

# Oblici skrbi i intervencije u radu s oboljelima od demencije

---

**Vuković, Lucija**

**Master's thesis / Diplomski rad**

**2023**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **University of Zagreb, Faculty of Law / Sveučilište u Zagrebu, Pravni fakultet**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:199:316024>

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

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-07-24**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository Faculty of Law University of Zagreb](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**PRAVNI FAKULTET**  
**STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

**Lucija Vuković**

**OBLICI SKRBI I INTERVENCIJE U RADU S**  
**OBOLJELIMA OD DEMENCIJE**

**DIPLOMSKI RAD**

**Zagreb, 2023.**

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU**  
**PRAVNI FAKULTET**  
**STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA**

**Sveučilišni diplomski studij Socijalni rad**

**Lucija Vuković**

**OBLICI SKRBI I INTERVENCIJE U RADU S**  
**OBOLJELIMA OD DEMENCIJE**

**DIPLOMSKI RAD**

**Mentor: Prof. dr. sc. Silvia Rusac**

**Komentor: Prof. dr. sc. Ana Štambuk**

**Zagreb, 2023.**

## **Zahvala**

Ovaj rad posvećujem svome tati, čiji ponos osjećam čak i s drugog svijeta. Tata, ovo je za tebe.

Hvala mama i Domagoj, što ste izdržali sa mnom, a povremeno i umjesto mene i što ste neumorno vjerovali da ja to mogu. Ova diploma je Vaša koliko i moja, bez Vas je ne bi bilo.

Hvala cijeloj mojoj obitelji, posebno mom dedi i ćíći, kao i prijateljima i svima koji su mi pružili podršku, utjehu i ohrabrenje u osvajanju ove papirnate nagrade. Svi ste mi pomogli i svi ste dio ove pobjede.

Hvala i mojoj mentorici prof. dr. sc. Silviji Rusac i komentorici prof. dr. sc. Ani Štambuk na svakoj sugestiji i pomoći u izradi ovog rada.

## Sadržaj

<b>1. Uvod.....</b>	<b>1</b>
<b>2. O demenciji.....</b>	<b>3</b>
2.1. Vrste i manifestacija demencija.....	4
2.2. Dobrobit osoba oboljelih od demencije.....	6
<b>3. Oblici skrbi za oboljele od demencije.....</b>	<b>8</b>
3.1. Neformalna skrb.....	9
3.2. Formalna skrb.....	9
3.2.1. Institucionalna skrb.....	10
3.2.2. Izvaninstitucionalna skrb.....	12
<b>4. Psihosocijalne intervencije u radu s oboljelima od demencije.....</b>	<b>13</b>
4.1. Kreativne intervencije.....	15
4.1.1. Pojedine kreativne intervencije.....	17
4.2. Senzorne intervencije.....	20
4.2.1. Pojedine senzorne intervencije.....	21
4.3. Intervencije bazirane na aktivnosti.....	22
4.3.1. Pojedine intervencije bazirane na aktivnosti.....	23
4.4. Psihološke intervencije.....	24
4.4.1. Pojedine psihološke intervencije.....	24
4.5. Okolinske intervencije.....	27
4.5.1. Pojedine okolinske intervencije.....	28
<b>5. Zaključak.....</b>	<b>30</b>
<b>6. Literatura.....</b>	<b>32</b>

## Oblici skrbi i intervencije u radu s oboljelima od demencije

### Sažetak:

*Novi demografski trendovi posljednjih su godina jedna od glavnih tema, kako u Hrvatskoj, tako i u ostatku razvijenog svijeta. Populacija polako stari i sve je veći udio osoba starijih od 65 godina koje su istovremeno u većem riziku za razvoj određenih bolesti, između ostalih i demencije. U Hrvatskoj trenutno živi oko 100 000 osoba s demencijom, u zemljama EU oko 6,4 milijuna, a u cijelom svijetu oko 50 milijuna. Procjenjuje se da će ta brojka narasti na 115 milijuna osoba oboljelih od demencije. Svjetska zdravstvena organizacija je 2012. Alzheimerovu bolest proglasila javnozdravstvenim prioritetom i time potaknula svoje članice na izradu nacionalnih strategija za borbu protiv te bolesti. S obzirom na prirodu te bolesti i posljedica koje nosi, otvara se pitanje skrbi i brige za oboljele te mogućnostima za zaštitu dostojanstva i očuvanje zadovoljavajuće razine kvalitete života. Intenzitet i oblik skrbi o osobama oboljelima od demencije ovisi o fazi bolesti i stanju oboljeloga. Usluge u skrbi za ovu skupinu u Hrvatskoj polako napreduju, ali i dalje su prilično nerazvijene i ne odgovaraju postojećim potrebama. Zagreb prednjači pred drugim hrvatskim gradovima u raznolikosti i opsegu usluga koje nudi. Postoji neformalna i formalna skrb, a u formalnu ubrajamo institucionalne oblike poput psihijatrijskih bolnica i domova za starije, te izvaninstitucionalne oblike poput gerontoloških centara i udomiteljstva za osobe s demencijom. Uz neizostavnu farmakološku terapiju koja pomaže u reduciranju nepovoljnih simptoma demencije, sve veću ulogu imaju psihosocijalne intervencije koje se kroz pristup usmjeren na osobu fokusiraju na ono što kod osobe preostaje, a ne na deficite. Cilj tih intervencija je poboljšati kvalitetu skrbi i kvalitetu života oboljelih osoba, a upravo u njima leži ključ očuvanja dostojanstva oboljele osobe do samog kraja njenog života. Mnogobrojne psihosocijalne intervencije grupirane su u tematske skupine kreativnih, senzornih, psiholoških i okolinskih intervencija te intervencija baziranih na aktivnosti.*

**Ključne riječi:** demencija, oblici skrbi, psihosocijalne intervencije, nefarmakološke intervencije

## Forms of care and interventions in working with persons with dementia

### Abstract:

*New demographic trends have been one of the main topics in recent years, both in Croatia and in the rest of the developed world. The population is slowly aging and there is an increasing share of people over 65 who are also at greater risk of developing certain diseases, including dementia. There are currently around 100,000 people living with dementia in Croatia, around 6.4 million in EU countries, and around 50 million worldwide. It is estimated that this number will grow to 115 million. In 2012, the World Health Organization declared Alzheimer's disease a public health priority and thus encouraged its members to develop national strategies to combat this disease. Given the nature of this disease and its consequences, the issue of care for the sick and the possibilities for protecting their dignity and preserving a satisfactory level of quality of life arises. The intensity and form of care for people suffering from dementia depends on the stage of the disease and the condition of the patient. Care services for this group in Croatia are slowly improving, but they are still quite underdeveloped and do not meet current needs. Zagreb is ahead of other Croatian cities in the variety and scope of services it offers. There is informal and formal care, and formal care includes institutional forms such as psychiatric hospitals and homes for the elderly, and non-institutional forms such as gerontological centers and foster care for people with dementia. In addition to indispensable pharmacological therapy that helps in reducing the unfavorable symptoms of dementia, psychosocial interventions that focus on resources that remain in the person, and not on deficits, through a person-centered approach, play an increasingly important role. The goal of these interventions is to improve the quality of care and the quality of life of people with dementia. Numerous psychosocial interventions are grouped into thematic groups of creative, sensory, psychological, environmental and activity-based interventions.*

Key words: dementia, forms of care, psychosocial interventions, non-pharmacological interventions

## Izjava o izvornosti

Ja, Lucija Vuković pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica diplomskog rada te da u radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova te da se prilikom izrade rada nisam koristila drugim izvorima do onih navedenih u radu.

Ime i prezime: Lucija Vuković

Datum: 30. kolovoza 2023.



## 1. Uvod

Novi demografski trendovi posljednjih su godina jedna od glavnih tema, kako u Republici Hrvatskoj, tako i u ostatku razvijenog svijeta. Događaju se značajne demografske promjene i populacija polako stari te se udio starijih osoba u društvu kontinuirano povećava (Milić Babić i sur., 2021.). Točnije, radi se o procesu demografskog starenja ili porastu broja stanovnika starijih od 65 godina (Milić Babić i sur., 2021.). Starenje je proces koji se odvija tijekom života i to u tri vida – u biološkom, psihološkom i socijalnom (Despot Lučanin, 2003.). Ono sa sobom nosi mnoge promjene i ima svoje specifičnosti pa se u skladu s time javljaju i nove potrebe. U starosti se češće javljaju određene teškoće i povećava se rizik za razvoj određenih bolesti, između ostalih i demencije (Despot Lučanin, 2003.). Podaci Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2017.) pokazuju da u Republici Hrvatskoj od demencije boluje oko 86 000 osoba iako najnovije procjene pokazuju da u Hrvatskoj trenutno živi oko 100 000 osoba s demencijom te da svaka 3 sata jedna nova osoba oboli od iste, a od čega 60-70% od Alzheimerove bolesti (Mimica, 2019.). Evidentno je da broj oboljelih ubrzano raste. Poseban naglasak stavlja se na Alzheimerovu bolest, koja je uzrok oko 2/3 svih demencija (Rusac, 2016). Svjetska zdravstvena organizacija Alzheimerovu je bolest 2012. proglasila javnozdravstvenim prioritetom te time potaknula svoje članice na izradu nacionalnih strategija za borbu protiv te bolesti (Milić Babić i sur., 2021.). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (2023.) u svijetu od demencije boluje gotovo 50 milijuna ljudi, a u zemljama EU 6,4 milijuna, te se očekuje porast te brojke na 115 milijuna oboljelih u cijelom svijetu (HZJZ, 2017). S obzirom na prirodu te bolesti i posljedica koje ona nosi, otvara se pitanje skrbi i brige za oboljele te potencijalnim mogućnostima da im se osigura dostojanstven i kvalitetan život u suživotu s tom bolesti.

Iako se o demenciji ranije govorilo gotovo isključivo kroz biomedicinsku prizmu, psihosocijalna perspektiva postaje sve važnija. Treba imati na umu da demencija sa sobom nosi biomedicinski, psihološki i socijalni invaliditet te da su sve tri razine za oboljelu osobu važne (Moniz-Cook i sur., 2011.). U tom smislu, uloga socijalnih radnika u radu s oboljelima od demencije sve je naglašenija jer oni

imaju znanja i vještine u psihosocijalnoj domeni što njihovu vrijednost u kontekstu pružanja psihosocijalnih intervencija čini značajnom i istaknutom (Rusac, 2016). Ipak, uloga socijalnih radnika još do relativno nedavno nije bila tako prepoznata te se tek od 1990-ih interes istraživača pomiče s prepoznavanja kognitivnih oštećenja i funkcionalnih ograničenja na prepoznavanje posljedica koje demencija sa sobom nosi u pogledu socijalnog funkcioniranja oboljele osobe. Promatranje ove bolesti i mogućnosti njena liječenja ili dostupnih tretmana se, dakle, prebacilo sa spomenutog isključivo biomedicinskog gledišta na socijalno, te se nemogućnost sudjelovanja u društvenim aktivnostima prepoznala kao osnova za marginalizaciju i diskriminaciju oboljelih (Rusac, 2015.). S vremenom se razvija socijalni model u pristupu skrbi za oboljele od demencije. Njime je naglašena važnost kolektivnog identiteta kao „oružja“ u borbi protiv diskriminacije osoba oboljelih od demencije (Rusac, 2015.). Socijalni model razvijen je u odnosu na invaliditet, a prema njemu razumijevanje invaliditeta ili neke teškoće nije unutarnja karakteristika pojedinca, već rezultat procesa socijalne isključenosti. Slijedom toga, osobe oboljele od demencije imaju kognitivno oštećenje, a rezultat tog oštećenja je isključenost iz društva (Vidučić i Rusac, 2018.). Usporedno sa socijalnim modelom razvija se i pristup demenciji s naglaskom na korisnika. Glavni predstavnik tog pristupa je Tom Kitwood koji spominje pojam „maligne socijalne psihologije“ kojim želi istaknuti štetne učinke koje može imati okolina koja vrši skrb nad oboljelom osobom, a zanemaruje identitet oboljeloga (Ray i sur., 2009). U kontekstu osoba oboljelih od demencije socijalni model zagovara usmjeravanje na vještine i sposobnosti koje su kod osobe preostale, a ne na gubitke. Taj je model zamišljen kao filozofija nefarmakoloških tretmana uz pomoć kojih se kroz skrb usmjerenu na osobu, tu istu osobu promatra kao pojedinca koji može iskusiti život i odnose unatoč progresivnoj bolesti (Vidučić i Rusac, 2018.).

Cilj ovoga rada je pregledom literature predstaviti postojeće oblike skrbi za osobe oboljele od demencije u Republici Hrvatskoj te analizirati psihosocijalne intervencije i njihovu ulogu u povećanju kvalitete života i dobrobiti oboljelih.

Slijedom navedenoga, svrha ovog rada je, kroz prikaz dostupnih oblika skrbi i analizu psihosocijalnih intervencija, pružiti orijentir za postupanje kod oboljenja od demencije u praksi. Također, svrha je i podići svijest o ulozi psihosocijalnih intervencija u radu s oboljelima od demencije kao vrijednom alatu pomoću kojega socijalni radnici mogu uspješnije surađivati i raditi s oboljelima i njihovim obiteljima te im olakšati suočavanje s dijagnozom i sveukupno utjecati na kvalitetu života i dobrobit svih navedenih u procesu. Podizanje svijesti o važnosti ovog alata možda u budućnosti donese osnivanje specijaliziranih ustanova i razvijanje specijaliziranih programa usmjerenih na poboljšanje kvalitete života i povećanje dobrobiti osoba oboljelih od demencije. Isto tako, potencijal leži i u specijalistički obrazovanim stručnjacima za koje je na području Republike Hrvatske tek potrebno osnovati specijalizirane studijske programe kako bismo stvorili svoju bazu stručnjaka za rad s ovom specifičnom i brzo rastućom skupinom u našem društvu.

U uvodom dijelu definirat će se demencija i vrste te način na koji se manifestira ta bolest. Nadalje će se pobliže objasniti pojam dobrobiti osoba oboljelih od demencije uz naglasak na mogućnosti i važnosti očuvanja iste kada govorimo o ovoj skupini oboljelih. U središnjem će se dijelu prikazati postojeći oblici neformalne i formalne skrbi u Republici Hrvatskoj te psihosocijalne intervencije uz čiju pomoć je moguće očuvati dobrobit i podići kvalitetu života osoba oboljelih od demencije. Na kraju će biti pružena sinteza svega rečenoga u radu uz najvažnije zaključke koji proizlaze iz njega.

## **2. O demenciji**

Pojam demencije često se miješa s Alzheimerovom bolešću, što i ne čudi s obzirom da ta bolest uzrokuje oko 2/3 svih demencija, kako je ranije i navedeno (Rusac, 2016.). Zato je, za početak, potrebno napraviti distinkciju i objasniti što točno podrazumijeva demencija. Prema Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje Američke psihijatrijske udruge (2013., prema Sošić i sur., 2018.) demencija je sindrom koji nastupa uslijed deficita kognitivnog funkcioniranja u jednoj ili više kognitivnih domena, a koji utječe na svakodnevno

funkcioniranje i neovisnost osobe. Spomenute domene čine učenje i pamćenje, jezik, egzekutivne funkcije, pažnja, perceptivno-motorna i socijalna kognicija (APA, A.P.A., 2013., prema Sošić i sur., 2018.). Demencija je dakle, krovni pojam, dok je Alzheimerova bolest jedan od mogućih uzroka demencije. Zanimljivo objašnjenje nudi se na blogu „demencija.net“ gdje se razlika između demencije i Alzheimerove bolesti objašnjava pomoću slikovitog prizora. Ako usporedimo demenciju s povišenom temperaturom, koja je obično simptom ili pokazatelj da se s organizmom nešto događa i da je u pitanju neka bolest, upala i slično, tako je i demencija zapravo simptom koji nam ukazuje da nešto nije u redu s mozgom osobe, odnosno simptom koji ukazuje na neku bolest koja uzrokuje teškoće s pamćenjem ili kognitivne teškoće (Vidučić, 2018.). U slučaju demencije, najčešći uzročnik jest Alzheimerova demencija, no postoje i brojni drugi čimbenici koji uzrokuju ili doprinose pojavi demencije. Iako demencija najčešće zahvaća osobe starije od 65 godina, važno je naglasiti da demencija nije dio prirodnog fiziološkog procesa starenja (Sošić i sur., 2018.).

### *2.1. Vrste i manifestacija demencija*

Postoji više različitih podjela demencija, a prema nekima i više stotina različitih vrsta. Međutim, možemo reći da u glavne vrste ubrajamo Alzheimerovu bolest, vaskularnu demenciju, demenciju Lewyevih tjelešaca, frontotemporalnu demenciju te miješanu demenciju koja označava kombinaciju dva tipa demencije, najčešće Alzheimerove bolesti i vaskularne demencije (Sošić i sur., 2018.). Ipak, da bi se naglasila mnogobrojnost različitih vrsta i uzroka demencija u nastavku će biti prikazana podjela koju nude Ivančević i suradnici (2020.) u MSD priručniku dijagnostike i terapije.

Tablica 2.1.1.  
*Podjela najčešćih demencija s primjerima bolesti*

PODJELA	PRIMJERI
Primarne neurodegenerativne (kortikalne) demencije	Alzheimerova bolest Frontotemporalne demencije Miješana demencija s komponentom Alzheimerove bolesti
Vaskularne demencije	Lakunarna bolest (npr. Binswangerova bolest)

	Multiinfarktna demencija
Demencije povezane s Lewyevim tjeleščima	Difuzna bolest Lewyevih tjelešaca Parkinsonova bolest s demencijom Progresivna supranuklearna paraliza Kortikobazalna degeneracija gangliona
Toksične demencije	Demencija zbog alkoholizma Demencija zbog otrovanja teškim metalima ili drugim toksinima
Infektivne demencije	Demencija radi gljivičnih infekcija (npr. kriptokokna) Demencija radi spiroheta (npr. sifilis, Lymeska bolest) Demencija radi virusnih infekcija (npr. HIV, postencefalitična)
Prionske demencije	Creutzfeldt–Jakobova bolest
Demencija kao posljedica anatomskih oštećenja mozga	Tumor mozga Normotenzivni hidrocefalus Subduralni hematoma (kronični)

Izvor: Ivančević i sur., 2020.

Ovisno o vrsti demencije, ali i samoj osobi, bolest se manifestira na različite načine. Ipak, promjene koje se kod oboljele osobe događaju možemo pratiti kroz nekoliko područja u kojima one nastaju. Također, kako vrijeme prolazi tako i bolest progresivno napreduje i manifestira se sve izraženije i pogubnije po oboljelu osobu. Manifestacije demencije promatraju se na kognitivnom, psihološkom, bihevioralnom i fiziološkom aspektu, te kroz prizmu spavanja (Arvanitakis i sur., 2019.).

Kada govorimo o **kognitivnim** promjenama koje se događaju u prvim fazama bolesti, tu pripadaju problemi s kratkotrajnim pamćenjem te teškoće s dosjećanjem riječi i razumijevanjem njihova značenja. U kasnijim fazama bolesti te teškoće postaju opsežnije pa oboljela osoba gubi sposobnost da trenutačno procesuirala dobivenu informaciju, a teškoće s govorom sve su naglašenije do trenutka kada osoba potpuno gubi sposobnost komunikacije (Arvanitakis i sur., 2019.).

U kontekstu **psiholoških** manifestacija na početku se kod oboljele osobe mogu javiti depresivni simptomi i simptomi apatije, poput gubitka nade i osjećaja svrhe u životu, te nedostatka motivacije za izvršavanje uobičajenih svakodnevnih radnji (npr. priprema obroka). Ti se simptomi, također, s vremenom pogoršavaju pa

tako oboljela osoba ima deluzije (npr. uvjerenje da je neka preminula osoba još uvijek živa ili da im netko krade novac) i takozvanu anosognoziju ili poremećaj zbog kojega oboljela osoba ne shvaća da je bolesna i da zbog bolesti više ne može vršiti neke radnje (npr. ne može više voziti automobil) (Arvanitakis i sur., 2019.).

Od **biheviornalnih** promjena koje nastaju u ranijim fazama bolesti, Arvanitakis i suradnici (2019.) ističu socijalno povlačenje i dezinhibiciju koji se manifestiraju kroz nemogućnost sudjelovanja u nekim uobičajenim razgovorima te takozvani ekscesi ili ispadi u govoru i radnjama (npr. uzimanje hrane s tuđeg tanjura). Biheviornalne promjene u kasnijim fazama vode do agresivnosti, halucinacija i lutanja pa tako oboljele osobe mogu biti verbalno ali i fizički agresivne, viđati stvari ili osobe kojih nema i izići iz doma usred noći i izgubiti se.

**Fiziološke** promjene uključuju oštećenje hoda zbog kojeg dolazi do padova i ozljeda, a kasnije oboljele osobe imaju repetitivne besmislene radnje (npr. kopčanje i otkopčavanje gumbiju na košulji satima), parkinsonizam i napadaje (Arvanitakis i sur., 2019.).

Također, osobe oboljele od demencije pate od poremećaja REM faze spavanja što uzrokuje probleme sa **spavanjem** i promjene i u tom aspektu. Na početku bolesti mogu se dogoditi ekscesi poput trčanja u snu jer osoba sanja da ju netko progoni, a kasnije je bioritam, odnosno ciklus spavanja i budnosti potpuno narušen i oboljela osoba često se budi i ustaje noću pa ujutro kasno ustaje, a preko dana često odmara i spava (Arvanitakis i sur., 2019.).

## *2.2. Dobrobit osoba oboljelih od demencije*

Kada govorimo o demenciji najčešće se govori o deficitima koji nastaju uslijed bolesti te o svemu što osoba gubi. Međutim, istraživači se u novije vrijeme fokusiraju na ono što kod osobe preostaje pa pružaju neke nove poglede na demenciju i suživot s istom. Tako se u radu s oboljelima od demencije sve glasnije govori o pristupu, odnosno skrbi usmjerenoj na osobu (Heuer i Willer, 2020.). Takav pristup usredotočava se na osobu u cjelini, s njenim fizičkim, kognitivnim i emocionalnim potrebama. Taj pristup nastoji maksimalno povećati

sudjelovanje pojedinca u donošenju odluka o skrbi i drugim značajnim aktivnostima, naglašava odnose između pružatelja zdravstvene skrbi i oboljelih kao nehijerarhijske, odnosno skrbnici se povezuju s oboljelima i uključuju u njihovo donošenje odluka o skrbi. Također, ovaj se pristup fokusira na funkcionalne, emocionalne i kognitivne sposobnosti osobe te ih pokušava kapitalizirati i iskoristiti kao resurse, bez stavljanja fokusa na njene nedostatke. Skrb usmjerena na osobu promovira pravo na izbor, dostojanstvo, poštovanje, samoodređenje i život sa svrhom (Heuer i Willer, 2020.). I Clarke i suradnici (2020.) naglašavaju važnost onoga što kod osobe ostaje netaknuto ili najdulje očuvano, stavljaju naglasak na snage, prednosti i resurse koje osoba ima i na podizanje i očuvanje dobrobiti kroz stimuliranje tih preostalih funkcija.

U tom kontekstu sve se veća pažnja posvećuje pojmu dobrobiti kao pojmu kojim se bolje zahvaća i naglašava što život osobe oboljele od demencije može učiniti „dobrim“ (Clarke i sur., 2020.). Iako mnoga istraživanja pokazuju da osobe oboljele od demencije mogu pouzdano izvještavati o svom životu pomoću postojećih instrumenata specifičnih za demenciju, odnosno instrumenata samoprocjene kvalitete života i samoprocjene kvalitete života s obzirom na zdravlje, ti instrumenti ne obuhvaćaju cijeli niz psihosocijalnih ishoda koje same osobe oboljele od demencije smatraju važnima, poput autonomije, nade, samoučinkovitosti i otpornosti (Clarke i sur., 2020.). Tako nedavna istraživanja pokazuju da su samoefikasnost i humor vrlo važni osobama oboljelima od demencije u kontekstu dobrog življenja. Ti pojmovi bliži su pojmu dobrobiti nego tradicionalnim instrumentima mjerenja kvalitete života i kvalitete života s obzirom na zdravlje (Clarke i sur., 2020.). Isto tako, postoje istraživanja (Górska i sur., 2018.) koja potvrđuju kako osobe oboljele od demencije mogu proživjeti širok raspon pozitivnih iskustava koja su pod utjecajem osobnih i kontekstualnih resursa. U skladu s time, Clarke i suradnici (2020.) u svom su radu napravili instrument kojim se mjeri dobrobit osobe oboljele od demencije i time znanstvenoj zajednici pružili novi pristup mjerenju nekih specifičnih iskustava kao potencijalnih ishoda psihosocijalnih intervencija usmjerenih na prepoznavanje, izgradnju i osnaživanje vlastitih resursa.

Tako Clarke i suradnici (2020.) dobrobit osobe oboljele od demencije opisuju kroz četiri konceptualne teme, odnosno kroz emocionalnu, psihološku i socijalnu dobrobit, te zadovoljstvo životom. **Emocionalna** dobrobit obuhvaća pozitivna stanja poput osjećaja zadovoljstva, uživanja ispunjenosti, humor i slično. U **psihološku** dobrobit ubrajaju napredak, koji se odnosi na osobne snage (npr. nada) koje pokazuju aspekte osobnog rasta, stvaranja značenja ili duhovnosti, odnosno osjećaj nadilaženja izazova demencije. Psihološka dobrobit, također, obuhvaća i aspekt smisla i svrhe, odnosno svojevrsne autonomije, postojanje nekih ciljeva i postignuća. Također, tu ubrajaju i pozitivan osjećaj sebe, odnosno pozitivne stavove prema sebi i osjećaj samoučinkovitosti, samopoštovanje te osjećaj identiteta i dostojanstva. **Socijalna** dobrobit odnosi se na povezanost i iskustva pripadnosti, ljubav, podršku, te otpornost u smislu „odupiranja demenciji“ kroz kontinuirano sudjelovanje u značajnim aktivnostima. Četvrta komponenta dobrobiti prema Clarke i suradnicima (2020.) odnosi se na **zadovoljstvo životom**, to jest opće vrednovanje svog života.

### 3. Oblici skrbi za oboljele od demencije

Iako se u posljednjih nekoliko godina događaju neke promjene u domeni skrbi za oboljele od demencije još uvijek možemo reći da su usluge skrbi za tu skupinu prilično nerazvijene u našoj zemlji (Mimica, 2019.). Međutim, važno je napomenuti da u Hrvatskoj postoje značajne razlike u skrbi za osobe oboljele od demencije s obzirom na regije pa tako Zagreb prednjači pred drugim gradovima Hrvatske i može se svakako pohvaliti većom raznolikošću i opsegom usluga koje nudi za ovu ranjivu skupinu (Mimica, 2019.). Intenzitet skrbi o osobama oboljelima od demencije ovisi o fazi bolesti i stanju oboljeloga no oni općenito zahtijevaju visoku razinu skrbi (Tilinger i Štambuk, 2018.). U nastavku će biti pobliže objašnjeni i prikazani postojeći oblici skrbi u Republici Hrvatskoj, koje možemo podijeliti na neformalne i formalne, a formalne na institucionalnu i izvaninstitucionalnu skrb.



### *3.1. Neformalna skrb*

Neformalne oblike skrbi čine njega i skrb koje svojim starijim članovima obitelji pružaju članovi obitelji poput bračnog partnera, odraslog djeteta i drugi, ali i prijatelji i susjedi i to kao emocionalnu, informativnu i praktičnu potporu (Coward i sur., 1993.). Unatoč evidentno višoj razini kvalitete i raznolikosti usluga u skrbi za oboljele od demencije danas, nego prije desetak i više godina, i dalje oboljele osobe dugačak period vremena ostaju zbrinute unutar obitelji (Kušan Jukić i Mimica, 2016.). To se objašnjava kulturološkim i sociološkim okruženjem, ali i nedostatkom adekvatnog smještaja te drugih opcija pomoći (Kušan Jukić i Mimica, 2016.). S druge strane, obitelj je najveći resurs u njezi za oboljelu osobu kada ona više ne može učinkovito skrbiti o sebi te kao takva čini osnovnu jezgru skrbi (Laklija i sur., 2009.). Teret skrbi najčešće preuzimaju supružnik i odrasla djeca oboljelih (Laklija i sur., 2009.). Radi se o bolesti koja, zbog svoje prirode, zahtijeva značajnu prilagodbu svih koji okružuju i skrbe o oboljeloj osobi te se neformalni skrbnici uslijed skrbničke uloge, nerijetko bore s vlastitim psihičkim, ali i fizičkim zdravljem, a često su prisutni i financijski problemi (Etters i sur., 2008.; Bastawrous, 2013.). Ipak, istraživanja pokazuju da negovatelji ističu i mnogobrojne dobrobiti koje proizlaze iz njihove skrbničke uloge pa tako naglašavaju radost i zadovoljstvo što mogu brinuti o svom članu obitelji kao i negovateljsko iskustvo koje njihov život čini bogatijim i kvalitetnijim (Sorrell, 2006.). Također, neformalni negovatelji ističu zadovoljstvo zbog doživljenih zajedničkih trenutaka sreće, ali i povećanog osjećaja smisla i životne svrhe kao i osobni rast kroz iskustvo skrbi (Butcher i sur., 2001.).

### *3.2. Formalna skrb*

Tradicionalna patrijarhalna hrvatska obitelj u posljednjih je nekoliko desetljeća doživjela velike promjene i polako prerasla u modernu industrijski razvijenu obitelj (Jedvaj i sur., 2014.). To je sa sobom donijelo neizbježne promjene i po pitanju brige i skrbi za svoje starije članove obitelji koja se sve više prenosi izvan obitelji (Murgić i sur., 2009.). Nova struktura obitelji ide u smjeru smanjivanja

iste te se sve više suočava s teškoćama u skrbi za svoje članove i više se niti ne očekuje da će obitelj biti u mogućnosti samostalno pružati adekvatnu skrb svojim starijim članovima (Murgić i sur., 2009.). Dio te uloge obitelji tako preuzimaju institucije i lokalne zajednice, državne i privatne ustanove, crkvena društva, organizacije i neprofitne udruge (Jedvaj i sur., 2014.). Sve to čini formalnu skrb koja, dakle, ima sve važniju ulogu u skrbi za oboljele i starije općenito.

Kada govorimo o demenciji, radi se o bolesti koja iziskuje intenzivnu i dugotrajnu skrb pa nije niti realistično očekivati da jedna obitelj ili jedan član obitelji takvu skrb može odraditi samostalno, bez podrške zajednice, ali i stručnjaka (Štambuk i Levak, 2018.). Skrb u početnim fazama uglavnom obitelj preuzima na sebe, no u kasnijim fazama kada bolest progradira i kada je oboljelome potrebna cjelodnevna medicinska skrb naglasak je na formalnim oblicima skrbi (Štambuk i Levak, 2018.). Formalnu skrb pružaju stručnjaci različitih struka, odnosno svi oni koji su osposobljeni i stručni u ispunjavanju potreba oboljelih osoba pa tako formalni skrbnici mogu biti medicinske sestre i tehničari, njegovatelji, fizioterapeuti, socijalni radnici i drugi (Štambuk i Levak, 2018.). Dakle, radi se o plaćenim pojedincima zaposlenima u agencijama ili organizacijama koje pružaju usluge skrbi poput domova za starije osobe i zdravstvenih organizacija (Colello, 2007.).

### *3.2.1. Institucionalna skrb*

Iako se o deinstitutionalizaciji u posljednje vrijeme mnogo govori, treba imati na umu da se simptomatologija i opće stanje osoba oboljelih od demencije s vremenom toliko pogorša da im je potrebna neprekidna medicinska skrb i smještaj u specijaliziranim institucijama za njegu, odnosno u bolnici ili domu za starije (Štambuk i Levak, 2018.). Slijedom navedenoga, u institucionalnu skrb ubrajamo skrb koja se vrši u bolnicama i domovima za starije i nemoćne.

U Hrvatskoj je prvi psihijatrijski odjel osnovan u Psihijatrijskoj **bolnici** Vrapče u Zagrebu 1959. godine (Mimica, 2019.). S vremenom su slični psihogerijatrijski odjeli otvoreni i u drugim psihijatrijskim bolnicama, a sve s ciljem pružanja specijalističkog liječenja osobama oboljelima od demencije (Mimica, 2019.).

Prve specijalizirane jedinice za zbrinjavanje osoba s demencijom u **domovima za starije** osobe otvorene su 2015. godine u Zagrebu, a ta se praksa nastavila i u još nekim domovima za starije (Mimica, 2019.). Što se Zagreba tiče, posebno specijalizirane Odjele za demenciju imaju četiri od 11 zagrebačkih domova, a to su Dom za starije osobe Medveščak, Dom Maksimir, Dom Sv. Josip i Dom Sv. Ana (Vidučić, 2022.). Najavljeno je otvaranje novog doma za starije u Markuševcu u kojemu bi trebalo biti osigurano 12 mjesta za osobe oboljele od demencije, no otvorenje je za sada odgođeno. Osim navedenih državnih i gradskih domova, na području Zagreba i Zagrebačke županije postoji i nekoliko privatnih domova i obiteljskih domova za starije i nemoćne osobe koje pružaju usluge za osobe oboljele od demencije. Tako, smještaj za osobe s demencijom nude Dom Sv. Kamilo de Lellis u Vrbovcu, D.Z. Dom u Jastrebarskom, Dom Ivana u Dubravi, Dom za starije i nemoćne osobe – OAZA smješten na Ključić Brdu u Kravarskom, Dom za starije i nemoćne osobe Tolić Bistra u Gornjoj Bistri, Dom za starije i nemoćne Vila Eden u Kostanjevcu, Dom Lučko, Obiteljski dom za starije i nemoćne osobe Matić u Sesevskom Kraljevcu, Obiteljski dom Čović u Rugvici, Obiteljki dom Hrgić u Samoboru, Obiteljski dom Lipovac u Dugom Selu, Obiteljski dom Pro Vita u Ivanić Gradu te Obiteljski dom Smrekar u Donjoj Bistri (Lesički i sur., 2015.).

U posljednjih nekoliko godina došlo je do značajnog pomaka u segmentu palijativne skrbi osoba oboljelih od demencije pa su tako u psihijatrijske bolnice uključeni kreveti za palijativnu skrb oboljelih u sklopu mreže Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (Mimica, 2019.). Tako u psihijatrijskim bolnicama, na psihogerijatrijskim odjelima trenutno postoje 62 ugovorena kreveta za osobe oboljele od demencije. Navedenu brojku sačinjavaju mjesta u Klinici za psihijatriju – Vrapče (Zagreb – 15), Psihijatrijskoj bolnici Sv. Ivan (Zagreb – 15), Specijalnoj bolnici za psihijatriju i palijativnu skrb Sv. Rafael (Strmac – 15), Neuropsihijatrijskoj bolnici Dr. Ivan Barbot (Popovača – 8), Psihijatrijskoj bolnici Ugljan (6) i Psihijatrijskoj bolnici Rab (3) (Mimica, 2019.).

### 3.2.2. Izvaninstitucionalna skrb

Sve se više priča o pojmu deinstitucionalizacije koja ujedno postaje i cilj različitih mjera i politika (Štambuk i Levak, 2018.). Radi se o novijim oblicima skrbi za starije osobe, čija se osnovna načela temelje na njihovoj sve većoj samostalnosti i socijalnoj uključenosti te pojačanoj ulozi obitelji u osiguravanju kvalitetnog starenja i stvaranju društvenih uvjeta u kojima će se starijim osobama omogućiti razvoj potencijala i siguran život u kojem su zaštićeni od podcjenjivanja, izrabljivanja i zlostavljanja (Havelka, 2003.). Takav izvaninstitucionalni oblik skrbi oslanja se na postojeći sustav institucionalne skrbi koji je okvir skrbi za naše starije (Havelka, 2003.). Iako je glavni cilj izvaninstitucionalne skrbi omogućiti starijima da žive u vlastitom domu to ne podrazumijeva i njihovu socijalnu izoliranost niti siromašniji svakodnevni život (Žganec i sur., 2008.).

Kao glavne oblike izvaninstitucionalne skrbi potrebno je spomenuti gerontološke centre i udomiteljstvo za starije osobe u sklopu kojih se nude usluge i osobama oboljelima od demencije.

U Hrvatskoj su **gerontološki centri** infrastrukturno povezani s domovima za starije osobe, a njihovim se razvojem unaprjeđuje izvaninstitucionalna skrb za starije osobe u lokalnoj zajednici (Bobić i sur., 2015.). Programi i aktivnosti u sklopu gerontoloških centara namijenjeni su primarno starijim osobama koje nisu uključene u sustav institucionalne skrbi te se kroz takav oblik skrbi omogućava besplatno korištenje socijalnih usluga kojima je cilj pomoći u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba osobama koje više nisu sposobne samostalno brinuti o sebi (Bobić i sur., 2015.). Cilj je zadržati starije osobe u njihovim primarnim obiteljima što duže, odnosno spriječiti prerano smještanje u institucionalnu skrb, te time pridonijeti i kvaliteti njihova života (Bobić i sur., 2015.). Zato se u gerontološkim centrima organizira dnevni boravak za starije osobe, zdravstveno, psihološko, socijalno i pravno savjetovanje te preventivne zdravstvene mjere, programi tjelesne aktivnosti, fizikalne terapije, rekreacijske, kulturno-zabavne i

okupacijske aktivnosti, posudba ortopedskih i drugih pomagala, obroci, pomoć i njega u kući te razne druge usluge tzv. gerontoservisa (Žganec i sur., 2008.). Grad Zagreb je 2004. godine započeo s projektom Gerontološki centri Grada Zagreba kao pilot projektom u domovima za starije osobe Maksimir, Medveščak i Trnje, a tijekom 2005. i 2006. godine uključilo se još šest domova čiji osnivač je Grad Zagreb (Bobić i sur., 2015.). Tako su u Gradu Zagrebu realizirani gerontološki centri na devet lokacija, točnije pri domovima za starije i nemoćne osobe Trnje, Maksimir, Medveščak, Sv. Ana, Sv. Josip, Trešnjevka, Peščenica, Dubrava i Centar. Gerontološki centri djeluju i u drugim županijama i gradovima Hrvatske, poput Pule, Šibenika, Velog Lošinja, Rijeke, Belog Manastira, Raba, Osijeka, Pojatnog, Zadra, Splita, Poreča, Krka, Rovinja, Siska, Lipika, Jasenovca, Karlovca, Virovitice i drugih (Bobić i sur., 2015.).

Još jedan izvaninstitucionalni oblik skrbi za starije, a koji između ostalih, pruža mogućnosti oboljelima od demencije, reguliran je Zakonom o **udomiteljstvu** (NN 18/2022.) koji propisuje uvjete i način smještaja u udomiteljsku obitelj. Ukoliko obitelj osobe oboljele od demencije nije u mogućnosti pružiti adekvatnu skrb, a nema materijalne mogućnosti za podmirenje troškova privatnog smještaja te udovoljava drugim zakonom propisanim kriterijima, oboljela osoba ima pravo na uslugu smještaja u udomiteljsku obitelj (Zakon o udomiteljstvu, NN 18/2022.). Temeljem odredbi navedenog Zakona, udomiteljstvo se definira kao oblik pružanja socijalne usluge smještaja, čija je svrha osigurati skrb i potporu korisniku u poticajnom i pozitivnom obiteljskom okruženju u skladu s njegovim individualnim planom promjene (Zakon o udomiteljstvu, NN 18/2022., čl.1., čl.2.).

#### **4. Psihosocijalne intervencije u radu s oboljelima od demencije**

U skrbi za osobe oboljele od demencije do izražaja dolaze nefarmakološki pristupi, odnosno intervencije u psihosocijalnoj domeni, koje uključuje raznovrsne načine rada s oboljelima (Mimica, 2019.). Psihosocijalne intervencije u dugotrajnoj skrbi imaju potencijal poboljšati kvalitetu skrbi i kvalitetu života osoba oboljelih od demencije, te upravo u tim intervencijama leži ključ očuvanja

dostojanstva oboljelih do samoga kraja njihova života (Vernooij-Dassen i sur., 2010.). Sve nefarmakološke metode do relativno nedavno bile su usmjerene isključivo na rješavanje i kontroliranje bihevioralnih i psiholoških simptoma demencije (Vernooij-Dassen i sur., 2010.). Međutim, u novije se vrijeme psihosocijalne intervencije preusmjeravaju na pokušaj poboljšanja, očuvanja i podizanja razine dobrobiti oboljele osobe te izvlačenje maksimuma u pogledu funkcioniranja osobe s obzirom na postojeće deficite (Vernooij-Dassen i sur., 2010.). Promjena paradigme od upravljanja bihevioralnim i psihološkim simptomima demencije prema povećanju dobrobiti i većoj uključenosti, predstavlja značajnu promjenu. Takvi ciljevi donose više nade i naglašavaju ulogu terapijskog rada s oboljelima od demencije ističući tako i važnost psihosocijalnih intervencija (Patel i sur., 2014.).

Psihosocijalne intervencije u dugotrajnoj skrbi imaju potencijal poboljšati kvalitetu skrbi i kvalitetu života osoba oboljelih od demencije, te upravo u tim intervencijama leži ključ očuvanja dostojanstva oboljelih do samoga kraja njihova života (Vernooij-Dassen i sur., 2010.). Te intervencije mnogobrojne su i polaze iz raznoraznih pristupa, od onih bihevioralno ili emocionalno orijentiranih, do onih koji se fokusiraju na kognitivna oštećenja pa do nešto drugačijih pristupa poput senzornih intervencija ili pristupa koji se baziraju na umjetnosti. Iako polaze iz različitih pristupa, većini je cilj očuvati i poboljšati kognitivne vještine, poboljšati raspoloženje ili ponašanje (Vernooij-Dassen i sur., 2010.). S obzirom na širok raspon i „šarenilo“ intervencija u psihosocijalnoj domeni koje je prisutno u znanstvenoj literaturi, radi preglednosti će te intervencije, uz manje modifikacije, biti grupirane i prikazane kroz već postojeću klasifikaciju Patel i suradnika (2014.).

Patel i suradnici (2014.) su psihosocijalne metode koje se koriste u radu s oboljelima od demencije grupirali u nekoliko tematskih skupina koje su odredili po kriteriju sredstva kojim se terapija vrši, odnosno načinu rada u tim intervencijama. Tematske skupine u koje su podijelili intervencije su **kreativne** intervencije, **senzorne** intervencije, intervencije bazirane na **aktivnosti**, **psihološke** intervencije, intervencije usmjerene na njegovatelja i **okolinske**

intervencije. S obzirom da se ovaj rad fokusira na osobe oboljele od demencije, ali ne i njihove negovatelje, tematska skupina intervencija usmjerenih na negovatelje neće se uzeti u obzir niti obrađivati. S druge strane, u skupini kreativnih intervencija nedostaje dramaterapija pa će ona biti nadodana jer se smatra relevantnom za ovaj rad. Dramaterapija je za hrvatski kontekst važna o čemu svjedoči činjenica da je jedan od smjerova na poslijediplomskom specijalističkom studiju kreativne terapije na osječkoj Akademiji za umjetnost i kulturu upravo dramaterapija kao jedan od četiri osnovna oblika kreativnih intervencija. Ponuđena se klasifikacija uglavnom podudara s klasifikacijama drugih autora, ali od svih ponuđenih pruža najstrukturiraniji i najsvieobuhvatniji prikaz psihosocijalnih metoda zbog čega se istaknula kao najrelevantnija među ponuđenim klasifikacijama što je i razlog korištenja iste. Radi bolje preglednosti bit će prikazana u tablici.

Tablica 4.1.  
*Podjela psihosocijalnih intervencija prema tematskim skupinama*

TEMATSKE SKUPINE	POJEDINE INTERVENCIJE
<b>Kreativne</b> intervencije	Art terapija, terapija pokretom i plesom, muzikoterapija, dramaterapija, djelo životne priče
<b>Senzorne</b> intervencije	Terapija svjetlom, aromaterapija, multisenzorni pristup, terapija uz pomoć životinja
Intervencije bazirane na <b>aktivnosti</b>	Tjelovježba, drugi pristupi usmjereni na aktivnost
<b>Psihološke</b> intervencije	Terapija lutkama, reminiscencija, validacija, terapija kognitivne stimulacije, kognitivni trening
<b>Okolinske</b> intervencije	Fizička okolina, psihosocijalna okolina

Izvor: Patel i sur., 2014.

#### *4.1. Kreativne intervencije*

Patel i suradnici (2014.) kreativne intervencije opisuju kao velik potencijal upravo zbog kreativnosti koju te intervencije sadrže, a drugi pristupi ne pružaju. Ishodi ovih intervencija rjeđe se opisuju kroz njihov učinak na bihevioralne i psihološke simptome oboljele osobe baš zato što se kroz taj pristup provlači

filozofija, odnosno paradigma skrbi usmjerene na osobu. Fokus je na promicanju dobrobiti, kvalitete života i obogaćivanju iskustva, čime se nastoji podići i poboljšati raspoloženje i ponašanje oboljelih (Patel i sur., 2014.). To ne znači da ne postoje istraživanja koja potvrđuju njihov učinak na smanjenje spomenutih bihevioralnih i psiholoških simptoma do kojih dolazi uslijed demencije. Naprotiv, napravljena su i takva istraživanja koja potvrđuju učinkovitost ovih metoda (npr. Emblad i Mukaetova-Ladinska, 2021.) između kojih se posebno ističe muzikoterapija i sama glazba kao vrlo učinkovit i značajan alat za rad s oboljelima od demencije. Kreativne aktivnosti općenito imaju stimulirajući učinak na osobe oboljele od demencije te povoljno utječu na smanjenje simptoma depresije, kao i osjećaja izoliranosti i beznađa, nudeći oboljeloj osobi moć izbora i donošenja odluka (Hannemann, 2006.). Kreativne metode usmjerene su na izoštravanje i naglašavanje kapaciteta koje oboljela osoba ima da se izrazi i samostalno izvršava određene radnje (Hannemann, 2006.). Unatoč deficitima do kojih dolazi u komunikacijskom smislu, gdje oboljela osoba više ne može riječima izraziti što želi, osjeća ili treba, kroz neverbalne terapijske metode poput slikanja, glazbe i slično oboljela se osoba može izraziti (Hannemann, 2006.). Sudjelovanje u aktivnostima ovih intervencija oboljeli vježba svoje kognitivne i bihevioralne vještine, jača svoje interpersonalne vještine, slobodno vrijeme dobiva svoju strukturiranost i na kraju raste samopouzdanje zbog uspješno izvršenog zadatka, ali i interakcije s ostalim članovima u grupi (Škrbina i Radić, 2010.).

Upravo kreativne intervencije osobama oboljelima od demencije pružaju sredstvo komunikacije i povezivanja s drugima te vraćanja osjećaja pripadnosti. Kroz kreativne tehnike oboljeli uče apstraktno misliti i biti više otvorenog uma, poboljšavaju svoje vještine nošenja sa stresnim situacijama kroz različite tehnike i alate koji se provlače kroz ove intervencije (Buchalter, 2011.). Kroz cijeli proces naglasak je na socijalizaciji, snagama i emocionalnoj dobrobiti, ali i dobrobiti općenito (Buchalter, 2011.).



#### *4.1.1. Pojedine kreativne intervencije*

Prema Patel i suradnicima (2014.) u kreativne intervencije ubrajamo art terapiju, terapiju pokretom i plesom, muzikoterapiju, dramaterapiju i djelo životne priče. Svaka od njih u nastavku će biti nešto detaljnije prikazana.

**Art terapija**, ili kako ju neki još zovu, likovna terapija, ima mnoge pozitivne učinke u radu sa starijima općenito (Buchalter, 2011.). Prema definiciji Američke udruge za art terapiju (AATA, 2017.) radi se o čitavoj profesiji u zaštiti mentalnog zdravlja gdje korisnici uz umjetničkog terapeuta koriste umjetničke medije, kreativni proces i umjetničko djelo kako bi istražili svoje osjećaje, razriješili emocionalne sukobe, potaknuli samosvijest, upravljali svojim ponašanjima i ovisnostima, razvili socijalne vještine, poboljšali orijentaciju u stvarnosti, smanjili anksioznost i povećali sveukupno samopoštovanje. Nešto jednostavnija, ali zapravo ista definicija Britanske udruge art terapeuta kaže da se radi o obliku psihoterapije koji koristi umjetničke medije kao primarni način komunikacije (Deshmukh i sur., 2018.). Važno je napomenuti da osoba ne treba imati iskustva niti ikakve vještine u umjetnosti, niti je terapija usmjerena na procjenu estetike djela koje eventualno nastane (Deshmukh i sur., 2018.). U skladu s time, naglasak je na pronalaženju osobnih snaga u prošlosti i sadašnjosti, kao i na stvaranju umjetničkih djela koja poboljšavaju kognitivne vještine i društvenu interakciju, što pridonosi osjećaju pripadnosti i socijalnoj uključenosti općenito (Stewart, 2004.). Opći cilj terapeuta je omogućiti oboljeloj osobi promjenu i rast na osobnoj razini kroz korištenje umjetničkih materijala u sigurnom okruženju (Deshmukh i sur., 2018.). Tradicionalne art terapije uključuju jednostavne umjetničke aktivnosti poput crtanja, slikanja, bojanja i izrade kolaža, čiji cilj je oboljeloj osobi omogućiti da izventilira svoje emocije, smanji stres, poboljša svoje fizičko i mentalno stanje i raspoloženje (Chancellor i sur., 2014.). Međutim, razvojem art terapije, njen je oblik sve inovativniji i osim navedenoga, sada potiče na uvažavanje umjetnosti kroz posjete muzejima i umjetničkim galerijama, što se također pokazalo iznimno učinkovitim u poboljšanju raspoloženja i povećanju samopoštovanja (Chancellor i sur., 2014.).

Iz perspektive korisnikove forme kreativnosti, art terapiju možemo podijeliti na strukturiranu i nestrukturiranu (Wang i Li, 2016.). Kod strukturirane art terapeut određuje temu i umjetnički alat, a korisnik onda kreira koristeći taj alat i temu. Ova je forma dobra za početnike i one s težim oblicima demencije. S druge strane, u nestrukturiranoj art terapiji, korisnik preuzima inicijativu i samostalno odabire temu i alat kojim će spontano kreirati neko djelo, čime se jača osjećaj samokontrole i stimulira kreativnost (Wang i Li, 2016.).

Europska udruga za **terapiju pokretom i plesom** istu definira kao terapijsku upotrebu pokreta za promicanje emocionalne, socijalne, kognitivne, fizičke i duhovne integracije pojedinca (EADMT, 2010.). Ples kao pokret tijela, kreativno izražavanje i komunikacija temeljna je komponenta plesne terapije. Polazeći od činjenice da su um, tijelo, emocionalno stanje i odnosi međusobno isprepleteni, pokret tijela istovremeno pruža sredstva procjene i oblik intervencije za terapiju pokretom i plesom (EADMT, 2010.). Terapija pokretom i plesom korisna je i prikladna intervencija za niz dijagnoza i medicinskih stanja, a osobito za one kojima „riječi mogu biti teške“, osobe s kognitivnim oštećenjima ili one kojima je teško istražiti svoje emocije i izraziti se kroz riječi (Karkou i Meekums, 2017.). Terapija pokretom i plesom može imati pozitivne učinke kod oboljelih od demencije u smislu odgađanja kognitivnog pogoršanja, poboljšanja raspoloženja i povećanja socijalne interakcije kroz korištenje pokreta kao vježbe i kao plesa, korištenje glazbe, stvaranje terapijskog odnosa i druge karakteristike specifične za ovu terapiju (Karkou i Meekums, 2017.).

**Muzikoterapija** još je jedna od vrsta kreativnih intervencija koja je nastala iz rehabilitacijskih postupaka koji se primjenjuju u općoj psihologiji, psihoterapiji, glazbenoj naobrazbi, glazbenoj psihologiji, antropologiji te medicini (Crnković i sur., 2020.). Muzikoterapija definira se kao profesionalna upotreba glazbe i njenih elemenata kao intervencije u medicinskom, obrazovnom i svakodnevnom okruženju, u individualnom ili grupnom radu, kojom se nastoji ostvariti optimalnu kvalitetu života i poboljšati fizičko, socijalno, emocionalno, spoznajno i duhovno zdravlje (HUM, 2023.). Proces muzikoterapije detaljno je razrađen i

osmišljen, prilagođen pojedincu, odnosno grupi s kojom se radi te nastoji osigurati i unaprijediti komunikaciju, učenje i potaknuti izričaj (Crnković i sur., 2020.). Prisutna je snažna povezanost glazbe i onog nesusjesnog u osobi te se kroz terapiju aktiviraju te nesusjesne misli i želje polaznika (Crnković i sur., 2020.). Korištenjem glazbe u procesu terapije postižu se specifični, neglazbeni ciljevi te se djeluje na područjima psihičkih (kognitivnih i spoznajnih), tjelesnih, psiholoških (spoznajni i emocionalni procesi) i socijalnih potreba unutar terapijskog odnosa (Crnković i sur., 2020.). Sustavni pregled literature o učinkovitosti muzikoterapije kojeg su napravili Bleibel i suradnici (2023.) potvrđuje već više puta dokazanu značajnost i učinkovitost te terapije u radu s oboljelima od demencije. Muzikoterapija pokazala se osobito važnom u procesu kognitivne rehabilitacije pri kojoj je cilj poboljšati kognitivne funkcije osobe oboljele od demencije, poput pamćenja, izvršnih funkcija i pažnje (Bleibel i sur., 2023.). Od davnina je poznato da umjetnost ima svoj terapeutski učinak, no glazba je taj medij umjetnosti koji najviše potiče mentalnu osviještenost, kognitivne funkcije, svijest o sebi u sadašnjem vremenu te utječe na samopoštovanje, raspoloženje, ponašanje i percepciju boli (Kovačević i Mužinić, 2015.). Glazba je sredstvo kontakta i komunikacije, osnaživanja identiteta, samoizražavanja i bazične socijalne aktivnosti (Kovačević i Mužinić, 2015.). Najveća vrijednost muzikoterapije je upravo u tome što moždana područja zadužena za obradu glazbenog sadržaja propadaju zadnja u demenciji, te ostaju relativno očuvana i u kasnijim fazama bolesti što ovaj oblik terapije čini jedinstvenim u dolaženju do uskladištenih znanja i sjećanja kada je osoba već gotovo nestala (Kovačević i Mužinić, 2015.).

**Dramaterapija** fokusira se na ciljanu upotrebu ljekovitih aspekata drame i kazališta kao terapeutskog procesa kroz koji se oboljeloj osobi želi olakšati prihvaćanje promjena. Radi se o metodi rada i igre koja koristi određene aktivne metode za poticanje kreativnosti, mašte, učenja, uvida i rasta (BADth, 2011., prema EFD, 2017.). Dramaterapija daje nam mogućnost da se pod krinkom igre i pretvaranja možemo ponašati i djelovati na nove načine. Ona nam pruža mali odmak od stvarnog života koji nam omogućuje da bolje uvidimo svoje uloge,

obrasce i postupke u stvarnom životu te da aktivno eksperimentiramo s alternativama koje postoje. Tako se oboljelima omogućuje da igraju različite uloge i da se slobodno i bez osude izražavaju, otkrivaju ono skriveno u sebi i jačaju svoj identitet, koji im, uslijed ove bolesti, „curi kroz prste“ svakim danom sve više i brže (Morris, 2011.). Dramaterapija se kroz pripovijedanje priča, projektnu igru, svrhovitu improvizaciju i izvedbu pokazala učinkovitom u smanjenju depresivnih simptoma, poboljšanju pažnje i općenito povećanju kvalitete života (Li-Wei i sur., 2022.).

**Djelo životne priče** ili tzv. *life story work* odnosi se na rad s oboljelom osobom i njenim bližnjima kako bi se prikupile različite informacije o njihovom životu s ciljem da te informacije olakšaju skrb o oboljeloj osobi (McKeown i sur., 2010.). Djelo životne priče zapravo je dokument s najvažnijim osobnim podacima o oboljelome, poput njegove pozadine, njegovih interesa, važnim osobama ili događajima iz njegova života i slično (Thompson, 2011.). S obzirom da osobe oboljele od demencije imaju više ili manje ograničene komunikacijske mogućnosti, ovakav oblik rada s njima pruža skrbnicima način da oboljelima pruže utjehu i osjećaj sigurnosti podsjećajući ih na neke uspomene ili im pruža alat da umire osobu kada je uznemirena pomoću neke specifične informacije dobivene upravo iz djela životne priče (Thompson, 2011.).

#### 4.2. *Senzorne intervencije*

Senzorne intervencije obuhvaćaju tretmane usmjerene na senzornu obradu oboljele osobe (Baker i sur., 2003.). Korištenje intervencija iz ove skupine u praksi je prilično složeno zbog same izvedbe. I prekomjerna i premala stimulacija mogu pogoršati negativne simptome poput agresije i halucinacija (Baker i sur., 2003.). Stoga, učinkovit tretman zahtijeva temeljito poznavanje promjena uslijed senzorne obrade koje se javljaju kod ove skupine oboljelih kako bi se mogla postići povoljna stimulacija (Smith i D'Amico, 2020.). Točnije, oni koji provode tretman moraju dobro razumjeti da su svi osjetilni sustavi pod utjecajem dobi, demencije ili oboje (Smith i D'Amico, 2020.). Na primjer, oštećenje vida zbog

dobi, demencije i Alzheimerove bolesti, vidljivo kroz pad osjetljivosti na kontrast i nedostatak svijesti o prostoru, povezano je s demencijom i Alzheimerovom bolešću (Smith i D'Amico, 2020.). S druge strane, većina drugih pogoršanja vida, poput oštine, jasnoće i osjetljivosti na kontrast, javljaju se s dobi (Smith i D'Amico, 2020.).

#### *4.2.1. Pojedine senzorne intervencije*

Patel i suradnici (2014.) u skupinu senzornih intervencija ubrajaju terapiju svjetlom, aromaterapiju, multisenzorni pristup i terapiju uz pomoć životinja.

Fiziologija našeg unutarnjeg biološkog sata odgovornog za naš ciklus spavanja i budnosti prilično je složena (Patel i sur., 2014.). Taj je ciklus osjetljiv na socijalne aktivnosti i vrijeme obroka u svojoj regulaciji o njegov najjači regulator je ciklus svjetla i tame (Hanford i Figueiro, 2013.). S obzirom da su problemi sa spavanjem jedna od manifestacija demencija, kako je i objašnjeno na početku rada, ovaj je podatak važan orijentir kod odabira ovakve vrste intervencije. **Terapija svjetlom** sastoji se od izlaganja oboljele osobe svjetlosti različitog intenziteta i trajanja, a rezultati raznih istraživanja pokazuju učinkovitost ove vrste terapije u poboljšanju raspoloženja, agitacije i spavanja (Burns i sur., 2009.; Hanford i Figueiro, 2013.), pa i u smanjenju rizika od padova (Hanford i Figueiro, 2013.).

Kada govorimo o **aromaterapiji**, govorimo o takozvanoj olfaktorno senzorno stimulativnoj intervenciji (Smith i D'Amico, 2020.). Kod te se intervencije koristi nekoliko metoda, odnosno koriste se difuzori i izravno udisanje, izravno izlaganje kože ulju i gutanje ulja (Smith i D'Amico, 2020.). Također, koristi se i metoda kupanja u kadi vode u kojoj su esencijalna ulja (Patel i sur., 2014.). Ulja koja se najčešće koriste su ulje melise, lavande, limuna, timijana i ružmarina, te se ovakav tip intervencije pokazao učinkovitim u smanjenju bihevioralnih i psiholoških simptoma demencije, kao i u poboljšanju kognitivnih sposobnosti i podizanju kvalitete života općenito (Fung i sur., 2012.).

**Multisenzorni pristup** prilično je popularna intervencija i kod mnogih drugih skupina bolesti i poremećaja osim demencije. Radi se o specijalizirano dizajniranoj sobi koja je izvorno zamišljena kao sigurno okruženje i mjesto opuštanja za osobe s teškoćama (Sánchez i sur., 2013.). Takozvana Snoezelen senzorna soba kod oboljelih od demencije umanjuje osjećaj nemira i poboljšava njihovo raspoloženje, povoljno utječe na percepciju boli čime sveukupno poboljšava kvalitetu njihova života (Sánchez i sur., 2013.). Te sobe kombiniraju svjetla, pokrete, glazbu i taktilne objekte čime se istražuju i stimuliraju sva osjetila, a cilj je postići osjećaj ugone i blagostanja te odagnati stres i bol (Sánchez i sur., 2013.).

Posljednja senzorna intervencija odnosi se na **terapiju uz pomoć životinja** koja obuhvaća svaki oblik terapije koji uključuje životinje (Patel i sur., 2014.). Radi se o praktičnoj interakciji s dresiranom životinjom i pod nadzorom obučenog voditelja (Patel i sur., 2014.). Ova je intervencija osmišljena s ciljem poboljšanja fizičkih, socijalnih, emocionalnih i kognitivnih funkcija kod oboljele osobe, a može se pružati individualno ili grupno (Lai i sur., 2019.). Smatra se da djelomično djeluje kroz senzornu stimulaciju, ali može pomoći i u poticanju pozitivnih sjećanja i socijalnoj uključenosti (Patel i sur., 2014.).

#### *4.3. Intervencije bazirane na aktivnosti*

Istraživanja potvrđuju i sve snažnije ukazuju na tjelesnu aktivnost kao važan dio prevencije, ali i intervencije kada osoba već oboli od demencije (Teri i sur., 2008.). Povećana tjelesna aktivnost poboljšava fizičku funkcionalnost, što smanjuje rizik od padova i prijeloma, te rizik od gubitka mišićne izdržljivosti. Također, fizička aktivnost poboljšava raspoloženje i usporava pad kognitivnih funkcija (Teri i sur., 2008.).

#### 4.3.1. *Pojedine intervencije bazirane na aktivnosti*

Intervencije koje se baziraju na aktivnosti obuhvaćaju tjelovježbu, odnosno fizičku aktivnost i druge pristupe usmjerene na aktivnost (Patel i sur., 2014.).

**Tjelovježba** ima istaknuto mjesto u smislu primarne prevencije demencije u smanjenju vaskularnog rizika (Patel i sur., 2014.). Ima takozvanu neuroprotektivnu funkciju te postoje očigledne koristi za kvalitetu života, fizičko zdravlje i afektivne simptome (Patel i sur., 2014.). Postoje različite preporuke, ali svi potvrđuju pozitivan učinak fizičke aktivnosti kod oboljelih od demencije. Tako, Forbes i suradnici (2008.) preporučuju aerobne vježbe pet puta tjedno po 30 minuta. Winchester i suradnici (2013.) dokazali su da su se kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti nakon godine dana fizičke aktivnosti u obliku minimalno dvosatne šetnje tjedno značajno poboljšale njihove kognitivne i izvršne funkcije, pažnja i sposobnost procesuiranja informacija, kao i opće poboljšanje fizičkog zdravlja.

Govoreći o **drugim pristupima baziranim na aktivnosti**, zanimljivo je spomenuti istraživanje Brooker i suradnika (2007.) koji ukazuju i potvrđuju činjenicu da je kombinacija individualiziranih i različitih intervencija najučinkovitija kod osoba oboljelih od demencije. Jedna od glavnih psiholoških potreba osoba oboljelih od demencije, a jedan od najtežih gubitaka koji upravo ta skupina prolazi, je okupacija (Patel i sur., 2014.). Neokupiranost, odnosno nedostatak zanimacije dovodi do senzorne deprivacije, dosade, izolacije i naposljetku lošeg raspoloženja (Brooker i sur., 2007.). Pojam aktivnosti u globalu pokriva širok i raznolik raspon mogućih intervencija, a odgovarajuća upotreba aktivnosti može postati ključna komponenta intervencije kroz usklađivanje određene aktivnosti sa sposobnostima osobe da se uključi u nešto u čemu pronalazi neki smisao. Ovakav način rada donio je pozitivne rezultate, odnosno male, ali značajne pozitivne promjene u smislu osjećaja povezanosti, blagostanja, pripadnosti, autonomije i identiteta (Brooker i sur., 2007.).

#### *4.4. Psihološke intervencije*

Iako postoje mnoge prednosti povezane s ranom dijagnozom poput izrade pravnog i financijskog plana dok je osoba još sposobna pridonijeti i sudjelovati u donošenju odluka, ranog početka liječenja te lakšeg pristupa sustavu podrške, rana dijagnoza može sa sobom donijeti i neke negativne posljedice (Regan i Varanelli, 2013.). U ranoj fazi oboljela osoba još je uglavnom potpuno svjesna svega, samo povremeno gubeći se, što znači da je svjesna da polako nestaje i da je svakim danom sve bliže danu kada se više neće moći sjetiti ničega i nikoga, niti skrbiti se za sebe (Regan i Varanelli, 2013.). Kada se oboljela osoba loše ili teško prilagođava dobivenoj dijagnozi i posljedicama koje bolest sa sobom nosi te se ti problemi ne razriješe, velik je rizik od razvijanja teškoća s mentalnim zdravljem već u ranim fazama bolesti, poput depresije i anksioznosti (Regan i Varanelli, 2013.). Upravo optimiziranjem prilagodbe i smanjivanjem simptoma depresije i anksioznosti može se pomoći oboljelima da uspore opseg i brzinu kojom bolest napreduje, te uspješno prihvate svoju dijagnozu i izvuku maksimalno iz situacije u kojoj su se našli (Regan i Varanelli, 2013.). Ta se pomoć oboljelim osobama pokušava pružiti kroz određene psihološke intervencije.

##### *4.4.1. Pojedine psihološke intervencije*

Psihološke intervencije u radu s oboljelima od demencije uključuju terapiju lutkama, reminiscenciju, terapiju kognitivne stimulacije, validaciju i kognitivni trening (Patel i sur., 2014.).

**Terapija lutkama** relativno je nova nefarmakološka strategija liječenja pacijenata sa uznapredovalim oblikom demencije. Radi se o terapiji usmjerenoj na osobu i vođena je njenim potrebama, a uključuje držanje, razgovor, hranjenje, maženje ili oblačenje antropomorfne lutke (Ng i sur., 2017.). Ovakva intervencija izrasla je iz Bowlbyjeve teorije privrženosti pa povezuje način na koji oboljeli od demencije doživljavaju svijet kao nepoznato i nesigurno mjesto s povećanjem



njihove potrebe za privrženosti, pri čemu se često vežu za članove osoblja, druge korisnike ili i objekte (James i sur., 2006.). Terapija lutkama pokazala se učinkovitom u smanjenju razine anksioznosti, povećanju razine aktivnosti oboljelih osoba te u povećanju njihova općeg zadovoljstva (James i sur., 2006.). Također, neka novija istraživanja (Ng i sur., 2017.) pokazuju da je ova terapija učinkovita u smanjenju agitacije, agresivnosti i lutanja kod oboljelih smještenih u institucijama. Isto istraživanje pokazalo je povećanje prosocijalnog ponašanja kod oboljelih kao i stvaranje terapijskog odnosa s lutkom, senzornu stimulaciju i poboljšanje komunikacije zbog snažnije povezanosti s vanjskim svijetom i okolinom.

**Reminiscencija** ili reminiscencijska terapija obično se odvija u grupnom formatu i koristi fotografije, glazbu, videozapise ili druge predmete za poticanje osobnih sjećanja (Patel i sur., 2014.). Inače, ova terapija može se koristiti u različite terapijske svrhe, a u kontekstu demencije ova vrsta terapije oboljelima pruža priliku za socijalnu interakciju i time im pruža osjećaj pripadnosti i zadovoljstva (Scott i Clare, 2003.). Reminiscencijska terapija oboljeloj osobi omogućuje da iskoristi neka davnija sjećanja koja su im dostupnija od onih novih. Uvježbavanje prisjećanja može pomoći u održavanju tih sjećanja i jačati samoidentitet oboljelih, što pokazuje da se ova terapija fokusira i na kognitivnu i na emocionalnu funkcionalnost (Scott i Clare, 2003.). Unatoč tome što se ova terapija češće izvodi u grupnom obliku, treba spomenuti da se pokazalo da individualne sesije mogu biti korisnije za one koji imaju veća kognitivna oštećenja ili se jednostavno ne osjećaju ugodno u grupnom obliku intervencije (Scott i Clare, 2003.).

**Validacija** je vrsta terapije ili intervencije koja se temelji na ideji da događaji iz prošlosti utječu na osjećaje i ponašanja u sadašnjosti pa je stoga važno uvažiti osjećaje koje drugi ljudi doživljavaju bez obzira jesu li njihove izjave točne, je li se navedeno zaista dogodilo ili nije (Scott i Clare, 2003.). Osnovna ideja je da ljudi u sebi nose nerazriješene sukobe ili probleme koji upravljaju njihovim ponašanjima i emocijama, a način na koji okolina odgovara na ta ponašanja osobi

može pomoći da se osjeća bolje ili učiniti da se osjeća lošije (Heerema, 2022.) Cilj je, dakle, validirati ono što osoba osjeća jer za nju ti osjećaji jesu stvarni, ali i pomoći joj da ih proradi (Heerema, 2022.). Kroz ovaj se pristup provlače vrijednosti koje u sličnoj formi dijele svi pristupi usmjereni na osobu. Tako su u ovom tipu intervencije svi ljudi jednako vrijedni bez obzira na svoju dezorijentiranost, bol koju oboljela osoba osjeća jednom kada se izrazi i prizna, a slušatelj uvaži, ta bol će se umanjiti, dok će osjećaji boli koji se potiskuju i ignoriraju narasti i osnažiti (Patel i sur., 2014.). Validacija se pokazala učinkovitom u smanjenju razine agitacije i drugih bihevioralnih simptoma demencije kao i u smanjenju osjećaja emocionalne rastresenosti (Erdmann i Schnepp, 2016.).

**Terapija kognitivne stimulacije** je grupna terapija s ciljem da potakne i angažira oboljele osobe s blagom do umjerenom demencijom (Spector i sur., 2012.). Svaka sesija prati neku opću temu ili aktivnost koju je grupa odabrala s popisa, a može se raditi o, na primjer uspomenu iz djetinjstva, aktualnim događanjima ili aktivnostima poput pečenja kolača, traženja riječi i slično. Aktivnosti bi trebale biti zabavne, usmjerene na pacijente i mentalno stimulirajuće. Također, odabrane aktivnosti trebaju biti smislene i značajne pacijentima te im pomoći u osvježavanju i jačanju njihovih sjećanja, sposobnosti rasuđivanja i jeziku (Spector i sur., 2012.). Aguirre i suradnici (2013.) svojim su sustavnim pregledom literature na ovu temu otkrili da postoje značajne promjene i poboljšanja u kognitivnom funkcioniranju i zadovoljstvu životom te dobiti kod osoba oboljelih od demencije nakon sudjelovanja u terapiji kognitivne stimulacije. Kognitivna stimulacija usmjerena je na opće poboljšanje kognitivnog funkcioniranja pa su zadaci općenitiji i naglašavaju implicitno, za razliku od eksplicitnog učenja i obično ovise o integraciji različitih kognitivnih funkcija, poput pamćenja, pažnje, jezika i rješavanja problema (Spector i sur., 2012.).

S druge strane, **kognitivni trening** više je usmjeren na individualizirani pristup vođen postojećim i trenutnim potrebama – npr. određenoj osobi u datom trenutku važno je i potrebno moći odjenuti se samostalno ili naučiti imena prijatelja

(Spector i sur., 2012.). On uključuje vođeno „vježbanje“ kroz niz standardiziranih zadataka osmišljenih za poboljšanje ili održavanje određenih kognitivnih funkcija poput pamćenja, pažnje ili izvršnih funkcija, s pretpostavkom da redovita vježba može poboljšati ili održati funkcioniranje u toj domeni (Spector i sur., 2012.). Iako se kognitivni trening ranije bazirao na možemo reći standardnom paketu zadataka, odnosno isti zadaci za sve, protekom vremena, razvojem i tehnološki napretkom, omogućeno je individualiziranje tog postupka prema kognitivnom profilu i potrebama svake osobe posebno (Bahar-Fuchs i sur., 2019.). Kognitivni trening može biti pružen u individualnom obliku, grupno ili ga za oboljelu osobu može ublažiti i olakšati prisutnost članova obitelji uz podršku terapeuta (Bahar-Fuchs i sur., 2019.).

#### *4.5. Okolinske intervencije*

Lawton (1990., prema Patel i sur., 2014.) je prepoznao ulogu okruženja, to jest okoline, ukazujući na dizajn tog okruženja kao jednog od ključnih elemenata u zadovoljenju potreba osoba oboljelih od demencije. Zeisel i suradnici (2003.) pokazali su povezanost između ponašanja i karakteristika okolinskog uređenja, opisujući potencijal samog dizajna da doprinese poboljšanju ili smanjenju nekih simptoma specifičnih za demenciju. Tako, okruženje, odnosno okolinsko uređenje određenim dizajnom oboljeloj osobi može biti utješno i pružati osjećaj sigurnosti i razumijevanja (Zeisel i sur., 2003.). Ništa manje važno nije niti psihosocijalna domena tog okruženja, čija se uloga jednako naglašava kao i uloga fizičke okoline. Potrebno je mijenjati kulturu i cjelokupan stav prema demenciji i oboljelima kroz prebacivanje naglaska sa stanja u kojem se osoba nalazi, na iskustvo. Životna iskustva na koja se želi staviti naglasak odnose se na prezentaciju vlastitog iskustva, iskustvo hranjenja, iskustvo osobnog užitka, iskustvo spavanja i svoje spavaće sobe, iskustvo povezanosti s obitelji i zajednicom, iskustvo u kontekstu završetka života te iskustvo osoblja. Sve nabrojano važno je u kreiranju kulture potrebne za stvaranje okruženja koje osobi oboljeloj od demencije omogućuje da bude aktivan sudionik u svakodnevnom životu, a ne pasivni primatelj skrbi (Davis i sur., 2009.). Parker i suradnici

(2004.) naglašavaju da mora postojati ravnoteža između slobode izbora i kontrole, fizičke podrške, ljudskosti i autentičnosti, udobnosti, kognitivne podrške i personaliziranosti jer sve navedeno povezano je s razinom kvalitete života. U ovoj posljednjoj skupini intervencija vidjet ćemo da se spajaju mnoga znanja koja imamo o ulozi drugih psihosocijalnih intervencija jer kombinacijom, npr. određene glazbe, osjetilnih podražaja i omogućavanja veće socijalne interakcije dizajnom prostora postiže se pozitivan učinak na oboljele osobe (Lee i sur., 2021.).

#### *4.5.1. Pojedine okolinske intervencije*

Okolinske intervencije Patel i suradnici (2014.) podijelili su na intervencije vezane za fizičku okolinu i intervencije vezane za psihosocijalnu okolinu.

**Fizička okolina** osobama oboljelima od demencije može pomoći da ostvare svoj potencijal, izbjegnu povećanje invaliditeta i obogate kvalitetu života (Davis i sur., 2009.). Morgan i suradnici (2004.) potvrđuju da omogućavanje određene razine privatnosti smanjuje agresivnost i uznemirenost kod osoba oboljelih od demencije, te povoljno utječe na njihovo spavanje. Također, Bicket i suradnici (2010.) svojim su istraživanjem potvrdili da takozvane okolinske manipulacije, odnosno prilagodbe prostora kojom se povećava privatnost oboljelih osoba, kao i primjena tipki za pozive i primjena telefona, mogu značajno poboljšati dobrobit oboljelih osoba. Lee i suradnici (2021.) identificirali su tri tematska područja okoline koja imaju značajan učinak na socijalnu interakciju i prakticiranje skrbi. Radi se o dizajnu ambijenta koji može omogućiti ili ograničiti socijalnu interakciju, prostornom uređenju koje može olakšati ili otežati učinkovitost pružanja skrbi i o osjetilnim podražajima kao važnoj komponenti kojom se utječe na oboljele osobe. Tako nalazi pokazuju da kvalitetno osmišljeno okruženje poput domaćeg ambijenta, otvorenog rasporeda i stimulirajućeg dvorišta pozitivno utječe na emocije oboljelih, ali i skrbnika te dovodi do izgradnje odnosa povjerenja. Isto tako, odgovarajuća razina zvuka ili poznate glazbe u pozadini stimulira i pozitivno utječe na oboljele (Lee i sur., 2021.).

Istraživanja u području okolinskih intervencija kod demencije usredotočila su se na prepoznavanje i identificiranje uloge fizičkog okruženja u skrbi za osobu oboljelu od demencije, pa je **psihosocijalna okolina** ostala donekle zanemarena. Unatoč tome, počelo se razgovarati o ulozi socijalnog okruženja za oboljele, čija je uloga davno prepoznata. Tako Annerstedt (1997.) govori o socijalnom okruženju koje treba biti prilagođeno kulturnim vrijednostima, tradicijama i uobičajenom načinu života oboljele osobe, koliko je to moguće. Međutim, autori sugeriraju da pojam socijalno okruženje ne opisuje adekvatno taj psihološki i emocionalni učinak koji socijalne interakcije imaju na osobe s kognitivnim oštećenjima pa se uvodi termin psihosocijalnog okruženja ili okoline (Werezak i Morgan, 2003.). Psihosocijalno okruženje odnosi se na značajne događaje, osobito one koji uključuju socijalnu interakciju i njen učinak na psihološku i emocionalnu dobrobit oboljele osobe (Werezak i Morgan, 2003.). Terapeutska vrijednost psihosocijalnog okruženja uvjetovana je organizacijskom kulturom ustanove, na koju utječe filozofija i politika institucije, adekvatnost financija i obučenosti osoblja, ali i opremljenost i stanje cjelokupnog fizičkog okruženja (Werezak i Morgan, 2003.). Psihosocijalna okolina počinje se isticati kao jedan od najvažnijih elemenata institucionalne skrbi u demenciji. Njena je uloga prepoznata u očuvanju osobnosti oboljelih, jednostavnom prepoznavanju preostalih sposobnosti i smanjenju usredotočenosti na invaliditet, te smanjenju potrebe za farmakološkom terapijom, što sveukupno poboljšava kvalitetu života osoba oboljelih od demencije (Werezak i Morgan, 2003.).

## 5. Zaključak

Jedan od javnozdravstvenih prioriteta u Hrvatskoj, ali i u svijetu, postala je demencija te s njom i Alzheimerova bolest, a podaci su poražavajući. Brojka oboljelih već je sada visoka, a i dalje ubrzano i kontinuirano raste, što nije popraćeno potrebnim razvojem usluga u skrbi u Hrvatskoj. Demencija sa sobom nosi mnoštvo razarajućih posljedica za oboljelu osobu, ali i za one koji tu osobu okružuju i skrbe o njoj. Skrb za osobe oboljele od demencije u ranijim fazama bolesti najčešće pružaju neformalni skrbnici, ponekad uz pomoć specifičnih usluga koje pružaju gerontološki centri u sklopu domova za starije i nemoćne. U kasnijim fazama bolesti, kada je oboljeloj osobi potrebna intenzivnija i dugotrajna skrb, skrb pružaju bolnice i domovi za starije i nemoćne. Međutim, postojeći smještajni kapaciteti u Hrvatskoj nikako ne odgovaraju stvarnim potrebama koje trenutno postoje, što skrb čini nedostupnom. Također, prisutan je i problem financijske prirode pa tako naknade za smještaj oboljele osobe u domovima za starije i nemoćne dosežu enormne iznose koje oboljele osobe i njihove obitelji ne mogu platiti pa je skrb i u tom smislu nedostupna.

Tu do izražaja dolaze nefarmakološki pristupi, odnosno psihosocijalne intervencije koje dokazano imaju pozitivne učinke na oboljele osobe u različitim područjima te im sveukupno omogućavaju veću kvalitetu života, očuvanje dobrobiti i dostojanstva do samog kraja njihova života (Vernooij-Dassen i sur., 2010.). One pružaju alat za rad s oboljelim osobama, ne samo u kasnijim fazama bolesti kada su osobe već na dugotrajnom smještaju, već i u ranijim fazama kada su još u stanju živjeti kod kuće, sami ili s obitelji. Baš u tim ranijim fazama su takve intervencije često najučinkovitije pa se stavlja naglasak na potrebu educiranja cijelog stanovništva, važnog koraka u prevenciji ove bolesti, kao i u ranom prepoznavanju znakova demencije kada se i ako bolest ipak pojavi. Uz to je potrebna i edukacija o dostupnim oblicima skrbi, ali i postojanju psihosocijalnih intervencija koje mogu biti od velikog značaja već u prvom valu emocija koje dolaze kod suočavanja s dijagnozom i prihvaćanjem iste. Psihosocijalne intervencije mogle bi biti budućnost socijalnog rada i u pogledu novoosmišljenog socijalnog mentorstva te općenito u svakodnevnom radu s

različitim skupinama ranjivih skupina. One mogu pomoći socijalnim radnicima da uspješnije surađuju i rade s oboljelima, ali i s njihovim obiteljima kako bi im olakšali suočavanje s dijagnozom te očuvali i podigli kvalitetu života i dobrobit svih uključenih u proces. Iako je za struku socijalnog rada logično zagovarati prvenstveno nefarmakološke metode te očuvanje identiteta i zaštitu dostojanstva naših korisnika kroz iste, treba istaknuti važnost multidisciplinarnog pristupa u radu s oboljelima od demencije. Za cjelovitu sliku i analizu potreba, kao i sveobuhvatan tretman oboljele osobe, potrebna je međusobna suradnja više stručnjaka iz različitih područja znanosti. Multidisciplinarni pristup u kontekstu demencije zahtijeva uključivanje specijalista psihijatrije, neurologije, interne medicine, medicinskih sestara i tehničara, kao i jednako važnih socijalnih radnika, psihologa, fizioterapeuta, dijetetičara i radnih terapeuta. Dakle, iako se uloga i učinkovitost psihosocijalnih intervencija sve više prepoznaje, ne smije se pritom zanemariti uloga farmakoloških tretmana koji su neizostavan dio liječenja osoba oboljelih od demencije. Upravo suradnjom različitih profesionalaca i korištenjem tako širokog i „šarenog“ dijapazona znanja, oboljeloj se osobi može pružiti najkvalitetnija moguća skrb.

S obzirom na trenutne demografske trendove i epidemijske razmjere koje problem demencije doseže, važno je pričati o ovoj temi te istraživati nove načine pružanja pomoći oboljelim osobama kao i procjenjivati učinkovitost postojećih. Nove spoznaje o oblicima i učincima primjene ovih, sve modernijih i inovativnijih tehnika rada potencijalno će pobuditi interes kod nekih pojedinaca da se obrazuju i osposobe za njihovo provođenje. Takav željeni rasplet donio bi više specijalistički obrazovanih stručnjaka i stvaranje baze istih, te potencijalno potaknuo izgradnju i otvaranje specijaliziranih ustanova i razvijanje specijaliziranih programa pomoći za ionako već zakašnjelu i prijeko potrebnu dostojanstvenu skrb za osobe oboljele od demencije.

## Popis tablica

Tablica 2.1.1. *Podjela najčešćih demencija s primjerima bolesti.* (str. 4.)

Tablica 4.1. *Podjela psihosocijalnih intervencija prema tematskim skupinama* (str. 15.)

## Literatura

1. Aguirre, E., Woods, R. T., Spector, A., & Orrell, M. (2013). Cognitive stimulation for dementia: a systematic review of the evidence of effectiveness from randomised controlled trials. *Ageing research reviews*, 12(1), 253-262.
2. American Art Therapy Association (2017). *About Art Therapy*. Posjećeno 24.7.2023. na mrežnim stranicama Američke udruge za art terapiju: <https://arttherapy.org/about-art-therapy/>
3. Annerstedt, L. (1997). Group-living care: an alternative for the demented elderly. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 8(2), 136-142.
4. Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and management of dementia. *Jama*, 322(16), 1589-1599.
5. Bahar-Fuchs, A., Martyr, A., Goh, A. M., Sabates, J., & Clare, L. (2019). Cognitive training for people with mild to moderate dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
6. Baker, R., Holloway, J., Holtkamp, C. C., Larsson, A., Hartman, L. C., Pearce, R., Scherman, B., Johansson, S., Thomas, P.W., Wareing, L.A., & Owens, M. (2003). Effects of multi-sensory stimulation for people with dementia. *Journal of advanced nursing*, 43(5), 465-477.
7. Bastawrous, M. (2013). Caregiver burden – A critical discussion. *International journal of nursing studies*, 50(3), 431-441.
8. Bicket, M. C., Samus, Q. M., McNabney, M., Onyike, C. U., Mayer, L. S., Brandt, J., Rabins, P., Lyketsos, C., & Rosenblatt, A. (2010). The physical environment influences neuropsychiatric symptoms and other outcomes in assisted living residents. *International journal of geriatric psychiatry*, 25(10), 1044-1054.
9. Bleibel, M., El Cheikh, A., Sadier, N. S., & Abou-Abbas, L. (2023). The effect of music therapy on cognitive functions in patients with Alzheimer's



- disease: a systematic review of randomized controlled trials. *Alzheimer's Research & Therapy*, 15(1), 65.
10. Bobić, A., Tomek Roksandić, S., Puljak, N., & Tomasović Mrčela, N. (2015). Projekt Gerontološki centri Grada Zagreba. *Epoha zdravlja: glasilo Hrvatske mreže zdravih gradova*, 8(1), 30-30.
  11. Brooker, D. J., Woolley, R. J., & Lee, D. (2007). Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: an evaluation of a multi-level activity-based model of care. *Aging and Mental Health*, 11(4), 361-370.
  12. Buchalter, S. (2011). *Art therapy and creative coping techniques for older adults*. Jessica kingsley publishers.
  13. Burns, A., Allen, H., Tomenson, B., Duignan, D., & Byrne, J. (2009). Bright light therapy for agitation in dementia: a randomized controlled trial. *International psychogeriatrics*, 21(4), 711-721.
  14. Butcher, H. K., Holkup, P. A., & Buckwalter, K. C. (2001). The experience of caring for a family member with Alzheimer's disease. *Western journal of nursing research*, 23(1), 33-55.
  15. Chancellor, B., Duncan, A., & Chatterjee, A. (2014). Art therapy for Alzheimer's disease and other dementias. *Journal of Alzheimer's Disease*, 39(1), 1-11.
  16. Clarke, C., Woods, B., Moniz-Cook, E., Mountain, G., Øksnebjerg, L., Chattat, R., Diaz, A., Gove, D., Vernooij-Dassen, M., & Wolverson, E. (2020). Measuring the well-being of people with dementia: a conceptual scoping review. *Health and quality of life outcomes*, 18, 1-14.
  17. Colello, K. J. (2007). Family caregiving to the older population: Background, federal programs, and issues for Congress.
  18. Coward, R. T., Lee, G. R., & Dwyer, J. W. (1993). The family relations of rural elders. *SAGE FOCUS EDITIONS*, 162, 216-216.
  19. Crnković, D., Hendija, P., Poljak, A., & Gelo, J. (2020). Muzikoterapija: umjetnost glazbe kroz umijeće liječenja. *Naklada Slap. Zagreb*.
  20. Davis, S., Byers, S., Nay, R., & Koch, S. (2009). Guiding design of dementia friendly environments in residential care settings: Considering the living experiences. *Dementia*, 8(2), 185-203.

21. Deshmukh, S. R., Holmes, J., & Cardno, A. (2018). Art therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
22. Despot Lučanin, J. (2003). *Iskustvo starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
23. Emblad, S. Y., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2021). Creative art therapy as a non-pharmacological intervention for dementia: A systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease Reports*, 5(1), 353-364.
24. Erdmann, A., & Schnepf, W. (2016). Conditions, components and outcomes of integrative validation therapy in a long-term care facility for people with dementia. A qualitative evaluation study. *Dementia*, 15(5), 1184-1204.
25. Etters, L., Goodall, D., & Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of nurse Practitioners*, 20(8), 423-428.
26. European Association Dance Movement Therapy (2010). *What is Dance Movement Therapy (DMT)?* Posjećeno 25.7.2023. na mrežnim stranicama Europske udruge za terapiju pokretom i plesom: <https://eadmt.com/what-is-dance-movement-therapy-dmt>
27. European Federation of Dramatherapy (2017). *Dramatherapy*. Posjećeno 25.7.2023. na mrežnim stranicama Europske federacije za dramaterapiju: <https://www.efdramatherapy.com/dramatherapy>
28. Forbes, D., Forbes, S., Morgan, D. G., Markle-Reid, M., Wood, J., & Culum, I. (2008). Physical activity programs for persons with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
29. Fung, J. K. K., Tsang, H. W., & Chung, R. C. (2012). A systematic review of the use of aromatherapy in treatment of behavioral problems in dementia. *Geriatrics & gerontology international*, 12(3), 372-382.
30. Górska, S., Forsyth, K., & Maciver, D. (2018). Living with dementia: a meta-synthesis of qualitative research on the lived experience. *The Gerontologist*, 58(3), e180-e196.
31. Hanford, N., & Figueiro, M. (2013). Light therapy and Alzheimer's disease and related dementia: past, present, and future. *Journal of Alzheimer's Disease*, 33(4), 913-922.

32. Hannemann, B. T. (2006). Creativity with dementia patients: Can creativity and art stimulate dementia patients positively?. *Gerontology*, 52(1), 59-65.
33. Havelka, M. (2003). Skrb za starije ljude u Hrvatskoj – potreba uvođenja novih modela. *Društvena istraživanja – Časopis za opća društvena pitanja*, 12(1-2), 225-245.
34. Heerema, E. (2022). Using Validation Therapy for People With Dementia. Posjećeno 26.7.2023. na mrežnim stranicama: <https://www.verywellhealth.com/using-validation-therapy-for-people-with-dementia-98683#toc-how-effective-is-validation-therapy>
35. Heuer, S., & Willer, R. (2020). How is quality of life assessed in people with dementia? A systematic literature review and a primer for speech-language pathologists. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29(3), 1702-1715.
36. Hrvatska udruga muzikoterapeuta (2023). *Što je muzikoterapija?* Posjećeno 25.7.2023. na mrežnim stranicama Hrvatske udruge muzikoterapeuta: [https://www.muzikoterapeuti.hr/?page\\_id=85](https://www.muzikoterapeuti.hr/?page_id=85)
37. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2017). *Alzheimerova bolest*. Posjećeno 5.7.2023. na mrežnoj stranici Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/>
38. Ivančević, Ž., Rumbolt, Z., Bergovec, M., Silobrčić, V., Kuzman, I., & Štimac, D. (2020). MSD priručnik dijagnostike i terapije/glavni urednik hrv. izd. *Željko Ivančević. Delirij i demencije, 2.*
39. James, I. A., Mackenzie, L., & Mukaetova-Ladinska, E. (2006). Doll use in care homes for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, 21(11), 1093-1098.
40. Jedvaj, S., Štambuk, A., & Rusac, S. (2014). Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme: Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti*, 1(1), 135-154.
41. Karkou, V., & Meekums, B. (2017). Dance movement therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

42. Kovačević, A., & Mužinić, L. (2015). Muzikoterapija kao rehabilitacijska metoda za osobe s Alzheimerovom bolešću. *Socijalna psihijatrija*, 43(1), 0-19.
43. Kušan Jukić, M., & Mimica, N. (2016). Palijativna skrb o oboljelima od Alzheimerove bolesti i drugih demencija. *Medix, travanj*.
44. Lai, N. M., Chang, S. M. W., Ng, S. S., Tan, S. L., Chaiyakunapruk, N., & Stanaway, F. (2019). Animal-assisted therapy for dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
45. Laklija, M., Milić Babić, M., & Rusac, S. (2009). Neki aspekti skrbi o članu obitelji oboljelom od Alzheimerove bolesti. *Ljetopis socijalnog rada*, 16(1), 69-89.
46. Lee, S. Y., Hung, L., Chaudhury, H., & Morelli, A. (2021). Staff perspectives on the role of physical environment in long-term care facilities on dementia care in Canada and Sweden. *Dementia*, 20(7), 2558-2572.
47. Lesički, J., Mrdalj, K., & Lesički, G. (2015). *Vodič usluga za starije na području Grada Zagreba i Zagrebačke županije*. Zagreb: Društvo za socijalnu podršku.
48. Li-Wei, L. I. N., Yi-Hsin, L. U., Chang, T. H., & Shu-Hui, Y. E. H. (2022). Effects of Drama Therapy on Depressive Symptoms, Attention, and Quality of Life in Patients With Dementia. *Journal of Nursing Research*, 30(1), e188.
49. McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T., & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International journal of older people nursing*, 5(2), 148-158.
50. Milić Babić, M., Rusac, S., & Oreb, T. (2021). Psihosocijalne intervencije kod osoba oboljelih od Alzheimerove demencije i njihovih njegovatelja. *Jahr-European Journal of Bioethics*, 12(1), 65-86.
51. Mimica, N. (2019). Primjeri prijateljskih inicijativa usmjerenih prema osobama s demencijom u Hrvatskoj. *Socijalna psihijatrija*, 47(3), 247-260.
52. Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, B., Orrell, M., & Network, I. (2011). Psychosocial interventions in dementia care research: the INTERDEM manifesto. *Aging & mental health*, 15(3), 283-290.

53. Morgan, D. G., Stewart, N. J., D'arcy, K. C., & Werezak, L. J. (2004). Evaluating rural nursing home environments: dementia special care units versus integrated facilities. *Aging & Mental Health*, 8(3), 256-265.
54. Morris, N. (2011). Unspoken depths: Dramatherapy and dementia. *Dramatherapy*, 33(3), 144-157.
55. Murgić, J., Jukić, T., Tomek-Roksandić, S., Ljubičić, M., & Kusić, Z. (2009). The ageing of Croatian population. *Collegium antropologicum*, 33(2), 701-705.
56. Ng, Q. X., Ho, C. Y. X., Koh, S. S. H., Tan, W. C., & Chan, H. W. (2017). Doll therapy for dementia sufferers: A systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 26, 42-46.
57. Parker, C., Barnes, S., McKee, K., Morgan, K., Torrington, J., & Tregenza, P. (2004). Quality of life and building design in residential and nursing homes for older people. *Ageing & Society*, 24(6), 941-962.
58. Patel, B., Perera, M., Pendleton, J., Richman, A., & Majumdar, B. (2014). Psychosocial interventions for dementia: from evidence to practice. *Advances in psychiatric treatment*, 20(5), 340-349.
59. Ray, M. G., Bernard, M., & Phillips, J. (2009). *Critical issues in social work with older people*. Bloomsbury Publishing.
60. Regan, B., & Varanelli, L. (2013). Adjustment, depression, and anxiety in mild cognitive impairment and early dementia: a systematic review of psychological intervention studies. *International psychogeriatrics*, 25(12), 1963-1984.
61. Rusac, S. (2015). Specifičnosti individualnog planiranja u radu s osobama starije životne dobi. U: Urbanc, K. (ur.), *Individualno planiranje u socijalnom radu*, (str. 147 – 164). Zagreb: Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
62. Rusac, S. (2016). Alzheimerova bolest: izazovi socijalnog rada. *Ljetopis socijalnog rada*, 23(3), 439-461.
63. Sánchez, A., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., & Maseda, A. (2013). Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(1), 7-14.

64. Scott, J., & Clare, L. (2003). Do people with dementia benefit from psychological interventions offered on a group basis?. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 10(3), 186-196.
65. Smith, B. C., & D'Amico, M. (2020). Sensory-based interventions for adults with dementia and Alzheimer's disease: a scoping review. *Occupational therapy in health care*, 34(3), 171-201.
66. Sorrell, J. M. (2006). Listening in thin places: Ethics in the care of persons with Alzheimer's disease. *Advances in Nursing Science*, 29(2), 152-160.
67. Sošić, M., Vuletić, V., Tomić, Z., & Bogdanović, N. (2018). Dijagnostički i terapijski pristup pacijentu s kognitivnim smetnjama. *Medicina Fluminensis: Medicina Fluminensis*, 54(2), 140-154.
68. Spector, A., Orrell, M., & Hall, L. (2012). Systematic review of neuropsychological outcomes in dementia from cognition-based psychological interventions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 34(3-4), 244-255.
69. Stewart, E. G. (2004). Art therapy and neuroscience blend: Working with patients who have dementia. *Art therapy*, 21(3), 148-155.
70. Škrbina, D., & Radić, S. (2010). Kreativno izražavanje kao sredstvo potpomognute komunikacije kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti. *Ljetopis socijalnog rada*, 17(2), 263-279.
71. Štambuk, A., & Levak, K. (2018). Poteškoće i dobrobiti rada s osobama oboljelim od demencije iz perspektive formalnih njegovatelja. *Revija za socijalnu politiku*, 25(2), 191-210.
72. Teri, L., Logsdon, R. G., & McCurry, S. M. (2008). Exercise interventions for dementia and cognitive impairment: the Seattle Protocols. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 12, 391-394.
73. Thompson, R. (2011). Using life story work to enhance care. *Nursing older people*, 23(8).
74. Tilinger, A., & Štambuk, A. (2018). Problemi neformalnih (obiteljskih) njegovatelja u skrbi za osobe s demencijom – kvalitativni pristup. *Hrvatska Revija za Rehabilitacijska Istraživanja*, 54(2), 59-70.

75. Vernooij-Dassen, M., Vasse, E., Zuidema, S., Cohen-Mansfield, J., & Moyle, W. (2010). Psychosocial interventions for dementia patients in long-term care. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1121-1128.
76. Vidučić, M. (2018). *Naučite razliku između demencije i Alzheimerove bolesti*. Posjećeno 5.7.2023. na mrežnoj stranici bloga demencija.net: <https://demencija.net/a/razlika-demencija-alzheimerova-bolest>
77. Vidučić, M. (2022). *Smještaj osobe s demencijom u dom za starije - trebate li smjestiti osobu u dom i kada je pravo vrijeme za to*. Posjećeno 6.7.2023. na mrežnoj stranici bloga demencija.net: <https://demencija.net/a/smjestaj-osobe-s-demencijom-u-dom-za-starije-staracki-dom-zagreb-hrvatska-dementne-osobe>
78. Vidučić, M., & Rusac, S. (2018). Uloga kreativnih metoda u radu s oboljelima od Alzheimerove demencije. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 54(2), 85-96.
79. Zakon o udomiteljstvu. *Narodne novine*, 115/2018, 18/2022
80. Zeisel, J., Silverstein, N. M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, M. P., & Holmes, W. (2003). Environmental correlates to behavioral health outcomes in Alzheimer's special care units. *The Gerontologist*, 43(5), 697-711.
81. Žganec, N., Rusac, S., & Laklija, M. (2008). Trendovi u skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku*, 15(2), 171-188.
82. Wang, Q. Y., & Li, D. M. (2016). Advances in art therapy for patients with dementia. *Chinese Nursing Research*, 3(3), 105-108.
83. Werezak, L. J., & Morgan, D. G. (2003). Creating a therapeutic psychosocial environment in dementia care: A preliminary framework. *Journal of Gerontological Nursing*, 29(12), 18-25.
84. Winchester, J., Dick, M. B., Gillen, D., Reed, B., Miller, B., Tinklenberg, J., Mungas, D., Chui, H., Galasko, D., Hewett, L., & Cotman, C. W. (2013). Walking stabilizes cognitive functioning in Alzheimer's disease (AD) across one year. *Archives of gerontology and geriatrics*, 56(1), 96-103.

85. World Health Organization. (2023). *Health and Well-Being*. Posjećeno 5.7.2023. na mrežnoj stranici Svjetske zdravstvene organizacije: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>