

# ZNANJE STUDENATA SESTRINSTVA O ALZHEIMEROVOJ BOLESTI

---

**Anđelić, Matea**

**Undergraduate thesis / Završni rad**

**2020**

*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:184:692611>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-17**

*Repository / Repozitorij:*

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



SVEUČILIŠTE U RIJECI  
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA  
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

Matea Anđelić

ZNANJE STUDENATA SESTRINSTVA O ALZHEIMEROVOJ DEMENCIJI

Završni rad

Rijeka, 2020.

UNIVERSITY OF RIJEKA  
FACULTY OF HEALTH STUDIES  
GRADUATE UNIVERSITY STUDY OF NURSING

Matea Anđelić

NURSING STUDENT'S KNOWLEDGE OF ALZHEIMER'S DEMENTIA

Final work

Rijeka, 2020.

## **Zahvala**

Ovim putem se zahvaljujem svim predavačima i profesorima Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci na prenesenom znanju i vještinama, te veliko hvala mentoru Radoslavu Kosiću prof. rehab., bacc. med. sestr. na strpljenju, trudu i uloženom vremenu tokom izrade ovog završnog rada.

Posebne zahvale idu roditeljima i sestrama bez kojih sve ovo nebi bilo moguće. Hvala vam na svim riječima ohrabrenja i bezuvjetnoj podršci. Hvala što ste bili moj vjetar u leđa i omogućili mi da učim i rastem.

Također se zahvaljujem svim kolegama i prijateljima koji su tri godine studiranja pretvorili u prekrasno iskustvo. HVALA!

## SADRŽAJ

1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA.....	1
1.1. Demencija.....	2
1.2. Epidemiologija.....	2
1.3. Alzheimerova bolest.....	4
1.3.1. Rano otkrivanje.....	5
1.3.2. Klinička slika Alzheimerove demencije.....	5
1.3.3. Uloga rizičnih faktora u razvoju demencije.....	6
1.3.4. Čimbenici koji smanjuju rizik Alzheimerove bolesti.....	7
1.3.5. Farmakoterapija kod Alzheimerove demencije.....	8
1.4. Komunikacija s osobom oboljelom od Alzheimerove bolesti.....	8
1.4.1. Kako uspostaviti uspješnu komunikaciju?.....	9
1.4.2. Neverbalna komunikacija u oboljelih osoba.....	9
1.5. Borba protiv stigme.....	10
2. CILJ ISTRAŽIVANJA.....	12
2.1. Cilj rada.....	12
2.2. Hipoteza.....	12
2.3. Ispitanici i metode rada.....	12
3. REZULTATI.....	13
4. RASPRAVA.....	27
5. ZAKLJUČAK.....	30
6. SAŽETAK.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
7. LITERATURA.....	32
8. PRILOZI.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
9. ŽIVOTOPIS.....	39

## 1. UVOD I PREGLED PODRUČJA ISTRAŽIVANJA

Broj ljudi koji trenutno žive s demencijom procjenjuje se na otprilike 35,7 milijuna, te će brojka sigurno i dalje rapidno rasti. Po broju oboljelih osoba, Alzheimerova bolest čini minimalno 60% svih demencija. Alzheimerova bolest jest progresivna, neurodegenerativna te neizlječiva te oboljelu osobu dovodi do potpune ovisnosti o drugima. (1)

Istraživanje provedeno na Texas Woman's University 2016. godine pokazuje da pozitivnije stavove i bolje znanje imaju studenti koji su došli u kontakt s oboljelim osoba na kliničkim vježbama. Također, pokazali su želju za radom s ovom skupinom te bolje razumijevanje. Navedeno je da nedostatak znanja za sobom vuče negativne stavove te stigmatizaciju. (2)

Mnoge studije pokazuju da odgovarajuće i adekvatno znanje zdravstvenih djelatnika utječe na pravovaljano prepoznavanje bolesti te provedbu intervencija. Kada zdravstveni djelatnik na vrijeme prepozna znakove bolesti te reagira, oboljela osoba dobiva više izbora i prilika u pogledu liječenja. (2)

S druge strane, do odgođenog postavljanja dijagnoze dolazi zbog nedovoljnog znanja. Ono rezultira odgodom liječenja te lošijim ishodom bolesti. Medicinsko osoblje koje nije adekvatno educirano ima poteškoća pri razumijevanju i komuniciranju s oboljelim osobama, što utječe na samu kvalitetu skrbi. Istraživanja su nažalost pokazala da se često zdravstvena njega osoba oboljelih od demencije temelji na lošem znanju, nerazumijevanju potreba te ograničenom vremenu zdravstvenog osoblja.(2)

Za promicanje pozitivnih stavova te razbijanje stigme izuzetno je važno iskustvo dobiveno kroz kliničke vježbe sa osobama oboljelim od demencije. Stoga je ključno adekvatno educirati studente sestinstva o specifičnosti rada s ovom sve većom skupinom bolesnika.

## *1.1. Demencija*

Demencija se u literaturama opisuje kao sindrom progresivnog oštećenja kognitivnih sposobnosti ali pri očuvanoj svijesti, te se očituje promjenama u ponašanju oboljele osobe i mentalnom statusu. U osoba oboljelih od demencije je neizbježno intelektualno propadanje s organskom bolesti SŽS-a, pa su vidno oštećene sposobnosti pamćenja, učenja, poimanja prostorno-vidnih odnosa te orijentacije. (1)

Osim što njena pojava remeti bolesnikovo socijalno i profesionalno funkcioniranje, ona također može dovesti do potpune ovisnosti o drugoj osobi. Simptomi se odražavaju na cjeloukupnoj fizičkoj i psihičkoj razini što dovodi do promjena u raspoloženju, mišljenju, emocijama i psihomotorici dok nerijetko dolazi i do nemogućnosti obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Početak je karakteriziran tek blažim promjenama u obavljanju svakodnevnih aktivnosti ili pamćenju, a zatim dolazi do progresivnih promjena u sposobnosti pamćenja.(3)

Kod oboljele osobe dolazi do dezorijentiranosti, zapuštanja higijene, anksioznosti, agitiranosti te poremećaja u spavanju. Kako bolest napreduje mogu se javiti psihički i ponašajni simptomi koji mogu biti uzrokovani lijekovima, senzornim poteškoćama ili infekcijama. Osoba gubi doživljaj sebe, ne može izraziti svoje potrebe te ne može udovoljiti visoka očekivanja okoline. Sve to zajedno može biti uzrok pojave ponašajnih simptoma. (4)

Novija istraživanja pokazala su da su upravo poremećaji u ponašanju oboljelog glavni izvor stresa za njihove negovatelje ili članove obitelji. Svjetska zdravstvena organizacija je 2003. izdala podatke iz kojih se vidi da 11% oboljelih osoba starijih od 60 godina postaje nesamostalno, odnosno funkcionalno onesposobljeno. Uz Alzheimerovu demenciju, tu još ubrajamo demenciju Lewyevih tjelešaca, frontotemporalnu demenciju, mješanu demenciju, cerebrovaskularnu demenciju i druge, kojima po broju oboljelih pripada 5%. (1)

## *1.2. Epidemiologija*

WHO je 2017. godine izdao statistike da oboljelih u svijetu od demencije ima preko 50 milijuna, te procjenjuje da će ta brojka rasti za 10 milijuna svaku godinu. Istraživanja provedena

u Velikoj Britaniji, Švedskoj i SAD-u prikazuju da je prevalencija demencija kod starije životne dobi iznosi 9-14%, te da trećina od njih nije sposobna za voditi samostalan život. (5)

Nadalje, istraživanja provedena u Hrvatskoj pokazuju da se čak kod 14% osoba starije životne dobi javljaju psihoorganske promjene. Izračuni pokazuju da je oboljelih od demencije u Hrvatskoj između 45 000 i 50 000 osoba. Kao rezultat većeg udjela ženskog stanovništva u starijoj dobi, ukupan broj žena oboljelih od demencije mnogo je veći od sveukupnog broja oboljelih muškaraca. (6)

2005. godine skupina stručnjaka pokušala je definirati incidenciju i prevalenciju na temelju epidemioloških podataka prikupljenih posljednjih godina. Rezultati su prikazali da je u to vrijeme 24,2 milijuna ljudi živjelo s demencijom, dok su se 4,6 milijuna novih slučajeva javljalo svake godine. Najveću prevalenciju demencije u 60. godini života imaju Sjeverna Amerika te zapadna Europa, zatim slijedi Latinska Amerika, Kina i njeni pacifički susjedi. Stope prevalencije Alzheimerove demencije također eksponencijalno rastu s godinama, znatno rastući nakon 65. godine života. U usporedbi s Afrikom, Azijom i Europom, stopa prevalencije Alzheimerove demencije u SAD-u je mnogo veća. Realnost je da će demencija početkom idućeg stoljeća postati jedna od najozbiljnijih društvenih i medicinskih problema jer je prosječna životna dob u stalnom rastu, te je natalitet u većini zemalja sve niži. (5)



### *1.3. Alzheimerova bolest*

Alzheimerova bolest pripada najčešćem uzroku demencije u starijih osoba. Ona je progresivna te degenerativna bolest koja zahvaća središnji živčani sustav. Po broju oboljelih ona čini minimalno 60% svih demencija. (1)

S obzirom da počinje monosimptomatski često ostaje nepravovaljano dijagnosticirana ili neprepoznata, te se vodi pod dijagnozom presenilne demencije. Alois Alzheimer, patolog njemačkog podrijetla, 1906. godine je opisao pacijenticu s progresivnom demencijom i psihotičnim promjenama u ponašanju. Obdukcija je pokazala histološke promjene u mozgu sukladno kognitivnom propadanju ili takozvane senilne plakove. Alzheimerove bolest je i po njemu dobila svoje ime. Bolest je obilježena progresivnošću, demencijom, ireverzibilnošću te somatskim komplikacijama. Naravno, kao i kod većine bolesti, ona progredira različitim intenzitetom i brzinom ovisno od osobe. (7)

Razdoblje razvoja Alzheimerove bolesti procjenjuje se na raspon do dvadeset godina, ali neka srednja vrijednost pada na osam do dvanaest godina. Tri su osnovna stadija razvoja bolesti: rani, često neprepoznat, srednji te kasni. Između navedenih stadija nema oštre granice te su simptomi različiti. Simptomi Alzheimerove bolesti javljaju se na fizičkoj, psihičkoj i mentalnoj razini, te tako djeluju na područje ponašanja, emocija i raspoloženja. Sam karakter Alzheimerove bolesti narušava te snažno utječe na oboljelog i njegove obitelji. Najvažniji korak kod Alzheimerove demencije, s obzirom na nemogućnost liječenja, jest rano prepoznavanje te odgoda uznapredovalih faza bolesti. Ništa manje bitna nije ni prilagodba oboljelog i obitelji na novu svakodnevicu. Kako bi ovo sve navedeno moglo ostvariti, potrebno je stalno educirati i informirati o simptomima i karakteru bolesti te o postojećim mogućnostima upravljanja tijekom bolesti, brige i skrbi. Početak rješavanja problema krije se u prepoznavanju njegove veličine i adekvatnoj edukaciji. (8)

### *1.3.1. Rano otkrivanje*

Kriteriji za postavljanje bolesti postavljeni su 1984. godine. Da bi se pratio znanstveni napredak, potrebne su kontinuirane revizije i dopune. Danas već dobro znani biomarkeri za Alzheimerovu bolest bili su najznačajnija dopuna za dijagnostičke kriterije. (1)

In vivo mjerljivi biomarkeri su anatomske, biokemijske ili fiziološke parametri koji pokazuju specifična obilježja patofizioloških te patoloških procesa povezanih s Alzheimerovom bolesti. Za dijagnostičke kriterije bolesti primjenjuje se pet biomarkera. Oni su pak podjeljeni u dvije glavne skupine u koje ubrajamo biomarkere ozljede neurona i neuralne degeneracije i biomarkere akumulacije beta amiloda. Za fazu bolesti prije nastupa simptoma, odnosno početnu fazu, indikativna je prva skupina markera. Ta faza bolesti može trajati od deset pa sve do dvadeset godina. Za fazu bolesti gdje se javljaju klinički simptomi, odnosno silaznu fazu patofizioloških procesa, indikativna je druga skupina biomarkera (9).

Da bi se omogućilo pravovaljano određivanje i davanje terapije, ključno je rano postavljanje dijagnoze Alzheimerove bolesti. Biomarkeri, uz ulogu postavljanja što ranije dijagnoze, također imaju korist u odgovoru na terapiju i praćenju progresije same bolesti. (10)

### *1.3.2. Klinička slika Alzheimerove demencije*

Alzheimerova bolest ima postupni i monosimptomatski početak s promjenama u pamćenju i kogniciji. Jedino se pri jačem emocionalnom šoku, operativnom zahvatu te promjeni sredini primjetio nagli početak bolesti. Upravo zbog manjka simptoma te njihovog postupnog pojavljivanja, Alzheimerova bolest često u početku ostaje neprepoznata. Oštećenje recentne memorije, uz sačuvanu dugoročnu memoriju, jest najraniji simptom AB te se javlja u većine oboljelih, točnije 90%. (1) U početku ga najviše zamjećuju bližnji i članovi obitelji.

S vremenom bolest zahvaća više kognitivnih domena. Dolazi do dezorijentacije u vremenu, kasnije u prostoru. Česti su poremećaji govora poput afazija i akalkulija što oboljelom onemogućuje radnu aktivnost. Zbog razvoja dezorijentacije i apraksije bolesnik se lako gubi u inače poznatoj okolini. Najveći problem za obitelj i bližnje jest napredak psihomotorne uznemirenosti.

Pod bihevioralno-psihijatrijske simptome navodi se apatija, depresija, anhedonija, insomnija, agitacija, repetitivne radnje, dezinhibicija pa sve do agresije. U uznapređovalom stadiju mogu se javiti psihotični simptomi poput deluzija te auditornih i vizualnih halucinacija. (4)

Kako bolest napreduje, bolesnici sve teže obavljaju svakodnevne radne obveze. S vremenom se oboljeli ne mogu samostalno hraniti, oblačiti, održavati higijenu ili obavljati nuždu, odnosno obavljati osnovne potrebe i funkcije. Kod oboljelih se putem neurokognitivnog i neurološkog pregleda najčešće otkriju samo smetnje kognitivnog karaktera, ali nije rijetkost pronaći primitivne reflekse poput poremećaja hoda, fleksijskog držanja tijela, kratkih koraka s povlačenjem noge te apraksije hoda. (2)

Kod oboljelih u uznapređovaloj fazi bolesti dominiraju psihički poremećaji te se gubi socijalni kontakt. Bradikineza i rigidnost izraženi su u neurološkom statusu, no moguća je i pojava spastičnosti. Osobe oboljele od Alzheimerove bolesti postaju inkontinentni te dolaze do faze gdje su vezani za postelju. Pet do deset godina od pojave prvih simptoma nastupa smrt. (3)

### *1.3.3. Uloga rizičnih faktora u razvoju demencije*

Alzheimerova demencija nema siguran i poznat uzrok. Od rizičnih čimbenika, najjači rizični faktor se i dalje smatra dob. Neka istraživanja su pokazala da su žene i samci podložniji Alzheimerovoj bolesti. Alzheimerova demencija ima vrlo rijetke slučajeve obiteljske pojavnosti. Jedini do sad utvrđen čimbenik za razvoj sporadičnog oblika Alzheimerove demencije jest polimorfizam  $\epsilon 4$  apolipoproteina E. On predstavlja rizični čimbenik a ne uzrok.

Niže obrazovanje se pokazalo kao rizični faktor za razvoj Alzheimerove demencije odnosno niže mentalne sposobnosti u mlađoj ili ranijoj životnoj dobi te smanjene psihofizičke aktivnosti u starijoj dobi. (8)

Hipertenzija i visoka razina kolesterola može oslabiti kognitivne funkcije i povezana je s pojavom AD. Prehrambene masti povećavaju razinu kolesterola, što može povećati krvožilni rizik u mozgu. Rizik od Alzheimerove bolesti udvostručuje se unošenjem zasićenih masti, dok je taj rizik utrostručen unošenjem trans-nezasićenim mastima. Također, šećerna bolest tipa 2, u interakciji s drugim rizičnim čimbenicima poput dislipidemije, hipertenzije, povećava rizik od AD. Dijabetes može putem mnogih mehanizama povećati rizik. Trauma glave, konzumiranje

cigareta i alkohola također pripadaju rizičnim čimbenicima za nastanak demencije. Alkohol ima izravno toksično djelovanje na mozak, ali i neizravno djelovanje poput čestih povreda glave. (5)

Nadalje, sve više dokaza upućuje na povezanost depresije i Alzheimerove demencije. Literature navode više mehanizama povezanosti. S jedne strane, navodi se da depresivni poremećaj putem glukokortikoidnog oštećenja izravno uzrokuje kognitivni poremećaj te time podiže razinu rizika od demencije. No s druge strane, depresija isto tako može biti reakcija odnosno psihološki odgovor na nastalo kognitivno oštećenje i propadanje. (1)

#### *1.3.4. Čimbenici koji smanjuju rizik Alzheimerove bolesti*

Pretpostavlja se da se veće kognitivne rezerve stvaraju kod višeg stupnja obrazovanja te da se samim time smanjuje očitovanje Alzheimerove bolesti na kognitivne funkcije mozga. Sukladno tome, smanjeni rizik od Alzheimerove demencije imaju intelektualno obogaćene osobe; visoko obrazovno ili profesionalno postignuće. Nekoliko istraživanja je pokazalo da i u starijoj životnoj dobi mentalne aktivnosti mogu usporiti nastup AD neovisno o prijašnjem stupnju obrazovanja. Time se dolazi do zaključka da se kognitivne rezerve mogu povećati i u starijoj životnoj dobi ako postoji kognitivna aktivnost mozga te da ona nije samo odraz stupnja obrazovanja u mlađoj životnoj dobi. (11)

Nadalje, mnoga istraživanja su otkrila da se konzumiranjem omega 3 masnih kiselina i ribe smanjuje rizik od AD. Navode se i prednosti uvođenja vitamina D u prehranu. Kao čimbenik koji smanjuje rizik od AD navodi se mediteranska prehrana koji odlikuje unosom velikih količina mahunarki, povrća, žitarica, voća i ribe. Karakterizirana je niskim unosom peradi, mesa, mliječnih proizvoda te zasićenih masnih ulja kiselina. Smanjen rizik od Alzheimerove demencije, ali i kognitivnih oštećenja, povezan je s većim pridržavanjem ovakvog tipa prehrane. (5)

Također, konzumiranje vitamina E i B<sub>12</sub> povezani su sa smanjenom incidencijom Alzheimerove bolesti. Fizička aktivnost može poboljšati učenje kako kod mladih tako i kod starijih. Ona utječe na aktivaciju mehanizama plastičnosti mozga, pospješuje opstanak neurona i vaskularizaciju mozga. Postoje neborivi te brojni dokazi koji povezuju mentalno i tjelesno aktivan način života s nižim rizikom od pojave demencije. Sve osobe starije životne dobi koje su

u mogućnosti trebale bi biti areobno aktivne, i to minimalno dva sata tjedno umjerenim intezitetom. Postepeno bi trebalo povećavati tjedni raspored vježbanja. (1)

### *1.3.5. Farmakoterapija kod Alzheimerove demencije*

Antidementivi su standardna farmakoterapija kod kognitivnih oštećenja u osoba oboljelih od Alzheimerove demencije. Dobro je poznato da je Alzheimerova demencija neizlječiva te da je njen napredak neupitan. Liječenje Alzheimerove bolesti je simptomatsko što pomaže u odgađanju početka bolesti ili čak usporuje njenu agresivnost i progresiju. (1)

Antidementici usporuju progresiju bolest, poboljšavaju kogniciju i samo opće funkcioniranje oboljelog. Važno je naglasiti da samo liječenje antidementivima smanjuje pojavu psihičkih i bihevioralnih simptoma, omogućava veću samostalnost oboljelog u svakodnevnim aktivnostima te čini komunikaciju boljom što sve zajedno rezultira lakšom skrbi njegovatelja i obitelji te odgađa smještaj oboljelog u ustanovu. Iako se antidementivi koji su trenutno na tržištu još ne ubrajaju u skupinu koja mijenja tijek bolesti, oni svakako pridonose lakšem i učinkovitijem postizanju ciljeva. Zadržati samostalnost, usporiti napredovanje Alzheimerove bolesti, očuvati pokretljivost, održati kognitivne funkcije, smanjiti bol i broj hospitalizacija te poboljšati i očuvati kvalitetu života kako oboljelog tako i obitelji su najvažniji ciljevi uporabe antidementiva. Inhibitori acetilkolinesteraze su lijekovi iz navedene skupine koji se primjenjuju u liječenju Alzheimerove bolesti. Zaduženi su za reduciranje razgradnje neurotransmitora acetilkolina, kojeg u mozgu osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti već nedostaje. (12)

### *1.4. Komunikacija s osobom oboljelom od Alzheimerove bolesti*

Poštovanje osobe u cjelini te njezine jedinstvenosti su ključ uspješne komunikacije s osobama oboljelim od Alzheimerove demencije. Kod oboljelih se gubitkom kognitivnih funkcija pojavljuju teškoće u komunikaciji i govoru, ona postaje sve oskudnija, riječi postupno postaju nerazumljive što dovodi do potpunog nestanka verbalne komunikacije. Oboljela osoba zbog

napredovanja bolesti sve više gubi doticaj sa stvarnim i realnim svijetom te se počinje zatvarati u svoj svijet koji njemu predstavlja "njegovu realnost". Komunikacija s bolesnikom bez osuda i kritika za ono što čini, uz iskazivanje poštovanja i ljubavi put je koji će bolesniku i njegovoj okolini osigurati da se pomire "različite realnosti". U ranoj fazi bolesti skloni su opetovanom ponavljanju riječi, smanjena sposobnost koncentracije, usporeno odgovaraju na poticaje iz okoline, otežano razumiju, ne uspijevaju pronaći riječi te logički ih povezati. (1)

#### *1.4.1. Kako uspostaviti uspješnu komunikaciju?*

Poštovanje osobe ključan je element za izgradnju kvalitetne komunikacije. Uz to, potrebno je osobu odvojiti od bolesti te znati da su sva nepoželjna ponašanja samo dio bolesti, a ne njegove osobnosti. U razgovoru može doći do poteškoća jer se osoba s demencijom može uznemiriti što ne razumije što sugovornik govori i objašnjava, dok spomenuti sugovornik zbog toga postaje tjeskoban. Ako oboljela osoba misli i vjeruje da ima 17 godina, to je njegoa realnost. Obitelj, prijatelji i okolina trebaju ući u njegovu realnost, te ju pokušati razumjeti i snaći se. Realnost oboljele osobe može se mijenjati svaki dan i to okolina treba imati na umu. (3)

Upute za dobru komunikaciju su da se koriste jednostavne rečenice i upute te da se uvijek uspostavi kontakt očima. Kod osoba oboljelih od Alzheimerove demencije emocije ostaju dulje očuvane od samih riječi i govora stoga nisu toliko bitne činjenice već način kako su rečene. Oboljelim osobama je prijeko potrebna riječ ohrabrenja u izvođenju radnji koje mogu sami obaviti, a pomoć u onome što više nisu sposobni sami učiniti. Prije svega oni zadržavaju socijalne vještine stoga je važno očuvati humor jer su oduševljeni kad se imaju i mogu s nekim nasmijati. Srcem, očima i ušima je najvažnije slušati. (1)

#### *1.4.2. Neverbalna komunikacija u oboljelih osoba*

Geste, ton glasa, kontakt očima, dodir, zagrljaj ubrajamo pod neverbalnu komunikaciju. Kod osoba s demencijom preporuča se uporaba obiteljskih slika, hobija i signala kako bi se prenijela poruka bez uporabe govora. Komunikaciju je bitno prilagoditi ograničenjima i mogućnostima osobe oboljele od Alzheimerove demencije. Komunikacija dodatno otežava to što

bolest u početnim fazama ostaje neprepoznata. Međutim, u svim fazama bolesti komunikacija je moguća stoga ju je potrebno samo prilagoditi. S oboljelom osobom uvijek treba uspostaviti kontakt očima, prići mu polako i to s prednje strane te pratiti govor tijela. Za održavanje pozornosti te za umirivanje osobe poželjno je te potrebno koristiti se fizičkim dodirima, poput dodira za ruku ili zagrljaja. (1)

U komunikaciji se ne tepla osoba oboljelim od demencije te se ne ponaša prema njima kao prema djetetu. Neverbalnim znakovima može se prepoznati je li osobu nešto boli, je li joj neugodno ili se boji. Također, blage tjelovježbe, terapije plesom, likovne terapije i muzikoterapije pozitivno se odražavaju na raspoloženje oboljele osobe te samim time boljoj kvaliteti života. Povezuju se pozitivni učinci na mentalno zdravlje, percepciju boli, oporavak te blagostanje oboljelog.

U provođenju muzikoterapije kod oboljelih osoba cilj je da se uspostavi kontakt te poboljšaju socijalne vještine, da se pruži povjerenje i sigurnost te podigne samopouzdanje i samopoštovanje. (1,14)

### *1.5. Borba protiv stigme*

Demencija je uz mnoge druge kronične bolesti praćena stigmom. Stigma je uvijek povezana s negativnim i netočnim predrasudama i stavovima. S obzirom da češće pogađa starije osobe, demencija je uz starost stigmatizirana na mnogo načina, pogotovo u kulturama koje hvala zdrave i mlade ljude, te povezuju starost s bolestima, gubitkom sposobnosti te neaktivnošću. Ona nije nešto novo, već vuče povijesne korijene kad se smatrala kaznom za zla djela. Mnoge osobe zbog straha od obolijevanja zatvaraju oči i negiraju pojavu demencije. No kad se suoče s dijagnozom, nerijetko se povlače u sebe kako bi se zaštitili od društvenog izopćenja. Sve to skupa vodi stigmatizaciji samog sebe, stoga osoba oboljela od demencije razvija lošu i negativnu sliku o sebi te gubi vjeru u poboljšanje vlastitog života. U ovim situacijama često se događa da osoba odbija medicinsku pomoć baš zbog straha od diskriminacije. Zabrinjujuća je činjenica da osobe oboljele od demencije stvaraju negativna mišljenja i o bliskim osobama koji ih bezuvjetno prihvaćaju upravo zbog stigme koju vrši društvo. Stigmatizirani pojedinac se obezvrijeđuje te se smatra manjim od čitave osobe. Gleda se na njega kao različitog, manje poželjnog i sramotnog. Svim tim ugrožen je identitet oboljele osobe.

Mnoga istraživanja pokazala su da obitelj u kojem jedan član ima stigmatiziranu bolest, također prolazi kroz stigmama te joj se na razne načine pokušava oduprijeti. Prikazani su slučajevi u kojima bi se članovi obitelji sramili postupaka, manira i govora oboljele osobe. Naveli su da bi se lakše nosili sa srčanom bolesti ili karcinomom nego s demencijom jer je ona mentalni poremećaj, a to je već nešto čega se treba sramiti. Odlazak u kupovinu ili restoran s oboljelom osobom primjećene su kao potencijalno problematične situacije. (14)

Kvalitetna komunikacija s oboljelim osobama neće se ostvariti bez borbe protiv stigme te ako se demencija ne sagleda kao javno zdravstveni problem današnjice. Mladi ljudi će bolje razumjeti ovaj segment društva i populacije tek kada demencija bude prihvaćena kao česta bolest starijih ljudi. Zabrinjujuća je činjenica da postoji niska upoznatost medicinskog osoblja s pojavom Alzheimerove demencije, te sa samom stigmom. Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest organizira kongrese, educira opću populaciju o demenciji te provodi takozvani anti-stigma program kroz razne oblike aktivnosti, među kojima se najčešće susreće umjetnost. U svrhu smanjenja stigmatizacije i stereotipa preporuča se provoditi kampanje. U tim socijalnim kampanjama važno je uključiti samog oboljelog kako bi svojim primjerom pokazao zajednici kakvu emocionalnu štetu može nanijeti stigma. (2,14)

Također, poželjno je podizati svijest o Alzheimerovoj bolesti i demenciji već na fakultetima, i to kod studenata zdravstvenih smjerova jer će oni jednog dana provoditi edukaciju društvene zajednice te time pridonijeti destigmatizaciji oboljelih. Od ključne je važnosti izražavanje i način kako se govori o oboljelima. Stereotipni izrazi samo produbljuju stigmatizaciju stoga je bitno prepoznati razliku i okrutnost kad se osobi oboljeloj od demencije kaže da je dementna. Sama borba protiv stigme pomaže da se bolje razumiju teškoće u komunikaciji s oboljelim osobama te da se društvo senzibilira.



## **2.CILJ ISTRAŽIVANJA**

### *2.1. Cilj rada*

Ovim radom istražuje se znanje studenata sestrinstva I. i III. godine o Alzheimerovoj demenciji. Istraživanje za uži cilj ima ispitati postoji li značajna razlika u znanju studenata I. i III. godine sestrinstva.

### *2.2. Hipoteza*

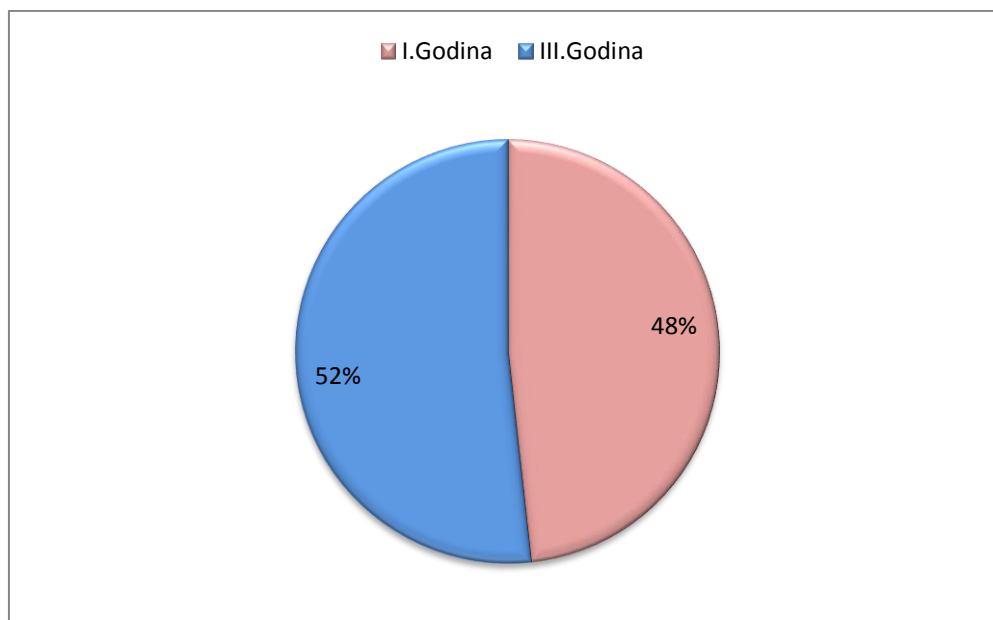
U okviru ciljeva, za očekivati je da će se znanje studenata prve i treće godine razlikovati. Pretpostavka je da će studenti viših godina studija pokazati veću razinu znanja na odabranu temu. Samim time hipoteza glasi da će studenti III. godine sestrinstva pokazati veće znanje u odnosu na I. godinu sestrinstva.

### *2.3. Ispitanici i metode rada*

Istraživanje je provedeno na redovnim studentima Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Ispitane su I. i III. godina sestrinstva. Uzorak se sastoji od ukupno 51 ispitanika, točnije 25 ispitanika sa I. godine te 26 ispitanika sa III. godine. Istraživanje se provelo pomoću anketnog upitnika putem Google obrasca, koji se sastojao od 23 pitanja vezanih samo za činjenice o Alzheimerovoj demenciji, te je u potpunosti anonimna. Rezultati ankete su se koristili isključivo u svrhu izrade završnog rada. Sva pitanja su obrađena i prikazana grafički, a za obradu grafova korišten je Microsoft Office Excel 2010.

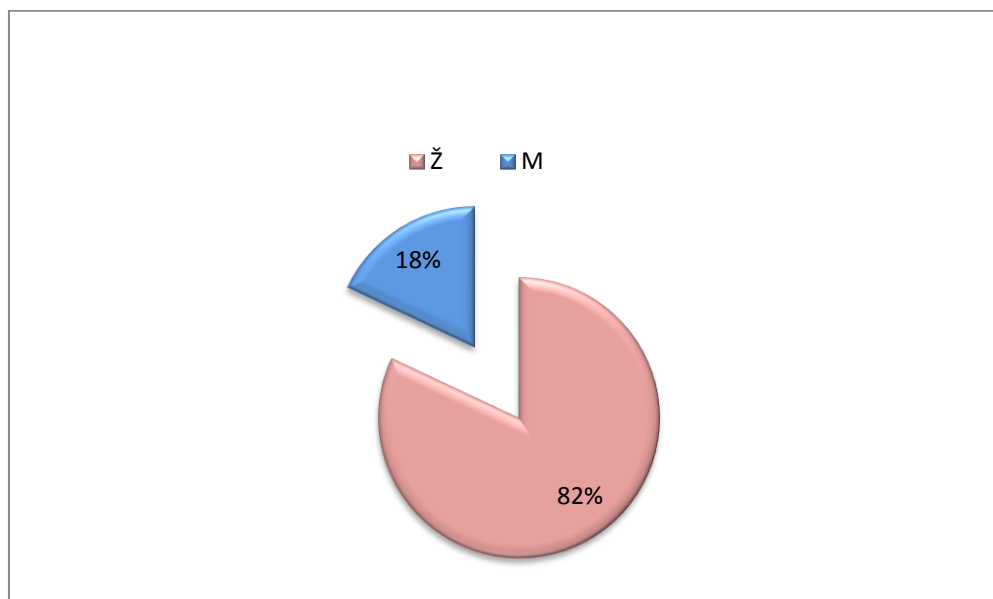
### 3. REZULTATI

**Tabela 1** »Godina studiranja«



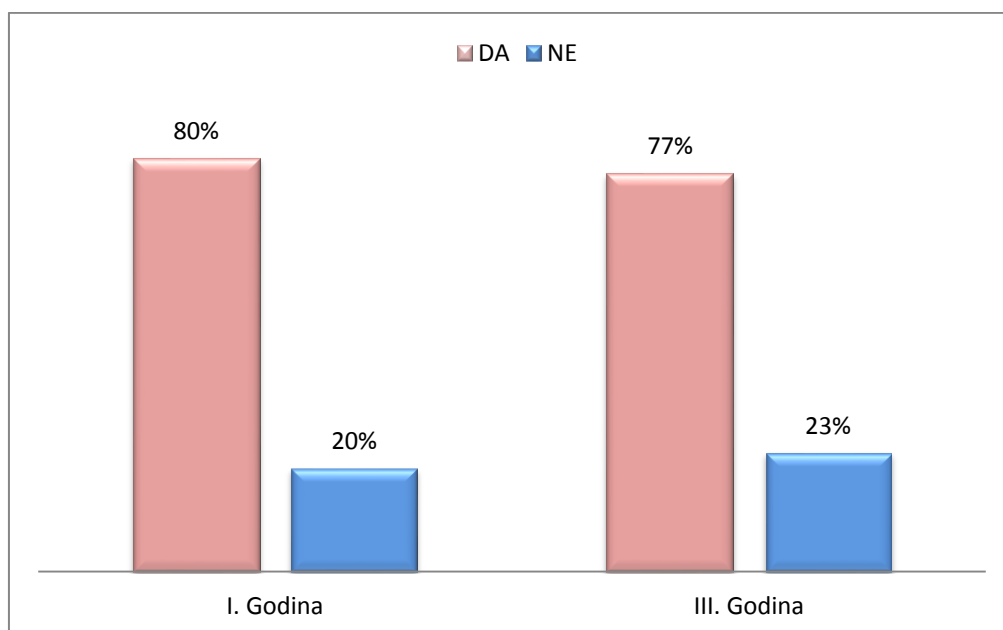
Grafikon 1 pokazuje omjer ispitanika po godini studija iz kojeg se vidi da nema velike razlike u ispitanicima koji su sudjelovali. U istraživanju je sudjelovalo 83% ispitanika prve godine, što čini njih 25 od 30. U trećoj godini sudjelovalo je 89% ispitanika, što čini njih 26 od 29.

**Tabela 2** »Spol«



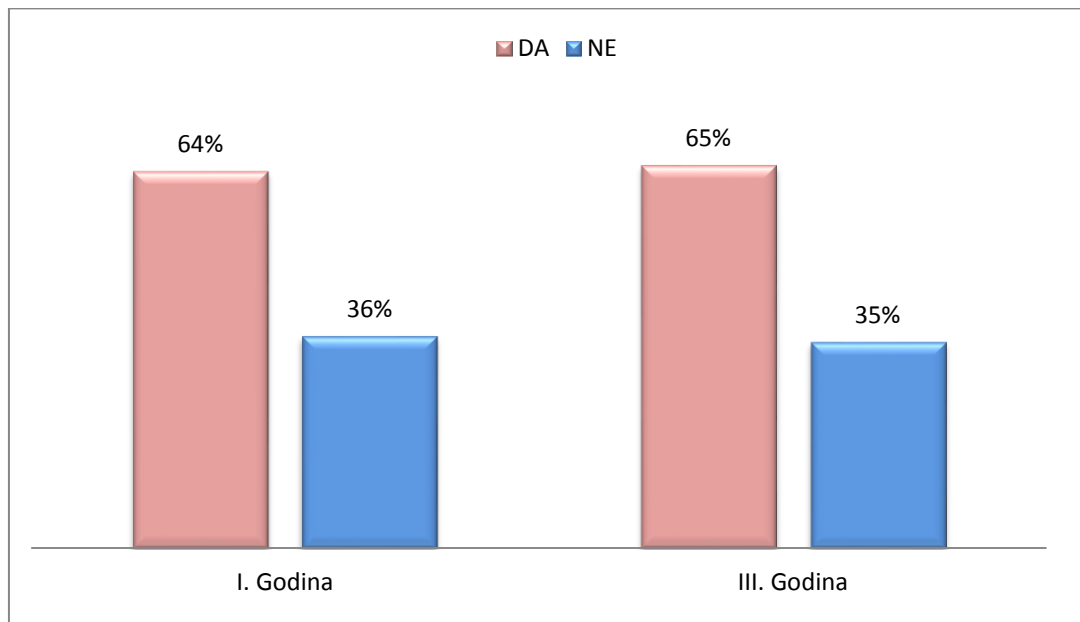
Prikazani grafikon 2 pokazuje omjer svih ispitanika po spolu iz kojeg se može iščitati velika razlika u odgovorima. Najveći broj ispitanika jest ženskog spola, točnije 82%, što iznosi njih 42, dok na muški spol otpada 18%, što iznosi njih 9. Po rezultatima ovog grafikona može se zaključiti da studij sestrinstva većinom pohađaju žene.

**Tabela 3** »Jeste li u srednjoj školi učili o Alzheimerovoj demenciji?«



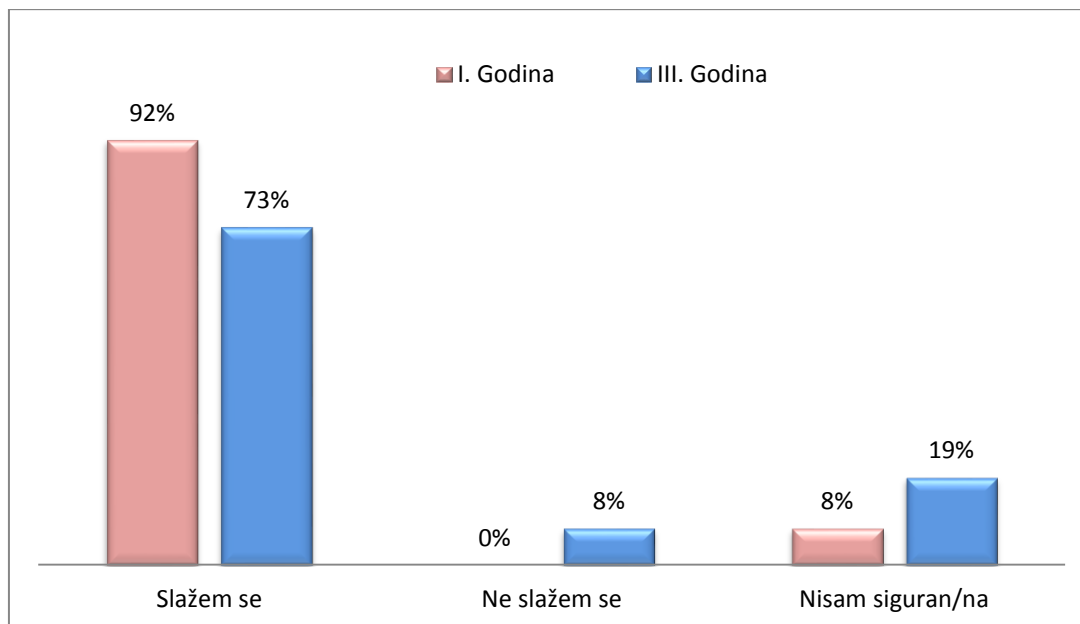
Grafikon prikazuje omjer ispitanika koji su za Alzheimerovu demenciju čuli u srednjoj školi. Čak 20 ispitanika obje godine je već učilo o Alzheimerovoj demenciji, što čini 80% ispitanika s prve godine, a 77% s treće godine. Tek manji broj ispitanika naveo je da se u srednjoj školi nisu susreli s temom Alzheimerove demencije, točnije 20% ispitanika prve godine i 23% ispitanika treće godine.

**Tabela 4** »Jeste li se ikad susreli s osobom oboljelom od Alzheimerove bolesti?«



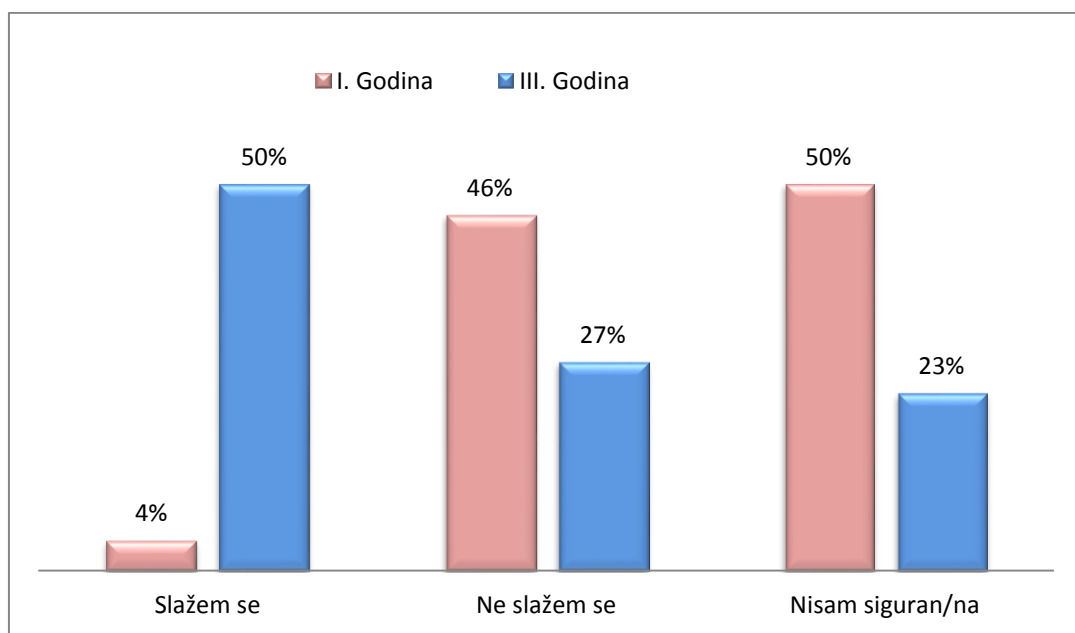
Ovaj grafički prikaz pokazuje da nema velike razlike u odgovorima sudionika. Čak se 64% ispitanika s prve godine susrelo s osobom oboljelom od Alzheimerove demencije, a broj ostaje sličan i kod treće godine, točnije 65%. Iz grafikona nije poznato je li riječ o susretu na kliničkim vježbama ili u privatnom životu.

**Tabela 5** »Alzheimerova demencija jest sindrom koji se pojavljuje kao posljedica Alzheimerove bolesti koja je neurodegenerativna bolest.«



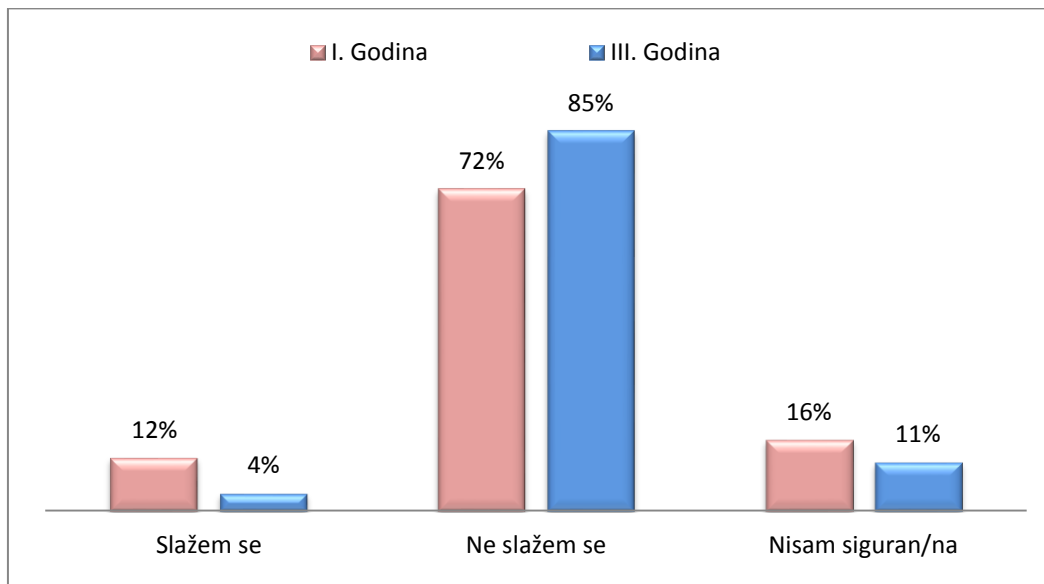
Većina ispitanika se složila s ovom izjavom, s prednošću prve godine u kojoj se čak 92% ispitanika složilo s ovim, nijedna osoba nije demantirala, dok tek 8% nije sa sigurnošću znalo. Kod treće godine 73% ispitanika se složilo s ovom izjavom dok se 8% ne slaže, a 19% nije znalo odgovoriti.

**Tabela 6** »Alzheimerova demencija po broju oboljelih čini samo 20% svih demencija.«



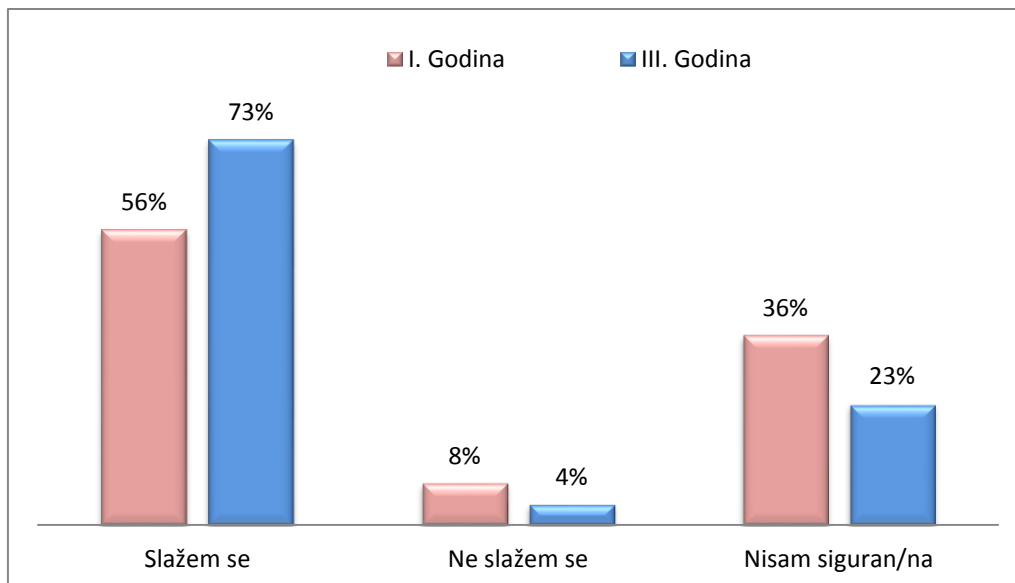
Grafikon prikazuje da se samo 27% treće godine nije složilo s ovom izjavom, dok je taj broj kod prve godine nešto veći, čak 46%. Polovica ispitanika treće godine, njih 50% se složilo s ovom izjavom, a 50% prve godine nije znalo odgovoriti.

**Tabela 7** »Samo osobe starije od 65 godina oboljevaju od Alzheimerove bolesti.«



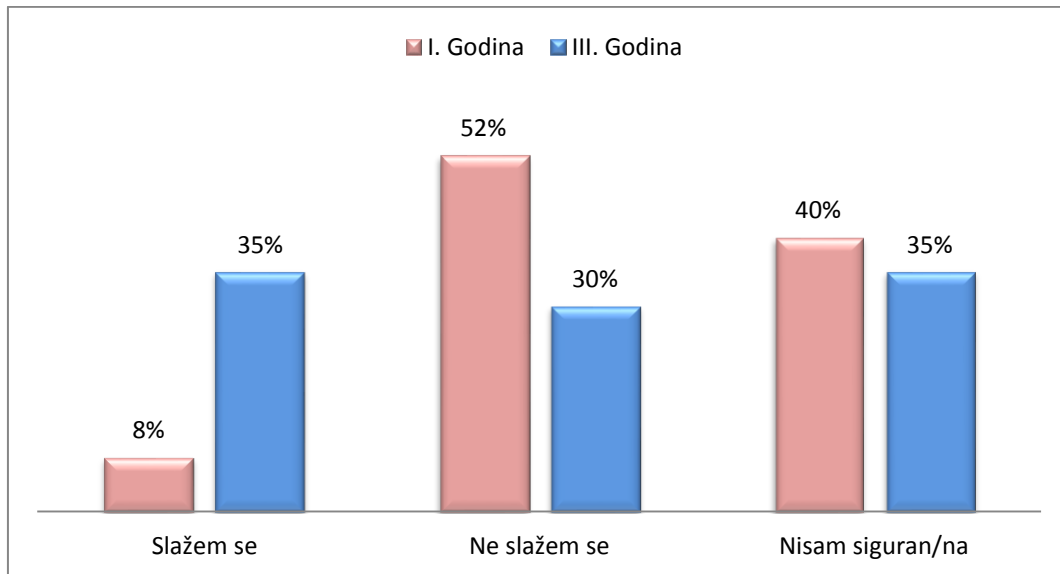
S ovon izjavom se nije složilo 72% ispitanika prve godine, a 85% treće godine. Odgovoriti nije znalo 16% prve i 11% treće godine. Tek mali broj pada na ispitanike koji su se složili s ovim, njih 12% s prve godine te 4% s treće godine. Grafikon ne pokazuje velika odudaranja

**Tabela 8** »Patološki procesi u mozgu oboljelih od Alzheimerove bolesti započinju 10-20 godina prije pojave prvih simptoma.«



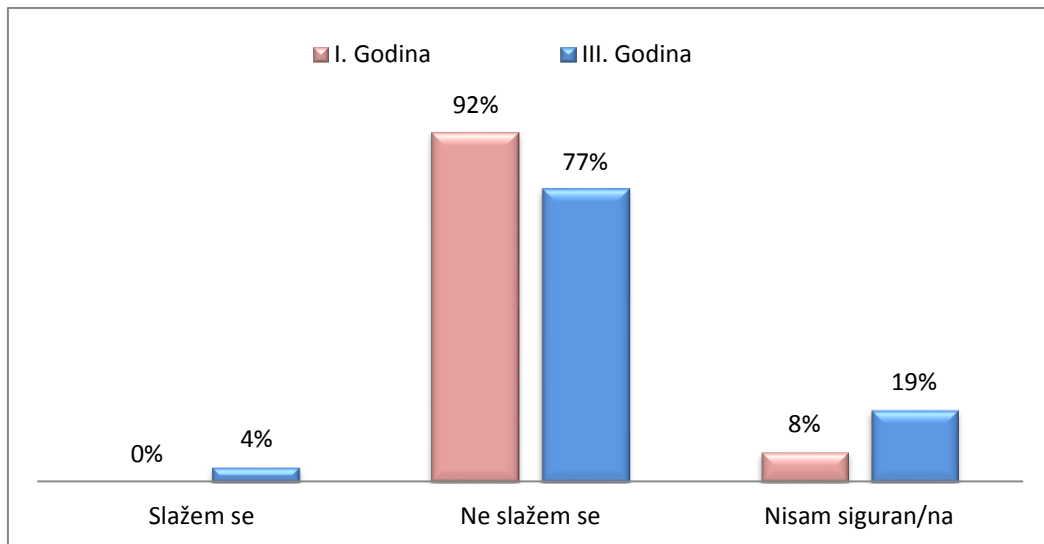
Grafikon prikazuje da se s ovom izjavom složilo više od polovice ispitanika prve godine, njih 56%, dok je taj broj nešto veći kod treće godine, njih 73%. S izjavom se nije složilo manji broj ispitanika, točnije 8% prve a 4% treće godine. Naime, čak 36% ispitanika s prve godine, a 23% s treće godine, nije znalo odgovoriti na ovu tvrdnju.

**Tabela 9** »Mogući čimbenik za razvoj Alzheimerove demencije jest pušenje.«



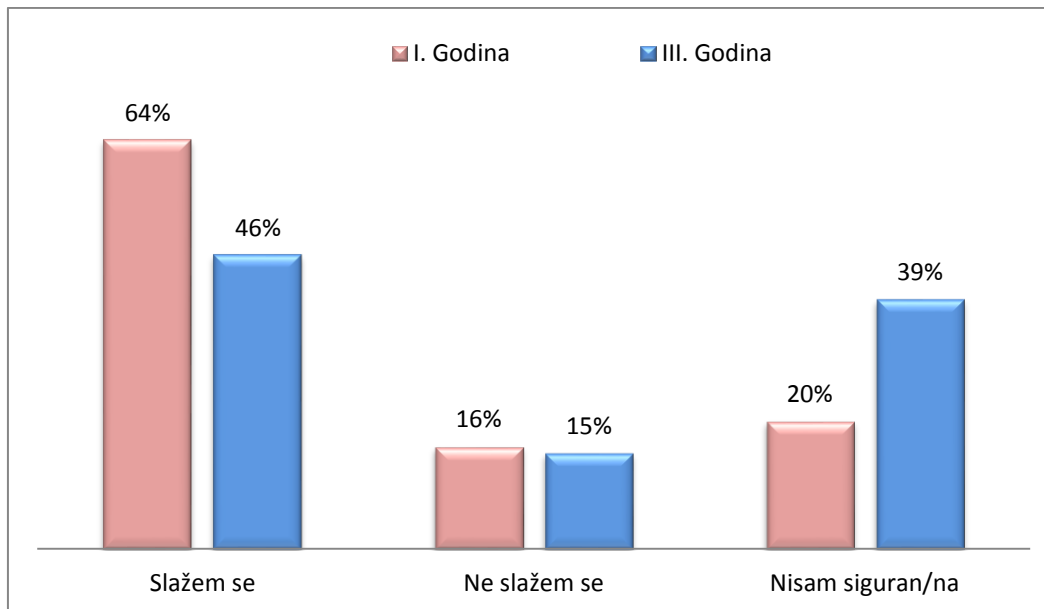
Ovim grafikonon prikazano je da se samo 8% ispitanika prve godine složilo s ovom izjavom, 52% ju je demantiralo, dok 40% nije znalo odgovoriti. Na drugu stranu, 35% ispitanika treće godine se složilo da pušenje pripada rizičnom faktoru za razvoj Alzheimerove demencije, 30% ju smatra netočnom, dok 35% ispitanika s treće godine nije znalo odgovoriti.

**Tabela 10** »Alzheimerova demencija ima poznati uzrok.«



Ovim grafikonom je prikazano da se 92% ispitanika prve godine nije složilo s izjavom da Alzheimerova demencija ima poznati uzrok, te tek 8% nije znalo odgovoriti. Kod treće godine 77% ispitanika se nije složilo s ovom izjavom, 19% nije znalo sa sigurnošću, dok je tek 4% mislilo da postoji poznati uzrok.

**Tabela 11** »Alzheimerova bolest je nasljedna bolest.«

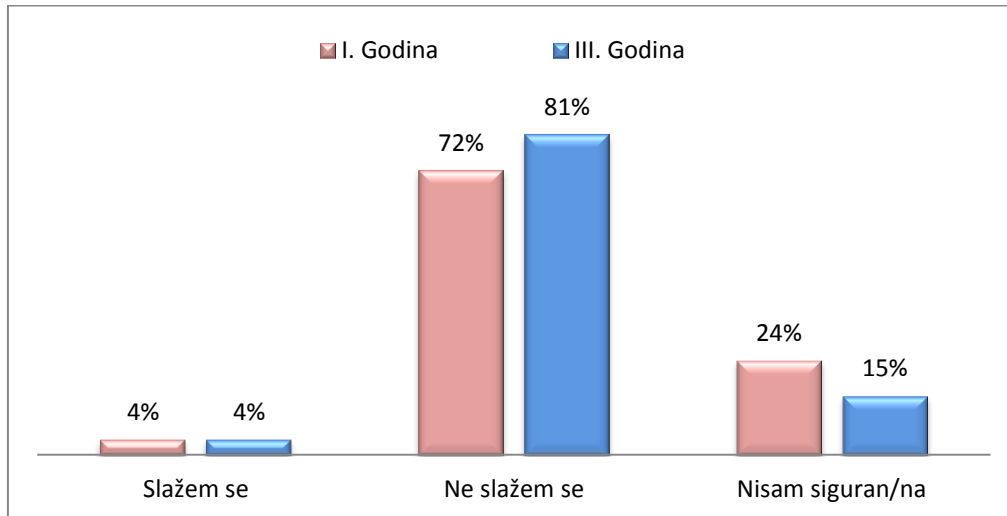


S izjavom da je Alzheimerova bolest nasljedna se nije složilo tek 16% ispitanika prve, a 15% treće godine. Više od polovice ispitanika prve godine, njih 64%, smatra da je Alzheimerova demencija nasljedna. Taj broj je nešto manji kod treće godine, ali ipak značajan.



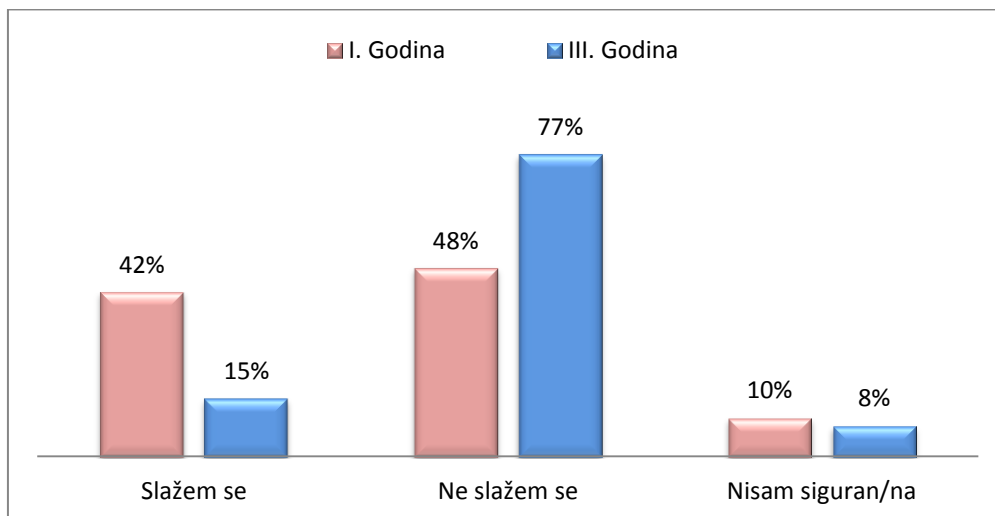
Čak 46% ispitanika također se slaže s izjavom. Ovo pitanje nije znalo odgovoriti 20% ispitanika s prve, a 39% s treće godine.

**Tabela 12** »Uz uporabu antidementiva, Alzheimerova bolest je izlječiva.«



Čak 72% ispitanika prve godine se nije složilo s ovom izjavom, dok 24% nije sa sigurnošću znalo odgovor. Također, velika većina treće godine, točnije 81% nije se složilo s ovom izjavom dok tek 15% nije znalo odgovor. Isti postotak je onih koji su odgovorili da je Alzheimerova bolest izlječiva, 4% ispitanika u obe godine.

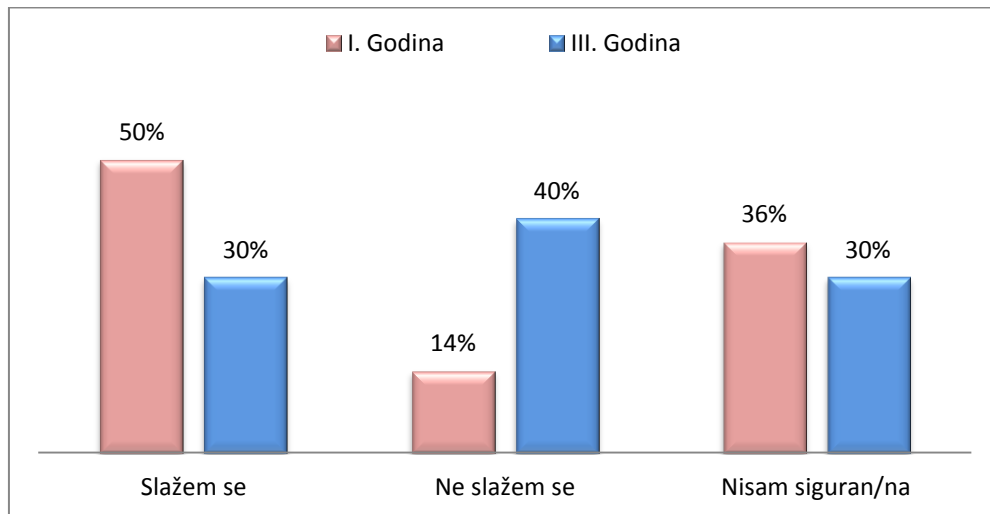
**Tabela 13** »Stupanj obrazovanja ima ulogu u razvoju Alzheimerove bolesti.«



Grafikonom je prikazano da se tek 15% ispitanika treće godine složilo s ovom izjavom, dok je 77% smatra netočnom. U manjem broju, 8% ispitanika, nije znalo odgovoriti. Postotak ispitanika

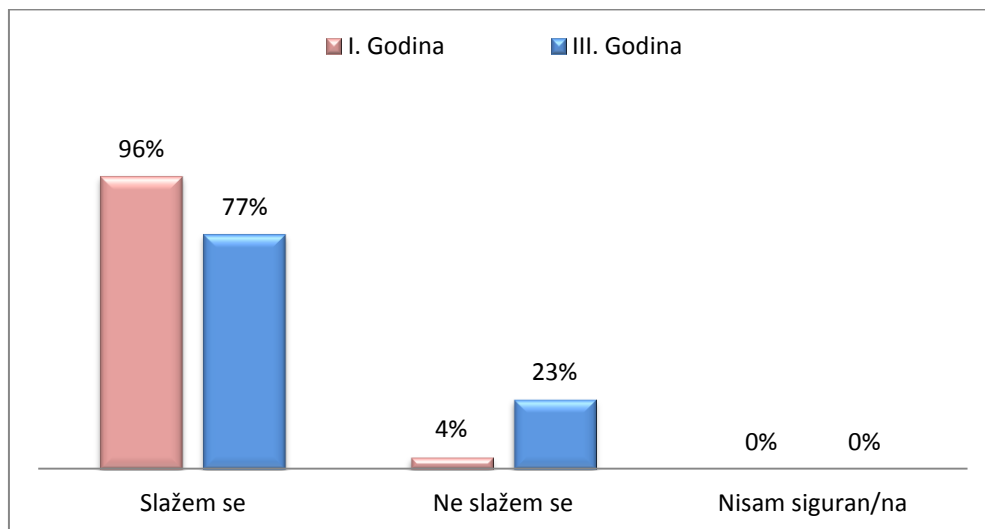
s prve godine se skoro podudara jer se čak 42% slaže s izjavom, dok ju 48% ipak smatra netočnom. 10% ispitanika prve godine nije znalo odgovoriti.

**Tabela 14** »Smanjenim unosom masti smanjuje se rizik od Alzheimerove bolesti.«



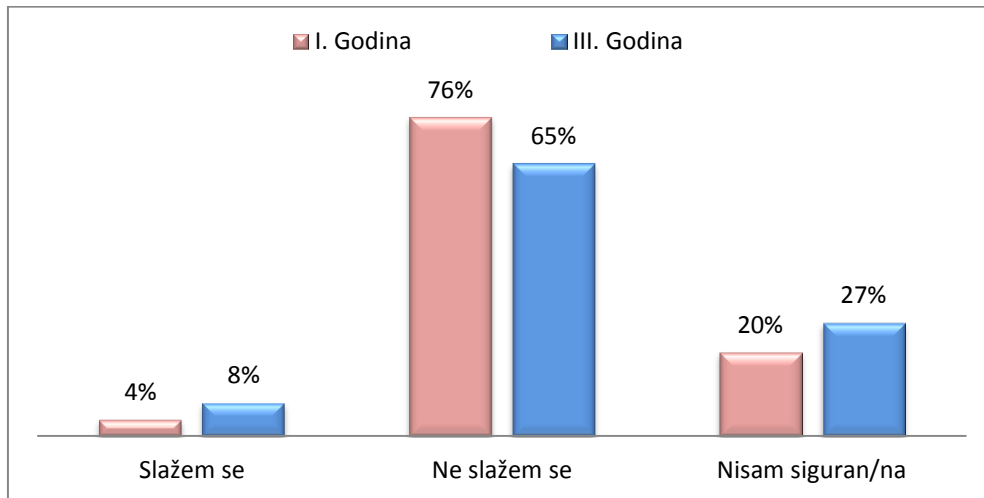
S ovom izjavom se točno polovica ispitanika prve godine složila (50%), 14% smatra da masti nemaju ulogu u razvoju, dok 36% nije znalo odgovoriti sa sigurnošću. 30% ispitanika treće godine se složilo s ovom izjavom, dok čak 40% smatra da masti nemaju ulogu u razvoju bolesti. 30% ispitanika treće godine nije znalo odgovoriti.

**Tabela 15** »Realnost oboljele osobe razlikuje se od zdrave osobe.«



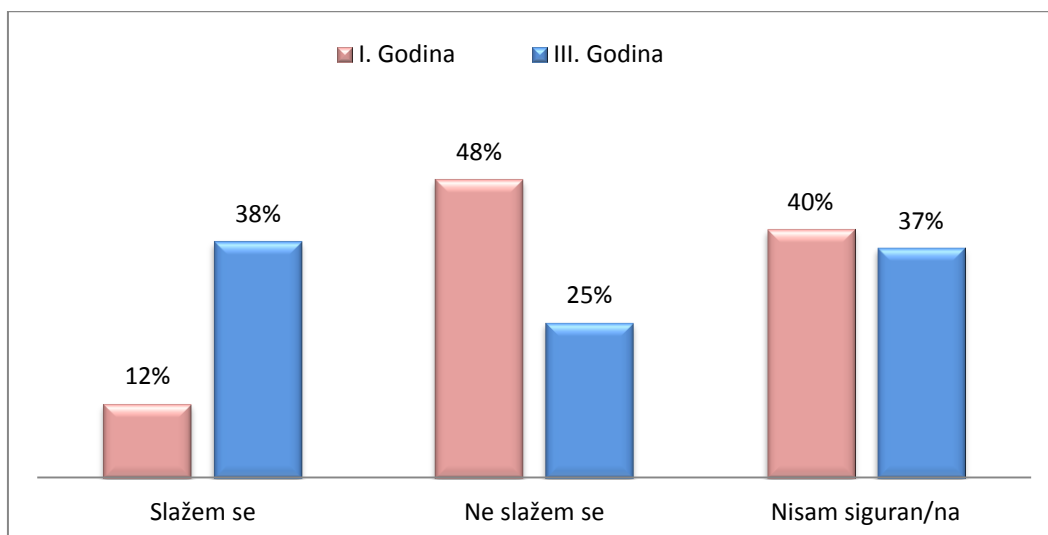
Grafikon prikazuje da se 96% ispitanika prve godine složilo s o ovom izjavom, dok tek 4% smatra da to nije točno. Kod treće godine taj postotak je nešto niži, 77% slaganja i 23% demantiranja.

**Tabela 16** »Muzikoterapija nema učinka na raspoloženje oboljelog.«



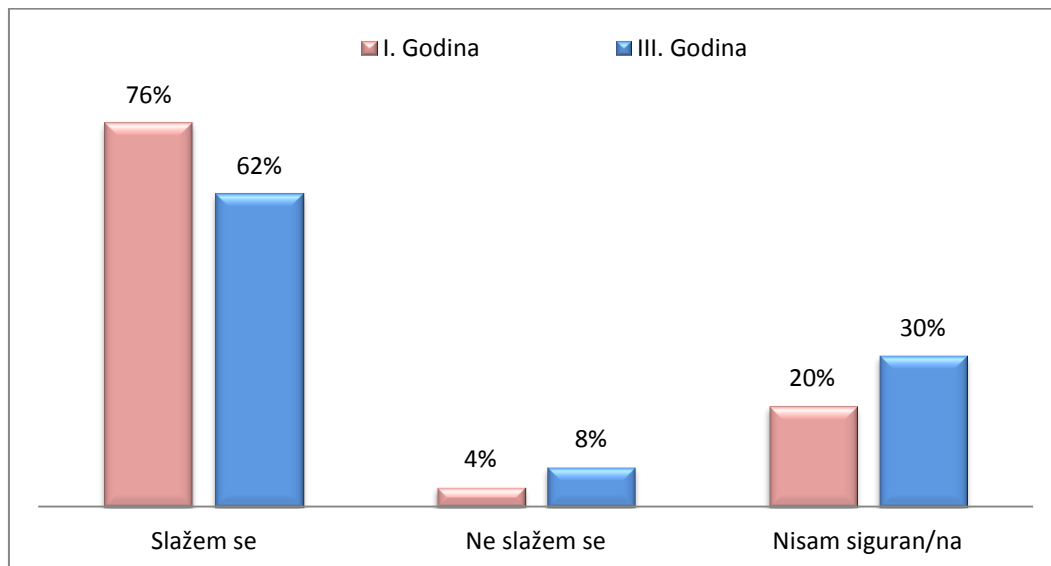
S ovom izjavom se nije složilo 76% prve i 65% treće godine. 20% prve i 27% treće godine nije znalo odgovoriti. Tek mali broj se složio s izjavom da muzikoterapija nema učinka na raspoloženje oboljelih od Alzheimer, točnije 4% prve te 8% treće godine.

**Tabela 17** »Integrativna validacija je način ophođenja prema pacijentu u kojem se ne prihvaća njegov unutarnji svijet i pokušava ga se urazumiti.«



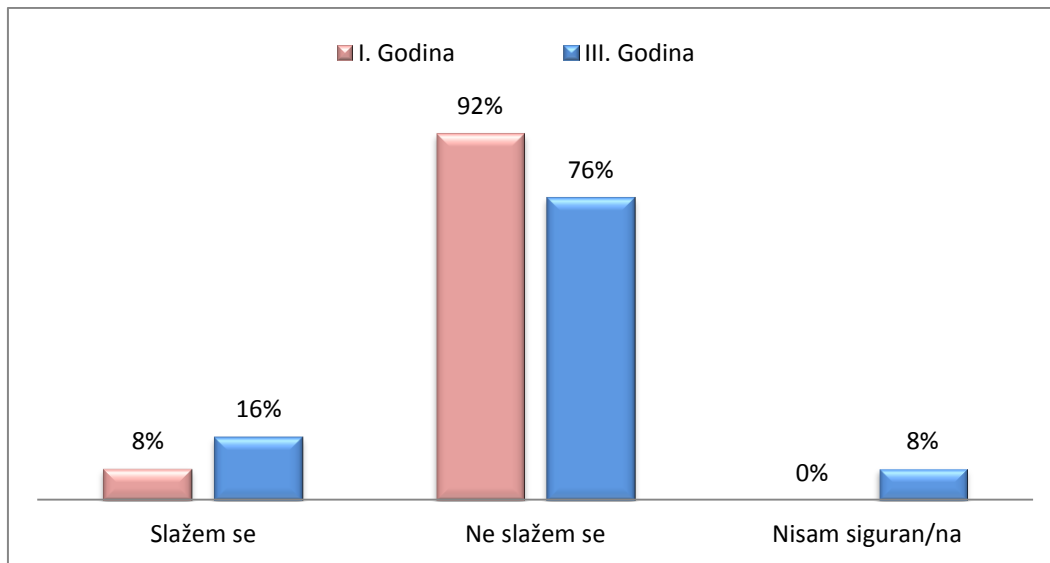
Skoro polovina ispitanika prve godine nije se složila o integrativnoj validaciji, točnije 48%. Njih 40% nije znalo odgovoriti, dok je tek 12% smatralo ovu izjavu točnom. Kod treće godine, tek se 25% ispitanika nije složilo s ovim, dok 38% smatra izjavu točnom. Postotak onih koji nisu znali odgovoriti jest 37%.

**Tabela 18** »U komunikaciji s oboljelima poželjno je koristiti se fizičim dodirrom poput zagrljaja ili držanja za ruku.«



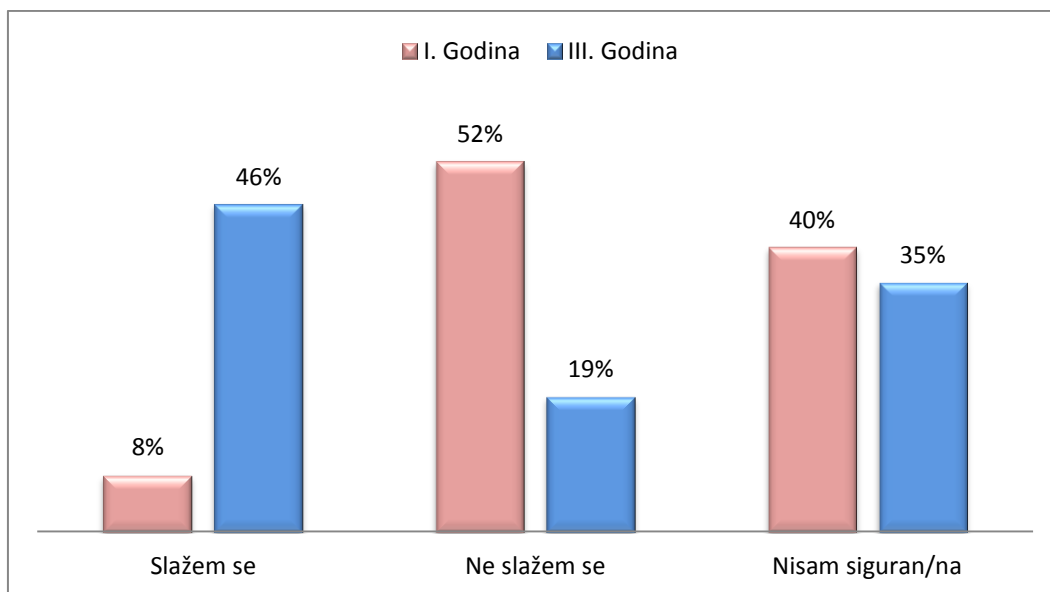
S izjavom se složilo 76% prve te 62% treće godine. 20% ispitanika prve i 30% ispitanika treće godine nije znalo odgovoriti na ovo pitanje. Tek manji broj ispitanika, 4% prve i 8% treće godine, se nije složio s ovom izjavom i smatra da fizički dodir nije poželjan.

**Tabela 19** »Oboljeli od Alzheimerove demencije su u pravilu agresivni i opasni za okolinu.«



Veliki broj ispitanika prve godine nije se složio s ovom izjavom, čak 92%. Ostatak ispitanika prve godine smatra da su oboljeli opasni i agresivni, točnije 8%. Kod treće godine 76% ispitanika se ne slaže da su oboljeli opasni i agresivni, dok se 16% slaže s tim. Manji broj, 8% ispitanika, nije znalo odgovoriti na izjavu.

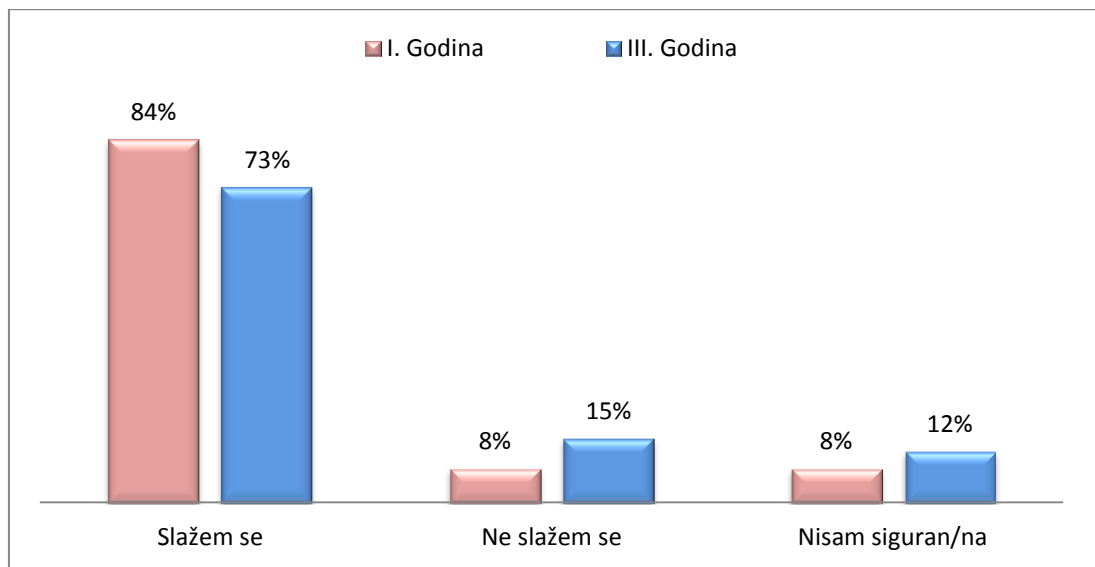
**Tabela 20** »Od Alzheimerove demencije češće obolijeva muška populacija.«



Više od pola ispitanika prve godine, njih 52%, nije se složilo s izjavom i smatra da češće obolijevaju žene. 40% ispitanika prve godine nije znalo odgovoriti, dok se tek 8% složilo s

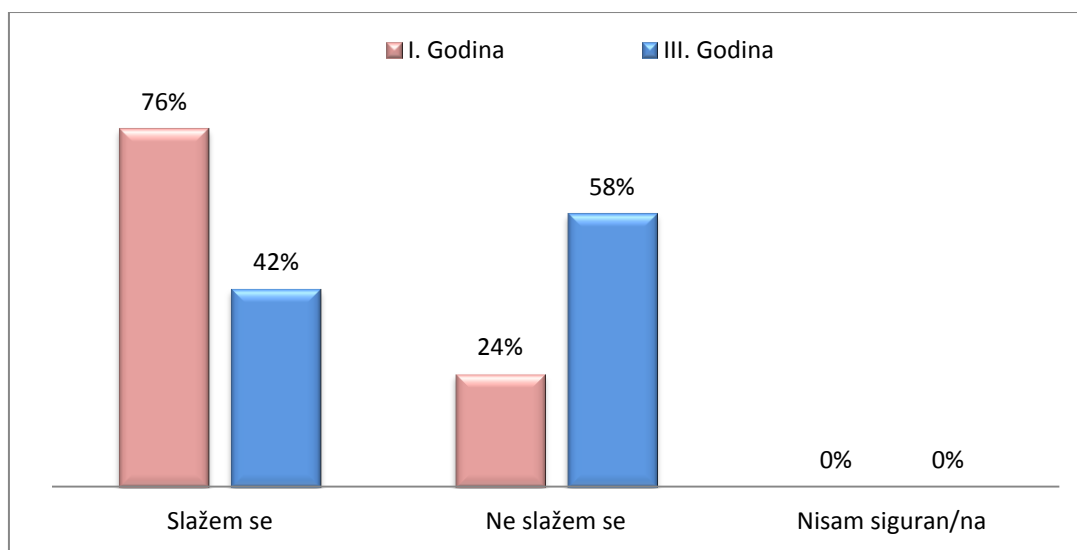
izjavom. 46% ispitanika treće godine smatra ovu izjavu točnom, odnosno da češće obolijeva muška populacija. Tek 19% ju je demantiralo, a 35% ispitanika nije znalo odgovoriti.

**Tabela 21** »Tijekom Alzheimerove demencije gubi se sposobnost govora, zaboravljaju se riječi te one postaju nerazumljive.«



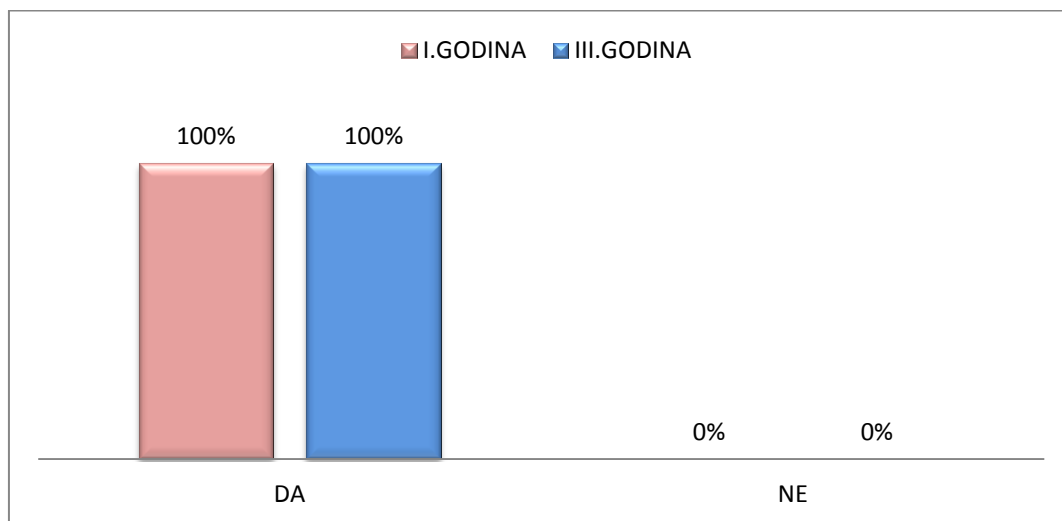
Ovaj grafikon prikazuje sličnosti u odgovorima. S ovom izjavom se složilo 84% prve i 73% treće godine. Izjavu smatra netočnom 8% ispitanika prve i 15% ispitanika treće godine. Ostatak od 8% ispitanika prve i 12% ispitanika treće godine nije znalo odgovoriti.

**Tabela 22** »Normalno je da osoba sa 70 godina zaboravlja i postaje senilna.«



S ovom izjavom se tek 24% ispitanika prve godine nije složilo, dok je taj broj ipak veći kod treće godine, točnije 58% ispitanika. 76% ispitanika prve i 42% ispitanika treće godine složilo se s izjavom i smatra da je normalno da osoba sa 70 godina postaje senilna.

**Tabela 23»Smatrate li da o Alzheimerovoj bolesti treba više pričati?«**



Grafikon prikazuje da su se prva i treća godina studija sestrinstva u potpunosti složila s pitanjem. Svi ispitanici smatraju da bi se o Alzheimerovoj bolesti trebalo više pričati.

#### 4. RASPRAVA

Istraživanje znanja studenata sestrištva provedeno je na I. i III. godini redovnog studija Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci. Anonimnom anketom ispitano je 25 studenata I. godine i 26 studenata III. godine što sve zajedno čini 51 studenta. Anketni upitnik sadržavao je pitanja zatvorenog tipa koja su se odnosila na znanje o Alzheimerovoj demenciji. Dobivenim rezultatima odbačena je hipoteza jer su veću razinu znanja ipak pokazali studenti I. godine studija. U prilog tome prikazat će se i raspraviti grafikoni koju su imali značaj za ovo istraživanje.

Grafikon 6 prikazuje odgovore na tvrdnju »Alzheimerova demencija po broju oboljelih čini samo 20% svih demencija« gdje vidimo značajnu razliku jer se 46% ispitanika prve godine nije složilo s tim, i smatra da je postotak Alzheimerove demencije po broju oboljelih veći, dok se točno polovica ispitanika treće godine, odnosno 50%, složila s izjavom. Već je navedeno da Alzheimerova demencija prednjači pred drugim vrstama demencije, te da po broju oboljelih čini najmanje 60% svih demencija.

Grafikon 10 prikazuje tvrdnju »Alzheimerova demencija ima poznati uzrok« gdje se većina prve godine, točnije 92% ispitanika, nije složila s tim, dok je taj broj nešto manji kod treće godine, 77%. Postoje mnogi rizični čimbenici koji imaju ulogu u razvoju Alzheimerove demencije, no sigurnog i poznatog uzroka i dalje nema.

»Stupanj obrazovanja ima ulogu u razvoju Alzheimerove bolesti« tvrdnja je koju prikazuje grafikon 13, a pokazuje da se čak 77% ispitanika treće godine ne slaže s tim i smatra da stupanj obrazovanja nema ulogu u razvoju Alzheimerove bolesti. Prva godina je pokazala veći stupanj znanja u tom području gdje se 42% ispitanika složilo s izjavom. Ovaj rezultat pokazuje da su studenti prve godine upoznati sa samim pojmom kognitivne rezerve te sa važnošću njenog razvijanja. Simptomi kognitivnog oštećenja sporije će se razvijati kod osoba s višom kognitivnog rezervom.

Grafikonom 14 prikazana je tvrdnja »Smanjenim unosom masti smanjuje se rizik od Alzheimerove bolesti« gdje vidimo razliku u znanju jer se 50% ispitanika prve godine složilo s tim, dok 40% ispitanika treće godine smatra da unos masti nema ulogu u razvoju Alzheimerove bolesti. Osobe koje konzumiraju velike količine masti u prehrani povećavaju rizik za



kolesterolom, koji za sobom vuče rizik za krvožilni sustav u mozgu. Sve to zajedno udvostručuje ili čak utrostručuje rizik od Alzheimerove demencije. Prikazanim odgovorima na grafikonima 13 i 14 možemo iščitati da je prva godina više upoznata sa rizičnim čimbenicima koji imaju ulogu u razvoju Alzheimerove bolesti od treće godine.

»Realnost oboljele osobe razlikuje se od zdrave osobe« tvrdnja je s kojom su se složili gotovo svi ispitanici prve godine, točnije 96%. U trećoj godini došlo je do neslaganja, gdje je čak 23% ispitanika demantiralo izjavu, dok se ostatak ipak složio s njom, točnije 77%.

Grafikon 17 prikazuje tvrdnju »Integrativna validacija je način ophođenja prema pacijentu u kojem se ne prihvaća njegov unutarnji svijet i pokušava ga se urazumiti« gdje se čak skoro polovica, točnije 48% ispitanika prve godine, nije složila s tim, dok je taj broj dosta manji kod treće godine, 25% ispitanika. 38% ispitanika treće godine se složila s izjavom te smatra da zdravstveni djelatnik mora razuvjeriti osobu čije stajalište nije u realitetu. Nije rijedak slučaj da se oboljela osoba vraća u svoju prošlost. U tim situacijama logika i razuvjeravanje ne pomažu. Cilj zdravstvenog djelatnika jest da se pokuša snaći u njegovoj stvarnosti i istini.

»Od Alzheimerove demencije češće obolijeva muška populacija« tvrdnja je koju prikazuje grafikon 20 s kojom se 52% ispitanika prve godine nije složilo i smatra da češće obolijevaju žene dok 46% ispitanika treće godine smatra da od Alzheimerove demencije ipak češće obolijevaju muškarci. Incidencija i prevalencija Alzheimerove bolesti veća je kod žena, te se s dobi ta razlika sve više povećava.

Analizom prikazanih podataka dolazi se do zaključka da prva godina sa većom sigurnošću odgovara na postavljena pitanja te pokazuje veće znanje u odnosu na treću godinu sestrinstva. Kao razlozi ovakvih rezultata navode se: bolja pripremljenost i znanje iz srednje škole, neadekvatna edukacija studenata sestrinstva o Alzheimerovoj bolesti i nedostatak doticaja sa oboljelim osobama na kliničkoj praksi.

Međutim, »Normalno je da osoba sa 70 godina zaboravlja i postaje senilna« tvrdnja je s kojom se nije složilo 58% ispitanika treće godine. Kod prve godine, 76% ispitanika se složilo s tim i smatra da osoba s napunjenih 70 godina postaje senilna. S ovom tvrdnjom se može zaključiti da su studenti treće godine češće dolazili u doticaj sa starijim osobama, te da imaju razvijenu veću razinu empatije od prve godine.

Nedostatak ovog istraživanja je u malom broju ispitanika te u kratkom vremenu istraživanja. Slično istraživanje provedeno je na Sveučilištu Sjever koje je provelo istraživanje na sve tri godine studija te je pokazalo dobro znanje studenata. Međutim, rezultati su pokazali da veću razinu znanja o Alzheimerovoj demenciji imaju studenti viših godina studija.

Nekoliko je razloga koji mogu biti uzrok prikazanih rezultata dobivenih ovim istraživanjem. Razlog višoj razini znanja prve godine studija može biti u dobroj edukaciji i ponesenom znanju iz srednje škole. Razlog odbačene hipoteze, odnosno nižoj razini znanja treće godine, može biti u nedovoljnoj edukaciji o Alzheimerovoj demenciji, nezainteresiranosti studenata na istu temu, ili pak nedovoljnom radu s oboljelim osobama tokom kliničkih vježbi.

## 5. ZAKLJUČAK

Alzheimerova demencija zbog svog rapidnog rasta postaje sve veći javnozdravstveni problem. Pretpostavke su da će u svijetu do 2050. godine biti otprilike 115 milijuna oboljelih osoba od Alzheimerove bolesti. Nužno je da zdravstveni djelatnici imaju dovoljnu razinu znanja da prepoznaju bolest na vrijeme te samim time spriječe neželjene ishode. Što ranije prepoznavanje daje oboljelom šansu za kvalitetniji život.

Istraživanje prikazano u ovom radu imalo je za cilj prikazati znanje studenata I. i III. godine sestrištva o Alzheimerovoj demenciji, te ih usporediti. Ispitano je 25 studenata I. godine i 26 studenata III. godine sestrištva. Navedena hipoteza da će veću razinu znanja imati viša godina studija je odbačena. Naime, prva godina pokazala je veću sigurnost i točnost u odgovorima vezanim za rizične faktore koji imaju ulogu u razvoju Alzheimerove bolesti, rizičnu skupinu te sami pristup oboljeloj osobi. Upravo zbog ovakvih rezultata, studente bi trebalo više educirati u ovom specifičnom području. Potrebno je dovesti studente u realne situacije s oboljelima tokom kliničkih vježbi, što bi moglo naposljetku dovesti do pozitivnih stavova. Studenti su i sami prepoznali nedostatke u svom znanju, te su se u zadnjem grafikonu izjasnili da bi se o Alzheimerovoj demenciji trebalo više pričati. Naredno istraživanje trebalo bi ispitati stavove studenata o oboljelim osoba, koje nažalost ovo nije obuhvatilo.

Studenti ispitani u ovom istraživanju budući su zdravstveni radnici koji će se u svom radnom vijeku često susretati te skrbiti o osobama oboljelim od Alzheimerove demencije. Stoga je potrebno kontinuirano i adekvatno educirati studente i zdravstvene djelatnike da bi kvalitetu života oboljelih osoba digli na što višu razinu.

## 6. SAŽETAK

Alzheimerova demencija je sve veći javnozdravstveni problem te je svakim danom sve prisutnija u našoj okolini i društvu. Ona uzrokuje nepovratna oštećenja te oboljelu osobu može dovesti do ovisnosti o drugoj osobi. Nije rijedak slučaj da se njena početna faza ne prepozna ili zanemari. To odgađa početak liječenja i smanjuje kvalitetu života oboljelog. Stoga je cilj ovog rada bio ispitati znanje studenata Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci o Alzheimerovoj demenciji. Anonimnim anketnim upitnikom ispitano je 25 studenata prve i 26 studenata treće godine sestristva. Upitnik je sadržavao 23 pitanja zatvorenog tipa. Istraživanje je pokazalo iznenađujuće rezultate u kojima je vidljivo da veću razinu znanja o ovoj temi ima prva godina sestristva. Takvi rezultati pobili su hipotezu koja navodi da će veću razinu znanja pokazati viša godina studija. Razlozi ovome mogu biti u manjku zainteresiranosti studenata o ovoj temi tokom studiranja, ili nedovoljan kontakt s oboljelima tijekom kliničkih vježbi. No, upravo su studenti ti koji će sutra skrbiti o oboljelim osobama te morati prepoznati prve znakove bolesti. Stoga se stavlja na važnost kontinuirana edukacija o Alzheimerovoj demenciji.

Ključne riječi: Alzheimerova demencija, kvaliteta života, edukacija, studenti

### ABSTRACT

Alzheimer's dementia is a growing public health problem and is more prevalent in our society every day. It causes irreversible damage and can make the sick person addicted to another person. It is not uncommon for it's initial stage not to be recognized or ignored. This delays the start of treatment and reduces the patient's quality of life. Therefore, the aim of this study was to examine the knowledge of students at the Faculty of Health Studies in Rijeka about Alzheimer's dementia. An anonymous questionnaire surveyed 25 first-year students and 26 third-year nursing students. The questionnaire contained 23 closed-ended questions. The research showed surprising results in which it is evident that the first year of nursing has a higher level of knowledge on this topic. Such results refuted the hypothesis. The reasons for this may be a lack of interest of students on this topic during their studies, or insufficient contact with patients during clinical exercises. However, it is the students who will take care of the sick tomorrow and have to recognize the first signs of the disease. Therefore, continuous education about Alzheimer's dementia is important.

Keywords: Alzheimer's dementia, quality of life, education, students

## 7. LITERATURA

1. Tomek-Roksandić S, Mimica N, Kušan Jukić M i sur. Alzheimerova bolest i druge demencijerano otkrivanje i zaštita zdravlja. Zagreb: Medicinska naklada. 2017.
2. Puljak A, Perko G, Mihok D, Radašević H, Tomek-Roksandić S. Alzheimerova bolest kao gerontološki javnozdravstveni problem. *Medicus*. 2005; 14(2): 229-235
3. Mimica N, Kušan-Jukić M. Demencija i psihički poremećaji. *Medicus*. 2017;26:215-22
4. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada. 2011.
5. Mayeux R, Stern Y. Epidemiology of Alzheimer Disease. *CSH*. [Internet]. 2012; 2(8): a006239. Dostupno na: [10.1101/cshperspect.a006239](https://doi.org/10.1101/cshperspect.a006239)
6. Herceg M, Sisek-Šprem M, Puljić K, Herceg D. Hitna stanja kod demencije i psihičkih poremećaja u starijoj životnoj dobi. *Socijalna psihijatrija*. 2019; 47: 185-198
7. Uzun S, Kozumplik O, Folnegović- Šmalc V. Review Alzheimer's Dementia: Current Data Review. *Coll. Antropol*. 2011; 35(4): 1333-1337
8. Castellani RJ, Rolston RK, Smith MA. Alzheimer disease. *Dis Mon*. [Internet]. 2010; 56(9): 484-546. Dostupno na: [10.1016/j.disamonth.2010.06.001](https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2010.06.001)
9. Malnar M, Košiček M, Hećimović S. Alzheimerova bolest: od molekularnog mehanizma do rane dijagnoze. *Medicina*. 2009; 45(3):234-243
10. Borovečki F. Rana dijagnoza Alzheimerove bolesti. *Medicus*. [Internet]. 2019; 28(1):23-26. Dostupno na: [file:///C:/Users/PC/Downloads/Borovecki\\_medicus\\_2019\\_01\\_023\\_026%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/Borovecki_medicus_2019_01_023_026%20(2).pdf)
11. Uzun S, Kozumplik O, Kalinić D, Požgain I, Mimica N. Neurokognitivni poremećaji –kako možemo smanjiti rizik. [Internet] 2019; 47:303-317. Dostupno na: <https://doi.org/10.24869/spsih.2019.303>

12. Lleo A, Greenberg SM, Growdon JH. Current Pharmacotherapy for Alzheimer's Disease. AR. [Internet]. 2006; 57:513-533. Dostupno na: <https://doi.org/10.1146/annurev.med.57.121404.121442>

13. MacRae H. Managing courtesy stigma: the case of Alzheimer's disease. *Sociology of Health & Illnes*. 1999; 21(1): 54-70

## 8. PRILOZI

### Prilog A: Popis ilustracija

Tabela 1 »Godina studiranja« .....	13
Tabela 2 »Spol«.....	13
Tabela 3 »Jeste li u srednjoj školi učili o Alzheimerovoj demenciji?«.....	14
Tabela 4 »Jeste li se ikad susreli s osobom oboljelom od Alzheimerove bolesti?«.....	15
Tabela 5 »Alzheimerova demencija jest sindrom koji se pojavljuje kao posljedica Alzheimerove bolesti koja je neurodegenerativna bolest.« .....	15
Tabela 6 »Alzheimerova demencija po broju oboljelih čini samo 20% svih demencija.« .....	16
Tabela 7 »Samo osobe starije od 65 godina obolijevaju od Alzheimerove bolesti.«.....	17
Tabela 8 »Patološki procesi u mozgu oboljelih od Alzheimerove bolesti započinju 10-20 godina prije pojave prvih simptoma.«.....	17
Tabela 9 »Mogući čimbenik za razvoj Alzheimerove demencije jest pušenje.« .....	18
Tabela 10 »Alzheimerova demencija ima poznati uzrok.«.....	18
Tabela 11 »Alzheimerova bolest je nasljedna bolest.« .....	19
Tabela 12 »Uz uporabu antidementiva, Alzheimerova bolest je izlječiva.«.....	20
Tabela 13 »Stupanj obrazovanja ima ulogu u razvoju Alzheimerove bolesti.«.....	20
Tabela 14 »Smanjenim unosom masti smanjuje se rizik od Alzheimerove bolesti.«.....	21
Tabela 15 »Realnost oboljele osobe razlikuje se od zdrave osobe.« .....	21
Tabela 16 »Muzikoterapija nema učinka na raspoloženje oboljelog.« .....	22

Tabela 17 »Integrativna validacija je način ophođenja prema pacijentu u kojem se ne prihvaća njegov unutarnji svijet i pokušava ga se urazumiti.« .....	22
Tabela 18»U komunikaciji s oboljelima poželjno je koristiti se fizičim dodirom poput zagrljaja ili držanja za ruku.« .....	23
Tabela 19»Oboljeli od Alzheimerove demencije su u pravilu agresivni i opasni za okolinu.« .....	23
Tabela 20 »Od Alzheimerove demencije češće obolijeva muška populacija.« .....	24
Tabela 21 »Tijekom Alzheimerove demencije gubi se sposobnost govora, zaboravljaju se riječi te one postaju nerazumljive.«.....	25
Tabela 22 »Normalno je da osoba sa 70 godina zaboravlja i postaje senilna.« .....	25
Tabela 23»Smatrate li da o Alzheimerovoj bolesti treba više pričati?«.....	26

## **Prilog B:** Anketni upitnik

### ZNANJE STUDENATA SESTRINSTVA O ALZHEIMEROVOJ DEMENCIJI

1. Spol?

- M
- Ž

2. Godina studija?

- 1. godina redovnog preddiplomskog studija sestrinstva
- 3. godina redovnog preddiplomskog studija sestrinstva

3. Jeste li u srednjoj školi učili o Alzheimerovoj demenciji?

- DA
- NE

4. Jeste li se ikad susreli s osobom oboljelom od Alzheimerove demencije?

- DA
- NE

5. Alzheimerova demencija jest sindrom koji se pojavljuje kao posljedica Alzheimerove bolesti koja je neurodegenerativna bolest.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

6. Alzheimerova demencija po broju oboljelih čini samo 20% svih demencija.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

7. Samo osobe starije od 65 godina oboljevaju od Alzheimerove bolesti.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

8. Patološki procesi u mozgu oboljelih od Alzheimerove bolesti započinju 10-20 godina prije pojave prvih simptoma.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

9. Mogući čimbenik za razvoj Alzheimerove demencije jest pušenje.

- Slažem se
- Ne slažem se



- Nisam siguran/na

10. Alzheimerova demencija ima poznati uzrok.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

11. Alzheimerova boleat jest nasljedna boleat.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

12. Uz uporabu antidementiva, Alzheimerova boleat je izlječiva.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

13. Stupanj obrazovanja ima ulogu u razvoju Alzheimerove boleati.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

14. Smanjenim unosom masti i transmasnih kiselina smanjuje se rizik od Alzheimerove boleati.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

15. Realnost oboljele osebe razlikuje se od zdrave osebe.

- Slažem se

- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

16. Muzikoterapija nema učinka na raspoloženje oboljelog.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

17. Integrativna validacija je način ophođenja prema pacijentu u kojem se ne prihvaća njegov unutarnji svijet i pokušava ga se urazumiti.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

18. U komunikaciji s oboljelima poželjno je koristiti se fizičkim dodirrom poput zagrljaja ili držanja za ruku.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

19. Oboljeli od Alzheimerove demencije su u pravilu opasni za okolinu i agresivni.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

20. Od Alzheimerove demencije češće obolijeva muška populacija.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

21. Tijekom Alzheimerove demencije gubi se sposobnost govora, zaboravljaju se riječi te one postaju nerazumljive.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

22. Normalno je da osoba sa 70 godina zaboravlja i postaje senilna.

- Slažem se
- Ne slažem se
- Nisam siguran/na

23. Smatrate li da o Alzheimerovoj demenciji treba više pričati?

- DA
- NE

## **9. KRATKI ŽIVOTOPIS**

Zovem se Matea Andelić, rođena u Šibeniku, 08.03.1997. godine. Završila sam OŠ Vidici s odličnim uspjehom te daljnje školovanje nastavila u Medicinskoj školi Šibenik. Ljubav i želja za sestrinštvom rodila se još tokom osnovne škole. Po završetku srednje škole upisujem Preddiplomski studij sestrinstva na Sveučilištu u Rijeci. Zbog statusa redovnog studenta i veoma dobrog prosjeka stipendirana sam od grada Šibenika. Volontirala sam u Centru za odgoj i obrazovanje Šubićevac, na Olimpijadi djece s poteškoćama u razvoju u Kostreni te u Udruzi za sindrom Down.