladan način, govoriti jasno, mirno, nježno ali odlučno.

Uključiti se u realnost oboljele osobe, nikako ne objašnjavati i uvjeravati osobu da je u krivu jer realna orijentacija, razuvjeravanje i logika tu ne pomažu.

Fokusirati se na osjećaje, a ne činjenice. [11]

10. Uloga medicinske sestre u djelatnosti i skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti

Starenje je biološki proces i počinje u trenutku našeg rođenja. Međutim, vidljive se promjene pojavljuju oko četrdesete godine, dok se danas smatra da starost počinje nakon 65. godine života. Budući da je prosječan ljudski vijek produljen, sve se više nameće potreba za detaljnim istraživanjem ljudi treće životne dobi. Kako stari tijelo, tako se i mozak mijenja, većina ljudi u starosti primjećuje da povremeno ima teškoće s pamćenjem, što može biti rezultat fiziološkog starenja, ali isto tako može biti i alarm za nastanak demencije. [1]

Moguće i česte pogreške (kada prve simptome poistovjećujemo sa starošću), rezultiranju nepravodobnim prepoznavanjem bolesti, a samim tim gubitkom prilike za pravovremenu primjenu terapije koja je u ranoj fazi bolesti najučinkovitija. Demencija je termin koji označuje gubitak pamćenja i drugih intelektualnih sposobnosti dovoljno izraženih da utječu na svakodnevni život oboljelog. Opasnost od obolijevanja od demencije raste sa životnom dobi, a poznato je da se neki oblici pojavljuju već u srednjim godinama.

Simptomi Alzheimerove bolesti (AB) mogu se razvijati već između 50. i 60. godine života, bolest ima progresivan tijek, svojim napredovanjem dovodi do gubitka pamćenja, poremećaja mišljenja te promjena u ponašanju i osobnosti bolesnika. [1] [10]

10.1. Skrb za oboljelu osobu od Alzheimerove bolesti u obitelji

Nastupanjem zdravstvenih problema počinje prva faza uključivanja obitelji i skrb za oboljelog. U samom početku obolijevanja, oboljela osoba jako teško podnosi bolest, a poslije, kada mentalna kontrola oslabi i bolest prelazi u težu fazu, oboljeli ne razumije težinu svojeg stanja te u tom stadiju njegovatelji mnogo više pate. Društvo teško prihvaća osobe oboljele od Alzheimerove bolesti (AB), obitelj prikriva probleme u socijalnom i zdravstvenom funkcioniranju svojih članova, nažalost, nesvjesni veličine problema s kojima će se suočavati te predugo čekanje da se jave odgovarajućim službama. [1] [10]

Obraćaju se tek kada su na izmaku snaga ili kad su njihove rezerve energije iscrpljene. Medicinske sestre prepoznaju promjene u oboljelog te promjene u obiteljskom funkcioniranju.

U razgovoru s članovima obitelji nastoje osvijestiti postupno napredovanje bolesti u teže faze te ih pripremiti na pojavu problema s pamćenjem, prostornim snalaženjem, kretanjem, govorom, korištenjem javnim prijevozom, prelaženjem ceste i dr. Savjetuju obitelj oko organizacije svakodnevnih aktivnosti i prilagodbe na uvjete stanovanja, kao što su: [1]

- Zajednički odlasci u kupnju namirnica
- Vježbe čitanja, pisanja i brojenja
- Zajedničke šetnje
- Posjećivanje bliskih prijatelja i rođaka
- Održavanje osobe urednim
- Omogućavanje oboljelom da, dokle god može, bude prisutan kod stola tokom obroka
- Osiguravanje odgovarajuće prehrane i dovoljno tekućine
- Posjećivanje mjesta koje je oboljeli volio dok je bio zdrav, a može pomoći i igra i druženje s kućnim ljubimcima

Procjena obiteljskog funkcioniranja te stalna potpora medicinske sestre raznim oblicima edukacije, savjetima i konkretnim rješenjima pomaže oboljelom i članovima obitelji kako bi uz svakodnevnu skrb postupno mijenjali način života i prilagodili ga potrebama oboljelog, što u konačnici omogućuje dulji boravak oboljelog u obiteljskom okruženju. [1]

U skrb o osobi s Alzheimerovom bolešću (AB) potrebno je uložiti mnogo strpljenja i razumijevanja, uz preporuku da se zadrži topao emocionalni odnos između obitelji i oboljelog. Ljutnja, srdžba i nezadovoljstvo njegovatelja na uobičajene bolesnikove pogreške izaziva istodobno povlačenje oboljelih od ljudi, osamljenost, nesigurnost, depresiju, strah, izbjegavanje socijalnih kontakata i poremećaj spavanja. [1]

10.1.1. Procjena stanja i potreba bolesnika oboljelih od Alzheimerove bolesti

Procjena zdravstvenog stanja oboljelih od Alzheimerove bolesti (AB) postupak je koji utvrđuje psihičko, tjelesno i emocionalno stanje, pacijentovo sigurnosno okruženje, obiteljske odnose te procjenu potreba za savladavanjem novonastalih teškoća, kao i sprječavanje njihovih posljedica.

U pacijenta koji je obolio od Alzheimerove bolesti (AB) primarno je potrebno procijeniti zadovoljavanje osnovnih ljudskih potreba, a prema teoriji motivacije A. Maslowa to su: [1]

- Fiziološke potrebe (disanje/kisik, hrana, voda, spavanje, odstranjivanje otpadnih tvari, seksualnost)
- Potrebe za sigurnošću (postojanost, red, poredak, predvidljivost događaja)
- Potrebe za ljubavlju i pripadanjem (uspostavljeni odnosi s drugim ljudima utemeljeni na poštovanju, odanosti, povjerenju i privrženosti)
- Potrebe za samopoštovanjem (poštovanje od drugih ljudi te poštovanje samog sebe)
- Potrebe za samoaktualizacijom (vrhunac razvoja ličnosti, težnja da se iskoriste sve svoje sposobnosti).

Budući da se osoba napredovanjem bolesti suočava s velikim promjenama, pri planiranju skrbi medicinska sestra podatke prikupljene od bolesnika na temelju verbalne i neverbalne

komunikacije, mjerenja i analize dobivenih podataka dopunjuje podatcima dobivenih od obitelji, prijatelja, zdravstvenih i nezdravstvenih radnika i dr.

U svrhu procjene medicinska sestra može se koristiti i određenim strukturiranim obrascima koji su dio sestrinske dokumentacije u sestrinskoj djelatnosti. [1]

10.1.2. Procjena osnovnih ljudskih potreba (prema teoriji motivacije A. Maslowa)

Procjena osobne higijene – Osobe oboljele od Alzheimerove bolesti (AB) često zanemaruju obavljanje osobne higijene, treba ih poticati i omogućiti im određenu samostalnost.

Treba utvrditi u kojoj mjeri postoji interes za osnovne higijenske potrebe, može li osoba sama svakodnevno obavljati osobnu higijenu, kada i koliko u taj postupak treba uključiti druge osobe. Važno je ne inzistirati da se bolesnik istog časa mora kupati ili brijati, nego procijenjivati vrijeme koliko mu je potrebno da dovrši započetu aktivnost. [1]

Procjena odijevanja i dotjerivanja – Bolesnici se često ne oblače prikladno vremenskim prilikama, katkad se zaborave odjenuti.

Pozornost treba obratiti na samostalnost u oblačenju i svlačenju odjeće te biraju li pritom prikladnu odjeću. Nakon procjene utvrđuje se u kojemu stupnju treba pomoć druge osobe.

Procjena mokrenja i defekacije Pozornost treba obratiti na to postoji li inkontinencija, opstipacija ili konstipacija te se, prema procjeni vrste i stupnja inkontinencije, definiraju intervencije koje je potrebno provesti.

Procjena kretanja – Usmjerena je na procjenu sposobnosti samostalnog kretanja i stupnja nepokretnosti te ovisnosti o tuđoj pomoći.

Treba procijeniti stanje kože radi prevencije dekubitusa te preporučiti aktivne i pasivne vježbe radi sprječavanja tromboze.

Unos hrane i tekućine – Temelji se na procjeni sposobnosti odabira namirnica i pripreme hrane, samostalne aktivnosti hranjenja ili potrebe uključivanja druge osobe.

Prehrambene potrebe treba uskladiti sa svakodnevnim aktivnostima, navikama, željama i mogućnostima oboljelog. Treba prevenirati poremećaje u prehrani, kao što su gubitak tjelesne težine ili pretilost.

Procjena disanja – Pozornost je usmjerena na frekvenciju, dubinu, ritam i trajanje pojedinih faza disanja te na općeniti način na koji bolesnik diše. [1]

Također treba mjeriti i ostale vitalne funkcije.

Procjena spavanja – Bitan je podatak da li bolesnik spava tijekom noći te o kvaliteti i duljini sna. Nesanica je često prisutna i veliki je problem za bolesnika s Alzheimerovom bolešću (AB) pa je stoga potrebno izraditi program dnevnog odmora i planirati redoviti odlazak na počinak i vrijeme spavanja.

Komunikacija – Procjenjuje se na temelju sposobnosti izražavanja i razumijevanja između bolesnika i njegovatelja.

Procjena sigurnosti – Odnosi se na sprječavanje neželjenih posljedica zbog mentalnih i motoričkih deficita. Voditi brigu o prevenciji padova, posebice pri transportu bolesnika treba osigurati pratnju ili pomagalo, spriječiti opekline pri pripremi hrane (isključiti plinsko kuhalo, isključiti struju, zatvoriti slavinu) voditi kontrolu pri uporabi lijekova i dr.

Procjena potrebe za ljubavlju, pripadanjem i samopoštovanjem – Stalno iskazivanje poštovanja i povjerenja; ne smije se dopuštati članovima obitelji ili susjedima da s omalovažavanjem govore o bolesniku npr. „jadan je, on ništa ne razumije“ i sl.

Završetkom procjene medicinska sestra definira probleme, postavlja realne ciljeve radi rješavanja nastalih problema i teškoća te planiranje intervencija. [1]

10.1.3. Primjeri procesa zdravstvene njege u sestrinskoj djelatnosti; sestrinski problemi, ciljevi i sestrinske intervencije

Problem je uvijek opis onoga oblika pacijentova zdravstvenog stanja koji zahtjeva sestrinsku intervenciju. Alzheimerova bolest (AB) ima brojne simptome. Najčešći s kojima se zdravstveni djelatnici susreću u praksi jesu sljedeći: [1]

Smanjena mogućnost brige o sebi

Stanje u kojemu je smanjena sposobnost pojedinca za izvođenje i obavljanje aktivnosti hranjenja. Vodeća su obilježja; pacijent ne može samostalno narezati hranu, upotrebljavati pribor za jelo, otvarati posudice s hranom, prinijeti hranu ustima te su česte bolesnikove izjave: „Ne mogu sam jesti“, „Molim vas, možete li mi pomoći?“, „Preumoran sam za jelo.“.

Cilj: Bolesnik će sudjelovati u hranjenju primjereno vlastitu stanju i mogućnostima, pokazati zanimanje za samostalno hranjenje, biti zadovoljan onime što je postigao usprkos ograničenjima koje ima, zadovoljit će svoje nutritivne potrebe, tražiti pomoć kad mu zatreba, povećati stupanj samostalnosti pri hranjenju. [1]

Intervencije:

- Procjeniti refleks gutanja i je li bolesnik sposoban sam uzimati hranu
- Osigurati mirnu okolinu u kojoj će bolesnik biti usmjeren na jelo
- Ukloniti sve što odvraća pacijentovu pozornost od jela
- Smjestiti pacijenta u odgovarajući položaj, najbolje za stol
- Saznati navike što pacijent voli ili ne voli jesti
- Osigurati da obroci budu uvijek u isto vrijeme
- Davati kratke i jasne upute pacijentu
- Podučiti ga kako da sam upotrebljava pribor
- Ohrabriti ga da jede sam i prepoznati umor
- Provjeravati guta li bolesnik hranu ili je zadržava u ustima
- Ne požurivati bolesnika

- Ako se bolesnik žali na bol, dati analgetik (prema odredbi liječnika) jer bol smanjuje tek
- Pohvaliti bolesnika, poticati ga da pojede koliko može
- Nikad ne ostaviti bolesnika samog zbog rizika od aspiracije
- Paziti na temperaturu hrane
- Ograničiti tekućinu prije spavanja
- Izbjegavati prije spavanja napitke koji mogu pacijentu onemogućiti da lakše zaspi
- Poticati bolesnika na uzimanje manjih zalogaja i na urednost

Smanjena mogućnost brige o sebi – higijena

Stanje u kojemu su smanjene sposobnosti pojedinca za izvođenje i obavljanje aktivnosti održavanja higijene. Vodeća su obilježja: ne može oprati cijelo tijelo ili pojedine dijelove, ne može doći do kupaonice, ne može regulirati temperaturu i protok vode, a pacijentove su izjave: „Nemam snage za pranje.“, „Molim vas, možete li mi pomoći?“, „Preumoran sam za kupanje.“. [1]

***Cilj*:** Pacijent će sudjelovati u provođenju higijene u skladu sa svojim mogućnostima i primjereno vlastitu stanju, biti zadovoljan osobnom higijenom, biti zadovoljan postignutim usprkos ograničenjima, pokazati interes za održavanje higijene.

***Intervencije*:**

- Procijeniti pacijentovu sposobnost da sam obavlja higijenu
- Postupke održavanja higijene provoditi uvijek u isto vrijeme radi lakše orijentacije u vremenu
- Poticati bolesnika da opere određene dijelove tijela, pohvaliti ga i hrabriti
- Biti uz pacijenta, ne ostavljati ga samog zbog opasnosti od pada
- Osigurati privatnost
- Pribor staviti nadohvat ruke
- Prilagoditi temperaturu vode pacijentu
- Koristiti se priborom koji najmanje umara pacijenta i omogućuje mu veću samostalnost

- Podučiti pacijenta promatranju kože i promjena koje mogu nastati kao što je npr. dekubitalni vrijed
- Davati kratke i jasne upute kako se upotrebljava određeni pribor
- Osigurati mirnu okolinu u kojoj će se pacijent moći koncentrirati na kupanje

Smanjena mogućnost brige o sebi – dotjerivanje

Stanje u kojemu su smanjene sposobnosti pojedinca za izvođenje i obavljanje aktivnosti odijevanja i dotjerivanja. Vodeća su obilježja: pacijent ne može dohvatiti ili zamjeniti odjeću, ne može se obući ili svući, ne može se zakopčati ili koristiti se zatvaračima, ne može se zadovoljavajuće urediti. [1]

Cilj: Pacijent će sudjelovati u dotjerivanju u skladu s vlastitim mogućnostima, bit će primjereno i lijepo obučen, imat će pozitivnu sliku o sebi.

Intervencije:

- Procjeniti pacijentovu sposobnost da se sam dotjera,
- Postupke provoditi uvijek u isto doba dana,
- Biti uz bolesnika i paziti da se pri oblačenju ne ozlijedi,
- Dodavati komad po komad odjeće,
- Osigurati privatnost,
- Osigurati dovoljno vremena,
- Pomoći pacijentu da odabere odjeću koja se lako oblači,
- Poticati pacijenta da tijekom dana nosi danju, a tijekom noći noćnu odjeću.

Smanjena mogućnost brige o sebi – eliminacija otpadnih tvari

Stanje u kojem su smanjene sposobnosti pojedinca za izvođenje aktivnosti obavljanja nužde. Vodeća su obilježja: pacijent ne može otići do zahoda ili sani kolica, ne može primijeniti higijenske postupke nakon nužde, ne može se premjestiti na školjku ili sani kolica, ne može svući niti obući odjeću, ne može pustiti vodu ili isprazniti sani kolica. [1]

Cilj: Pacijent će prihvatiti vlastite mogućnosti i prihvatiti pomoć koja mu se pruža, povećavati stupanj samostalnosti, imati pozitivnu sliku o sebi.

Intervencije:

- Procjeniti pacijentovu sposobnost za obavljanje nužde
- Ponuditi noćnu posudu svaka 2 h, a posebno nakon obroka i prije odlaska na spavanje
- Osigurati privatnost
- Pratiti mokrenje i defekaciju radi utvrđivanja učestalosti pacijentove potrebe za eliminacijom
- Osigurati dovoljno vremena
- Predložiti pacijentu da nosi odjeću koja se lakše moće svući
- Osigurati hranu koja dobro utječe na pacijentov probavni sustav i ne dovodi do opstipacije
- Poticati pacijentovu samostalnost
- Provoditi postupke za sprječavanje pada
- Zvono staviti nadohvat pacijentove ruke ako ostaje sam
- Odmah se javiti na pacijentov poziv
- Jasno označiti vrata kupaonice da je pacijent može lakše pronaći

Smanjena mogućnost brige o sebi – održavanje kućanstva

Stanje u kojemu su smanjene sposobnosti pojedinca za izvođenje određenih aktivnosti ili pristup određenim službama nužnima za održavanje kućanstva. Vodeća su obilježja: pacijent ima teškoće pri uporabi prijevoza, telefona, pranja i glačanja, pripreme hrane, kupovanja namirnica ili odjeće, trošenje novca, uzimanje terapije. [1]

Cilj: Pacijent će voditi kućanstvo u skladu sa svojim mogućnostima, tražiti pomoć kada mu zatreba.

Intervencije:

- Prilagoditi raspored namještaja

- Rabiti satove, podsjetnike za odlazak u kupovinu, odlazak liječniku
- Pripremiti popis hrane koju treba kupiti
- Napraviti podsjetnik za uzimanje lijekova
- Poticati održavanje kućanstva što je dulje moguće
- Pomoći pacijentu u obavljanju onih poslova koje ne može sam

Visok rizik od ozljede i pada

Nastaje zbog nemogućnosti pojedinca da se prilagodi okolini koja postaje opasna za njega te se u njoj više ne snalazi. Problem se prepoznaje na osnovi čimbenika rizika: bolesti sustava za kretanje, uzimanje lijekova, nedostatak zaštitnih pomagala, poremećaj spavanja, opća slabost itd. [1]

Cilj: Spriječiti pad i ozljeđivanje pacijenta.

Intervencije:

- Nadzirati pacijenta i pomoći mu pri hodanju
- Ukloniti iz prostorije u kojoj se pacijent kreće sve nepotrebne stvari
- Osigurati pomagala kojima će se pacijent lakše kretati
- Osigurati dovoljno svjetlosti u prostorijama
- Ukloniti potencijalno opasne stvari na koje bi se pacijent ozlijedio
- Osigurati pacijentu prikladnu obuću koja se ne kliže
- Izbjegavati mokre podove
- Tijekom noći podići ogradu od postelje ako je potrebno

Visok rizik od oštećenja kože

Stanje obilježeno ozljedom epidermalnog i dermalnog tkiva nastalo zbog pritiska, trenja, razvlačenja, maceracije. Problemi se prepoznaju na osnovi čimbenika rizika: bolesti mišića,

zglobova, živčanog sustava, zabrane kretanja zbog stanja ili bolesti te skala za procjenu stupnja rizika za razvoj dekubitusa. [1]

Cilj: Očuvati integritet pacijentove kože.

Intervencije:

- Primjenjivati ljestvice za procjenu rizika od oštećenja kože
- Svaka 2 h mijenjati pacijentov položaj u postelji, ako je potrebno i češće
- Primjenjivati kolutove i jastuke za smanjenje pritiska na rizičnim mjestima
- Upotrijebiti antidekubitalne madrace
- Izbjegavati trenje i razvlačenje kože
- Održavati higijenu i integritet kože zaštitnim sredstvima
- Osigurati visokoproteinsku hranu
- Osigurati dovoljan unos tekućine i nuditi je često pacijentu

Visok rizik od tromboze dubokih vena

Nisu izdvojeni kao posebne sestrinske dijagnoze te se trombozom bave dvije sveobuhvatnije dijagnoze – visok rizik za komplikacije smanjene pokretljivosti i oštećenje periferne cirkulacije. Trombozu najčešće uzrokuju: usporena cirkulacija u bolesnika čija bolest zahtijeva dugotrajno mirovanje, povećana koagubilnost krvi, oštećenje vanjskog endotela. [1]

Cilj: Prevencija tromboze dubokih vena u bolesnika.

Intervencije:

- Često mijenjati bolesnikov položaj u postelji
- Raditi pasivne i aktivne vježbe donjih udova
- Raditi vježbe dubokog disanja
- Podići pacijentu mogu iznad razine srca radi boljeg pražnjena površinskih vena
- Izbjegavati odjeću koja zaustavlja cirkulaciju
- Izbjegavati dugotrajno sjedenje i stajanje

Kada obiteljska solidarnost i potpora postanu nedovoljni, oboljeloj starijoj osobi i članovima obitelji treba ponuditi odgovarajuću zaštitu, skrb i njegu. Svakodnevno se medicinska sestra susreće s ljudima starije životne dobi pa tako i s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti (AB). Uloga je medicinske sestre, prije svega, pomoć bolesniku u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba. [1]

Svoje kompetencije usmjerava prema pacijentu i njegovoj obitelji. Stoga je smisao skrbi u posljednjim godinama života psihogerijatrijskog bolesnika u primjerenoj i učinkovitoj gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi. Kvaliteta bolesnikova života ovisi o mnogočemu o vještinama i interesu osoba koje se skrbe o pacijentu, zato je nužna trajna edukacija iz gerontologije, gerijatrije, psihogerijatrije i gerijatrijske zdravstvene njege. [1] [10]

11. Nutritivne mjere za prevenciju Alzheimerove bolesti

Opasnost od razvoja Alzheimerove bolesti (AB) povećava se s dobi, genskim čimbenicima te s nekoliko medicinskih čimbenika rizika. Istraživanja pokazuju kako prehrana i način života mogu utjecati na rizik te stoga preventivne mjere imaju čvrsto uporište. Iako još uvijek veliki dio infomacija nedostaje, pokazalo se kako su brojni čimbenici rizika koji se odnose na način života jednaki za Alzheimerovu bolest (AB), kardiovaskularne bolesti i dijabetes. [1]

Stoga se preliminarne smjernice za način života i prehrane mogu kreirati u tom kontekstu. Postoje preporuke i smjernice za prehranu u 5 jednostavnih koraka, a one su:

- Smanjiti unos zasićenih masti i transmasnih kiselina jer tako se smanjuje rizik od pojave kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa, a time i AB.
- Povrće, grahorice (grah, grašak i leća), voće i cjelovite žitarice trebale bi zamijeniti meso i mliječne proizvode kao osnovne prehrambene namirnice.
- Vitamin E treba unositi hranom, a ne viskodoziranim dodacima prehrani.
- Pouzdani izvori vitamina B12, poput obogaćene hrane ili dodataka prehrani s preporučenom dnevnom količinom, trebali bi biti dio svakodnevne prehrane. Preporuča

se redovita kontrola razine vitamina B12 u krvi jer mnogi čimbenici, uključujući i dob, smanjuju njegovu apsorpciju.

- Ako osoba uzima različite vitamine, uvijek je prvi izbor one bez željeza i bakra, a dodatke prehrani sa željezom uzimati samo kada to preporuči liječnik. [1]

Mediteranska prehrana je novi način prehrane koji su osmislili stručnjaci i prikazan je povoljan učinak na smanjene rizika od Alzheimerove bolesti (AB), čak i u osoba koje ga se ne drže strogo. Načela ovakog načina prehrane, koji se krije iza prikladnog akronima Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND), zasnivaju se na mediteranskoj te The Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) prehrani, koje su u mnogim istraživanjima pokazale brojne pozitivne zdravstvene učinke, kako na rizik od kardiovaskularnih bolesti, tako i na rizik od Alzheimerove bolesti (AB).

Sustav prehrambenih preporuka The Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) temelji se na niskom unosu zasićenih masti i natrija, a ujedno znači prehranu bogatu voćem, povrćem i mliječnim proizvodima, s niskim udjelom masti. Mediteranska dijeta tipična je tradicionalna prehrana na području Sredozemlja, a temelji se na konzumaciji povrća, voća, žitarica, mahunarki, orašastih plodova i sjemenki, ribe i maslinova ulja uz umjerenu konzumaciju mesa i mliječnih proizvoda. Intervention for Neurodegenerative Delay (MIND) prehrana sastoji se od 15 komponenti – deset skupina hrane „zdrave za mozak“ čija se konzumacija potiče, te pet skupina hrane čija se konzumacija treba ograničiti.

Zeleno lisnato povrće, ostalo povrće, orašasti plodovi, bobičasto voće, mahunarke, cjelovite žitarice, riba, meso peradi, maslinovo ulje i vino preporučuju se u MIND prehrani, a izbjegavaju se crveno meso, maslac i margarini s transmasnim kiselinama, masni sirevi, slatkiši i kolači te brza, odnosno pržena hrana. [1]

12.Cilj

Cilj ovog istraživanja je ispitati znanje, osvještenost i stavove zdravstvenih djelatnika o Alzheimerovoj bolesti (AB).

13. Hipoteze

Postavljeno je šest hipoteza:

H1: Višu razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) imaju ispitanici koji imaju člana obitelji koji boluje od Alzheimerove bolesti.

H2: Višu razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) imaju ispitanici koji su imali iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti.

H3: Razina znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) statistički je značajno i pozitivno povezana sa stupnjem obrazovanja. (Višu razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti imaju ispitanici većeg stupnja obrazovanja).

H4: Razina znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) statistički je značajno povezana sa zadovoljstvom educiranosti zdravstvenih djelatnika za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti.

H5: Razina znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) statistički je značajno povezana sa zadovoljstvom educiranosti društva o demenciji.

H6: Razina znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) statistički je značajno povezana sa procjenom Alzheimerove bolesti kao značajnog socijalnog problema društva.

14. Metode rada

14.1. Uzorak ispitanika

U istraživanju su sudjelovali zdravstveni djelatnici. Uzorak ispitanika činio je 101 zdravstveni djelatnik. Od toga je 86,1% ispitanika bilo ženskog spola, a 13,9% muškog spola. Njih 27,7% je u dobi <25 godina, 44,6% u dobi od 26-35 godina, 17,8% u dobi 36-45 godina i njih 9,9% > 46 godina.

Razina obrazovanja ispitanika u anketi za srednju medicinsku školu 32,7%, preddiplomski stručni studij/sveučilišni studij sestrinstva 47,5%, diplomski studij sestrinstva/magisterij 17,8 %, poslijediplomski doktorski studij 2 %. Od toga njih 69,3% zaposleno, a 30,7% nezaposleno.

14.2. Uzorak varijabli

U svrhu ispitivanja znanja, osviještenosti i stavova zdravstvenih djelatnika o Alzheimerovoj bolesti (AB) izrađen je anketni upitnik uz pomoć stručne literature. Sastojao se od pitanja i tvrdnji koje su osmišljene u skladu s ciljem i hipotezama istraživanja. Nepromijenjive varijable predstavljali su spol, dob, razina obrazovanja, radni status, prisutnost osobe oboljele od Alzheimerove bolesti (AB) u obitelji te radno iskustvo s oboljelima od AB.

Anketa se sastojala od 20 pitanja i tvrdnji, potpuno anonimna, na koje su ispitanici vršili samoprocjenu vlastitog znanja, osviještenosti i stavova kroz 4 ponuđena odgovora od kojih je bilo moguće odabrati samo jedan. Od 20 pitanja i tvrdnji, 6 ih se odnosilo na demografske podatke, 10 na stručna (ili zdravstvena) pitanja koja su obuhvaćala klinička obilježja bolesti, biokemijske procese bolesti, epidemiologiju, stadij i simptome bolesti, dijagnostiku, farmakološke i nefarmakološke metode liječenja Alzheimerove bolesti (AB) i 4 na socijalne aspekte AB.

Iako je svako pitanje bilo oprijedjeljeno za znanje, osviještenost ili stav, ona su ujedno mogla biti i jedno i drugo, jer su pojedine činjenice bile preoblikovane u odgovorima u negativnom ili pozitivnom obliku, suprutnom stvarnom stanju, kako bi se utvrdilo jesu li zdravstveni djelatnici svjesni vlastitog znanja, osviještenosti i stava o Alzheimerovoj bolesti (AB) i oboljelima.

1. Spol
2. Dob
3. Razina obrazovanja
4. Radni status
5. Prisutnost osobe oboljele od Alzheimerove bolesti (AB) u obitelji
6. Radno iskustvo s oboljelima od Alzheimerove bolesti (AB)
7. Alzheimerova bolest (AB) je vodeći javnozdravstveni problem u skupini neurodegenerativnih bolesti (demencija) i obilježena je kao:

a) Degenerativna i progresivna bolest
b) Reverzibilni kognitivni proces
c) Mnogostruki mali moždani infarkti
d) Demencija nastala zbog poremećaja u radu štitnjače

U literaturi se Alzheimerova bolest (AB) bolest opisuje kao sindrom progresivnog i degenerativnog oštećenja stečenih kognitivnih sposobnosti pri očuvanoj svijesti, koje se očituju promjenama u mentalnom statusu i ponašanju bolesnika, tako da je u ovom slučaju točan odgovor a). [1] Od 101 ispitanika, 89,1% je odgovorilo a), 3,63% je odgovorilo b), 3,64 je odgovorilo c), a 3,63% je odgovorilo d).

8. Produljenje životnog vijeka i povećanje udjela starije populacije dovelo je do povećanja učestalosti demencije.

a) Samo 30 % demencija zastupljuje Alzheimerova bolest
b) Pickova bolest je najučestalija demencija
c) Vaskularna demencija, demencija s Lewyjevim tjelešcima i frontotemporalna demencija slijede Alzheimerovu bolest po učestalosti oboljevanja
d) Demencija s Lewyjevim tjelešcima je prva najučestalija demencija

Alzheimerova bolest (AB) po broju obljelih čini 60 % svih demencija. Najčešće demencije, uz Alzheimerovu bolest (AB), jesu vaskularna demencija, demencije frontotemporalnog režnja te demencija Lewyjevih tjelešaca, koje zajedno čine gotovo

90% svih demencija, tako da je točan odgovor na ovo pitanje c). [1] Od 101 ispitanika, 38,6 % je odgovorilo a), 9,9% je odgovorilo b), 42,6 % je odgovorilo c), a 8,9% je odgovorilo d).

9. Glavno kliničko obilježje Alzheimerove bolesti (AB):

a) Progresivna nefluentna afazija
b) Izražena redukcija neurona u hipokampusu, frontalnom i tempoparijetalnom korteksu
c) Razvoj fokalnih neuroloških deficita
d) Multipli infarkti u dominantnoj hemisferi i limbičkim strukturama

Prve regije mozga koje pokazuju gubitak neurona povezanih s Alzheimerovoj bolesti (AB) jesu u medijalnom temporalnom režnju, uključujući entorinalni korteks, hipokampus, amigdalu i parahipokampus.

U trenutku kada je pacijentu na temelju kliničkih simptoma dijagnosticirana bolest, neurodegenerativne su promjene obično vidljive u cijelom neurokorteksu i spokortikalnim regijama sa znatnom atrofijom temporalnog, parijetalnog i frontalnog korteksa, tako da je točan odgovor na ovo pitanje pod b). [1] Od 101 ispitanika, 9,9% je odgovorilo a), 60,4% je odgovorilo b), 18,8% je odgovorilo c) i 10,9% je odgovorilo d).

10. Za Alzheimerovu bolest (AB) poznata su određena neuropatološka i neurokemijska obilježja:

a) Primjetne su karakteristične nakupine neurofibrilarnih čvorova i neuritičnih plakova, porijeklom proteina amiloida
b) Metabolizam peptida nije pokretač niza događaja koji dovodi do neurodegeneracije
c) Zahvaća samo sivu tvar mozga
d) Upalni procesi, tumori, ozljede mozga ne utječu na razvoj demencije

Alzheimerova bolest (AB) najčešće je multifaktorijalna bolest u kojoj niz vanjskih i unutarnjih faktora ubrzavaju fiziološko starenje. Karakterizirana je izvanstaničnom akumulacijom beta – amiloida u mozgu te stvaranjem i nakupljanjem neurofibrilatornih petlji u neuronima, tako da je točan odgovor a). [1] Od 101

ispitanika, 55,4% je odgovorilo a), 16,8% je odgovorilo b), 19,8% je odgovorilo c), a 7,9% je odgovorilo d).

11. Uz epidemiološke rizične čimbenike za nastanak Alzheimerove bolesti (AB) kao što su dob, pozitivna obiteljska anamneza, traume glave, spada još i:
    a) Pušenje
    b) Prekomjerna konzumacija alkohola
    c) Hipertenzija u trudnoći kod žena
    d) Kognitivna aktivnost

Prema literaturi uz navedene vodeće rizične čimbenike za nastanak Alzheimerove bolesti (AB), spada još prekomjerna konzumacija alkoholnih pića, tako da je u ovom slučaju točan odgovor b). [3] Od 101 ispitanika, 22,8% je odgovorilo a), 30,7% je odgovorilo b), 1,9% je odgovorilo c), a 44,6 je odgovorilo d).

12. Kao prvi simptomi Alzheimerove bolesti (AB) javlja se:

a) Vrtoglavica, glavobolja, depresivno raspoloženje
b) Gubitak kratkotrajnog pamćenja i poremećaji ponašanja (npr.dezorijentacija, agitacija, nerazuman govor)
c) Abnormalnosti hoda, slabost ekstremiteta, hemiplegija, pseudobulbularna paraliza
d) Emocionalna zatupljenost, hiperseksualnost

Kao prvi simptomi Alzheimerove bolesti (AB) javlja se gubitak kratkotrajnog pamćenja i poremećaji ponašanja (dezorijentacija, agitacija, nerazuman govor), tako da je točan odgovor b). [3] Od 101 ispitanika, 7,9% ih je odgovorilo a), 83,2% je odgovorilo b), 7,9% je odgovorilo c), a 1% je odgovorilo d).

13. Alzheimerova bolest (AB) ima tri stadija: rani, srednji i uznapredovali. U uzanpredovalom stadiju oboljela osoba:

a) Gubitak deklarativnog epizodičkog pamćenja
b) Javljaju se kognitivni (anomička disfazija, blaža agnozija) i nekognitivni simptomi (promjene raspoloženja)
c) Javlja se verbalna i fizička agresivnost
d) Oboljela osoba ne prepoznaje svoje najbliže, govor je nerazumljiv i ne kontrolira stolicu i mokrenje

U uznapredovalom stadiju Alzheimrove bolesti (AB) između niz poteškoća koje se javljaju kod oboljele osobe, pojavljuje se nerazuman govor, osoba je inkontinentna i ne prepoznaje svoje najbliže, tako da je točan odgovor na ovo pitanja d). [3] Od 101 ispitanika, 9,9% je odgovorilo a), 10,9% je odgovorilo b), 3% je odgovorilo c), a 76,2% je odgovorilo d).

14. Prepoznavanjem ranih znakova Alzheimerove bolesti (AB) možemo osigurati obljelim osobama pravodobno prepoznavanje i rano liječenje što može utjecati na tijek bolesti i kvalitetu života, a najpouzdanija metoda dijagnostike je:

a) Elektroencefalografija (EEG)
b) MSCT mozga i Mini – mental ljestvica
c) Elektromioneurografija i TCD (transkranijalni dopler)
d) Lumbalna punkcija

Strukturne neuroslikovite metode poput Kompjuterizirane tomografije (CT) čine najšire primjenjivanu pretragu u dijagnostici Alzheimerove bolesti (AB). T1 mjerene sekvencije visoke rezolucije omogućuju precizniju detekciju atrofije mozga i promjene moždanog korteksa. Screening instrumenti poput *Mini Mental Statusa* obično su neosjetljivi na rani kognitivni poremećaj. Niz testova epizodne memorije mogu identificirati bolesnika koji su rizični za razvoj Alzheimerove bolesti (AB). Obilježja su tih testova da su temeljeni na procjeni neposrednog i odgođenog prisjećanja, tako da je točan odgovor na ovo pitanje b). [1]

Od 101 ispitanika, 14,9% je odgovorilo a), 67,3% je odgovorilo b), 12,9% je odgovrilo c), a 4,9% je odgovorilo d).

15. Farmakološko liječenje Alzheimerove bolesti (AB) obuhvaća:

a) Isključivo liječenje anksioliticima i hipnoticima
b) Ne liječi se jer je bolest kronična i neizlječiva
c) Isključivo liječenje antidepresivima i antipsihoticima
d) Simptomatsko liječenje inhibitorom acetilkolinesteraze

Učinkoviti lijekovi iz skupine antidementiva koji se danas primjenjuju u liječenju Alzheimerove bolesti (AB) jesu inhibitori acetilkolinesteraze, koji smanjuju razgradnju neurotransmitora acetilkolina, kojeg u mozgu oboljelih od Alzheimerove bolesti (AB) nedostaje, tako da je točan odgovor na ovo pitanje d). [1] Od 101 ispitanika, 12,9 je odgovorilo a), 18,8% je odgovorilo b), 11,9% je odgovorilo c), a 56,4% je odgovorilo d).

16. Nefarmakološke metode kao što su multisenzorna terapija odnosno muzikoterapija, aromaterapija art – terapija, terapija životinjama, prilagodba okruženja, radno – okupacijska terapija i tjelovježba, mogu se primjenjivati kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti (AB) za postizanje osjećaja blagostanja i bolje kvalitete života.

a) Slažem se
b) Ne slažem se
c) Djelomično se slažem
d) Niti se slažem, niti se ne slažem

Ova tvrdnja se odnosi na osvještenost o nefarmakološkim metodama koje mogu biti korisne u smirivanju bolesnika, odnosno u ublažavanju agitacije i agresivnosti, očuvanju i produljenju sposobnosti samostalnog funkcioniranja, poboljšanju raspoloženja, reguliranju dnevnog bioritma, usporavanju napredovanja kognitivnih oštećenja te općenito podizanja i očuvanja kvalitete života, tako da je u ovom slučaju najispravnije odgovoriti u pozitivnom

kontekstu pod a). [11] Od 101 ispitanika, 76,2% je odgovorilo a), 1% je odgovorilo b), 14,9% je odgovorilo c), a 7,9% je odgovorilo d).

17. U slučajevima kada stajalište osobe oboljele od Alzheimerove bolesti (AB) nije u realitetu, na koji način zdravstveni djelatnik mora pristupiti?

a) Mora pokušati osvijestiti i razuvjeriti osobu
b) Postavljati pitanja povezana s kratkoročnim pamćenjem
c) Fokusirati se na činjenice, a ne na osjećaje
d) Treba se uključiti u realnost oboljele osobe

Prema preporukama u literaturi za njegovatelje osoba s Alzheimerovom bolešću (AB), spominju se i načini verbalne i neverbalne komunikacije. Nagašava se uključivanje u realnost oboljele osobe, nikako ne objašnjavanje i uvjeravanje osobe da je u krivu jer realna orijentacija, razuvjeravanje i logika tu ne pomažu. Fokusirati se na osjećaje, a ne činjenice, tako da je točan odgovor na ovo pitanje d). [11] Od 101 ispitanika, 4,9% je odgovorilo a), 27,7% je odgovorilo b), 12,9% je odgovorilo c), a 54,5% je odgovorilo d).

18. Smatrate li da ste vi kao zdravstveni djelatnici dovoljno educirani za rad s osobama obljelima od Alzheimerove bolesti (AB)?

a) Slažem se
b) Ne slažem se
c) Djelomično se slažem
d) Niti se slažem, niti se ne slažem

Tvrdnja se odnosi na subjektivni stav pojedinca, s obzirom na njihovu razinu obrazovanja, iskustvo rada i stupanj edukacije o AB. Od 101 ispitanika, 16,8% je odgovorilo a), 37,6% je odgovorilo b), 35,6% je odgovorilo c), a 9,9% je odgovorilo d).

19. Obzirom na njihovu nesposobnost brige samih za sebe, oboljeli od Alzheimerove bolesti (AB) postaju značajan socijalni problem društvu.

a) Slažem se
b) Ne slažem se
c) Djelomično se slažem
d) Niti se slažem, niti se ne slažem

Ova tvrdnja se također odnosi na stav pojedinca, s obzirom da u društvu redovito postoji uvjerenje kako je osoba s Alzheimerovom bolešću (AB) opasna i nepredvidiva za sebe i svoju okolinu, što posljedično dovodi do još jače stigmatizacije i nedostatka pružanja adekvatne pomoći i podrške oboljelima. Od 101 ispitanika, 40,6% je odgovorilo a), 18,8% je odgovorilo b), 34,7% je odgovorilo c), a 5,9% je odgovorilo d).

20. Društvo je dovoljno educirano o demenciji, njenim simptomima, načinima liječenja i komunikaciji.

a) Slažem se
b) Ne slažem se
c) Djelomično se slažem
d) Niti se slažem, niti se ne slažem

Tvrdnja se također odnosi na stav pojedinca koja ukazuje na promišljanje u kakvom stigmatiziranom društvu živimo, gdje veliko neznanje o Alzheimerovoj bolesti (AB) može dovesti do narušavanja kvalitete života oboljele osobe. Od 101 ispitanika, 9,9% je odgovorilo a), 75,2% je odgovorilo b), 9,9% je odgovorilo c), a 5% je odgovorilo d).

14.3. Način prikupljanja i obrade podataka

Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka

Istraživanje je provedeno među zdravstvenim djelatnicima različitih dobnih skupina i obrazovanja u periodu od 14. do 21. rujna 2020. godine. Ispitanici (N=101) su zamoljeni da ispune anketu putem Google Forms – a. Prije početka statističke obrade podataka Shapiro-Wilkovim testom provjerena je normalnost distribucija sljedećih varijabli: znanje o Alzheimerovoj bolesti (AB), stupanj obrazovanja, zadovoljstvo educiranošću zdravstvenih djelatnika o Alzheimerovoj bolesti (AB), zadovoljstvo educiranošću društva o demenciji i stupanj u kojem ispitanici Alzheimerovu bolest smatraju socijalnim problemom društva.

Pokazalo se da distribucije statistički značajno odstupaju od normalne ($p < .01$; $p < .05$). Ipak, uvidom u indekse asimetričnosti i spljoštenosti, uočeno je kako su apsolutne vrijednosti indeksa asimetričnosti manje od tri, a indeksa spljoštenosti manje od deset.

Naime, Kline (2005) navodi kako se distribucija može smatrati normalnom ukoliko su apsolutne vrijednosti indeksa asimetričnosti manje od tri, a indeksa spljoštenosti manje od deset. Budući da su indeksi asimetričnosti i spljoštenosti svih ispitanih varijabli manji od spomenutih vrijednosti, odlučeno je kako je primjena parametrijskih postupaka na tim podacima opravdana. [7]

Levenovim testom homogenosti varijance provjerena je zadovoljenost preduvjeta o homoscedascitetu. Pokazalo se kako je varijanca varijable koje se odnosi na znanje o Alzheimerovoj bolesti homogena ($p > .05$) stoga će se u obradi rezultata koristiti parametrijski postupci.

15. Rezultati istraživanja

1) Deskriptivna statistika

U Tablici 1 prikazani su deskriptivni podaci za varijable *zadovoljstvo educiranošću zdravstvenih djelatnika o Alzheimerovoj bolesti, zadovoljstvo educiranošću društva o demenciji, stupanj u kojem ispitanici Alzheimerovu bolest smatraju socijalnim problemom društva i znanje o Alzheimerovoj bolesti* – aritmetička sredina, standardna devijacija te teorijski i ostvareni rasponi rezultata. Ukupan rezultat, za varijablu *znanje o Alzheimerovoj bolesti*, formiran je kao ukupan broj točnih odgovora na testu znanja o Alzheimerovoj bolesti.

Tablica 15.1. Deskriptivni podaci ispitivanih varijabli (*N*=101).

	M	*SD*	T_{min}	T_{max}	P_{min}	P_{max}
Zadovoljstvo educiranošću zdravstvenih djelatnika o Alzheimerovoj bolesti	2.32	1.148	1	4	1	4
Zadovoljstvo educiranošću društva o demenciji	1.54	1.025	1	4	1	4
Stupanj u kojem ispitanici Alzheimerovu bolest smatraju socijalnim problemom društva	2.97	1.109	1	4	1	4
Znanje o Alzheimerovoj bolesti	6.92	2.166	0	11	1	11

Legenda: *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; T_{min} – teorijski minimum; T_{max} – teorijski maksimum; P_{min} – postignuti minimum; P_{max} – postignuti maksimum

Dobiveni rezultati na varijabli *zadovoljstvo educiranošću zdravstvenih djelatnika o Alzheimerovoj bolesti*, pokazuju da sudionici postižu prosječne rezultate, odnosno osrednje su zadovoljni educiranošću zdravstvenih djelatnika o Alzheimerovoj bolesti (AB). Na varijabli *zadovoljstvo educiranošću društva o demenciji*, sudionici postižu niže rezultate, odnosno smatraju da razina educiranosti društva o demenciji uglavnom nije zadovoljavajuća. Na varijabli s*tupnja u kojem ispitanici Alzheimerovu bolest smatraju socijalnim problemom društva*, sudionici postižu više rezultate, odnosno Alzheimerovu bolest (AB) uglavnom smatraju značajnim socijalnim

problemom društva. Konačno, na varijabli *znanje o Alzheimerovoj bolesti*, sudionici postižu prosječne rezultate koji tendiraju ka višim. Dakle, sudionici imaju relativno zadovoljavajuće znanje o Alzheimerovoj bolesti.

2) Razlike u znanju o Alzheimerovoj bolesti između sudionika koji imaju člana obitelji koji boluje od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju

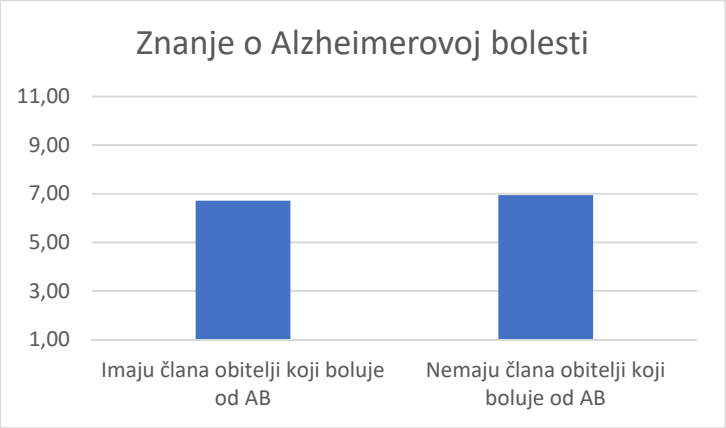
Kako bi se ispitale razlike u znanju o Alzheimerovoj bolesti (AB) između sudionika koji imaju člana obitelji koji boluje od Alzheimerove bolesti (AB) i onih koji nemaju, primijenjen je t-test za nezavisne uzorke gdje je nezavisna varijabla bila postojanje člana obitelji koji boluje od Alzheimerove bolesti, a zavisna znanje o Alzheimerovoj bolesti. Rezultati su prikazani u Tablici 15.2.

Tablica 15.2. Rezultati t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu sudionika koji imaju člana obitelji koji boluje od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju s obzirom na znanje o Alzheimerovoj bolesti.

Varijabla	Kategorija	M	SD	t
Znanje o Alzheimerovoj bolesti	Imaju člana obitelji koji boluje od AB	6.71	1.604	- .260
	Nemaju člana obitelji koji boluje od AB	6.94	2.209	
	Ukupno	6.92	2.166	

Legenda: *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *t* – t-test

Rezultati su pokazali da ne postoji razlika u znanju o Alzheimerovoj bolesti između sudionika koji imaju člana obitelji koji boluje od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju što se vidi iz t-testa ($t(99)= - .260$, $p> .05$) koji se nije pokazao značajnim. Rezultati su grafički prikazani na Slici 1.



Slika 15.1. Prosječno znanje o Alzheimerovoj bolesti sudionika koji imaju člana obitelji koji boluje od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju.

3) Razlike u znanju o Alzheimerovoj bolesti s obzirom na iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti

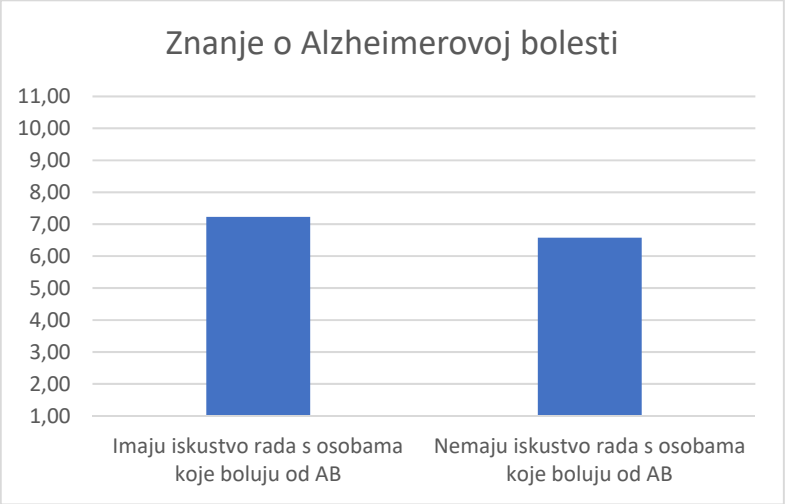
Kako bi se ispitale razlike u znanju o Alzheimerovoj bolesti (AB) između sudionika koji imaju iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju, primijenjen je t-test za nezavisne uzorke gdje je nezavisna varijabla bila iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti (imaju iskustvo/nemaju iskustvo), a zavisna znanje o Alzheimerovoj bolesti (AB). Rezultati su prikazani u Tablici 15.3.

Tablica 15.3. Rezultati t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu sudionika koji imaju iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju s obzirom na znanje o Alzheimerovoj bolesti.

Varijabla	Kategorija	M	SD	t
Znanje o Alzheimerovoj bolesti	Imaju iskustvo rada s osobama koje boluju od AB	7.23	2.006	.137
	Nemaju iskustvo rada s osobama koje boluju od AB	6.58	2.305	
	Ukupno	6.92	2.166	

Legenda: *M* – aritmetička sredina; *SD* – standardna devijacija; *t* – t-test

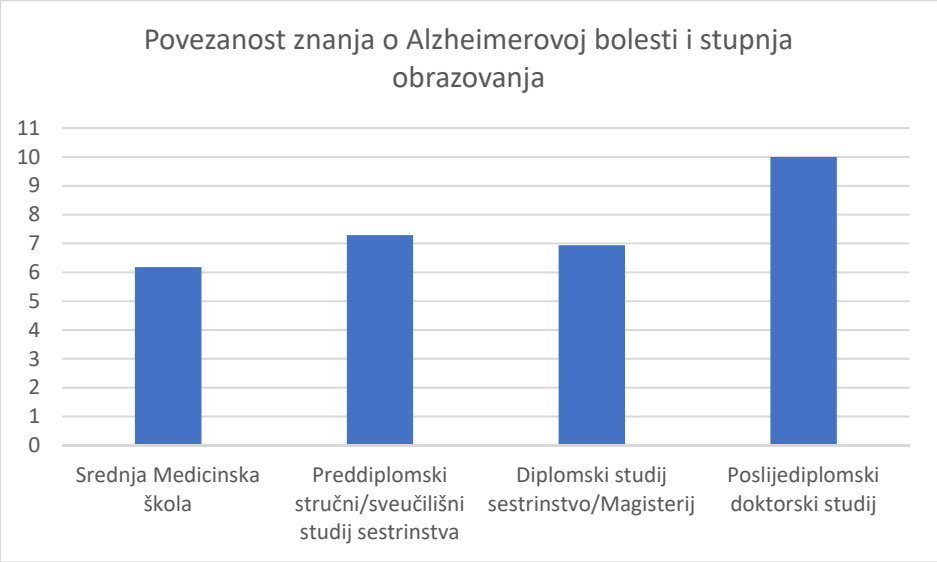
Rezultati su pokazali da ne postoji razlika u znanju o Alzheimerovoj bolesti (AB) između sudionika koji imaju iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju što se vidi iz t-testa ($t(99)= .137$, $p> .05$) koji se nije pokazao značajnim. Rezultati su grafički prikazani na Slici 15.2.



Slika 15.2. Prosječno znanje o Alzheimerovoj bolesti sudionika s obzirom na iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti.

4) Povezanost znanja o Alzheimerovoj bolesti i stupnja obrazovanja

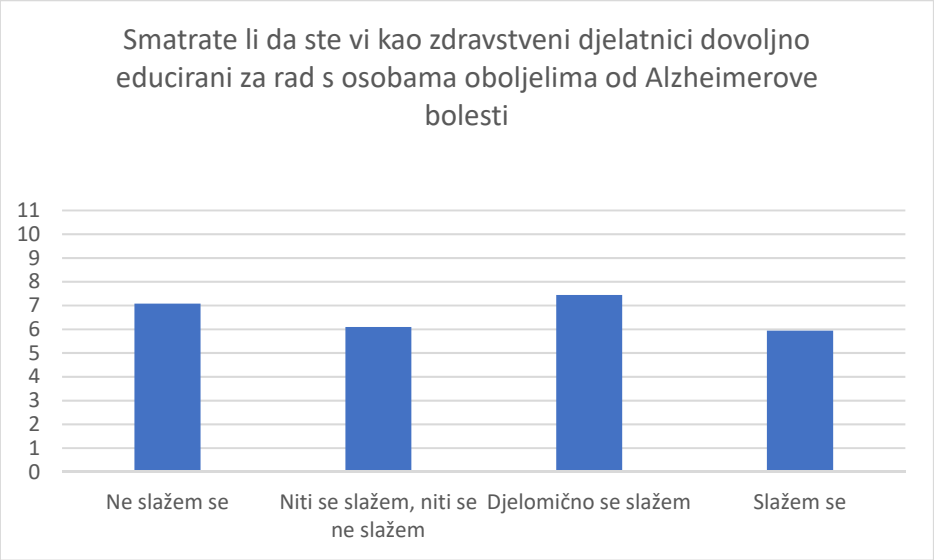
U svrhu ispitivanja povezanosti znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) i stupnja obrazovanja sudionika, proveden je izračun Pearsonove korelacije. Analizom je utvrđeno kako postoji statistički značajna i pozitivna povezanost između znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) i stupnja obrazovanja ($r= .225$, $p< .05$). Dakle, sudionici koji imaju viši stupanj obrazovanja, pokazuju veće znanje o Alzheimerovoj bolesti i obrnuto – sudionici koji imaju veće znanje o Alzheimerovoj bolesti, imaju viši stupanj obrazovanja. Rezultati su grafički prikazani na Slici 15.3.



Slika 15.3. Sudionici koji imaju viši stupanj obrazovanja, imaju veće znanje o Alzheimerovoj bolesti.

5) Povezanost znanja o Alzheimerovoj bolesti i zadovoljstva educiranosti zdravstvenih djelatnika za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti

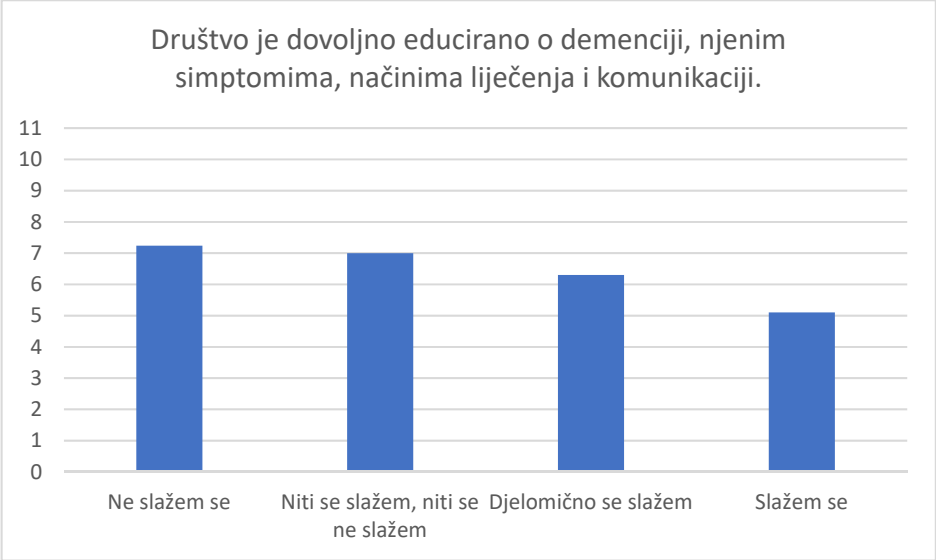
U svrhu ispitivanja povezanosti znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) i zadovoljstva educiranosti zdravstvenih djelatnika za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti (AB), proveden je izračun Pearsonove korelacije. Analizom je utvrđeno kako ne postoji statistički značajna povezanost između znanja o Alzheimerovoj bolesti i zadovoljstva educiranosti zdravstvenih djelatnika za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti ($r = -.082$, $p > .05$). Dakle, svi sudionici izražavaju podjednak stupanj zadovoljstva educiranosti zdravstvenih djelatnika za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti bez obzira na razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti. Rezultati su grafički prikazani na Slici 15.4.



Slika 15.4. Stupanj zadovoljstva educiranosti zdravstvenih djelatnika za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti.

6) Povezanost znanja o Alzheimerovoj bolesti i zadovoljstva educiranosti društva o demenciji

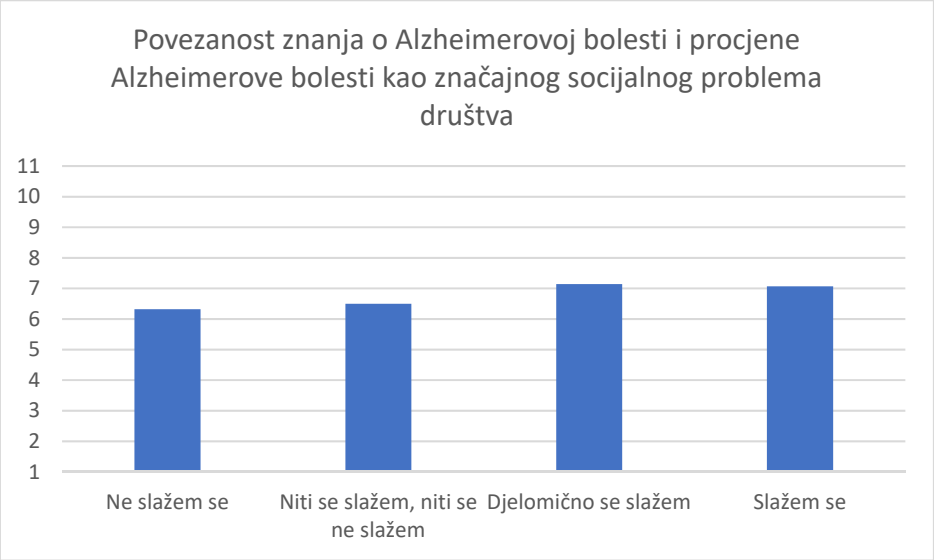
U svrhu ispitivanja povezanosti znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) i zadovoljstva educiranosti društva o demenciji, proveden je izračun Pearsonove korelacije. Analizom je utvrđeno kako postoji statistički značajna i negativna povezanost između znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) i zadovoljstva educiranosti društva o demenciji ($r = -.300$, $p < .01$). Dakle, sudionici koji imaju veće znanje o Alzheimerovoj bolesti, manje su zadovoljni educiranosti društva o demenciji i obrnuto – sudionici koji su manje zadovoljni educiranosti društva o demenciji, imaju veće znanje o Alzheimerovoj bolesti. Rezultati su grafički prikazani na Slici 15.5.



Slika 15.5. Stupanj zadovoljstva zdravstvenih djelatnika educiranošću društva o demenciji.

7) Povezanost znanja o Alzheimerovoj bolesti i procjene Alzheimerove bolesti kao značajnog socijalnog problema društva

U svrhu ispitivanja povezanosti znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) i procjene Alzheimerove bolesti (AB) kao značajnog socijalnog problema društva, proveden je izračun Pearsonove korelacije. Analizom je utvrđeno kako ne postoji statistički značajna povezanost između znanja o Alzheimerovoj bolesti i procjene Alzheimerove bolesti kao značajnog socijalnog problema društva ($r = .132$, $p > .05$). Dakle, svi sudionici u podjednakom stupnju procjenjuju Alzheimerovu bolest kao značajni socijalni problem društva bez obzira na razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti. Rezultati su grafički prikazani na Slici 15.6.



Slika 15.6. Stupanj procjene Alzheimerove bolesti kao značajan problem društva s obzirom na razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti.

16.Raprava

U ovom radu analizirali su se rezultati dobiveni putem internet ankete među zdravstvenim djelatnicima. Podatci dobiveni osnovnim dijelom ankete pokazali su kako svega (N=101) 6,9% ispitanika ima u obitelji osobu oboljelu od Alzheimerove bolesti (AB), dok ostalih 93,1% nema. Nadalje, od njih N=101, 52,5% ima iskustvo rada s oboljelima od Alzheimerove bolesti (AB), dok njih 47,5% nema nikakvo iskustvo s oboljelima od AB. Prema učestalosti pojave pojedinih odgovora, na nekoliko tvrdnji pronađene su značajnije frekvencije.

Prva hipoteza bila je vezana uz pitanje „Da li u vašoj obitelji netko boluje od Alzheimerove bolesti?“ gdje su rezultati pokazali da se velika većina sudionika, njih 93,1% nije susrelo s Alzheimerovom bolešću u krugu obitelji, a njih 6,9% susrelo se s Alzheimerovom bolešću u obitelji, čime prva hipoteza nije potvrđena, jer ne postoji statistički značajna razlika u znanju između sudionika koji imaju oboljelog člana obitelji i onih koji nemaju.

Druga hipoteza bila je vezana za pitanje „ Jeste li tijekom svog života imali iskustvo rada s osobom oboljelom od Alzheimerove bolesti?“ gdje su rezultati pokazali da 52,5% sudionika ima iskustvo rada s oboljelima od Alzheimerove bolesti (AB), dok njih 47,5% nema nikakvo iskustvo.

Također, druga hipoteza nije potvrđena jer ne postoji statistički značajna razlika u znanju o Alzheimerovoj bolesti(AB) između sudionika koji imaju iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti (AB) i onih koji nemaju.

Treća hipoteza obuhvaćala je stručna pitanja o Alzheimerovoj bolesti, kao što su klinička obilježja, biokemijski procesi bolesti, epidemiologiju, faze (stadije), simptome, dijagnostiku, farmakološke i nefarmakološke metode liječenja bolesti.

Rezultati su pokazali da razina znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) statistički je značajno i pozitivno povezana sa stupnjem obrazovanja, tako da je ova hipoteza potvrđena. Četvrta hipoteza bila je povezana s pitanjem „Smatrate li da ste vi kao zdravstveni djelatnik dovoljno educirani za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti?“, gdje se najviše sudionika nije složilo s tvrdnjom, njih 37,6%, a djelomično se slaže njih 35,6% sudionika.

To je pomalo zabrinjavajući podatak, s obzirom na činjenicu da bi zdravstveni djelatnici koji se svakodnevno susreću s osobama oboljelima od demencije trebali imati zadovoljavajuće znanje i biti svjesni istog, jer bez znanja i iskustva, nemoguće je pružiti adekvatnu skrb i pristup oboljeloj osobi.

Rezultati su pokazali da ne postoji statistički značajna povezanost između znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB) i zadovoljstva educiranosti zdravstvenih djelatnika za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti (AB). Dakle, svi sudionici izražavaju podjednak stupanj zadovoljstva educiranosti zdravstvenih djelatnika za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti bez obzira na razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti.

Peta hipoteza bila je vezana za tvrdnju „Društvo je dovoljno educirano o demenciji, njenim simptomima, načinima liječenja i komunikaciji.“, gdje se velika većina sudionika nije složila s navedenom tvrdnjom, njih 75,2%, a djelomično se slagalo njih 9,9% sudionika. Stigma demencije u društvu globalni je problem.

Jedan od najjednostavnijih načina kako bi se ona umanjila je promišljanje o tome kako govoriti o osobama s demencijom. Time možemo doprinjeti da ljudi spremnije traže liječničku pomoć, dobiju pravovremeno postavljenu dijagnozu i terapiju koja usporava razvoj Alzheimerove bolesti (AB), žive kvalitetnije i odlučuju samostalno o svojoj budućnosti.

Rezultati su pokazali da sudionici koji imaju veće znanje o Alzheimerovoj bolesti (AB), manje su zadovoljni educiranosti društva o demenciji. Šesta hipoteza bila je povezana s tvrdnjom „Obzirom na njihovu nesposobnost brige samih za sebe, oboljeli od Alzheimerove bolesti postaju značajan socijalni problem društvu.“, gdje je najviše sudionika odgovorilo da se slaže, njih 40,6%, a njih 34,7% se djelomično slaže.

Ovdje se radi o najgorem obliku stigmatizacije, a slaganjem i djelomičnim slaganjem zdravstveni djelatnici su potvrdili kako su svjesni težine stigme oboljelih osoba. Rezultati su pokazali da sudionici u podjednakom stupnju procjenjuju Alzheimerovu bolest (AB) kao značajni socijalni problem društva bez obzira na razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti (AB).

Zbog sve većeg broja starijih osoba i epidemioloških podatcima trenutno u svijetu ima blizu trideset milijuna ljudi s demencijom, a procjenjuje se da će do 2050. taj broj porasti na čak sto milijuna. [6] Iz dobivenih podataka možemo zaključiti da su zdravstveni djelatnici svjesni

nedovoljne educiranosti sestrinske profesije o Alzheimerovoj bolesti i cjelokupnog društva. Ipak, zbog sve većeg broja starijih osoba i sa postojećim čimbenicima rizika za obolijevanje trebalo bi se provoditi više edukacija o toj bolesti. Također, posebnu pažnju trebalo bi posvetiti edukaciji članova obitelji koji mogu znatno olakšati život oboljelom ukoliko im pomažu u održavanju svakodnevnih aktivnosti, društvenih kontakata, informiranja o njihovom stanju i detaljima života.

Značajna je uloga medicinske sestre obitelji i skrbi za bolesnika s demencijom. Medicinska sestra treba posjedovati određene kompetencije, specifična znanja i iz kliničkih područja psihijatrije i područja iz zdravstvene njege psihijatrijskih bolesnika koja su temeljena na teoriji i praksi. Ona treba prvenstveno djelovati kao zastupnik pacijentovih prava.

Između ostalog, teba biti empatična, strpljiva, ustrajna. Jedna od važnijih uloga medicinske sestre je učiti i pomagati bolesnicima u njihovim ulogama i odgovornostima, pružajući informacije i podršku obitelji. Osnova sestrinske skrbi je skrb za čovjeka.

Pružanje skrbi temelji se na namjernom, točno utvrđenom i organiziranom pristupu zadovoljavanju potreba i rješavanju problema kako bi se osigurala najbolja kvaliteta života ne samo za oboljelog već i njegovu obitelj.

17. Zaključak

Zaključno, rezultati istraživanja su pokazali da su sudionici odnosno zdravstveni djelatnici samo djelomično zadovoljni educiranošću zdravstvenih djelatnika o Alzheimerovoj bolesti (AB). Također, rezultati su pokazali da sudionici smatraju da razina educiranosti društva o demenciji uglavnom nije zadovoljavajuća, dok Alzheimerovu bolest (AB) uglavnom smatraju značajnim socijalnim problemom društva. Na ispitivanju znanja o Alzheimerovoj bolesti, sudionici postižu prosječne rezultate koji tendiraju ka višim. Dakle, sudionici imaju relativno zadovoljavajuće znanje o Alzheimerovoj bolesti.

Kako bi se ispitale razlike u znanju o Alzheimerovoj bolesti između sudionika koji imaju člana obitelji koji boluje od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju, primijenjen je t-test za nezavisne uzorke. Rezultati su pokazali da ne postoji razlika u znanju o Alzheimerovoj bolesti između sudionika koji imaju člana obitelji koji boluje od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju.

Kako bi se ispitale razlike u znanju o Alzheimerovoj bolesti između sudionika koji imaju iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju, primijenjen je t-test za nezavisne uzorke. Rezultati su pokazali da ne postoji razlika u znanju o Alzheimerovoj bolesti između sudionika koji imaju iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju.

Nadalje, rezultati su pokazali da sudionici, koji imaju viši stupanj obrazovanja, pokazuju veće znanje o Alzheimerovoj bolesti i obrnuto.

Rezultati su pokazali da svi sudionici izražavaju podjednak stupanj zadovoljstva educiranosti zdravstvenih djelatnika za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti bez obzira na razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti.

Nadalje, rezultati su pokazali da su sudionici, koji imaju veće znanje o Alzheimerovoj bolesti, manje zadovoljni educiranosti društva o demenciji i obrnuto.

Konačno, rezultati su pokazali da svi sudionici u podjednakom stupnju procjenjuju Alzheimerovu bolest kao značajni socijalni problem društva bez obzira na razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti.

Postoji jedan prigodan citat na ovu temu iz knjige *Zaboravljanje* koji glasi*:* „Kako se razvijamo kao osoba ljudi drugačiji od nas sve nas manje iznenađuju. Kako rastemo, istovremeno postajemo sve sličniji, a sve drugačiji od ostalih. Sličniji stoga što život donosi osjećaje nade, straha, sumnje, radosti i boli koje dijele sva ljudska bića samim time što jesu. Drugačiji stoga što je svaka osoba varijacija na ljudsku temu i zbog svoje različitosti zaslužuje poštovanje.“

Sydney M. Jourard, La transparence de soi

U Kućan Marofu, 25.10.2020.g. Potpis:

18. Literatura

[1] Spomenka Tomek – Roksandić, Ninoslav Mimica, Marija Kušan Jukić: Alzheimerova bolest i druge demencije – rano otkrivanje i zaštita zdravlja, Medicinska naklada, Zagreb,2017.

[2] Hrvoje Hećimović, Zrinka Ivanuša: Udžbenik iz neurologije, Sveučilište Sjever, 2018.

[3] David Shenk: Zaboravljanje, Alzheimerova bolest: Portret jedne epidemije, Algoritam, Zagreb 2005.

[4] Lisa Genova: Još uvijek Alice, s engleskog prevele Mirta Stanić i Anita Peti – Stantić, Ljevak, Zagreb, rujan 2018.

[5] Nataša Klepac, Fran Borovečki: Alzheimerova bolest u kliničkoj praksi, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, 2018.

[6] Fran Borovečki: Rana dijagnoza Alzheimerove bolesti, Neurologija danas, Medicus 2019., str. 23-26.

[7] Kline, R.B: Principles and practice of structural equation modeling (2nd ed.), New York, Guilford Press, 2005.

[8] Iva Gašparović, Nada Starčević – Čizmarević, Olivio Perković, Igor Antončić, Miljenko Kapović, Smiljana Ristić: Genetika neurodegenerativnih bolesti, medicina fluminesis 2013., str. 144-156.

[9] Ninoslav Mimica, Suzana Uzun, Oliver Kozumplik: Alzheimerova bolest i druge demencije – naša svakodnevnica, Medicinska naklada, Zagreb 2018., str. 1-4.

[10] Ninoslav Mimica: Demencija i palijativna skrb, Neurologia Croatica, 60 (3-4), 2011, str. 119-122.

[11]http://www.stampar.hr/sites/default/files/Gerontologija/2020/Gerontoknjige/komunikacija_s_osobama_oboljelim_od_demencije_-_prirucnik_za_patronazne_sestre_2020.pdf,dostupno 24.10.2020.g.

[12] https://alzheimer.hr/ucionica/kognitivne-funkcije-i-dob/, dostupno 25.10.2020.g.

[13]https://www.dementia.org.au/about-dementia-and-memory-loss/about-dementia/memory-loss/mild-cognitive-impairment dostupno 12.12.2020.g.

Popis slika

Slika 15.1. Prosječno znanje o Alzheimerovoj bolesti sudionika koji imaju člana obitelji koji boluje od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju.....47

Slika 15.2. Prosječno znanje o Alzheimerovoj bolesti sudionika s obzirom na iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti.....48

Slika 15.3. Sudionici koji imaju viši stupanj obrazovanja, imaju veće znanje o Alzheimerovoj bolesti.....49

Slika 15.4. Stupanj zadovoljstva educiranosti zdravstvenih djelatnika za rad s osobama oboljelima od Alzheimerove bolesti.....50

Slika 15.5. Stupanj zadovoljstva zdravstvenih djelatnika educiranošću društva o demenciji.....51

Slika 15.6. Stupanj procjene Alzheimerove bolesti kao značajan problem društva s obzirom na razinu znanja o Alzheimerovoj bolesti.....52

Popis tablica

Tablica 15.1. Deskriptivni podaci ispitivanih varijabli (*N*=101).....45

Tablica 15.2. Rezultati t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu sudionika koji imaju člana obitelji koji boluje od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju s obzirom na znanje o Alzheimerovoj bolesti.....46

Tablica 15.3. Rezultati t-testa za nezavisne uzorke za usporedbu sudionika koji imaju iskustvo rada s osobama koje boluju od Alzheimerove bolesti i onih koji nemaju s obzirom na znanje o Alzheimerovoj bolesti.....47

Prilog

ZNANJE I SUVREMENI STAVOVI MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA O ALZHEIMEROVOJ BOLESTI

Poštovani,

molim Vas da izdvojite vrijeme za ispunjavanje ovog anketnog upitnika. Izrađen je za potrebe istraživanja u sklopu diplomskog rada na diplomskom studiju Sestrinstva Sveučilišta Sjever pod nazivom „Suvremeni stavovi o Alzheimerovoj bolesti“ uz mentorstvo neurologa doc. dr. sc. Hrvoja Hećimovića. Navedeni upitnik je anoniman, a prikupljeni podaci koristit će se isključivo za izradu istraživačkog dijela diplomskog rada.

Unaprijed se zahvaljujem na Vašem vremenu prilikom rješavanja upitnika!

Marinela Sermek, bacc. med. techn.

Sveučilište Sjever, Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – Menadžment u sestrinstvu

104. brigade 3, 42000 Varaždin

Upitnik se sastoji od:

- Demografskih podataka
- Stručna (ili zdravstvena) pitanja o Alzheimerovoj bolesti
- Socijalni aspekti Alzheimerove bolesti

1. Spol
    - M
    - Ž
2. Dob
    - <25
    - 26-35
    - 36-45
    - >46
3. Razina obrazovanja
    - Srednja medicinska škola
    - Preddiplomski stručni/sveučilišni studij sestrinstva
    - Diplomski studij sestrinstvo/Magisterij
    - Poslijediplomski doktorski studij

4. Radni status
    - Zaposlen/a
    - Nezaposlen/a
5. Da li u Vašoj obitelji netko boluje od Alzheimerove bolesti?
    - Da
    - Ne
6. Jeste li tijekom svog života imali iskustvo rada s osobom oboljelom od Alzheimerove bolesti?
    - Da
    - Ne

7. Alzheimerova bolest je vodeći javnozdravstveni problem u skupini neurodegenerativnih bolesti (demencija) i obilježena je kao:

    a) Degenerativna i progresivna bolest
    b) Reverzibilni kognitivni proces
    c) Mnogostruki mali moždani infarkti
    d) Demencija nastala zbog poremećaja u radu štitnjače

8. Produljenje životnog vijeka i povećanje udjela starije populacije dovelo je do povećanja učestalosti demencije.

a) Samo 30 % demencija zastupljuje Alzheimerova bolest
b) Pickova bolest je najučestalija demencija
c) Vaskularna demencija, demencija s Lewyjevim tjelešcima i frontotemporalna demencija slijede Alzheimerovu bolest po učestalosti oboljevanja
d) Demencija s Lewyjevim tjelešcima je prva najučestalija demencija

9. Glavno kliničko obilježje Alzheimerove bolesti:

    a) Progresivna nefluentna afazija
    b) Izražena redukcija neurona u hipokampusu, frontalnom i tempoparijetalnom korteksu
    c) Razvoj fokalnih neuroloških deficita
    d) Multipli infarkti u dominantnoj hemisferi i limbičkim strukturama

10. Za Alzheimerovu bolest poznata su određena neuropatološka i neurokemijska obilježja:

    a) Primjetne su karakteristične nakupine neurofibrilarnih čvorova i neuritičnih plakova, porijeklom proteina amiloida
    b) Metabolizam peptida nije pokretač niza događaja koji dovodi do neurodegeneracije
    c) Zahvaća samo sivu tvar mozga
    d) Upalni procesi, tumori, ozljede mozga ne utječu na razvoj demencije

11. Uz epidemiološke rizične čimbenike za nastanak Alzheimerove bolesti kao što su dob, pozitivna obiteljska anamneza, traume glave, spada još i:

    a) Pušenje
    b) Prekomjerna konzumacija alkohola
    c) Hipertenzija u trudnoći kod žena
    d) Kognitivna aktivnost

12. Kao prvi simptomi Alzheimerove bolesti javlja se:

a) Vrtoglavica, glavobolja, depresivno raspoloženje
b) Gubitak kratkotrajnog pamćenja i poremećaji ponašanja (npr.dezorjentacija, agitacija, nerazuman govor)
c) Abnormalnosti hoda, slabost ekstremiteta, hemiplegija, pseudobulbularna paraliza
d) Emocionalna zatupljenost, hiperseksualnost

13. Alzheimerova bolest ima tri stadija: rani, srednji i uznapredovali. U uzanpredovalom stadiju oboljela osoba:

a) Gubitak deklarativnog epizodičkog pamćenja
b) Javljaju se kognitivni (anomička disfazija, blaža agnozija) i nekognitivni simptomi (promjene raspoloženja)
c) Javlja se verbalna i fizička agresivnost
d) Oboljela osoba ne prepoznaje svoje najbliže, govor je nerazumljiv i ne kontrolira stolicu i mokrenje

14. Prepoznavanjem ranih znakova Alzheimerove bolesti možemo osigurati obljelim osobama pravodobno prepoznavanje i rano liječenje što može utjecati na tijek bolesti i kvalitetu života, a najpouzdanija metoda dijagnostike je:

a) Elektroencefalografija
b) MSCT mozga i Mini – mental ljestvica
c) Elektromioneurografija i TCD (transkranijalni dopler)
d) Lumbalna punkcija

15. Farmakološko liječenje Alzheimerove bolesti obuhvaća:

a) Isključivo liječenje anksioliticima i hipnoticima
b) Ne liječi se jer je bolest kronična i neizlječiva
c) Isključivo liječenje antidepresivima i antipsihoticima
d) Simptomatsko liječenje inhibitorom acetilkolinesteraze

16. Nefarmakološke metode kao što su multisenzorna terapija odnosno muzikoterapija, aromaterapija art – terapija, terapija životinjama, prilagodba okruženja, radno – okupacijska terapija i tjelovježba, mogu se primjenjivati kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti za postizanje osjećaja blagostanja i bolje kvalitete života.

a) Slažem se
b) Ne slažem se
c) Djelomično se slažem
d) Niti se slažem, niti se ne slažem

17. U slučajevima kada stajalište osobe oboljele od Alzheimerove bolesti nije u realitetu, na koji način zdravstveni djelatnik mora pristupiti?

a) Mora pokušati osvijestiti i razuvjeriti osobu
b) Postavljati pitanja povezana s kratkoročnim pamćenjem
c) Fokusirati se na činjenice, a ne na osjećaje
d) Treba se uključiti u realnost oboljele osobe

18. Smatrate li da ste vi kao zdravstveni djelatnici dovoljno educirani za rad s osobama obljelima od Alzheimerove bolesti?

a) Slažem se
b) Ne slažem se
c) Djelomično se slažem
d) Niti se slažem, niti se ne slažem

19. Obzirom na njihovu nesposobnost brige samih za sebe, oboljeli od Alzheimerove bolesti postaju značajan socijalni problem društvu.

a) Slažem se
b) Ne slažem se
c) Djelomično se slažem
d) Niti se slažem, niti se ne slažem

20. Društvo je dovoljno educirano o demenciji, njenim simptomima, načinima liječenja i komunikaciji.

a) Slažem se
b) Ne slažem se
c) Djelomično se slažem
d) Niti se slažem, niti se ne slažem

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

UNIVERSITY NORTH

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK Marinela Sermek | MATIČNI BROJ 0978/336D

DATUM 22.12.2020. | KOLEGIJ Pristup osobama s invaliditetom

NASLOV RADA Suvremeni stavovi o Alzheimerovoj bolesti

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Contemporary attitudes about Alzheimer's disease

MENTOR dr.sc. Hrvoje Hećimović | ZVANJE Docent

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Ivan Milas, predsjednik
2. doc.dr.sc. Hrvoje Hećimović, mentor
3. doc.dr.sc. Rosana Ribić, član
4. doc.dr.sc. Marin Šubarić, zamjenski član
5.

VŽ KC

MMI

Zadatak diplomskog rada

BROJ 060/SSD/2021

OPIS

Alzheimerova bolest (AB) progresivna je i neizlječiva neurodegenerativna bolest koja zahvaća sve veći broj ljudi u svijetu, posebno populaciju iznad 65 godina starosti. Glavni simptomi Alzheimerove bolesti (AB) su gubitak pamćenja, pad kognitivnih sposobnosti i promjene u osobnosti koji vode do nemogućnosti samostalnog funkcioniranja.
Cilj rada bio je ispitati znanje, osviještenost i stavove zdravstvenih djelatnika o Alzheimerovoj bolesti. U skladu s navedenim ciljem, bilo je postavljeno šest polaznih hipoteza istraživanja. Kroz samoevaluaciju pitanja i tvrdnji, ispitati će se koliko zdravstveni djelatnici imaju znanja, iskustva i osviještenosti o Alzheimerovoj bolesti.

ZADATAK URUČEN | POTPIS MENTORA

Sveučilište
Sjever

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, MARINELA SERMEK *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom SUVREMENI STAVOVI O ALZHEIMEROVOJ BOLESTI *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

M. Sermek
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost 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, MARINELA SERMEK *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom SUVREMENI STAVOVI O ALZHEIMEROVOJ BOLESTI *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

M. Sermek
(vlastoručni potpis)