

# ISKUSTVO I ZNANJE MEDICINSKIH SESTARATEHNIČARA U RADU S OBOLJELIM OD DEMENCIJE U DOMOVIMA ZA STARIJE OSOBE

---

Pezić, Sanela

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:702969>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-18**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U RIJECI**  
**FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA**  
**Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo**

**Sanela Pezić**

**ISKUSTVO I ZNANJE MEDICINSKIH SESTARA-  
TEHNIČARA U RADU S OBOLJELIM OD  
DEMENCIJE U DOMOVIMA ZA STARIJE OSOBE**

**Završni rad**

**Rijeka, 2022.**

**UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
UNDERGRADUATE  
PROFESSIONAL STUDY OF NURSING**

**Sanela Pezić**

**EXPERIENCE AND KNOWLEDGE OF NURSES-  
TECHNICIANS IN WORKING WITH DEMENTIA  
PATIENTS IN NURSING HOMES**

**Bachelor thesis**

**Rijeka, 2022.**

## Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu: SANELA PEZIĆ

Sastavnica	SVEUČILIŠTE U RIJECI, FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA, DISLOCIRANI STUDIJ U KARLOVCU
Studij	STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA- izvanredni Karlovac
Vrsta studentskog rada	Završni rad
Ime i prezime studenta	Sanela Pezić
JMBAG	1003029860

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	ISKUSTVO I ZNANJE MEDICINSKIH SESTARA- TEHNIČARA U RADU S OBOLJELIM OD DEMENCIJE U DOMOVIMA ZA STARIJE OSOBE
Ime i prezime mentora	Josipa Rožman
Datum predaje rada	2.9.2022.g
Identifikacijski br. podneska	1903446730
Datum provjere rada	19.9.2022.g
Ime datoteke	Sanela_pezi_zavr_ni.docx
Veličina datoteke	247.9K
Broj znakova	51990
Broj riječi	8250
Broj stranica	42

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	13%
-----------------	-----

Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	19.9.2022.g
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/> da
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Podudarnost iznosi 13%, rad zadovoljava uvjete izvornog znanstvenog završnog rada

Datum

19.9.2022.g

Potpis mentora

Rožman Josip

Rijeka, 16.7.2022.

## Odobrenje nacrt završnog rada

Povjerenstvo za završne i diplomske radove Fakulteta zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci  
odobrava nacrt završnog rada:

Iskustvo i znanje medicinskih sestara-tehničara u radu s oboljelim od demencije u  
domovima za starije osobe: rad s istraživanjem  
Experience and knowledge of nurses-technicians in working with dementia patients in nursing  
homes: research

Student: Sanela Pezić

Mentor: Josipa Rožman, mag. med. tehn

Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija  
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo-dislocirani studij u Karlovcu

Povjerenstvo za završne i diplomske radove

Predsjednik Povjerenstva



---

Pred. Helena Štrucelj, dipl. psiholog – prof.

## ***Zahvala***

Zahvalu upućujem prvenstveno svojoj mentorici Josipi Rožman, mag. med. tech. koja je uložila dosta svoga vremena i truda pri izradi ovog Završnog rada. Zahvaljujem se svojoj obitelji koja mi je bila podrška u ovom školovanju. Posebno se zahvaljujem kolegama Doma za starije osobe Glina koji su mi pomagali i mijenjali kad sam bila na školovanju. Od srca svima hvala.

## Sadržaj

POPIS TABLICA .....	I
POPIS SLIKA .....	II
SAŽETAK.....	III
SUMMARY .....	IV
1. UVOD.....	1
1.1. Demencija .....	1
1.1.1. Uzroci, čimbenici rizika i manifestacije demencije.....	2
1.1.2. Dijagnoza i liječenje demencije.....	4
1.2. Utjecaj demencije na obitelj bolesnika .....	7
1.3. Zdravstvena skrb oboljelih od demencije .....	7
1.3.1. Svakodnevne životne aktivnosti .....	9
1.3.2. Uloga medicinske sestre i tehničara.....	10
1.3.3. Važnost komunikacije .....	11
1.4. Znanje i stavovi medicinskih sestara i tehničara o demenciji .....	12
2. CILJEVI I HIPOTEZE .....	14
2.1. Ciljevi.....	14
2.2. Hipoteze .....	14
3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE.....	15
3.1. Ustroj studije .....	15
3.2. Ispitanici.....	15
3.3. Metode .....	15
3.4. Statističke metode.....	16
3.5. Etički aspekti istraživanja .....	17
4. REZULTATI.....	18
4.1. Sociodemografija.....	18

4.2. Ispitivanje znanja i stavova o demenciji .....	20
5. RASPRAVA .....	23
6. ZAKLJUČAK .....	25
LITERATURA .....	26
ŽIVOTOPIS .....	31



## POPIS TABLICA

Tablica 1. Prethodna iskustva medicinskih sestara i tehničara u odnosu na osobe oboljele od demencije .....	21
Tablica 2. Znanje o demenciji medicinskih sestara i tehničara .....	21
Tablica 3. Znanje medicinskih sestara i tehničara o demenciji u odnosu na duljinu radnog staža .....	21
Tablica 4. Stavovi medicinskih sestara i tehničara o demenciji u odnosu na duljinu radnog staža .....	22

## POPIS SLIKA

Slika 1. Prikaz mozga osobe starije osobe i osobe oboljele s demencijom (Izvor: <a href="https://www.medihelp.co.rs/blog/vaskularne-demencije/">https://www.medihelp.co.rs/blog/vaskularne-demencije/</a> [Datum pristupa: 12.9.2022.]).....	2
Slika 2. MMSE (Izvor: <a href="https://www.vasezdravlje.com/bolesti-i-stanja/alzheimerova-demencija-kad-duh-i-tijelo-vise-nisu-jedno">https://www.vasezdravlje.com/bolesti-i-stanja/alzheimerova-demencija-kad-duh-i-tijelo-vise-nisu-jedno</a> [Datum pristupa: 12.9.2022.]).....	5
Slika 3. Spolna struktura ispitanika .....	18
Slika 4. Dobna struktura ispitanika .....	19
Slika 5. Stuktura ispitanika u odnosu na stručnu spremu .....	19
Slika 6. Struktura ispitanika u odnosu na godine radnog staža.....	20

## POPIS KRATICA

MMSE – ljestvica za ispitivanje mini-mentalnog statusa (engl. *Mini-Mental State Exam*, MMSE)

MoCA – Montreal kognitivna procjena (engl. *Montreal Cognitive Assessment*, MoCA),

ACE\_R – Addenbrooke revidirano kognitivno ispitivanje (engl. *Addenbrooke's Cognitive Examination Revised*, ACE-R),

Mini-Cog – modificirano ispitivanje mini-mentalnog status, Mini-Cog (engl. *Mini – Cognitive*)

RUDAS – Rowlandova univerzalna skala procjene demencije (engl. *Rowland Universal Dementia Assessment Scale*, RUDAS)

FDA – Američka uprava za hranu i lijekove (engl. *United States Food and Drug Administration*, USFDA ili FDA).

ADL – (engl. *The Katz Index of Independence in Activities of Daily Living*, ADL scale)

IADL – Lawtonova ljestvica instrumentalnih svakodnevnih životnih aktivnosti (engl. *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living*, IADL) (37).

## SAŽETAK

**Uvod:** Demencija je kompleksan progresivni poremećaj kognicije koji se manifestira atipičnom i heterogenom kliničkom slikom, što predstavlja izazov u prepoznavanju i dijagnostici, a samim tim i u pružanju kvalitetne zdravstvene njege.

**Ciljevi:** Cilj istraživanja je ispitati koliko znanja o demenciji imaju medicinske sestre i tehničari zaposleni u domovima za starije osobe, te ispitati razlike u razini znanja o demenciji i stavovima o osobama s demencijom s obzirom na duljinu radnog staža.

**Metode:** Provedeno je istraživanje na principu presječne studije, anonimno i dobrovoljno, tijekom lipnja i srpnja 2022. godine. Anketni upitnik je kreiran u svrhu ovog istraživanja, a distribuiran je putem društvenih mreža. Ispitanici su isključivo medicinske sestre i tehničari zaposleni u domovima za starije osobe na području Republike Hrvatske, a u analizi podataka korišteno je 79 anketnih upitnika koji su ispunjeni prema kriterijima istraživanja.

**Rezultati:** Prema rezultatima medicinske sestre i tehničari zaposleni u domovima za starije pokazuju visok stupanj znanja o demenciji ( $M=17,10$ ,  $sd=1,66$ ). Prema rezultatima nije dobivena statistički značajna razlika u znanju o demenciji i stavovima o osobama s demencijom kod medicinskih sestara i tehničara s obzirom na duljinu radnog staža.

**Zaključak:** Pružanje zdravstvene skrbi za osobe s demencijom zahtjeva visoku razinu znanja o demenciji i pozitivne stavove prema osobama s demencijom, stoga je važno provoditi programe edukacije za medicinske sestre i tehničare koji sudjeluju u skrbi za osobe s demencijom. Povećanjem razine znanja i stavovi o osobama s demencijom biti će pozitivniji, jer razumijevanje demencije najvažnija je komponenta u cjelokupnom procesu zdravstvene skrbi za oboljele.

**Ključne riječi:** Alzhmeirova bolest; demencija; dementna osoba; zbrinjavanje dementnih osoba

## SUMMARY

**Introduction:** Dementia is a complex progressive disorder of cognition that is manifested by an atypical and heterogeneous clinical picture, which represents a challenge in recognition and diagnosis and therefore in the provision of a health care of good quality.

**Aims:** The aim of the research is to examine how much knowledge nurses and technicians employed in homes for the elderly about dementia have and to examine differences in the level of knowledge about dementia and attitudes towards people with dementia with regard to length of service.

**Methods:** The research was conducted on the principle of a cross-sectional study, anonymously and voluntarily during June and July 2022. The questionnaire was created for the purpose of this research and it was distributed via social networks. The respondents are exclusively nurses and technicians employed in homes for the elderly in the Republic of Croatia and 79 questionnaires were used in the data analysis, which were filled in according to the research criteria.

**Results:** According to the results nurses and technicians employed in homes for the elderly show a high level of knowledge about dementia ( $M=17.10$ ,  $sd=1.66$ ). According to the results there was no statistically significant difference in knowledge about dementia and attitudes towards people with dementia among nurses and technicians in regard to length of service.

**Conclusion:** Providing health care for people with dementia requires a high level of knowledge about dementia and positive attitudes towards people with dementia, therefore it is important to implement education programs for nurses and technicians who participate in the care of people with dementia. By increasing the level of knowledge attitudes about people with dementia will be more positive, because understanding dementia is the most important component in the entire process of health care for such patients.

**Key words:** Alzheimer's disease; dementia; demented person; care of demented people

## 1. UVOD

Demencija predstavlja skup simptoma uzrokovanih poremećajem moždane funkcije. Najčešći oblik demencije je Alzheimerova bolest (1). Lijek za demenciju ne postoji, a temeljni terapijski tretmani usmjereni su na poboljšanje kvalitete života kroz nefarmakološke intervencije (2). Približno dvije trećine oboljelih od demencije živi u domovima za starije osobe (3), a broj osoba s demencijom u velikom je porastu zbog starenja svjetske populacije (4). Prema Međunarodnoj organizaciji za Alzheimerovu bolest (engl. *Alzheimer's Disease International*; AID), u 2018. godini bilo je 50 milijuna osoba s demencijom na globalnoj razini, što predstavlja povećanje od 6 % u odnosu na 2015. godinu (4, 5). Oboljeli od demencije suočavaju se s kognitivnom disfunkcijom, bihevioralnim i psihološkim simptomima, te gubitkom socijalnih i komunikacijskih vještina što značajno utječe na kvalitetu života ne samo oboljelih već i njihovih obitelji (5).

### 1.1. Demencija

Demencija predstavlja jedan od najistaknutijih javnozdravstvenih problema današnjice (6). Definira se kao kompleksan progresivni poremećaj kognicije koji se manifestira atipičnom i heterogenom kliničkom slikom, što ujedno predstavlja izazov u pravovremenom prepoznavanju znakova i postavljanju dijagnoze (7). Pojam demencija obuhvaća skup simptoma povezanih s poremećajem pamćenja i ukupnim padom niza vještina, što uključuje vještine izvršnog funkcioniranja, osobnosti, jezika, motorike, apstraktnog mišljenja, složene pažnje, društvenih i vizualno-prostornih vještina (8, 9).

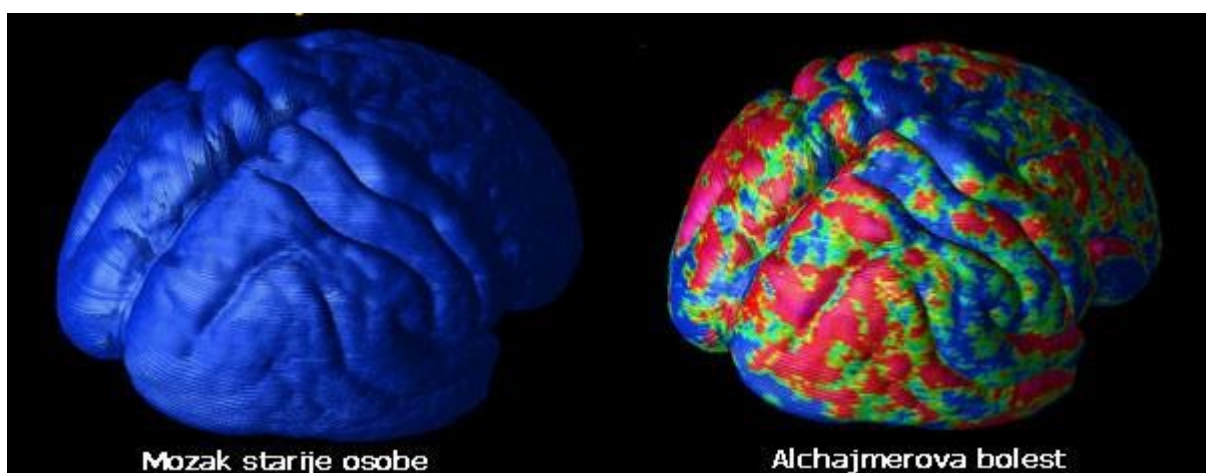
Oštećenje i pad kognicije osnovna je karakteristika demencije, a posljedično rezultira razvojem invaliditeta zbog čega se oboljela osoba suočava sa značajnim društvenim i zdravstvenim problemima jer ozbiljnost poremećaja ponekad u velikoj mjeri ometa izvođenje svakodnevnih aktivnosti (10, 11). Razvoj demencije složen je proces, koji se opisuje kao interakcija specifičnih molekularnih putova koji imaju utjecaj na funkcionalnost stanica, pri čemu dolazi do glioze, smrti stanica, upale, gubitka sinaptičkih veza i poremećaja funkcionalnih mreža, čija je funkcionalnost temelj ponašanja, osobnosti, spoznaje i senzomotoričke funkcionalnosti.

Usljed navedenog, kod oboljelih dolazi do trajnog gubitka individualnosti i autonomije (12 – 14).

### 1.1.1. Uzroci, čimbenici rizika i manifestacije demencije

Razvoj demencije događa se pod utjecajem različitih stanja, prema kojima se iste klasificiraju kao: vaskularna demencija, Alzheimerova demencija, frontotemporalna demencija, demencija Parkinsonove bolesti i demencija Lewyjevih tijela. Također, postoje demencije čija je prevalencija u populaciji značajno niža od navedenih, a one uključuju: Huntingtonovu i Creutzfeldt-Jakobovu bolest, kortikalnu bazalnu degeneraciju, progresivnu supranuklearnu paralizu i multisistemsku atrofiju (8, 9). Nakupljanje prirodnih proteina u mozgu uzrok je najvećeg broja demencija, uz izuzetak vaskularne demencije, no temeljna patologija poremećaja još uvijek nije u potpunosti shvaćena (9).

Kao najčešći uzrok demencije, Alzheimerova bolest, nastaje uslijed taloženja senilnih plakova i neurofibrilarnih zapleta u mozgu (Slika 1) (15). Alzheimerova demencija vrlo brzim tempom postaje jedna od bolesti koja značajno utječe na zdravstvene sustave diljem svijeta jer potreba za pojačanom skrbi zahtijeva dodatne resurse, a samim tim stvara se značajno financijsko opterećenje (16).



*Slika 1. Prikaz mozga osobe starije osobe i osobe oboljele s demencijom (Izvor: <https://www.medihelp.co.rs/blog/vaskularne-demencije/> [Datum pristupa: 12.9.2022.]*

Ishemijska ozljeda mozga uzrok je razvoja vaskularne demencije (17), dok se demencija Lewyjevih tijela razvija zbog abnormalne agregacije sinaptičkog proteina u mozgu (18). Taloženje proteina u bijeloj i sivoj tvari mozga, koje se događa uslijed različitih mutacija, dovodi do razvoja frontotemporalne demencije (19). Demencija Parkinsonove bolesti razvija se uslijed patološkog gubitka nigrostriatalne dopaminergičke inervacije, no također dolazi i do gubitka stanica smještenih unutar neuralne mreže, neovisno o području u kojem se nalaze (20).

Čimbenici rizika koji se povezuju s razvojem demencije su nepromjenjivi (genetika, visoka životna dob) i promjenjivi (pretilost u srednjoj životnoj dobi, nekontrolirana šećerna bolest, hiperlipidemija, hipertenzija, ozljede i traume mozga, kardiovaskularne bolesti, pušenje) (8). Cerebrovaskularna bolest krvnih žila i Alzheimerova bolest su dva dominantna entiteta u procesu starenja koji dovode do kognitivnog oštećenja i atrofije mozga godinama prije pojave specifičnih simptoma i znakova demencije. Procjena rizika za kognitivno oštećenje jedan je od potencijalno najvažnijih pristupa u pravovremenom prepoznavanju, prevenciji i odgađanju posljedica demencije (21).

Demencija se može manifestirati karakterističnim i atipičnim simptomima, što ovisi o vrsti poremećaja. Karakteristični simptomi za demenciju Lewyjevih tijela su deluzije, poteškoće u obradi vizualnih informacija, oblikovane vizualne halucinacije i poremećaji obrasca spavanja. Kod demencije Creutzfeldt-Jakobove bolesti javljaju dvostruki vid, vizualne halucinacije, ukočenost i trzaji mišića. Demencija Huntingtonove bolesti karakteristična je po pojavi razdražljivosti, koreje i opsesivno-kompulzivnog ponašanja, vaskularna po simptomima poput glavobolje, neravnoteže, senzomotoričkog deficita i poremećaja govora, a frontotemporalna po poremećaju govora, prostorne orijentacije i ponašanja. Simptomi parkinsonizma karakteristični su za demenciju Parkinsonove bolesti, a oni uključuju tremor, prigušen govor i usporene pokrete, dok se u kasnoj fazi bolesti javljaju deluzije i vizualne halucinacije. Osim kod demencije Parkinsonove bolesti, simptomi parkinsonizma javljaju se kod kortikalne bazalne degeneracije, progresivne supranuklearne paralize i multisistemske atrofije. Razlikovanje navedenih poremećaja temelji se na procjeni specifičnosti, pri čemu su poremećaj kontrole očiju i zamućen vid karakteristični za supranuklearnu paralizu, mioklonus i asimetrična rigidnost mišića za kortikalnu bazalnu degeneraciju, a autoimuno zatajenje za multisistemsku atrofiju (8, 9). Funkcionalna invalidnost i dubina kognitivnog oštećenja ovise o stadiju demencije, a napredovanjem oštećenja, smanjuje se autonomija i sposobnost izvođenja složenih aktivnosti, što posljedično povećava zahtjeve za zdravstvenom njegom. Napredni stadiji demencije očituju



se apatijom, uznemirenošću, agresijom, depresijom, tj. izraženim poremećajima ponašanja koji su rezultat duboko narušenih funkcionalnih i kognitivnih sposobnosti (14).

### **1.1.2. Dijagnoza i liječenje demencije**

Dijagnostički proces kod demencije temelji se na uzimanju detaljne i opsežne anamneze bolesnika, uključujući i anamnezu članova njegove obitelji. Postavljanje sumnje na demenciju najčešće se temelji na prvim simptomima koji se javljaju u obliku poremećaja ponašanja, pamćenja, orijentacije, kognicije, komunikacije, raspoloženja, osobnosti i društvenih odnosa. Također, u samom početku razvoja demencije, mogu se pojaviti poteškoće samozbrinjavanja i obavljanja svakodnevnih aktivnosti koje najčešće nastaju zbog gubitka samostalnosti i neovisnosti bolesnika. Pri uzimanju anamneze, važno je prikupiti podatke o bolestima, terapiji i postojanju ovisnosti (lijekovi, nedozvoljene supstance, alkohol, duhan) (7, 8).

Najvažnija komponenta u evaluaciji bolesnika je procjena kliničke anamneze, no obavezno se provode laboratorijska analiza, neurološki i fizikalni pregled, te procjena mentalnog statusa, uključujući sve domene spoznaje (7, 9). Dijagnostička obrada uključuje elektroencefalografiju, lumbalnu punkciju i magnetsku rezonancu, te funkcionalnu sliku mozga koja se ne provodi rutinski već u odnosu na procjenu (8, 9, 20). U procesu postavljanja dijagnoze, važno je isključiti reverzibilna stanja koja mogu dovesti do kognitivnog oštećenja, a koja uključuju nedostatak vitamina B12, hipotireozu, metaboličke uzroke, virus humane imunodeficijencije, lajmsku bolest i sifilis (7, 20, 22).

Procjena vizualno-prostornih vještina, pažnje, jezika, orijentacije i pamćenja provodi se ispitivanjem mini-mentalnog statusa (engl. *Mini-Mental State Exam*, MMSE) (Slika 2), no ovaj alat nije adekvatan za postavljanje dijagnoze demencije jer ima svrhu procjene mentalnog statusa, a ne pokazuje razlike između reverzibilnih uzroka kognitivnog oštećenja i demencije. MMSE također omogućuje procjenu progresije demencije u odnosu na promjene u mentalnom statusu bolesnika. Osim MMSE-a, u svrhu procjene progresije bolesti i u svrhu probira koriste se alternativni testovi (7, 9).

Tablica 1 - Test procjene mentalnog stanja (MMS)	
<b>1. Orijentacija (1 bod za svaki točan odgovor)</b>	
- koliko je sati? - koji je datum? - koji je dan? - koji je mjesec? - koja je godina?	Koji je naziv - odjela - bolnice - okruga - grada - države
<b>ukupno 5 bodova</b>	<b>ukupno 5 bodova</b>
<b>2. Prepoznavanje</b>	
- Imenovati tri predmeta koja se pokažu (npr. olovka, sat, ključ). Ocjena - od 1 do 3 boda ovisno o točnosti ponavljanja. Ponoviti nazive dok ih bolesnik ne ponovi točno, zbog kasnijeg utvrđivanja pamćenja. Ocjenjuje se samo prvi pokušaj.	
	<b>ukupno 3 boda</b>
<b>3. Pozornost i računanje</b>	
- Od bolesnika se traži da oduzima 7 od 100 te da od dobivenog rezultata ponovno oduzima 7, ukupno 5 puta do broja 65. Svaki točan odgovor ocjenjuje se jednim bodom. Može se od bolesnika tražiti i da unatrag čita zamišljenu riječ od pet slova, npr. MOZAK - KAZOM, a za svako točno slovo ocjena je jedan bod.	
	<b>ukupno 5 bodova</b>
<b>4. Pamćenje</b>	
- Ponoviti imenovana tri predmeta koja su korištena u ispitivanju prepoznavanja. Ocjena - jedan bod za svaki točan odgovor.	
	<b>ukupno 3 boda</b>
<b>5. Govor</b>	
- jedan bod za točno imenovanje svakog od dva objekta (npr. čekić i stol)	<b>ukupno 2 boda</b>
- jedan bod za točno ponavljanje, npr. „ne tako ili ako“	<b>ukupno 1 bod</b>
- tri boda ako su točno izvedena tri stupnja zapovijedi, npr. „uzmite komad papira u desnu ruku, presavinite ga na polovicu i stavite na stol!“	<b>ukupno 3 boda</b>
- jedan bod ako je točno izvedena pisana zapovijed: „Zatvorite oči!“	<b>ukupno 1 bod</b>
- zatražiti od bolesnika da napiše rečenicu i ako rečenica ima značenje, glagol i subjekt	<b>ukupno 1 bod</b>
- vidno-prostorni test: tražiti bolesnika da prekopira jednostavan lik od dva križajuća pentagona (pokazano na slici)	<b>ukupno 1 bod</b>
<b>sveukupno 30 bodova</b>	

Slika 2. MMSE (Izvor: <https://www.vasezdravlje.com/bolesti-i-stanja/alzheimerova-demencija-kad-duh-i-tijelo-vise-nisu-jedno>[Datum pristupa: 12.9.2022.]])

Alternative MMSE testa:

- Montreal kognitivna procjena (engl. *Montreal Cognitive Assessment*, MoCA),
- Addenbrooke revidirano kognitivno ispitivanje (engl. *Addenbrooke's Cognitive Examination Revised*, ACE-R),
- modificirano ispitivanje mini-mentalnog status, Mini-Cog (engl. *Mini – Cognitive*)
- Rowlandova univerzalna skala procjene demencije (engl. *Rowland Universal Dementia Assessment Scale*, RUDAS) (7, 9).

Liječenje demencije temelji se prvenstveno na nefarmakološkim metodama i postupcima koji se provode s ciljem suzbijanja simptoma demencije poboljšanja stupnja samostalnosti bolesnika

i održavanja kvalitete života na optimalnoj razini (2). Od nefarmakoloških metoda kod demencije se provode treninzi pamćenja, socijalne i mentalne simulacije, tjelesne vježbe, te pružanje potporne skrbi (8, 9).

Promjene u obrascima spavanja učestale su kod oboljelih od demencije, stoga nefarmakološki pristup obuhvaća liječenje poteškoća povezanih sa spavanjem pri čemu se stavlja naglasak na uspostavljanje rutine spavanja, izbjegavanje alkoholnih pića i kofeina, provođenje terapije svjetlom, svakodnevnu tjelesnu aktivnost i provođenje tjelovježbe, kognitivno-bihevioralnu terapiju, biofeedback i suzbijanje boli. Osim navedenog pristupa u liječenju poremećaja spavanja primjenjuju se lijekovi koji uključuju lorazepam, kvetiapin, temazepam, amitriptilin, zolpidem (7, 23). Poboljšanje cjelokupne kognitivne sposobnosti, sprječavanje pada specifičnih procesa kognicije i aktivacija neurona kod blagih i umjerenih oblika demencije postiže se provođenjem kognitivnog treninga, koji se također može provoditi i kao intervencijski pristup u svrhu poboljšanja spoznaje i funkcionalnosti oboljelih (14, 24).

Poboljšanje kognitivnih funkcija kod oboljelih od demencije postiže se primjenom farmakološke terapije, koja uključuje primjenu memantina i inhibitora kolinesteraze, lijekova odobrenih od strane Američke uprave za hranu i lijekove (engl. *United States Food and Drug Administration*, USFDA ili FDA). Memantin djeluje na smanjenje aktivnosti glutamina, dok se usporavanje i odgađanje pogoršanja stanja oboljelih postiže primjenom inhibitora kolinesteraze, koji djeluju na principu razgradnje acetilkolina. Najčešći inhibitori kolinesteraze koji se primjenjuju kod demencije su galantamin, donepezil i rivastigmin. Kod blagih i umjerenih stadija demencije primjenjuju se rivastigmin i galantamin, donepezil u svim fazama Alzheimerove demencije, a kod umjerenog do teškog stadija demencije primjenjuje se memantin (8, 9, 25).

S obzirom na kompleksnost poremećaja, demencija ima utjecaj na gotovo sve tjelesne sustave stoga se u procesu liječenja obavezno provodi kontinuiran procjena u odnosu na obrasce prehrane, spavanja, pokretljivosti, samozbrinjavanja i eliminacije. Također, provodi se kontinuirana procjena rizika za pad i ozljede, rizika za razvoj infekcije. Komplikacije koje se mogu razviti kao posljedica demencije uključuju poteškoće s disanjem i upalu pluća, disfagiju, uznemirenost, depresiju, promjene osobnosti, a u najtežem stadiju bolesti, uz pogoršanje pratećih simptoma, demencija najčešće dovodi do smrtnog ishoda (9).

## **1.2. Utjecaj demencije na obitelj bolesnika**

Demencija ima izrazito negativan utjecaj na obitelj bolesnika, koji se očituje u domenama emocionalnog, psihičkog i fizičkog opterećenja. Skrb za osobu oboljelu od demencije veliki je izazov jer zahtjeva pomoć i podršku zdravstvenih djelatnika od trenutka pojave simptoma i postavljanja prve sumnje na demenciju (26). Primarni stresori s kojima se obitelj oboljele osobe suočava je smanjena sposobnost bolesnika u provođenju svakodnevnih aktivnosti, dok se sekundarni stresori odnose na nužnost promjena u načinu života jer demencija ne utječe samo na život i životne navike bolesnika, već i životne navike njemu bliskih osoba (27).

Pogoršanje mentalnih sposobnosti zahtjeva razumijevanje i učenje načina na koji olakšati svakodnevnicu i pružiti pomoć, što pak uzima slobodno vrijeme i rezultira umorom, anksioznošću, depresijom i smanjenim socijalnim kontaktima članova obitelji koji sudjeluju u svakodnevnoj skrbi za bolesnika. Napredovanjem demencije, potrebe za zdravstvenom skrbi se povećavaju, dolazi do poremećaja u obiteljskim odnosima, društvenom životu i prevelikog opterećenja. U posljednjoj fazi demencije, koja se karakterizira potpunom dezorijentiranošću i nemoći, oboljeli najčešće postaju korisnici palijativne skrbi ili se članovi obitelji odlučuju za institucionalnu skrb, odnosno smještaj u dom za starije ili specijaliziranu ustanovu (26, 27).

U procesu skrbi, od velike je važnosti informirati, educirati, podučiti i savjetovati članove obitelji o demenciji, razvoju poremećaja i mogućnosti komplikacije, te o potrebama bolesnika. Psihološka potpora članovima obitelji bolesnika je temeljna komponenta u cjelokupnom procesu skrbi, jer obitelj je ta koja najviše vremena provodi s bolesnikom, stoga je profesionalna psihološka pomoć nužna kako bi uspješno prihvatili novonastalu situaciju (26).

## **1.3. Zdravstvena skrb oboljelih od demencije**

Osobe koje žive s uznapredovanom demencijom trebaju pomoć u provođenju postupaka samozbrinjavanja (28), koja se definira kao svaka fizička potpora koja se pruža pojedincu za obavljanje osnovnih svakodnevnih životnih aktivnosti kao što su prehrana, kupanje, odlazak na toalet, odijevanje ili oralna njega (29). Demencija je progresivno neurološko stanje s nizom kognitivnih i bihevioralnih simptoma, a posljedično tome, oboljele osobe često zahtijevaju više pomoći u osobnoj njezi od starijih osoba bez demencije (30). Napredna faza demencije je

karakteristična po izraženim poteškoćama u komunikaciji, izraženim promjenama osobnosti i emocija, a oboljeli su uglavnom nesvjesni nedavnih iskustava, mjesta, datuma ili događaja, a zahtjev za pomoć u aktivnostima svakodnevnog života značajno se povećavaju (29).

Ponašanja koja se promatraju kao povezana s demencijom mogu se različito definirati, poput agresije, uznemirenosti, ljutnje ili frustracije, a oboljele osobe najčešće pokazuju ove oblike ponašanja u trenucima pružanja skrbi, stoga se ista mogu shvatiti kao odbijanje (31). Postupci koji se percipiraju kao odbijanje mogu uključivati ukrućivanje tijela, verbalnu ili fizičku agresiju, hvatanje za stvari i predmete u okolini. Odbijanje skrbi najčešće je rezultat nedostatka vremena i adekvatnog pristupa osobi s demencijom, neovisno da li se osoba zbrinjava u vlastitom domu, bolnici ili domu za starije. Osobe s demencijom najčešće ne razumiju njegovatelje, što rezultira namjernom ili automatskom reakcijom odbijanja, a čimbenici koji pridonose odbijanju su dodir njegovatelja, verbalna interakcija i općenito provođenje postupaka osobne higijene. Osobni čimbenici koji utječu na odbijanje skrbi odnose se na prisutnost depresije i psihotičnih simptoma, poput deluzija i halucinacija (29). Svaki pojedinac ima pravo odbiti zdravstvenu skrb, uključujući i osobe oboljele od demencije, no opetovano odbijanje može rezultirati negativnim posljedicama, poput loše higijene i učestalih infekcija, koje osoba s demencijom ne može razumjeti, a što s vremenom postaje uznemirujuće i za bolesnika i njegovatelje (32).

Pristup oboljelima od demencije trebao bi biti individualiziran i usmjeren na identificiranje perspektiva oboljele osobe uz stvaranje ugodnog i umirujućeg okruženja, što pridonosi stvaranju pozitivnog odnosa između bolesnika i njegovatelja, a samim tim namjere njegovatelja postaju shvatljive bolesniku (29, 33). Odbijanje skrbi u domovima za starije učestalo je, što se može objasniti različitošću odnosa i nepoznavanjem sklonosti i obrazaca ponašanja bolesnika, no u domovima za starije njegovatelji i medicinske sestre i tehničari najčešće se bore s vremenom i prevelikim radnim opterećenjem koje je rezultat nedovoljnog broja zaposlenih unatoč povećanim potrebama bolesnika (34).

Brojna istraživanja su pokazala kako medicinske sestre i tehničari pružanje zdravstvene njege osobama oboljelim od demencije smatraju izrazito izazovnim i kompleksnim procesom koji pridonosi psihološkom stresu (35, 36). U određenim trenucima, osoblje domova za starije može se osjećati zarobljeno između pružanja skrbi i poštivanja individualnosti, autonomije i dostojanstva bolesnika (35).

### 1.3.1. Svakodnevne životne aktivnosti

U domovima za starije medicinske sestre i tehničari kroz analizu i prikupljanje podatka provode procjenu sposobnosti bolesnika za obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Odgovarajuća procjena, planiranje postupaka i intervencija, te evaluacija postignuća provodi se kontinuirano kako bi se potrebe za zdravstvenom njegom zadovoljile na adekvatan način i u skladu s individualnim preferencijama bolesnika. Definiranje opsega gubitka sposobnosti izvođenja svakodnevnih aktivnosti i postupaka samozbrinjavanja važno je za definiranje i osiguravanje odgovarajuće podrške i skrbi. Najčešće korištene kontrolne liste za procjenu su Katzov indeks neovisnosti u svakodnevnim životnim aktivnostima (engl. *The Katz Index of Independence in Activities of Daily Living*, ADL scale) i Lawtonova ljestvica instrumentalnih svakodnevnih životnih aktivnosti (engl. *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living*, IADL) (37).

Katzova ADL ljestvica procjenjuje osnovne i jednostavne aktivnosti svakodnevnog života, no nema mogućnost procjene kompleksnih i složenih aktivnosti. Katzova ADL ljestvica osjetljiva je na promjene u slučaju pogoršanja zdravstvenog statusa, ali njezina ograničenja uključuju ograničenu sposobnost mjerenja malih elemenata promjena vidljivih u rehabilitaciji starijih osoba. Međutim, vrlo je koristan alat u stvaranju zajedničkog jezika o funkciji pacijenta za pružatelje zdravstvenih usluga uključene u cjelokupnu skrb i planiranje otpusta (37).

Lawtonova IADL ljestvica koristi se za procjenu vještina samostalnog života. Instrument je najkorisniji za utvrđivanje načina na koji osoba funkcionira, te za identificiranje poboljšanja ili pogoršanja tijekom određenog vremenskog razdoblja. Ljestvica mjeri osam domena funkcioniranja, uključujući pripremu hrane, održavanje domaćinstva i pranje rublja. Aktivnosti se boduju prema najvišoj razini funkcioniranja u određenoj kategoriji, a ukupni rezultat kreće se od 0 (niska funkcija, ovisno) do 8 (visoka funkcija, neovisno). Ljestvica je instrument procjene koji se lako koristi i pruža informacije o funkcionalnim vještinama potrebnim za život u zajednici u odnosu na samoprocjenu. Identificirani specifični nedostaci mogu pomoći medicinskim sestrama u planiranju sigurnog otpusta nakon hospitalizacije i osiguravanju kontinuiteta skrbi. Ograničenja ove ljestvice su mogućnost precjenjivanja ili podcjenjivanja sposobnosti obavljanja aktivnosti (37).

Procjena aktivnosti svakodnevnog života važna je komponenta rutinske procjene pacijenta i pomaže medicinskim sestrama i tehničarima u procjeni statusa pacijenta, planiranju i odabiru

prikladnih intervencija. Medicinske sestre i tehničari trebaju obratiti pozornost na opće zdravstveno stanje pacijenta u procesu utvrđivanja razine postizanja funkcionalnih sposobnosti koje nužno osiguravaju samostalnost u provođenju svakodnevnih aktivnosti i aktivnosti osobne higijene (38). Procjena pomaže u određivanju potreba za rehabilitacijom i pomoći, te da li se zbrinjavanje bolesnika može provoditi u kući ili se preporučuje smještanje u dom za starije ili specijaliziranu ustanovu za oboljele od demencije, a odluka se donosi na temelju procjene sigurnosti. Smanjena pokretljivost može dovesti do povećanog rizika od padova, koji su povezani s povećanom stopom smrtnosti, posebno kod oboljelih od demencije (39). Ostala pitanja koja treba razmotriti prije smještaja u dom za starije osobe, za razliku od samostalnog života kod kuće uključuju sposobnost pacijenta da kuha i čisti svoj dom, kupuje, koristi javni prijevoz ili vozi (40). Važno je prepoznati utjecaj gubitka samostalnosti u provođenju svakodnevnih aktivnosti na sposobnost samostalnog življenja osoba s demencijom, jer gubitak osobnosti, autonomije i razina poremećaja kognicije uvelike mijenjaju pristup zdravstvenoj skrbi oboljelih (41).

### **1.3.2. Uloga medicinske sestre i tehničara**

Zdravstvena njega bolesnika s demencijom usmjerena je na promicanje sigurnosti i poboljšanje kvalitete života bolesnika. Medicinske sestre i tehničari u domovima za starije trebaju provoditi kontinuiranu procjenu svih pacijenta a ciljem uočavanja početnih znakova demencije, koja je karakteristična za stariju životnu dob. Sveobuhvatna procjena provodi se s ciljem identifikacije i praćenja kognitivnog pada kod svih pacijenata s dijagnozom demencije. Također, provodi se procjena boli i tjeskobe, te se provode usmjerene intervencije za suzbijanje istih. Medicinske sestre i tehničari trebaju ostvariti profesionalan odnos temeljen na povjerenju, ne samo s bolesnikom već i sa članovima njegove obitelji, jer oni su izrazito važni u procesu poboljšanja kvalitete života i zadovoljstva pacijenta (8, 24).

Uloga medicinske sestre i tehničara u zdravstvenoj skrbi za oboljele od demencije u domu za starije obuhvaća učestalo usmjeravanje bolesnika prema stvarnosti i okolini. Važno je da bolesnik vrijeme provodi u poznatoj okolini u kojoj se nalaze njemu poznati predmeti, što potiče održavanje orijentacije u stvarnosti. Bolesnika je važno podučiti kako se orijentirati u prostoru i vremenu, jer se na taj način povećava sigurnost i smanjuje rizik od ozljeda i pada. Provođenje biofeedbacka je važno, jer bolesniku je potrebno dati povratnu informaciju kada su razmišljanje

i ponašanje prikladni ili kada verbalizira određene ideje koje nisu utemeljene na stvarnosti. Pozitivne povratne informacije povećavaju samopoštovanje i pojačavaju želju bolesnika za ponavljanjem odgovarajućeg ponašanja. U razgovoru s bolesnikom važno je koristiti jednostavan i razumljiv jezik, govoriti treba polako i objašnjavati jednostavno. U komunikaciji s bolesnikom medicinske sestre i tehničari trebaju koristiti jednostavna objašnjenja i interakciju licem u lice. Prilikom govora ne smije se podizati ton, a najbolja komunikacija ostvaruje se laganim i primjerenim govorom u položaju licem u lice, posebno ako bolesnik ima oštećenje sluha. Važno je pratiti ponašanje bolesnika i uočiti pojavu deluzija, odnosno potrebno je izraziti razumnu sumnju i razgovarati s bolesnikom o mogućim osobnim negativnim učincima stalne sumnjičavosti drugih. Poticanje lažnih ideja koje bolesnik može prezentirati potrebno je izbjegavati, a s bolesnika je potrebno poticati na razgovor o stvarnim ljudima i događajima. Sigurnost osobe s demencijom je prioritet u zdravstvenoj skrbi, stoga medicinske sestre i tehničari moraju pažljivo pratiti ponašanje bolesnika, posebno ako dođe do pojave sumanutih ideja koje mogu ukazivati na namjeru nasilja. Uz pomoć medicinskih sestara i tehničara, oboljele osobe od demencije mogu razlikovati razmišljanje koje je utemeljeno na stvarnosti od onoga koje nije, stoga se od medicinskih sestara i tehničara očekuje provođenje postupaka i intervencija koje bolesnika mogu usmjeriti prema stvarnosti, što je izrazito važno kod demencije (42).

### **1.3.3. Važnost komunikacije**

Točna dijagnoza demencije, depresije ili delirija ključ je ispravnog liječenja, a medicinske sestre u bilo kojem okruženju koje promatraju, suosjećaju i imaju povjerenje pacijenata u idealnoj su poziciji za prepoznavanje problema. Osobe s demencijom osjećat će se sigurno uz pouzdanu i poznatu medicinsku sestru ili tehničara, te će moći iskreno govoriti o problemima i teškoćama s kojima se susreću i dopustiti provođenje postupaka zdravstvene njege bez odbijanja. Tjelesna i emocionalna dobrobit usko su povezani i svaka intervencija koja podupire tjelesnu, utječe na emocionalnu dobrobit i obrnuto. Terapijski odnos između medicinske sestre i pacijenta ključan je za visokokvalitetnu njegu. Topla komunikacija, pokazivanje bolesniku da ga se cijeni, poštuje i da se prepoznaju njegove snage pridonosi osjećaju uključenosti u planiranje i provođenje postupaka, što pozitivno utječe na motivaciju, samopoštovanje i zadovoljstvo. Jednostavne prilagodbe koje mogu pomoći u poboljšanju komunikacije s osobama s



demencijom koje imaju problema s kratkoročnim pamćenjem uključuju korištenje kratkih rečenica, poznatog rječnika i toplog tona, te osmjeha prilikom razgovora. Važno je osigurati bolesniku vremena za odgovor i pažljivo ga slušati, odgovarajući na izraženu emociju ako je sadržaj govora nejasan. Potrebno je izbjegavati pitanja, osobito ako postoji vjerojatnost da bolesnik neće znati na ista odgovoriti, stoga se potiče korištenje izjava koje potiču samostalno uključivanje bolesnika u razgovor. Medicinske sestre i tehničari trebaju naučiti „oslušivati“ ponašanje osobe s demencijom. Zamišljanje kako bi se ti pacijenti mogli osjećati izgubljeno, samo, prestrašeno) može pomoći medicinskim sestrama i tehničarima da suosjećaju i reagiraju suosjećajno. Slično tome, ako bolesnik ne može verbalno komunicirati, njegovo ponašanje može pružiti naznake o osjećajima i potrebama. Tumačenje ponašanja koje se doživljava kao izazovno i kao pokazatelj problema prvi je korak u razmatranju odgovora koji bi mogao pomoći bolesniku da se osjeća sigurno, utješeno i uključeno. Komunikacijske vještine koje medicinske sestre i tehničari razvijaju tijekom skrbi za osobe s demencijom, kao što su osjetljivost, suosjećanje i empatija, temeljne su kvalitete koje bi se trebale cijeliti kao profesionalna snaga. Također, sposobnost slušanja i učinkovite komunikacije, pružanje njege koja zadovoljava potrebe pacijenata uz uvažavanje njihove individualnosti i podrška obiteljskim njegovateljima ključni su za dobrobit osoba s demencijom (43).

#### **1.4. Znanje i stavovi medicinskih sestara i tehničara o demenciji**

Unatoč činjenici da medicinske sestre i tehničari imaju izrazito značajnu ulogu u skrbi za oboljele od demencije, u mnogim je slučajevima utvrđeno da pacijenti s demencijom ne dobivaju optimalnu skrb, jer pružanje skrbi za oboljele od demencije proteže se izvan granica obrazovanja medicinskih sestara i tehničara, te se preklapa s dodatnim čimbenicima, kao što su stavovi i percepcije o demenciji (44). S obzirom da znanje i stavovi utječu na kvalitetu pružene skrbi, važno je razlikovati sestrinsko znanje, stavove i percepcije kada se razmatraju obrazovne vještine medicinskih sestara. Svaki od ova tri pojma ima različito značenje i funkciju. Znanje je povezano s kognitivnom stručnošću koja proizlazi iz učenja, što ocrtava ulogu modernih medicinskih sestara u zdravstvenoj njezi (45). Profesionalan stav medicinske sestre i tehničara povezan je sa sustavom uvjerenja pojedinca, koji može, ali i ne mora biti isti kao široko prihvaćeni društveni stavovi (46). Osim navedenog, dobro je poznato da se društveni stavovi

također razlikuju ovisno o zemlji i kulturi. Percepcije su, s druge strane, povezane sa stajalištima, brigama i tumačenjem ponašanja (45).

Organizacija zdravstvene njege za oboljele od demencije također se razlikuje od ustanove do ustanove, na što u najvećoj mjeri utječe iskustvo i znanje medicinskih sestara i tehničara u radu s osobama s demencijom, kao i njihova percepcija o demenciji i stavovi u odnosu na osobe s demencijom (47 – 51).

## **2. CILJEVI I HIPOTEZE**

### **2.1. Ciljevi**

Opći cilj istraživanja:

- Ispitati koliko znanja o demenciji imaju medicinske sestre i tehničari koji rade u domovima za starije osobe.

Specifični ciljevi istraživanja:

- Ispitati razlike u znanju o demenciji medicinskih sestara i tehničara s obzirom na duljinu radnog staža.
- Ispitati razlike u stavovima o osobama s demencijom medicinskih sestara i tehničara s obzirom na duljinu radnog staža.

### **2.2. Hipoteze**

H1 – Medicinske sestre i tehničari koji rade u domovima za starije osobe imaju visok stupanj znanja o demenciji

H2 – Medicinske sestre i tehničari koji imaju više od 10 godina radnog staža iskazuju veću razinu znanja o demenciji.

H3 – Medicinske sestre i tehničari koji imaju više od 10 godina radnog staža iskazuju pozitivnije stavove prema osobama s demencijom.

### **3. ISPITANICI (MATERIJALI) I METODE**

#### **3.1. Ustroj studije**

Istraživanje je provedeno prema principima presječne studije (52).

#### **3.2. Ispitanici**

Ispitanici koji su sudjelovali u ovom istraživanju su isključivo medicinske sestre/tehničari koji su zaposleni u domovima za starije osobe na području Republike Hrvatske i koji koriste društvene mreže Facebook i Viber. Ispitanici su ispitani putem anketnog upitnika koji je postavljen na navedenim društvenim mrežama u obliku Google Formsa.

U anketi je postavljeno pitanje za radno mjesto gdje ću moći potvrditi da ispitanik radi u domu za starije osobe. Anketni upitnik bio je dostupan za ispunjavanje od 7 do 10 dana, tijekom mjeseca lipnja i srpnja. Uzorak ispitanika nije bilo moguće odrediti, no minimalan očekivani broj je bio oko 100 ispitanika.

#### **3.3. Metode**

Postupak istraživanja se proveo vlastito izrađenim anketnim upitnikom koji je izrađen u Google Formsu. Upitnik je bio postavljen na društvenim mrežama, a medicinske sestre i tehničari koji upotrebljavaju društvene mreže pravovremeno su bili informirani dostupnosti o anketnog upitnika.

Anketni upitnik sadrži 23 pitanja podijeljena u tri dijela za koje je predviđeno trajanje popunjavanja 10 minuta. Prvi dio se sastoji od općenitih pitanja, drugi dio se odnosi na znanje medicinskih sestara i tehničara o demenciji, a treći dio anketnog upitnika se odnosi na stavove medicinskih sestara i tehničara u radu s dementnim osobama.

U prvom dijelu upitnika postavljena su općenita pitanja o dobi, spolu, stručnoj spremi, godinama radnog staža, mjestu rada, županiji rada, radnom vremenu, te da li se ispitanici u radu susreću s dementnim osobama i da li prema osobama s demencijom osjećaju strah.

Drugi dio upitnika odnosio se na ispitivanje razine znanja medicinskih sestara i tehničara, odnosno koliko znaju o demenciji, njenom liječenju, oboljenju, simptomima.

U trećem dijelu anketnog upitnika ispitivani su pozitivni ili manje pozitivni stavovi o demenciji, a ispitanici su imali mogućnost odabrati jedan odgovor na ponuđene tvrdnje (princip Likertove skale). Svi ispitanici prije početka popunjavanja ankete bili su informirani o anonimnosti ankete, svrhom i ciljevima istraživanja.

Na pitanja ispitanici odgovaraju kratkom nadopunom i ponuđenim odgovorima. Kvaliteta prikupljanja podataka bila je osigurana na način da u anketnom upitniku ispitanik u prvom dijelu ankete popuni pitanje vezano za radno mjesto. Ispunjene ankete od strane medicinskih sestara i tehničara koji ne rade u domu za starije osobe, nisu uvrštene u statističku obradu jer ne ispunjavaju kriterije istraživanja. Sudjelovanje u istraživanju bilo je dobrovoljno i anonimno, a mogućnost odustajanja bila je otvorena u svakom trenutku (izlazak iz preglednika).

Očekivani problem tijekom provedbe istraživanja bili su ograničeno vremensko razdoblje u procesu prikupljanja ispitanika, no rok za ispunjavanje ankete produžen je za sedam dana.

### **3.4. Statističke metode**

Prikupljeni podatci prikazani su u obliku dijagrama te pripadajućim opisom varijabli. Podatci H1 su obrađeni deskriptivnom statistikom, a za testiranje H2 i H3 važna nam je nezavisna varijabla – radni staž podijeljen u dvije kategorije – do 10 godina, 11 i više godina. Za ispitivanje stavova korištena je Likertova skala (Uopće se ne slažem – U potpunosti se slažem). Zavisna varijabla u H1 i H2 je znanje o demenciji, a u H3 su stavovi medicinskih sestara o osobama sa demencijom. Statistička analiza dobivenih podataka provedena je korištenjem programskog paketa IBM SPSS Statistic 23.0 (SPSS, Chicago, IL, SAD).

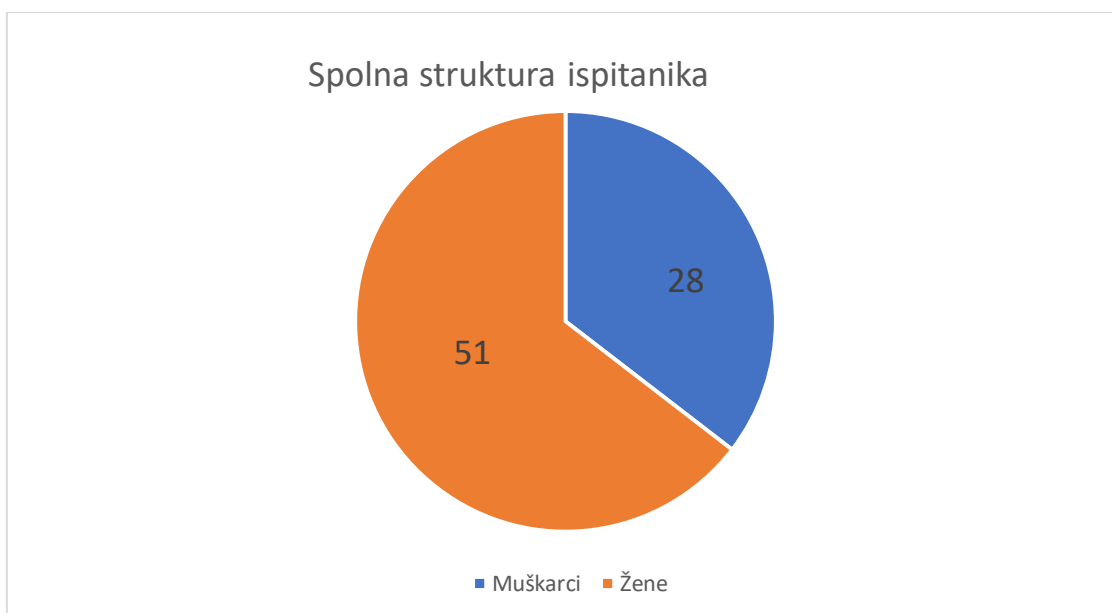
### **3.5. Etički aspekti istraživanja**

U istraživanju je poštivana privatnost svih sudionika prema Općoj odredbi o zaštiti podataka (GDPR) uz pridržavanje etičkih načela. Ispunjavanjem upitnika smatra se da su ispitanici dali svoj informirani pristanak na sudjelovanje te su potvrdili kako su prethodno pročitali i razumjeli informacije o cilju, vrsti i načinu provedbe istraživanja.

## 4. REZULTATI

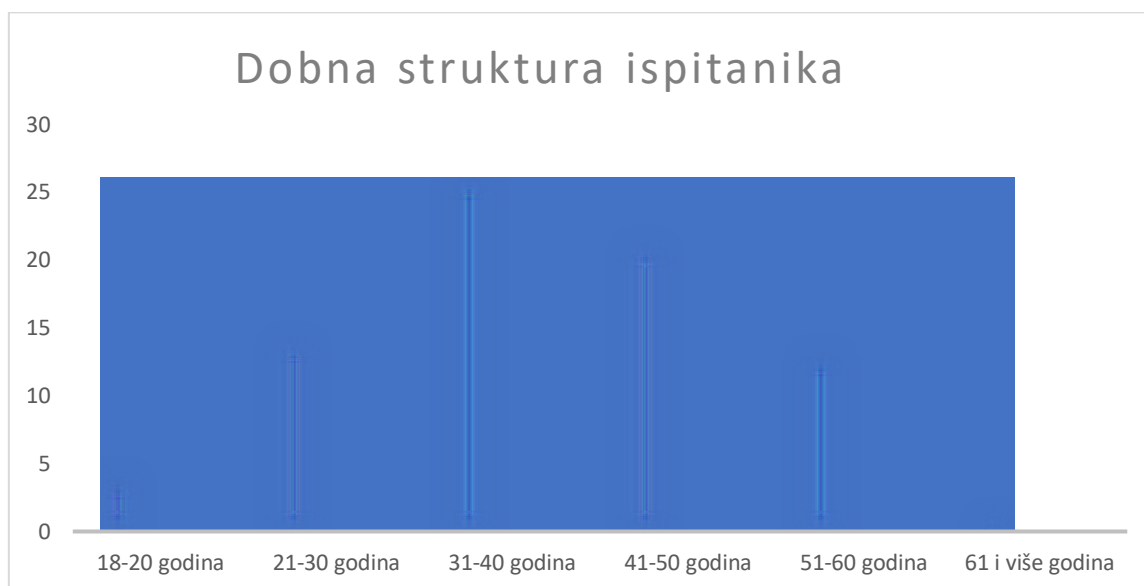
### 4.1. Sociodemografija

U istraživanju je sudjelovalo 111 osoba s različitih radnih mjesta, a s obzirom da kriterij za ulazak u uzorak čine samo medicinske sestre/tehničari koji rade u domovima za starije, obrada rezultata napravljena je na uzorku N=79. Prema spolu, podaci pokazuju da je u istraživanju sudjelovalo 28 muškaraca i 51 žena (Slika 3).



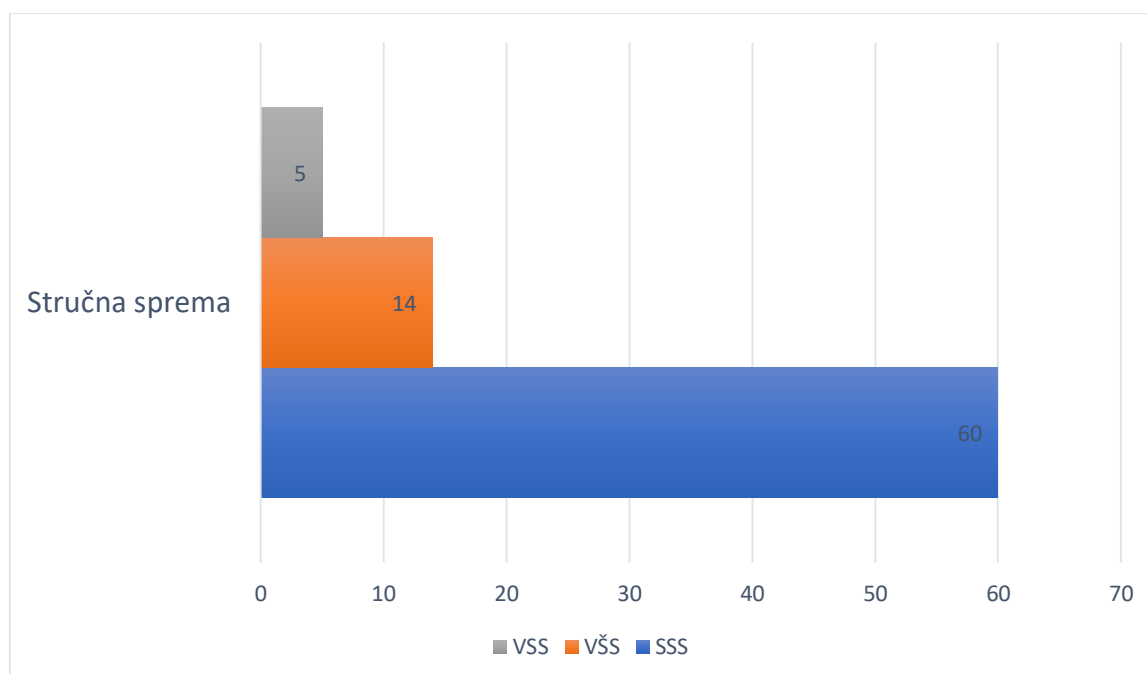
*Slika 3. Spolna struktura ispitanika*

Ispitanici su prema dobi raspodijeljeni u šest kategorija: 18 do 20 godina, 21 do 30 godina, 31 do 40 godina, 41 do 50 godina, 51 do 60 godina i 61 godina i više. Najviše ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju je u dobi od 31 do 40 godina i čine 32,9 %, a najmanje je sudjelovalo osoba starijih od 61 godine i oni čine 1,3 % uzorka (Slika 4).



*Slika 4. Dobna struktura ispitanika*

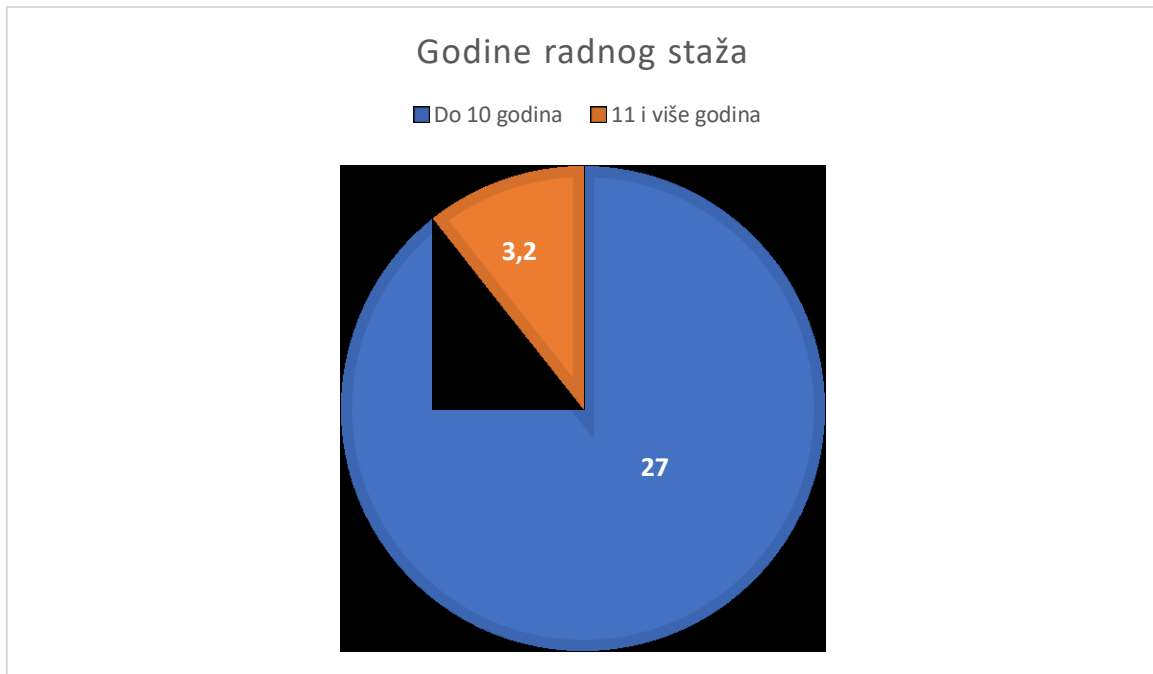
U ispitivanom uzorku, 75,9 % ispitanika je srednje stručne spreme, a najmanje ih ima visoku stručnu spremu tj. 6.3 % ispitanika (Slika 5).



*Slika 5. Struktura ispitanika u odnosu na stručnu spremu*



Ispitanici su podijeljeni u dvije grupe s obzirom na godine radnog staža: oni sa 10 i manje godina staža i sa 11 i više godina staža. U ukupnom broju ispitanik, 65,8 % ispitanika ima 11 i više godina staža (Slika 6).



Slika 6. Struktura ispitanika u odnosu na godine radnog staža

#### 4.2. Ispitivanje znanja i stavova o demenciji

Osnovni cilj istraživanja bio je ispitati koliku znanja o demenciji imaju medicinske sestre i tehničari koji rade u domovima za starije osobe. Na pitanje „Jeste li se susreli s osobama oboljelima od demencije?“ 98,7 % ispitanika je odgovorilo potvrdno te je isti postotak osoba koje su odgovorile potvrdno na pitanje „Osjećate li strah od osoba koje boluju od demencije?“ (Tablica 1).

Tablica 1. Prethodna iskustva medicinskih sestara i tehničara u odnosu na osobe oboljele od demencije

	%
Jeste li se susreli s osobama oboljelima od demencije?	98,7
Osjećate li strah od osoba koje boluju od demencije?	98,7

Dobiveni podaci pokazuju da je visok stupanj znanja medicinskih sestara i tehničara koji rade u domovima za starije o demenciji ( $M=17,10$ ,  $sd=1,66$ ) čime je naša hipoteza potvrđena (Tablica 2).

Upitnik koji je mjerio znanje sadrži i opisno pitanje „Koji su prvi simptomi demencije“ gdje su ispitanici većinom ponudili odgovore: zaboravljanje, gubitak orijentacije u prostoru i vremenu, promjene raspoloženja, otežano učenje novih stvari.

Tablica 2. Znanje o demenciji medicinskih sestara i tehničara

M	sd
17,10	1,66

Nadalje, ispitano je postoje li razlike u znanju o demenciji medicinskih sestara i tehničara s obzirom na duljinu radnog staža. Prema rezultatima nije dobivena statistički značajna razlika u znanju o demenciji kod medicinskih sestara i tehničara s obzirom na duljinu radnog staža ( $t= -1,25$ ,  $ss=77$ ,  $p>0,05$ ) čime nismo potvrdili hipotezu (Tablica 3).

Tablica 3. Znanje medicinskih sestara i tehničara o demenciji u odnosu na duljinu radnog staža

t	ss	p
-1,25	77	$p>0,05$

Istraživanjem je ispitano i postojanje razlike u stavovima o osobama s demencijom medicinskih

sestara i tehničara s obzirom na duljinu radnog staža. Nije dobivena statistički značajna razlika u stavovima o osobama s demencijom kod medicinskih sestara i tehničara s obzirom na duljinu radnog staža ( $t=1,34$ ,  $ss=77$ ,  $p>0,05$ ) čime nismo potvrdili hipotezu (Tablica 4).

Tablica 4. Stavovi medicinskih sestara i tehničara o demenciji u odnosu na duljinu radnog staža

t	ss	p
1,34	77	$p>0,05$

## 5. RASPRAVA

Demencija je jedno od najraširenijih zdravstvenih stanja diljem svijeta, procjenjuje se da oko 35,6 milijuna ljudi diljem svijeta živi s demencijom (25), jedno je od najraširenijih psihijatrijskih stanja koje pogađa stariju populaciju, uglavnom odrasle osobe iznad 65 godina (30). Starenjem populacije učestalost i prevalencija demencije također je u porastu (44). Demencija uzrokuje višestruke simptome koji su karakterizirani oštećenjem pamćenja, poremećajima govora i senzornog prepoznavanja, te općim poremećajem funkcioniranja (30). Unatoč povećanju prevalencije, svijest o demenciji je na relativno niskoj razini, što vrlo često dovodi do kasne dijagnoze, ograničenog izbora u provođenju i planiranju skrbi, te pogrešnog tumačenja simptoma i zanemarivanja oboljele osobe. Uzimajući u obzir da će većina medicinskih sestara i tehničara koje skrbe o starijim osobama i rade u domovima za starije sudjelovati u skrbi za osobe s demencijom, postoji opravdana sumnja da vjerojatno neće moći zadovoljiti povećane potrebe za zdravstvenom njegom ove skupine pacijenata osim ako nemaju potrebno znanje i pozitivan stav (45).

U istraživanju provedenom u svrhu ovog završnog rada sudjelovalo je 111 ispitanika, od kojih je 79 ispitanika zaposleno u domovima za starije, stoga se statistička analiza temelji na analizi podataka 79 anketnih upitnika koji zadovoljavaju kriterije istraživanja. Najveći broj ispitanika koji su sudjelovali u istraživanju je ženskog spola, u dobi od 31 do 40 godina, sa završenom srednjom školom, i sa 11 i više godina radnog staža. Struktura ispitanika u odnosu na stručnu spremu se može objasniti na način da su prema Pravilniku o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga (53), u domovima za starije preporučuje određeni broj medicinskih sestara srednje stručne spreme u odnosu na broj korisnika, ovisno o potrebama korisnika.

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je ispitati razinu znanja medicinskih sestara i tehničara koji su zaposleni u domu za starije o demenciji. Najveći broj ispitanika navodi da ima prethodna iskustva u radu s oboljelim od demencije, no također, najveći broj ispitanika navodi da osjeća strah od osoba koje boluju od demencije. Prethodna iskustva i pozitivan stav prema osobama s demencijom imaju značajnu ulogu u pružanju adekvatne i kvalitetne skrbi za oboljele.

Istraživanja pokazuju širok raspon znanja i stavova medicinskih sestara i tehničara o demenciji (45 – 51, 54). Prema dobivenim rezultatima ovog istraživanja uočeno je da medicinske sestre i tehničari zaposleni u domovima za starije pokazuju visoku razinu znanja o demenciji, što je u

skladu s provedenim istraživanjima u literaturi, koja su bila usmjerena na ispitivanje znanja o demenciji. Prema rezultatima provedenog istraživanja u Švicarskoj, medicinske sestre i tehničari pokazuju visoku razinu znanja o demenciji, što je posebno uočeno u usporedbi razine znanja medicinskih sestara zaposlenih u domovima za starije u odnosu na one koji sudjeluju u zbrinjavanju oboljelih u zajednici. Prema ovom istraživanju, medicinske sestre i tehničari zaposleni u domovima za starije pokazali su značajno veću razinu znanja i značajno pozitivnije stavove, što se objašnjava na način da su zaposlenici u domovima za starije usredotočeni isključivo na potrebe bolesnika, dok se medicinske sestre i tehničari koji sudjeluju u skrbi bolesnika u zajednici moraju nositi s potrebama osoba s demencijom i s potrebama osoba s drugim dijagnozama, uključujući i članove obitelji bolesnika (54). Visok stupanj znanja medicinskih sestara i tehničara također je uočen u istraživanjima provedenim u Australiji, Tajvanu i Južnoj Koreji (55 – 57). Suprotno rezultatima ovog istraživanja, u literaturi se nalaze istraživanja prema kojima medicinske sestre i tehničari pokazuju osnovno znanje o demenciji (58, 59), no također, neka istraživanja ističu značajne nedostatke u znanju medicinskih sestara i tehničara (58, 60).

Rezultati ovog istraživanja nisu pokazali značajne razlike u razini znanja medicinskih sestara i tehničara zaposlenih u domovima za starije u odnosu na odnosu na stručnu spremu, što je također u skladu s rezultatima drugih istraživanja u literaturi (45 – 47, 49, 52, 56, 58 – 60). Ispitivanjem stavova medicinskih sestara i tehničara o osobama s demencijom u odnosu na duljinu radnog staža nisu uočene značajne razlike u pozitivnosti stavova, što je također u skladu s istraživanjima u literaturi koja su usmjerena na ispitivanje stavova o oboljelima o demenciji.

Prema istraživanjima, čimbenici koji utječu na stavove medicinskih sestara i tehničara prema osobama s demencijom su sociodemografske i karakteristike radnog mjesta, prethodna iskustva i razina znanja o demenciji (61, 62). U odnosu na navedene čimbenike koji utječu na razvoj stavova o osobama s demencijom, rezultati ovog istraživanja mogu se objasniti kroz promatranje strukture ispitanika na način da je u ispitivanju najveći broj ispitanika imao prethodna iskustva u radu s osobama s demencijom (98,7 %), imaju završenu srednju stručnu spremu, rade u domovima za starije i pokazuju visoku razinu znanja o demenciji.

## 6. ZAKLJUČAK

Temeljem dobivenih rezultata provedenog istraživanja izvode se sljedeći zaključci:

- Dobiveni podaci pokazuju da je visok stupanj znanja medicinskih sestara i tehničara koji rade u domovima za starije o demenciji ( $M=17,10$ ,  $sd=1,66$ ) čime je naša hipoteza potvrđena.
- Prema rezultatima nije dobivena statistički značajna razlika u znanju o demenciji kod medicinskih sestara i tehničara s obzirom na duljinu radnog staža ( $t= -1,25$ ,  $ss=77$ ,  $p>0,05$ ) čime nismo potvrdili hipotezu.
- Nije dobivena statistički značajna razlika u stavovima o osobama s demencijom kod medicinskih sestara i tehničara s obzirom na duljinu radnog staža ( $t=1,34$ ,  $ss=77$ ,  $p>0,05$ ) čime nismo potvrdili hipotezu.

## LITERATURA

1. About dementia. Organizacija Dementia Australia; 2017. Dostupno na: [https://www.dementia.org.au/sites/default/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia\\_croatian.pdf](https://www.dementia.org.au/sites/default/files/helpsheets/Helpsheet-AboutDementia01-WhatIsDementia_croatian.pdf) (Datum pristupa: 25.7.2022.)
2. Yasuda M, Sakakibara H. Care staff training based on person-centered care and dementia care mapping, and its effects on the quality of life of nursing home residents with dementia. *AAgig Ment Health*. 207;21(9):991-6.
3. Henskens M, Nauta IM, Drost KT, Scherder EJ. The effects of movement stimulation on activities of daily living performance and quality of life in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial. *Clin Interv Aging*. 2018;13:805-17.
4. Patterson C. World Alzheimer report 2018. The state of the art of dementia research: new frontiers. London (UK): Alzheimer's Disease International; 2019.
5. Kim JH, Park S, Lim H. Developing a virtual reality for people with dementia in nursing homes based on their psychological needs: a feasibility study. *BMC Geriatr*. 2021;21(1):167.
6. Hugo J, Ganguli M. Dementia and cognitive impairment: epidemiology, diagnosis, and treatment. *Clin Geriatr Med*. 2014;30(3):421-42.
7. Ljubenkov PA, Gershwind MD. Dementia. *Semin Neurol*. 2016;36(4):397-404.
8. Emmady PD, Tadi P, Pozo ED. Dementia (Nursing). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
9. Emmady PD, Prasanna T. Dementia. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
10. Aftab A, Jeste DV. Well-being in dementia and mild cognitive impairment. *Int Psychogeriatr*. 2019;31(5):603-6.
11. Reiger MG, Hodgson NA, Gitlin LN. Characteristics of Activities for Persons With Dementia at the Mild, Moderate, and Severe Stages. *Gerontologist*. 2017;57(5):987-97.
12. Elahi FM, Miller BL. A clinicopathological approach to the diagnosis of dementia. *Nat Rev Neurol*. 2017;13(8):457-76.
13. Miller BL, Seeley WW, Mychack P, Rosen HJ, Mena I, Boone K. Neuroanatomy of the self: evidence from patients with frontotemporal dementia. *Neurology*. 2001;57(5):817-21.
14. Bahar-Fuchs A, Martyr A, Goh MM, Sabates J, Clare L. Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;3(3):CD013069.

15. Bondi MW, Edmonds EC, Salmon DP. Alzheimer's Disease: Past, Present, and Future. *J Int Neuropsychol Sci.* 2017;23(9-10):818-31.
16. Scheltens P, Strooper BD, Kivipelto M, Holstege H, Chetelat G, Teunissen C, i sur. Alzheimer's disease. *Lancet.* 2021;397(10284):1577-90.
17. Uwagbai O, Kalish VB. *Vascular Dementia.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
18. McKeith I. Dementia with Lewy bodies. *Dialogues Clin Neurosci.* 2004;6(3):333-41.
19. Young JJ, Lavakumar M, Tampi D, Balachandran S, Tampi RR. Frontotemporal dementia: latest evidence and clinical implications. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2018;8(1):33-48.
20. Kouli A, Torsney KM, Kuan EL, Stoker TB, Greenland JC. Parkinson's Disease: Etiology, Neuropathology, and Pathogenesis. Chapter 1. U: Kouli A, Torsney KM, Kuan EL, Stoker TB, Greenland JC. (ur.) *Parkinson's Disease: Pathogenesis and Clinical Aspects.* Brisbane (AU): Codon Publications; 2018.
21. Tariq S, Barber PA. Dementia risk and prevention by targeting modifiable vascular risk factors. *J Neurochem.* 2018;144(5):565-81.
22. Haider A, Spurling BC, Sánchez-Manso JC. *Lewy Body Dementia.* StatPearls Publishing; Treasure Island (FL);2021.
23. Deschenes CL, McCurry SM. Current treatments for sleep disturbances in individuals with dementia. *Curr Psychiatry Rep.* 2009;11(1):20-6.
24. Shaji KS, Sivakumar PT, Rao GP, Paul N. Clinical Practice Guidelines for Management of Dementia. *Indian J Psychiatry.* 2018;60(3):S312-S318.
25. Briggs R, Kennelly SP, O'Neill D. Drug treatments in Alzheimer's disease. *Clin Med (Lond).* 2016;16(3):247-53.
26. Uzun S, Mimica N, Kozumplik O, Kušan Jukić M, Todorović Laidlaw I, Kalinić D, i sur. Alzheimerova bolest – utjecaj na život i psihičko zdravlje njegovateljica. *Soc. psihijat.* 2019;47:86-101.
27. Mimica N. Demencija i palijativna skrb. *Neurol Croat.* 2011;60(3-4):119-123.
28. Prizer LP, Zimmerman S. Progressive Support for Activities of Daily Living for Persons Living With Dementia. *Gerontologist.* 2018;58(1):74-8.
29. Backhouse T, Jeon YH, Killett A, Mioshi E. How do family carers and care-home staff manage refusals when assisting a person with advanced dementia with their personal care? *Dementia (London).* 2022;14713012221123578.



30. Prince MJ, Guerchet MM, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer Report 2015 - The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London (UK): Alzheimer's Disease International; 2015. str. 84.
31. Burley CV, Casey AN, Chenoweth L, Brodaty H. Reconceptualising Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Views of People Living With Dementia and Families/Care Partners. *Front Psychiatry*. 2021;12:710703.
32. Backenhouse T, Penhale B, Gray R, Killet A. Questionable practices despite good intentions: coping with risk and impact from dementia-related behaviours in care homes. *Ageing and Society*. 2018;38(9):1933-58.
33. Brooker D, Latham I. Person-centred dementia care: Making services better with the VIPS framework. 2nd ed. London (UK): Jessica Kingsley Publisher; 2016. str. 224.
34. Duan Y, Iaconi A, Song Y, Norton PG, Squires JE, Keefe J, i sur. Care Aides Working Multiple Jobs: Considerations for Staffing Policies in Long-Term Care Homes During and After the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21(10):1390-1.
35. Mortensen AH, Stojiljkovic M, Lillekroken D. Strategies to manage cognitive dissonance when experiencing resistiveness to care in people living with dementia: A qualitative study. *J Advanc Nurs*. 2021;78(2):486-97.
36. Rathnayake S, Jones C, Celleja P, Moyle W. Family carers' perspectives of managing activities of daily living and use of mHealth applications in dementia care: A qualitative study. *J Clin Nurs*. 2019;28(23-24):4460-70.
37. Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, Schoo C. *Activities of Daily Living*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
38. Costenoble A, Knopp V, Vermeiren S, Vella RA, Debain A, Rossi G, i sur. A Comprehensive Overview of Activities of Daily Living in Existing Frailty Instruments: A Systematic Literature Search. *Gerontologist*. 2021;61(3):12-22.
39. Wong MM, Pang PF. Factors Associated with Falls in Psychogeriatric Inpatients and Comparison of Two Fall Risk Assessment Tools. *East Asian Arch Psychiatry*. 2019;29(1):10-4.
40. Vaughan L, Leng X, Monte MJL, Tindle HA, Cochrane BB, Shumaker SA. Functional Independence in Late-Life: Maintaining Physical Functioning in Older Adulthood Predicts Daily Life Function after Age 80. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016;71(1):79-86.
41. Warmoth K, Tarrant M, Abraham C, Lang IA. Relationship between perceptions of ageing and frailty in English older adults. *Psychol Health Med*. 2018;23(4):465-74.

42. Belleza M. Dementia. Nurseslabs; 2021. Dostupno na: <https://nurseslabs.com/dementia/> (Datum pristupa: 8.8.2022.)
43. Dementia 4: the nurse's role in caring for people with dementia. nursingTimes; 2016. Dostupno na: <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/dementia/dementia-4-the-nurses-role-in-caring-for-people-with-dementia-04-07-2016/> (Datum pristupa: 9.8.2022.)
44. Daniel K, Upshaw M, Plank L, Nunnelee J. Dementia Screening and Management Practices of Advanced Practice Registered Nurses in Texas. *J Nurs Pract.* 2014;10(5):308-15.
45. Strom BS, Lausund H, Rokstad AMM, Engedal K, Goyal A. Nursing Staff's Knowledge and Attitudes towards Dementia in an Indian Nursing Home: A Qualitative Interview Study. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.* 2021;11(1):29-37.
46. Yagmour SM. Impact of settings and culture on nurses' knowledge of and attitudes and perceptions towards people with dementia: An integrative literature review. *Nurs Open.* 2022;9(1):66-93.
47. Yagmour SM, Gholizadeh L. Review of Nurses' Knowledge of Delirium, Dementia and Depressions (3Ds): Systematic Literature Review. *Open J Nurs.* 2016;6:193-203.
48. Yagmour SM, Bartlett R, Brannelly T. Dementia in Eastern Mediterranean countries: A systematic review. *Dementia (London).* 2019;18(7-8):2635-61.
49. Martin LS, Gillies L, Coker E, Pizzacalla A, Montemuro M, Suva G, i sur. An Education Intervention to Enhance Staff Self-Efficacy to Provide Dementia Care in an Acute Care Hospital in Canada: A Nonrandomized Controlled Study. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2016;31(8):664-77.
50. Eritz H, Hadjistavropoulos T, Williams J, Kroeker K, Martin RR, Lix LM, i sur. A life history intervention for individuals with dementia: a randomised controlled trial examining nursing staff empathy, perceived patient personhood and aggressive behaviours. *Aging Soc.* 2016;36(10):2061-89.
51. Witt L, Ploeg J. Caring for older people living alone with dementia: Healthcare professionals' experiences. *Dementia (London).* 2016;15(2):221-38.
52. Sindik J. Osnove istraživačkog rada. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku; 2014.
53. Ministarstvo socijalne politike i mladih. Pravilnik o minimalnim uvjetima za pružanje socijalnih usluga. Zagreb: Narodne novine; 2014. (NN 40/2014-712).
54. Blaser R, Berset J. Setting matters: Associations of nurses' attitudes towards people with dementia. *Nurs Open.* 2018;6(1):155-61.

55. Annear MJ. Knowledge of Dementia Among the Australian Health Workforce: A National Online Survey. *J Appl Gerontol.* 2020;39(1):62-73.
56. Lin PC, Hsieh MH, Chen MC, Yang YM, Lin LC. Knowledge gap regarding dementia care among nurses in Taiwanese acute care hospitals: A cross-sectional study. *Geriatr Gerontol Int.* 2018;18(2):276-85.
57. Kang Y, Moyle W, Cooke M, O'Dwyer ST. An educational programme to improve acute care nurses' knowledge, attitudes and family caregiver involvement in care of people with cognitive impairment. *Scand J Caring Sci.* 2017;31(3):631-40.
58. Evripidou M, Charalambous A, Middleton N, Papastavrou. Nurses' knowledge and attitudes about dementia care: Systematic literature review. *Perspect Psychiatr Care.* 2019;55(1):48-60.
59. Bentwich ME, Dickman N, Oberman A. Dignity and autonomy in the care for patients with dementia: Differences among formal caretakers of varied cultural backgrounds and their meaning. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017;70:19-27.
60. Beck ER, McIlfatrick S, Hasson F, Leavey G. Nursing home manager's knowledge, attitudes and beliefs about advance care planning for people with dementia in long-term care settings: a cross-sectional survey. *J Clin Nurs.* 2017;26(17-18):2633-45.
61. Moyle W, Murfield JE, Griffiths SG, Venturato L. Care staff attitudes and experiences of working with older people with dementia. *Australias J Ageing.* 2011;30(4):186-90.
62. Zimmerman S, Williams CS, Reed PS, Boustani M, Preisser JS, Heck E, et al. Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist.* 2005;45(1(1)):96-105.

## **ŽIVOTOPIS**

### **Opći podaci:**

Ime i prezime: Sanela Pezić

Datum i mjesto rođenja: 13.7.1984., Banja Luka, BiH

Adresa prebivališta: Duga ulica 8, Petrinja, 44250

Telefon/mobitel: 098/ 912 1107

e-pošta: sankapez@gmail.com

### **Obrazovanje:**

2022. Fakultet Zdravstvenih studija u Rijeci, smjer Sestrinstvo

2008. Zdravstveno veleučilište u Zagrebu, smjer Sanitarno inženjerstvo

2003. Srednja medicinska škola u Sisak