

Uloga socijalnog radnika u tretmanu osoba s Alzheimerovom demencijom

Antolković, Mia

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

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:199:500630>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-19**



Repository / Repozitorij:

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



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
PRAVNI FAKULTET
STUDIJSKI CENTAR SOCIJALNOG RADA

Mia Antolković

ZAVRŠNI RAD

ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U TRETMANU
OSOBA S ALZHEIMEROVOM DEMENCIJOM

Mentorica:

izv. prof. prim. dr. sc. Tihana Jendričko

Komentorica:

prof. dr. sc. Silvia Rusac

Zagreb, 2024.

Sadržaj

1. Uvod.....	1
2. Klinička slika Alzheimerove demencije.....	2
3. Dijagnosticiranje Alzheimerove demencije.....	3
4. Uloga socijalnog radnika kroz stadije Alzheimerove demencije.....	4
4.1. Rani stadij.....	4
4.2. Srednji stadij.....	6
4.3. Kasni stadij.....	7
5. Terapija.....	8
5.1. Farmakoterapija.....	8
5.2. Kreativne metode.....	8
5.2.1. Likovna terapija.....	9
5.2.2. Glazbena terapija.....	9
5.2.3. Plesna terapija.....	10
5.2.4. Biblioterapija.....	10
5.2.5. Dramska terapija.....	11
5.2.6. Reminiscencija.....	12
6. Utjecaj na njegovatelje.....	12
6.1. Fizičko opterećenje njegovatelja.....	13
6.2. Emocionalno i mentalno opterećenje njegovatelja.....	14
6.3. Ekonomsko opterećenje njegovatelja.....	15
7. Utjecaj na obitelj.....	15
8. Ustanove za smještaj oboljelih.....	16
8.1. Domovi za starije osobe.....	17
8.2. Obiteljski domovi za starije osobe.....	18
8.3. Usluga dnevnog boravka.....	18
8.4. Usluga pomoći u kući.....	18
8.5. Gerontološki centri.....	19
8.6. Palijativna skrb.....	19
9. Uloga socijalnog rada u borbi s Alzheimerovom demencijom.....	19
9.1. Komunikacija s oboljelima od Alzheimerove demencije.....	21
9.2. Suradnja socijalnih radnika s drugim stručnjacima.....	21
10. Alzheimerova demencija u Hrvatskoj.....	22
11. Zaključak.....	23
Literatura:.....	24

Uloga socijalnog radnika u tretmanu osoba s Alzheimerovom demencijom

Sažetak: Alzheimerova bolest je kronična, progresivna, degenerativna bolest središnjeg živčanog sustava nepoznatog uzroka. Broj oboljelih od Alzheimerove demencije konstantno raste, a u budućnosti se predviđa još veći rast broja oboljelih, ponajviše zbog porasta udjela starije populacije. Nastanak Alzheimerove demencije je nepoznatog uzroka i sve dok se ne razviju izraženiji klinički simptomi, najčešće ostane neprepoznata. Stoga je bitno informirati stručne osobe koje su u kontaktu s osobama starije životne dobi kako bi mogli prepoznati rane simptome bolesti. Socijalni radnici stvaraju sustav podrške u borbi s Alzheimerovom demencijom, kako prema samoj oboljeloj osobi, tako i prema njenoj okolini, ponajprije obitelji, kroz informiranje, edukaciju i savjetovanje na način da se u središte stavi oboljela osoba i očuvanje njenog vlastitog identiteta.

Gljučne riječi: Alzheimerova bolest, demencija, socijalni rad, osobe starije životne dobi

The Role of the Social Worker in the Treatment of People with Alzheimer's Dementia

Abstract: Alzheimer's disease is a chronic, progressive, degenerative disease of the central nervous system of unknown cause. The number of people suffering from Alzheimer's dementia is constantly growing, and an even greater increase in the number of patients is predicted in the future, mainly due to the increase in the elderly population. The onset of Alzheimer's dementia is of unknown cause, and until more pronounced clinical symptoms develop, it most often remains unrecognized. Therefore, it is important to inform professionals who are in contact with elderly people so that they can recognize the early symptoms of the disease. Social workers create a support system both for the affected person and for their environment, especially the family, through information, education and counseling in a way that focuses on the affected person and preserving their own identity.

Keywords: Alzheimer's disease, dementia, social work, elderly people

Izjava o izvornosti

Ja, Mia Antolković, pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog 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.

Mia Antolković

1. Uvod

Napredak medicine i bolji životni uvjeti dovode do trenda starenja svjetske populacije. Isto tako i Republiku Hrvatsku prati demografsko starenje što dovodi do porasta određenih vrsta bolesti koje u većini zahvaćaju starije stanovništvo, a jedna od najtežih takvih bolesti je demencija. Od Alzheimerove demencije u svijetu boluje više od 50 milijuna ljudi, a procjene pokazuju da u Hrvatskoj trenutno živi između 60.000 i 70.000 osoba oboljelih od ove bolesti. Svjetska zdravstvena organizacija je 2012. godine demenciju proglasila svjetskim javno-zdravstvenim prioritetom (Mimica, 2019).

Demencija je klinički sindrom koji uključuje deficit kognitivnog funkcioniranja u jednoj ili više domena, a koji je dovoljno intenzivan da utječe na svakodnevno funkcioniranje i neovisnost osobe (Sošić i sur., 2018). Alzheimerova bolest je najčešći oblik demencije (60% slučajeva), a ostali oblici demencije su demencija Lewyjevih tjelešaca (15% slučajeva), cerebrovaskularna demencija (5% slučajeva), miješana demencija (Alzheimerova i cerebrovaskularna, 10% slučajeva), frontotemporalna demencija (5% slučajeva) i drugi oblici (5% slučajeva) (Sclan, 2019). Alzheimerova bolest je kronična, progresivna, degenerativna bolest središnjeg živčanog sustava nepoznatog uzroka (Mimica, 2019).

Bolest je dobila ime po Aloisu Alzheimeru, njemačkom psihijatru i neuropatologu, koji je 1906. godine prvi opisao ovu bolest. Radio je u Institutu za osobe oboljele od psihičkih poremećaja i epilepsije u Frankfurtu. Tamo je primijetio 51-godišnju pacijenticu Auguste Deter. Promatranjem pacijentice, doktor Alzheimer je zaključio da su njeni odgovori na postavljena pitanja nekoherentni i često nemaju nikakve veze s pitanjem. Prisutna je bila prostorna i vremenska dezorijentiranost, nagle promjene raspoloženja, nepovjerenje, povučenost, anksioznost. Također je imala poteškoće s prisjećanjem detalja iz vlastitog života. Posljednje godine života provela je vezana uz krevet, inkontinentna i nepokretna te nije bila u stanju govoriti. Pacijentica je preminula 1906. godine. Prilikom obdukcije, doktor Alzheimer je u moždanoj kori otkrio plakove. Ustanovio je povezanost između oštećenja na mozgu i patološkog ponašanja pacijentice (Shenk, 2005; prema Ćus, 2018).

2. Klinička slika Alzheimerove demencije

Klinički početak Alzheimerove demencije je najčešće neprimjetan i postupan, stoga je tu bolest teško identificirati. Prvi simptomi se često pripisuju staračkoj zaboravljivosti. Promjene koje se događaju kod oboljelog su vrlo neopažene, stoga se bolest dijagnosticira tek nekoliko godina nakon pojave prvih simptoma (Rastija, 2015). Simptomi se pojavljuju na 3 razine, a to su kognitivne, psihijatrijske i funkcionalne promjene (Gendron, 2011; prema Ćus, 2018).

Kognitivne promjene se najčešće uočavaju kroz gubitak kratkoročnog pamćenja. Oboljeli ima poteškoća s jednostavnim matematički izračunima, teško pamti nova imena, zaboravlja osobne stvari, odlaže predmete na neuobičajena mjesta, dezorijentiran je u prostoru (npr. zaboravlja put do kuće), dezorijentiran je u vremenu (ne zna koji je današnji datum ili godina), otežano donosi odluke. U kasnijoj fazi bolesti se pojavljuje i otežan i nerazumljiv govor te neprepoznavanje bliskih osoba (Ćus, 2018).

Psihijatrijske promjene su učestalije u kasnijim fazama bolesti. Oboljeli ne prepoznaje članove svoje obitelji, ukućane, rođake, ostale socijalne i rodbinske kontakte, te naposljetku zaboravlja čak i vlastito ime. Navedene praznine u sjećanju oboljeli može potencijalno nadomjestiti imaginacijom. Moguća je pojava naglih promjena u tjelesnoj težini zbog iskrivljene percepcije o hrani, što uzrokuje pothranjenost ili pretilost. Oboljeli postaje svjestan svoje nemoćnosti, što naposljetku dovodi do uznemirenosti, straha, depresije i agresije. Često okrivljuje samog sebe zbog pojave ove bolesti i efekata koje ostavlja na članove obitelji. Tu se pojavljuju strah i negativne misli koje uzrokuju suicidalne sklonosti. Suprotno od depresivnih stanja mogu se pojaviti manični poremećaji. U takvim slučajevima oboljeli može postati svadljiv, agresivan, sklon sitnim krađama, malim prevarama i lažima u svakodnevnom životu. Osobama koje skrbe o njima najteže padaju psihičke promjene kod oboljelih. Progresijom bolesti, nakon što mentalna sposobnost oboljeloga oslabi, najviše pati obitelj oboljelog, odnosno osobe koje za njega brinu. Ova skupina simptoma je najčešći uzrok institucionalnog smještaja oboljelih (Gendron, 2011; prema Ćus, 2018).

Zbog pojave funkcionalnih promjena, oboljeli je ovisan o pomoći druge osobe jer otežano samostalno ostvaruje osnovne potrebe. Funkcionalne promjene su usko vezane uz kognitivne promjene. Zbog nemogućnosti obavljanja jednostavnih matematičkih izračuna, javljaju se financijski problemi. Zbog zaboravljivosti, oboljeli zaboravlja isključiti plinsko kuhalo, zatvoriti slavinu, obavljati osobnu higijenu. Kasnije se javljaju i problemi s inkontinencijom (Shenk, 2005; prema Ćus, 2018).

3. Dijagnosticiranje Alzheimerove demencije

Prema 10. reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB-10), demencija kod Alzheimerove bolesti je istaknuta u poglavlju V koje prikazuje mentalne poremećaje i poremećaje ponašanja. Demencija kod Alzheimerove bolesti može biti s ranim početkom, odnosno s početkom prije 65. godine života, a obilježena je relativno brzim deteriorirajućim tijekom. Demencija kod Alzheimerove bolesti s kasnim početkom znači da se pojavljuje nakon 65. godine života, najčešće u kasnim 70-im godinama ili poslije, s poremećajem pamćenja kao glavnim obilježjem (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2012).

Dijagnosticiranje ove bolesti je zahtjevno jer zapravo ne postoji jedinstveni dijagnostički postupak, nego se u praksi koristi kombinirana dijagnostika, a najkorisnije je prikupljanje cijele anamneze. Stručni tim za dijagnostiku sastoji se od specijalista neurologije, psihijatrije, psihologije i drugih stručnjaka (Duraković, 2011; prema Kurića, 2017). Međutim, dok se ne razviju izraženiji klinički simptomi, Alzheimerova demencija često ostane neprepoznata. Također se često miješa sa starenjem i s ostalim oblicima demencija. Zbog toga postoji važnost u ranom uočavanju simptoma ove bolesti jer se terapijom oboljelome može bitno poboljšati kvaliteta života i eventualno produljenje života. Konačna dijagnoza se može potvrditi postmortalnom dijagnostikom (Begić i sur., 2015; prema Kurića, 2017).

Važan čimbenik za postavljanje početne dijagnoze demencije je procjena kognitivnih sposobnosti. Za procjenu kognitivnog oštećenja primjenjuje se MMSE (Mini-Mental State Examination). MMSE-om, odnosno testom procjene mentalnog stanja, ostvaruje se precizan opis mentalne disfunkcije. Testom, koji se ispunjava 5-10 minuta, ispituju se funkcije pamćenja, prepoznavanja, orijentacije, računanja,

pozornosti i govora. Rezultatom se procjenjuje težina demencije (Demarin i sur., 2017; prema Kolenko, 2019).

Razmatra se ideja o korištenju biomarkera kao indikatora za dijagnosticiranje Alzheimerove bolesti. No njihovo korištenje se još ne preporučuje kao jedini alat za dijagnostiku ove bolesti jer nije provedeno dovoljno istraživanja iz tog područja (Sperling i sur., 2011; prema Kurića, 2017). Međutim prednost biomarkera je otkrivanje bolesti u stadiju kada klinički simptomi još nisu prisutni ili su tek blago izraženi (Kolenko, 2019). Dijele se u dvije skupine: biomarkere akumulacije beta-amiloida (koji su karakteristični za fazu bolesti prije pojave kliničkih simptoma) i biomarkere neuralne degeneracije i ozljede neurona (karakterističnih za fazu nakon pojave kliničkih simptoma). Biomarkeri još nisu u rutinskoj uporabi. Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se omogućila njihova standardizacija (Roksandić i sur., 2017; prema Kolenko, 2019).

4. Uloga socijalnog radnika kroz stadije Alzheimerove demencije

Osobe oboljele od Alzheimerove demencije prolaze kroz tri faze, odnosno stadija. To su rani stadij (početni, blagi), srednji stadij (umjereni) i kasni stadij (terminalni, završni, uznapredovali, teški) (Macaden, 2016; prema Bošnjak Poljanac, 2018).

4.1. Rani stadij

U početnom stadiju oboljela osoba može davati dojam zdrave osobe te se stoga početni simptomi često pripisuju umoru, stresu ili uobičajenom procesu starenja (Klepac, 2018; prema Bošnjak Poljanac, 2018).

Simptomi koji se pojavljuju u ranoj fazi bolesti su poteškoće kratkotrajne memorije, otežano pamćenje nedavnih događaja, ponavljanje uvijek istih pitanja, poteškoće u svakodnevnim aktivnostima (posao, kućanski poslovi, slobodne aktivnosti), slaba koncentracija (otežano praćenje razgovora, filmova), problemi s novcem (zaboravljanje plaćanja računa, rasipnost ili škrtost), poteškoće prilikom komunikacije (zaboravljanje pojedinih riječi i izraza, otežano shvaćanje i sudjelovanje u razgovoru), poteškoće s orijentacijom u prostoru i vremenu (neprepoznavanje inače

poznatih prostora, nesnalaženje u danima i datumima), ostavljanje predmeta na neuobičajenim mjestima (novčanik u ormar), neurednost (loše održavanje osobne higijene i urednosti kućanstva), promjene osobnosti (otvorena osoba postaje povučena i stidljiva), nagle promjene raspoloženja, depresija, pasivnost (Cvitanović, 2017).

Kod skrbi osobe oboljele od demencije, ključno je očuvati osobnost osobe. Osobe s demencijom odlučuju o pitanjima u vezi planiranja njihove skrbi kroz pet aspekata: moraju biti informirane, saslušane, trebaju moći neometano izražavati svoje mišljenje, treba im biti dopušteno razmisliti o odluci te treba postojati mogućnost promjene svog mišljenja (Perry i O'Connor, 2002; prema Rusac, 2016).

Socijalni radnik u ovoj fazi može intervenirati koristeći SWOT analizu, kojom se sagledavaju preostale i izgubljene kompetencije oboljeloga, a sastoji se od snaga (strengths), slabosti (weaknesses), prilika (opportunities) i prijetnji (threats). SWOT analizu bi zajednički pripremili socijalni radnik i neformalni skrbnik oboljeloga kako bi se prepoznale i kreirale aktivnosti koje oboljeli može izvršavati. Na ovaj način oboljeli može maksimalno iskoristavati svoje preostale kompetencije, dok s druge strane skrbnik dobiva osjećaj da proces bolesti nije potpuno bez kontrole (Rusac, 2016).

Kako bi se očuvale postojeće kompetencije, potrebno je proći kroz dvije faze. Najprije je potrebno identificirati preostale sposobnosti oboljeloga, te potom kreirati situacije koje ga potiču na aktivnost. Očekivanja trebaju biti realna, odnosno zadatke je potrebno postaviti pažljivo kako bi ih oboljeli mogao uspješno izvršiti. Oboljeloj osobi treba dopustiti da što više samostalno komunicira s drugima i samostalno izvršava aktivnosti jer se u protivnom stvara prevelika ovisnost o neformalnom skrbniku. Ova koncepcija također ima cilj pokazati okolini da oboljela osoba može samostalno funkcionirati unutar određene mjere (Rusac, 2016).

Socijalni radnik može biti pružatelj informacija o Alzheimerovoj demenciji obitelji oboljeloga. Istraživanja pokazuju da mnoge obitelji znaju vrlo malo o razvoju ove bolesti i zdravstvenim problemima koje ona donosi (Rusac, 2016). Obitelj oboljeloga treba pripremiti na zajedničko donošenje odluka s oboljelom osobom kao i na njihovu ulogu zamjenskih donositelja odluka. Također ih je potrebno pripremiti za

smrt te informirati o tome što se može očekivati potkraj života oboljeloga. Sve te informacije mogu biti važne za dobrobit same obitelji (Herbert i sur., 2006; prema Rusac, 2016).

4.2. Srednji stadij

Unutar srednjeg stadija, simptomi bolesti postaju naglašeniji te ih stoga okolina počinje primjećivati. Simptomi koji se javljaju su značajan gubitak kratkoročnog pamćenja, ali također i zaboravljanje nekih događaja i činjenica iz prošlosti, učestalo ponavljanje istih pitanja, veća razina dezorijentacije u prostoru i vremenu, otežano rasuđivanje i povezivanje stvari, otežana komunikacija, govor, čitanje i pisanje, zaboravljanje pristojnog ponašanja, zaboravljanje poznanika i šireg kruga prijatelja (no i dalje prepoznaju najbliže srodnike i prijatelje), značajnije zanemarivanje osobne higijene i održavanja kućanstva, veća promjena ličnosti, pojava uznemirenosti, tjeskobe i različitih strahova, urinarna inkontinencija, problemi s koordinacijom pokreta i nespretnost. To sve dovodi do nemogućnosti samostalnog funkcioniranja te sve veće ovisnosti o tuđoj pomoći (Marić, 2018).

Uloga socijalnog radnika u ovom stadiju je pomoći obitelji razviti što učinkovitije strategije suočavanja sa simptomima bolesti. Kako u srednjem stadiju raste potreba za njegom oboljele osobe, tako raste i broj sati i količina aktivnosti koju je potrebno uložiti kako bi se pružila adekvatna skrb i njega, a to dovodi do veće potrebe za formalnim oblicima podrške. Mnogi neformalni skrbnici ne mogu prihvatiti činjenicu da su došli do faze kada se više ne mogu samostalno brinuti o oboljelome te se istovremeno fokusirati na ostale osobne obveze. Profesionalne službe trebaju prepoznati trenutak u kojem skrbnik više nije u mogućnosti sam adekvatno skrbiti o oboljelome, posebice ako time narušava i vlastito zdravlje, te mu omogućiti profesionalnu pomoć (Laklija i sur., 2008).

Postupak za lišenjem poslovne sposobnosti se pokreće na prijedlog centra za socijalnu skrb, bračnog druga ili drugih krvnih srodnika. Osoba može biti lišena poslovne sposobnosti potpuno ili djelomično. Osoba se smatra poslovno nesposobnom ako se ne može samostalno brinuti o sebi niti upravljati vlastitom imovinom. Skrbnika imenuje centar za socijalnu skrb, a uloga skrbnika je štititi osobu kojoj je skrbnik te

donositi sve ili određene odluke umjesto nje. Također ima sve ovlasti upravljanja imovinom oboljele osobe kao i nad njezinom skrbi. Svrha lišavanja poslovne sposobnosti i stavljanja pod skrbništvo je prvenstveno zaštita oboljele osobe. To je u interesu ne samo oboljelog, nego i u interesu njegove najbliže okoline, obitelji, a isto tako i cjelokupne zajednice (Maršavelski, 2006; prema Rusac, 2016).

4.3. Kasni stadij

U terminalnoj stadiju bolesti, oboljela osoba više nije sposobna živjeti sama, stoga treba nekoga tko će se o njoj brinuti. Simptomi ovog stadija su potpuni gubitak kratkoročnog i dugoročnog pamćenja, potpuna dezorijentiranost u vremenu i prostoru (osoba više ne shvaća pojam vremena i ne zna gdje se nalazi), potpuna nemogućnost rasuđivanja, potpuni izostanak komunikacije (govori izrazito teško ili uopće ne govori), neprepoznavanje najbližih srodnika, prijatelja i njegovatelja, povlačenje u sebe, sve dulje spavanje, smanjen imunitet, povećana sklonost infekcijama, urinarna i fekalna inkontinencija, nemogućnost samostalnog hranjenja i poteškoće s gutanjem, nemogućnost samostalnog hodanja i sjedenja (oboljeli pretežito u ležećem položaju). U završnom stadiju oboljele osobi je potrebna konstantna skrb, 24 sata na dan, svaki dan u tjednu (Cvitanović, 2017).

U ovoj fazi socijalni radnik pruža obitelji oboljeloga savjetodavnu pomoć, psihosocijalnu podršku te instrumentalnu pomoć. Također nastoji pomoći članovima obitelji u što lakšem suočavanju s trenutnom patnjom, otkrivanju značenja bolesti, umiranja i smrti (Cicak, 2008; prema Rusac, 2016).

Palijativna skrb je za ovu skupinu oboljelih često ispod optimalne razine i manje je razvijena u odnosu na primjerice za oboljele od karcinoma. Sustav dementna stanja ne prepoznaje kao prioritet u zdravstvenoj zaštiti. No to je i zbog prirode same demencije jer osobe s demencijom najčešće ne mogu izraziti svoju želju za palijativnom skrbi u trenutku kada im je potrebna. U takvoj situaciji stručnjaci se trebaju osloniti na informacije dobivene od obitelji, skrbnika i na vlastito opažanje (Illife i sur., 2013; prema Rusac, 2016).

5. Terapija

Osobe oboljele od Alzheimerove demencije uz kognitivni deficit imaju narušeno psihološko i socijalno funkcioniranje. Prihvaćen je stav da se u terapiji primjenjuje kombinacija farmakoloških i nefarmakoloških metoda (Vidučić i Rusac, 2018).

5.1. Farmakoterapija

U liječenju Alzheimerove demencije farmakološkim putem koriste se inhibitori acetilkolinesteraze, a to su donepezil, rivastigmin i galantamin. Donepezil pospješuje kognitivne funkcije oboljelog. Razvijen je za liječenje unutar ranog i srednjeg stadija Alzheimerove demencije, ali davanjem većih doza može se primjenjivati prilikom liječenja unutar srednjeg do kasnog stadija (Giacobini, 2000; prema Langer, 2015). Rivastigmin poboljšava kognitivne funkcije bolesnika u ranom i srednjem stadiju bolesti (Birks i sur., 2009; prema Križaj Grden i Mimica, 2019). Galantamin efikasnost pokazuje u kognitivnim testovima, u procjeni dnevnih aktivnosti i u ponašanju (Loy i sur., 2006; prema Križaj Grden i Mimica, 2019).

Osim inhibitora acetilkolinesteraze, pri liječenju Alzheimerove demencije se mogu koristiti i drugi lijekovi. Primjenjivati se mogu antipsihotici koji su namijenjeni ublažavanju agitacije, agresije i psihoze u okviru demencije. Kada je njihovo korištenje opravdano, koriste se u što nižim dozama, a doza se postepeno povećava uz redovito praćenje. Primjenjivati se mogu i antidepresivi, a izbor antidepresiva ovisi o obilježjima pojedinog bolesnika. Još se mogu koristiti antiepileptici i hipnotici (Jurić, 2015).

5.2. Kreativne metode

Sve češće se preporučuje korištenje kreativnih terapijskih pristupa u njezi osoba s Alzheimerovom demencijom zbog pozitivnih učinaka koje ostavlja na mentalno zdravlje, a posebice na samopoštovanje, osjećaj blagostanja i oporavak. Potvrđeno je da takav pristup može unaprijediti kvalitetu života oboljelih, također i njihovih skrbnika. Isto tako može biti od značaja u olakšavanju komunikacije i smanjenja bihevioralnih teškoća (Rylatt, 2012; prema Kovačević i Mužinić, 2015).

5.2.1. Likovna terapija

Starenje osobe ne podrazumijeva nestajanje njezine kreativnost i sposobnosti imaginacije. Aktivnosti kao što su slikanje potiču imaginaciju kod pojedinca, oslobađaju potisnuta emocionalna sjećanja te mogu poslužiti kao alat za komunikaciju. Slika može biti neverbalni most preko kojeg osoba iskazuje svoje osjećaje i iskustva (Cohen, 2005; prema Škrbina i Radić, 2010). Art terapija nije aktivnost namijenjena samo za nadarene pojedince, već je to aktivnost od socijalnog značenja. Cilj likovne terapije nije razviti tehniku, umjetničku kompetentnost, ne služi stvaranju djela radi njih samih. Ona potiče razvoj osvještavanja identiteta, a s druge strane omogućuje da umjetnički izraz postane mehanizam komunikacije i integracije, odnosno asimilacije. Likovnu terapiju se može opisati kao liječenje i komunikaciju posredstvom estetike (Rodriguez, 2002; prema Škrbina i Radić, 2010).

5.2.2. Glazbena terapija

Glavni ciljevi koji se nastoje ostvariti provođenjem glazbene terapije s osobama oboljelima od Alzheimerove demencije su opuštanje, uspostavljanje kontakta i poboljšanje socijalnih vještina, osjećaj sigurnosti i povjerenja, samopoštovanje i osnaživanje samopouzdanja, podrška u procesu tugovanja, prihvaćanje gubitka pojedinih sposobnosti. Muzikoterapijom se korisnicima omogućuje samoizražavanje i osjećaj postignuća. Također se razvija osjećaj pripadnosti među korisnicima čime se smanjuje vjerojatnost pojave uzrujanosti, frustracije, dosade i usamljenosti (Ledger i Baker, 2007; prema Kovačević i Mužinić, 2015). Mnoga istraživanja u području glazbene terapije dokazuju da primjena glazbe ima pozitivan učinak kod oboljelih. Utvrđeno je da glazba može znatno olakšati poteškoće sa spavanjem osoba s Alzheimerovom bolešću, što se ujedno pokazuje kao bolja alternativa sedativima i ostalih hipnotičkim lijekovima (Lindenmuth i sur., 1992; prema Kovačević i Mužinić, 2015). Dokazano je i da sudjelovanje u nizu glazbenih aktivnosti pridonosi smirenosti tijekom i nakon glazbene terapije. Smanjilo se besciljno hodanje po sobi, brzi govor, plakanje itd. (Kovačević i Mužinić, 2015).

5.2.3. Plesna terapija

Tjelesnim pokretima kroz plesnu terapiju pacijenti izražavaju svoje misli, sjećanja i emocije te ostvaruju fizički kontakt i povezanost s njegovateljima i drugim oboljelima. Takav oblik neverbalne komunikacije omogućuje razvoj socijalizacije među pacijentima s demencijom (Džambas, 2020). Postoje tri vrste pristupa u plesnoj terapiji. Prema jednom pristupu, pacijenti se oslanjaju prvenstveno na ples i kretnju u cilju istraživanja i učenja specifičnih plesnih pokreta. Sljedeći su tip osoba koje daju prioritet neverbalnoj interakciji između pacijenta i terapeuta. Ključna je tehnika u oponašanju pokreta, gdje pacijent započinje pokret te ga potom terapeut i ostatak grupe prati. U treću vrstu pristupa pripadaju oni koji su fokusirani na improvizaciju pokreta kao ekspresiju trenutnog unutarnjeg stanja (Karkou i Sanderson, 2006; prema Džambas, 2020). Plesna terapija donosi određena poboljšanja kao što su smanjeni rizik od pada, povećanje koštane mase, veća snaga donjih udova, poboljšanje statičke i dinamičke ravnoteže i veći stupanj samostalnosti. Potrebno je što više promovirati programe plesa kao oblik vježbe za starije dementne osobe sa svrhom povećanja njihove aktivnosti i stupnja socijalizacije (Abreu i sur., 2013; prema Džambas, 2020).

5.2.4. Biblioterapija

Biblioterapija podrazumijeva terapijski proces kojemu je svrha pomoći ljudima u rješavanju njihovih poteškoća kroz upotrebu književnog teksta (poezije, proze, bajki, mitova, legendi) s ciljem procjenjivanja i otklanjanja različitih emocionalnih, kognitivnih i interpersonalnih problema kod osoba različite dobi. Prikladno je sredstvo primjerice knjiga koja je u skladu s dobi korisnika. Važno je uzeti u obzir da se u odabranom djelu pojavljuje glavni lik koji je psihološki blizak korisniku kako bi se mogao lakše identificirati (Škrbina, 2013; prema Vidučić i Rusac, 2018). Istraživački centar u Velikoj Britaniji proveo je istraživanje o utjecaju korištenja literature na starije osobe oboljele od Alzheimerove demencije. Kvalitativni podaci su pokazali da se sudjelovanjem u grupnom čitanju smanjuju simptomi Alzheimerove demencije, čak i u kasnom stadiju te bolesti. Oboljeli se smiju te su općenito više u interakciji sa svojom okolinom (Gregory, 2011; prema Vidučić i Rusac, 2018).

5.2.5. *Dramska terapija*

Dramska terapija može implementirati sve čovjekove dimenzije, fizičke, psihičke, emocionalne, socijalne i duhovne. Dramska terapija može ublažiti i potencijalno prevenirati i odgoditi Alzheimerovu demenciju. Glumac u dramskoj predstavi upotrebljava svoj glas, ruke i pokrete kako bi projicirao vlastite ideje i osjećaje. Oboljelim osobama itekako pomaže upotreba tjelesnih gestikulaciju u dramskoj izvedbi s obzirom na njihov jezični deficit koji se s vremenom javlja kod pacijenata s Alzheimerovom demencijom. Pacijenti u drami koriste svoje tijelo kao sredstvo izražavanja i projiciranju osjećaja. Metoda se bazira na fizičkoj kretnji i interakciji s ostalim sudionicima te se ne koriste rekviziti kao pomagala. Važno je da osobe budu u bliskom kontaktu s drugima radi prepoznavanja i promatranja individualnih razlika. Okruženje u kojem se provodi ova tehnika je sigurno okruženje koje dopušta fizički kontakt i kretanje između sudionika (Johnson, 2009; prema Džambas, 2020).

Dramska terapija je grupno orijentirana kako bi se nastojala povećati socijalna interakcija. Grupna terapija se može promatrati kroz integrirani petofazni model. Pet faza modela su dramska igra, scena, igranje uloga, kulminirajući akt i dramski ritual. Tijekom prve faze dramska igra se koristi za olakšavanje interakcija između članova grupe, za stvaranje povjerenja unutar grupe i za stvaranje ugodnog okruženja u kojem sudionici mogu slobodno komunicirati. Nerijetko se koristi i improvizacija kako bi se poticala spontanost sudionika. U drugoj fazi se primjenjuju dramatične scene kako bi se sudionici poistovjetili s ulogama. Bitno je članovima grupe omogućiti fleksibilnost i što veću slobodu izražavanja. U trećoj fazi se koristi igranje uloga koje je bitna komponenta za upoznavanje sebe i drugih. Tijekom istraživanja zajedničkih tema, stvara se grupna interakcija, a pojedinci istovremeno mogu procijeniti vlastito ponašanje. U četvrtoj fazi se pojavljuje kulminirajući akt u kojem sudionici dramatične scene ponovo proživljavaju poistovjećujući ih s vlastitim životnim iskustvima što dovodi do otklanjanja potisnutih emocija. Dramskim ritualom se zatvara ovaj petofazni model. Ovih pet faza ne predstavlja kruti model, već fleksibilni vodič koji se prilagođava potrebama grupe (Emunah, 2009; prema Džambas, 2020).

5.2.6. Reminiscencija

Reminiscencija ili dosjećanje je sjećanje na događaje iz osobne prošlosti i prenošenje tih sjećanja drugima. Aktivnostima koje potiču dosjećanje je cilj osnažiti starije osobe i ojačati njihove identitete. Dosjećanje se pokazalo efikasnim i za osobe oboljele od Alzheimerove demencije i za njihove skrbnike. Ovim terapijskim postupkom se želi pomoći oboljelima od Alzheimerove demencije obnoviti iskustva iz prošlosti, a ponajprije pozitivna osobna iskustva kao što su vjenčanje, godišnji odmor, itd. Važno je da ne izgube pristup tim sjećanjima, kako ne bi izgubili sebe, odnosno svoj identitet (Vidučić i Rusac, 2018).

6. Utjecaj na negovatelje

Za razliku od formalne skrbi pružene od strane profesionalaca, neformalni oblik skrbi pružaju članovi obitelji ili prijatelji, i to najčešće u domu oboljele osobe. Neformalni negovatelj je obično supružnik. Žene u znatno većoj mjeri pružaju njegu oboljelima od demencije u odnosu na muškarce, stoga žene čine oko dvije trećine neformalnih negovatelja. Osim supružnika, ulogu negovatelja vrlo često preuzima žensko dijete. S obzirom na to da Alzheimerova demencija pogađa osobe starije životne dobi, i supružnik koji se brine o oboljeloj osobi je najčešće također osoba starije životne dobi koja je izložena određenim zdravstvenim poteškoćama koje joj otežavaju svakodnevno funkcioniranje (Bašić, 2019). Supruge negovateljice puno teže podnose ulogu negovatelja, a taj teret najviše dolazi do izražaja nakon protekle dvije godine brige za oboljelog člana. Najprije prevladava osjećaj gubitka kontrole, zbunjeno prihvaćanje novonastale uloge, kvaliteta braka i bliskost sa supružnikom su poljuljani, te se moraju naviknuti na nove uloge u kućanstvu. Pojavljuju se anksioznost, depresivni simptomi, gubitak bliskosti, manja podrška okoline. Muškarci supružnici negovatelji se najviše žale na gubitak kvalitetne komunikacije, društva te financijsko opterećenje. Kćeri negovateljice lakše podnose stres negovanja. Na neki način im je dodijeljena uloga majke. Smanjene su im tjelesne aktivnosti, više dobivaju na tjelesnoj težini i krvnom tlaku, sklonije su pušenju cigareta, češće oboljevaju od kroničnih bolesti pluća. Neformalni negovatelji su često primorani promijeniti svoje zaposlenje. Žene češće od muškaraca moraju umanjiti svoje radno vrijeme na polovicu

radnog vremena ili potpuno prestati raditi kako bi mogle pružati njegu oboljelome članu obitelji (Uzun i sur., 2019).

Kako simptomi bolesti napreduju, utjecaj demencije na oboljelu osobu sve je destruktivniji, ali isto tako i na voljene osobe koje se o njima brinu. Najčešće se oboljeli i njegova obitelj nađu sami u borbi s ovom bolesti, dok se ostala rodbina, prijatelji i kolege s vremenom udalje. U ranoj stadiju Alzheimerove demencije, oboljela osoba je ona koja najviše pati. Kako vrijeme prolazi i bolest prelazi u kasnije faze, član obitelji koji je njegovatelj oboljelog je onaj koji nosi najveći teret na svojim leđima. Neki simptomi bolesti mogu biti posebice iscrpljujući njegovateljima kao što su sumnjičavost prema bližnjim osobama, zajedljivost, indiferentnost na inače emotivne događaje, agresivnost, prostačko izražavanje. Alzheimerova bolest ne zahvaća samo život oboljele osobe već cijele njegove obitelji. Stoga je bitno da je obitelj spremna na promjene u dosadašnjem načinu života, a posebice osoba koja preuzima vodeću ulogu u brizi o oboljelom. Njegovatelji će se suočavati s prilagodbom uvjeta stanovanja s obzirom na pokretljivost oboljelog, pronalaženjem pomoći stručnjaka, donošenjem određenih pravnih odluka, društvenom netolerantnošću i ostalim nepredvidivim situacijama (Poredoš, 2003; Bašić, 2019). Istraživanja pokazuju da njegovatelji tri četvrtine dana provode u njezi za oboljelog, a dio provedenog vremena s oboljelim s napredovanjem bolesti se još i povećava. Kako sama briga o oboljeloj osobi s vremenom postaje sve intenzivnija, ona može poremetiti odnos njegovatelja s ostalim članovima obitelji i njegovom okolinom (Aguglia i sur., 2000; prema Laklija i sur., 2008). No istraživanja su pokazala da ako njegovatelji primaju stručnu podršku, boljeg su fizičkog zdravlja, imaju bolju kvalitetu života i manji osjećaj tereta (McConaghy i Caltabiano, 2005; Bašić, 2019). S obzirom da je Alzheimerova demencija bolest koja se proteže kroz dulji niz godina, važno je da podrška njegovateljima bude dostupna od inicijalne sumnje na bolest do njenog završetka, odnosno do smrti oboljelog te za vrijeme faze žalovanja (Mimica, 2016; prema Uzun i sur., 2019).

6.1. Fizičko opterećenje njegovatelja

Oboljeli od Alzheimerove demencije tijekom trajanja bolesti postaju sve više fizički nemoćni i ovisni o okolini što zbog same prirode te bolesti i zbog učestalih komorbiditeta. To dovodi do većih fizičkih zahtjeva na njegovatelje. Supružnici

oboljelih provode najviše vremena pružajući skrb u usporedbi s drugim njegovateljima, a kako su i oni najčešće osobe starije životne dobi, sve im veće opterećenje predstavljaju zahtjevi oko njege oboljele osobe kao što je primjerice podizanje oboljeloga. Također ih prate i vlastite zdravstvene tegobe povezane sa starenjem (Keating, 1999; prema Sušac i sur., 2019). Njegovatelji malo vremena posvećuju sebi, uključujući vježbanje, pravilnu prehranu, opuštanje te su zbog toga podložni zdravstvenim problemima (Juozapavicius i Weber, 2001; Bašić, 2019). Istraživanja pokazuju da su njegovatelji slabijeg imunološkog sustava, imaju veći rizik poremećaja spavanja, sporije im zacjeljuju rane, imaju različite reakcije na cjepiva protiv gripe, povišenu razinu inzulina, itd. (Hughes, 2008; prema Sušac i sur., 2019). S obzirom na navedeno, ne iznenađuje činjenica kako njegovatelji osoba oboljelih od Alzheimerove demencije upotrebljavaju veće količine lijekova i primaju više medicinske pomoći od ostalih njegovatelja (Haley i sur., 1987; prema Bašić, 2019). Također je kod njegovatelja zabilježena prerana smrt. Njegovatelji supružnici starije životne dobi, koji se susreću s vrlo stresnim zahtjevima za oboljeloga, imaju 63% veću stopu smrtnosti nego njihovi vršnjaci koji nisu njegovatelji (Schulz i Beach, 1999; prema Sušac i sur., 2019).

6.2. Emocionalno i mentalno opterećenje njegovatelja

Briga o osobama oboljelim od Alzheimerove demencije je dugotrajna i emocionalno vrlo iscrpljujuća, stoga i sami njegovatelji osjećaju patnju dok proživljavaju sve zahtjeve koji su stavljeni pred njih. Dodatni emocionalni napor predstavlja činjenica da je ta bolest neizlječiva i završava smrtnim ishodom. Za razliku od njegovatelja bolesnika koji boluju od drugih kroničnih bolesti, njegovatelji bolesnika s demencijom češće su skloni depresiji, osjećaju veće opterećenje i općenito su lošijeg općeg zdravstvenog stanja (Brodaty, 2002; prema Sušac i sur., 2019). Također se osjećaju nepripremljenima za pružanje takvog oblika njege uz neadekvatna znanja i vještine za pružanje skrbi za oboljeloga. Nepredvidiva priroda simptoma Alzheimerove demencije uzrokuje kod njegovatelja psihološke posljedice kao što su kronični stres, anksioznost, nesаница, depresija te osjećaje iscrpljenosti, ljutnje, nemoći, krivnje, socijalne izolacije i usamljenosti (Sušac i sur., 2019). Psihološke

posljedice su izraženije kod obiteljskih njegovatelja u odnosu na profesionalne njegovatelje (Kovačić Petrović i Repovečki, 2016).

6.3. Ekonomsko opterećenje njegovatelja

Neformalna njega i briga o oboljelom od Alzheimerove demencije iziskuje brojne novčane troškove kao što su lijekovi, prehrambene potrebe oboljeloga, pomoćna sredstva za njegu oboljeloga (pelene za odrasle, specijalizirani medicinski kreveti, dekubitalni madraci), prijevoz, održavanje kućanstva, izvaninstitucijska stručna pomoć medicinskog osoblja u kući. Njegovatelj zbog brige o oboljelom mora često izostajati s posla, pa i potpuno napustiti radno mjesto. Također značajno financijsko opterećenje predstavlja smještaj oboljeloga u privatne domove (naročito u kasnijem stadiju bolesti). Taj trend postaje sve češći zbog starenja stanovništva, ali i zbog izostanka klasičnog obiteljskog nukleusa, poglavito u urbanim područjima te je stoga broj kreveta u državnim/gradskim domovima za starije i nemoćne daleko ispod potreba stanovništva (Sušac i sur., 2019).

7. Utjecaj na obitelj

Dijagnoza Alzheimerove bolesti za sobom nosi mnoge socijalne i emotivne izazove, ne samo oboljeloj osobi već i njezinoj obitelji. Ključno je obitelj upoznati s cjelovitim konceptom liječenja te bolesti i načinom skrbi. Briga o bespomoćnom članu jedan je od najstresnijih događaja koji pogađa obitelj. O oboljeloj osobi najviše brine njegova obitelj, no oni najčešće nisu stručne osobe, stoga ih je potrebno informirati, podučiti i savjetovati (Laklija i sur., 2008; prema Slaviček, 2020). Nastupom bolesti, obitelj i oboljeli ubrzo ostaju sami. Šira obitelj i prijatelji se postepeno distanciraju. Dolazi do udaljavanja kolega i bivših suradnika oboljeloga. Obitelj treba biti spremna na životne promjene koje će nastupiti. Potrebno je reorganizirati dosadašnje aktivnosti i uloge. Najviše pripravan treba biti član obitelji koji preuzima vodeću ulogu u brizi o oboljelom od kojeg se očekuje promjena načina života i prilagodbe potrebama oboljelog (Poredoš, 2003).

Kada nastupe zdravstvene poteškoće kod oboljelog, započinje proces uključivanja obitelji, odnosno njegovatelja. Prvo nastupa faza prihvaćanja bolesti, kroz koji prolaze i oboljeli i njegova obitelj. Najprije je potrebno razumjeti bolest, zatim

upoznati se s načinima ophođenja bolesnika prema obitelji, i obitelji prema bolesniku. U ranoj stadiju bolesti važno je da oboljela osoba provodi što više vremena u obiteljskom okruženju uz primanje kvalitetne njege. Dnevni boravci mogu biti od iznimne pomoći obitelji. Unutar dnevnih boravaka oboljela osoba provodi vrijeme i dobiva odgovarajuću njegu dok obitelj istovremeno može obavljati vlastite obaveze ili se jednostavno odmoriti. Ovaj oblik pomoći je karakterističan samo za početni stadij bolesti. Progresom bolesti, socijalni kontakti između oboljelog i njegove obitelji se smanjuju. Nerijetko se pojavljuju sukobi između članova obitelji koji mogu uvjetovati raspad obiteljskih odnosa (Uzun i sur., 2019; prema Slaviček, 2020).

Tijekom cijelog ciklusa skrbi za oboljelog od Alzheimerove demencije proteže se osjećaj tuge i proces tugovanja. To uključuje tugu za već izgubljenim, primjerice tuga zbog preminulog supruga, tuga zbog majke kakva je bila prije nastupanja bolesti, tuga zbog promijenjenih obiteljskih odnosa, uloga i rituala koji su postojali. Pojavljuje se i tuga za gubitkom koji se trenutačno zbiva (progresija bolesti, oboljela osoba je fizički prisutna, ali mentalno odsutna). Nastaje i tuga za gubitkom koji će kasnije nastupiti (institucionalno zbrinjavanje i konačno smrt voljene osobe) (Frank, 2008; prema Laklija i sur., 2008)

8. Ustanove za smještaj oboljelih

Osobe oboljele od Alzheimerove demencije i drugih demencija se mogu uključiti u program skrbi koja se provodi se u cjelodnevnom (dnevnom) boravcima koji djeluju u sklopu domova za starije osobe (Mimica i sur., 2020).

Uz progresiju bolesti mijenjaju se potrebe oboljelih i rastu mogućnosti razvoja psihosomatskih komplikacija kao što su paranoidne reakcije, halucinacije, povećan rizik od pada, nenamjernog otrovanja, itd. Stoga se u kasnom stadiju bolesti oboljeli smještaju na specijalizirane odjele za oboljele od demencije u domovima za starije osobe. Takvi prostori se kompletno prilagođavaju oboljelima i utvrđuju se konkretni uvjeti koji moraju biti zadovoljeni u sferi prostornog uređenja (Mimica i sur., 2020). Vrata od zahoda i kupaonice moraju uvijek biti otvorena kada nisu u upotrebi kako bi se oboljeloj osobi olakšalo njihovo brzo nalaženje. Ključni predmeti i oprema treba biti istaknuta jarkim bojama (WC daska, ručica za ispiranje WC školjke, kvaka, SOS

prekidač, rukohvat). Poželjno je ukloniti koš za otpatke kako ga osoba s demencijom nenamjerno ne bi zamijenila s pisoarom ili nekom drugom vrstom odvoda. Prostor za tuširanje potrebno je zaštititi čvrstom pregradom, a ne zavjesom kako bi se izbjegla opasnost ako dođe do oslanjanja. Na zatvorenim ormarićima je preporučljivo označiti što se u njima nalazi, a najčešće korištene stvari smjestiti u vidno polje korisnika (Devčić i sur., 2019).

U pojedinim centrima moguć je privremen i povremeni smještaj što znači da se oboljeli mogu smjestiti na kraći period u jedinicu pojačane skrbi. Ta se mogućnost najčešće koristi u slučaju odsutnosti skrbnika na kraći period ili zbog nemogućnosti brige o oboljeloj osobi radi zdravstvenih teškoća ili hospitalizacije skrbnika. Uz progresiju bolesti i pogoršanja stanja oboljelog, odnosno kada se više ne može sam hraniti, postane nepokretan i ne može komunicirati s okolinom, oboljeli se smješta u stacionar doma. Takvu osobu je također moguće smjestiti u stacionar palijativne skrbi ukoliko mu je procjena očekivanog života do 6 mjeseci (Mimica i sur., 2020).

U sistemu skrbi za oboljele od demencije postoji mogućnost hospitalizacije na psihijatrijskim odjelima, ukoliko je došlo do pojave delirija uz moguću opasnost po sebe ili okolinu. Hospitalno liječenje treba biti kratko kako bi se izbjegao razvoj komplikacija poput pada ili bolničke infekcije. Oboljele treba smjestiti u adekvatnim uvjetima i uz pojačan nadzor ukoliko su smješteni zajedno s drugim psihijatrijskim bolesnicima na psihijatrijskim odjelima (Mimica i sur., 2020).

Može se zaključiti da je organizacija skrbi o oboljelima od Alzheimerove demencije i drugih demencija multidisciplinarna i kompleksna. U cjelokupnom procesu smještaja, važnu ulogu ima obitelj oboljeloga. Prvo je potrebno uspostaviti kontakt sa savjetovalištim za oboljele, a potom će se, ovisno o stadiju bolesti, oboljeli smjestiti u prikladnu ustanovu (Mimica i sur., 2020).

8.1. Domovi za starije osobe

Domovi za starije osobe uključuju sveobuhvatnost skrbi. Pružaju jamstvo kvalitete u pruženim zdravstvenim uslugama jer obuhvaćaju sve potrebne stručne osobe za rad s bolesnicima oboljelih od demencije (Fremec, 2021).

8.2. Obiteljski domovi za starije osobe

Obiteljski domovi pripadaju u skupinu neinstitucionalnog smještaja. To je oblik smještaja oboljelih od demencije u manju sredinu obiteljskog okruženja. Ovakav tip smještaja je financijski puno pristupačniji u odnosu na druge oblike pružanja skrbi. Prednost obiteljskog doma je manji broj osoba koje su tamo smještene te se stoga njegovatelji mogu više posvetiti njezi bolesnika, ali i njihovim individualnim potrebama kao što su druženja, socijalni kontakti, prehrana, sudjelovanje u zajedničkim aktivnostima. Nedostatak obiteljskog doma je smanjeni krug stručnih osoba koje bi oboljelima bile dostupne tijekom cijelog perioda boravka. Uslugu skrbi pružaju medicinske sestre i njegovatelji srednje stručne spreme s najčešće slabom profesionalnom edukacijom za rad s osobama oboljelim od demencije, a socijalni radnik, liječnik i fizioterapeut nisu korisnicima dostupni svakodnevno, već dolaze po individualnom pozivu (Šimunec i sur., 2012; prema Fremec, 2021).

8.3. Usluga dnevnog boravka

Smještaj u dnevnim boravcima je visokokvalitetni oblik skrbi u kojem je organizirana prehrana, održavanje osobne higijene, uzimanje lijekova, rehabilitacija, organiziranje slobodnog vremena, s time da oboljela osoba zadržava kontakt s članovima obitelji i okruženjem u kojem živi. Oboljelu osobu u dnevni boravak ujutro dovodi organizirani prijevoz, a istim prijevozom se vraća kući. Velika se pažnja pridaje na odgodu i usporavanje gubitka pamćenja, očuvanju psihološkog zdravlja, održavanju pokretnosti sa svrhom odgode trajnog smještaja, održavanju komunikacije na verbalnom i neverbalnom nivou. Osim za oboljelu osobu, ovakav oblik skrbi je koristan i članovima obitelji oboljelog jer se za vrijeme boravka mogu posvetiti poslu i ostalim obvezama te odmoriti od psihofizičkih napora kojima su izloženi tijekom brige o osobi oboljeloj od demencije (Mimica i sur., 2020).

8.4. Usluga pomoći u kući

Pomoć u kući je socijalna usluga koja se prema procjeni centra za socijalnu skrb priznaje starijoj osobi kojoj je potrebna pomoć druge osobe zbog tjelesnog, intelektualnog, osjetilnog ili mentalnog oštećenja. Ova usluga će se dodijeliti ako potrebnu skrb i njegu oboljeloj osobi ne mogu pružiti članovi obitelji. Pomoć u kući

uključuje obavljanje kućanskih poslova (pospremanje stana, pranje i glačanje, donošenje ogrjeva), organiziranje prehrane (nabava namirnica, dostava gotovih obroka, pripremanje i serviranje obroka, pomoć pri hranjenju, pranje posuđa), održavanje osobne higijene (pomoć u odijevanju, tuširanju) te zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba (pratnja do liječnika, plaćanje režijskih troškova) (Fremec, 2021).

8.5. Gerontološki centri

Gerontološki centar je izvaninstitucionalni oblik skrbi za starije osobe i osobe oboljele od demencije. Lokacijski su povezani s domovima za starije osobe, ali ipak djeluju samostalno. Svrha gerontoloških centara je što dulje zadržavanje starije osobe ili osobe oboljele od demencije u svojoj obiteljskoj sredini (Tomek-Roksandić i sur., 2005; prema Fremec, 2021).

8.6. Palijativna skrb

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (WHO), palijativna skrb ima za cilj pospješiti kvalitetu života životno ugroženih bolesnika i njihovih obitelji pomoću prevencije, ublažavanjem boli, patnje i drugih tjelesnih, psihosocijalnih i duševnih poteškoća. Palijativna skrb je ljudsko pravo oboljelih od Alzheimerove bolesti (Dološić i sur., 2019).

U Republici Hrvatskoj se nastoji zagovarati razvoj palijativne skrbi o osobama s demencijom. S obzirom na to da je Alzheimerova demencija smrtonosna bolest, potrebno je od trenutka postavljanja dijagnoze početi planirati palijativnu skrb o oboljeloj osobi. Takvim se pristupom podiže kvaliteta preostalog života, olakšavaju se bolni simptomi, povećava se podrška u procesu prihvaćanja bolesti te se olakšava proces žalovanja obitelji (Kušan i Mimica, 2016; prema Dološić i sur., 2019).

9. Uloga socijalnog rada u borbi s Alzheimerovom demencijom

Socijalni radnici mogu intervenirati u ranim fazama demencije edukacijom oboljele osobe o demenciji, emocionalnom podrškom, planiranjem skrbi unaprijed i uključivanjem oboljele osobe u donošenju te odluke, informiranjem kako pronaći njegu i pomoć koja im je potrebna. Socijalni radnici mogu upotrijebiti niz strategija

savjetovanja kako bi pomogli osobama koje žive s ranim do umjerenim stadijima demencije i njihovim njegovateljima. To može uključivati interpersonalnu terapiju, rješavanje sukoba, pružanje pravnih i financijskih savjeta, savjetovanje u slučaju žalosti (Grand, 2011; prema Bonner i sur., 2019). Nudeći socijalnu, psihološku i emocionalnu potporu, socijalni radnici mogu poboljšati kvalitetu života osoba s demencijom i njihovih obiteljskih njegovatelja, a istovremeno poboljšati iskustvo života s demencijom. Socijalni radnici mogu poticati starije osobe s demencijom i osobe koje skrbe o njima da se pridruže grupama socijalne podrške kako bi se nosili sa stresom povezanim s demencijom. Također mogu educirati društvo o Alzheimerovoj demenciji kako bi umanjili stigmatu koja se uz nju veže, a koja može negativno utjecati na kvalitetu života onih koji s njom žive i njihovih obitelji (Ely i Fawzi, 2015; prema Shubair, 2023).

Socijalni rad može pomoći u tome da osobe s demencijom žive kod kuće što je dulje moguće. Plan skrbi treba uzeti u obzir rizike i mijenjati ga kako se rizici mijenjaju. Može doći do pojave slučaja u kojem drugi stručnjaci i obitelj prvenstveno naglašavaju fizičku sigurnost u odnosu na dobrobit osobe s demencijom, što dovodi do smještaja na dugotrajnu skrb prije nego što to bude potrebno. Socijalni radnici u ovoj situaciji mogu preuzeti ulogu zagovornika i čuvara prava osobe na samoodređenje i neovisnost koliko god je to moguće (Tibbs, 2001; prema Heaphy, 2010). Tom Kitwood je 1988. godine razvio pristup skrbi usmjerene na osobu. To je pružanje skrbi oboljelima izgrađeno prema potrebama pojedinca. Svrha tog modela je poticati osoblje da se fokusiraju manje na ono što je učinjeno, a više na to kako je učinjeno. Važno je da oboljela osoba i pružatelj skrbi grade dobar odnos i obostrano povjerenje (Kitwood, 1997; prema Fazio, 2017). Skrb usmjerena prema osobi također pridaje važnost informiranja oboljele osobe o liječenju i skrbi te uzima u obzir i njena mišljenja i odluke (Kovach i sur., 2009; prema Rusac, 2016).

Socijalni radnici trebaju biti iskreni prema osobama koje imaju demenciju i njihovim obiteljima. Potrebno je biti otvoren o tome što se može, a što se ne može postići unutar granica svog posla (Romeo, 2015).

9.1. Komunikacija s oboljelima od Alzheimerove demencije

Komunikacijske vještine imaju važnost u profesiji socijalnog rada. Ne možemo pretpostavljati da osoba ne može komunicirati ili razumjeti, čak ni u srednjem ili kasnom stadiju demencije. Nije potrebno brzo doći do odgovora. Tišina može biti nužan dio njihovog dolaska do točke u kojoj mogu pronaći prave riječi da odgovore na postavljena pitanja. Potrebno je izbjegavati korištenje žargona, kratica i profesionalnog jezika kako ne bi djelovao zastrašujuće za druge izvan ovog područja. Osoba i njezin skrbnik mogu osjećati određenu razinu tjeskobe i uznemirenosti kada pokušavaju komunicirati sa socijalnim radnikom i ostalim stručnjacima. Važno je pronaći načine kako pomoći osobi da komunicira čak i ako je to na ograničenoj razini (Romeo, 2015).

U nedostatku mogućnosti verbalne komunikacije, socijalni radnici razvijaju obrasce neverbalne komunikacije s oboljelim. Bitno je da poruke koje se šalju oboljelom sugovorniku putem neverbalne komunikacije ne izazivaju zbunjenost ili uznemirenost oboljelog (Ray i sur., 2009; prema Rusac, 2016). Od pomoći može biti tehnika Talking Mats. Tu tehniku su razvili logopedi i jezični terapeuti. Odnosi se na ilustracije svakodnevnih aktivnosti kojima se oboljeli koristi tijekom razgovora kako bi lakše izrazio koje svakodnevne aktivnosti teže obavlja, a koje dobro odrađuje. Svrha joj je poboljšati živote ljudi s komunikacijskim poteškoćama povećanjem njihove sposobnosti razmišljanja i razviti učinkovitu komunikaciju o stvarima koje su im važne.¹

9.2. Suradnja socijalnih radnika s drugim stručnjacima

Rana dijagnoza Alzheimerove bolesti ključna je za pravovremeni početak liječenja. Smetnje koje ponekad sprječavaju ranu dijagnozu su simptomi bolesti koji mogu oponašati funkcije povezane s normalnim starenjem, kao što je primjerice usporenost mentalne obrade podataka. Indikatori koji mogu ukazati na to da se potencijalno radi o Alzheimerovoj bolesti su poteškoće u obavljanju zadataka, gubitak kratkotrajnog pamćenja, dezorijentiranost u vremenu i prostoru, poteškoće u komunikaciji, promjene ličnosti, problemi u prosuđivanju i apstraktnom mišljenju,

¹ Talking Mats. <https://www.talkingmats.com/> (28.05.2024.)

gubitak interesa za aktivnosti. Bitno je informirati stručne osobe koje su u kontaktu s osobama starije životne dobi, kao što su liječnici obiteljske medicine, socijalni radnici, fizioterapeuti, osoblje u domovima za starije i nemoćne osobe, gerontološke domaćice, kako bi mogli prepoznati rane simptome bolesti. Liječenje Alzheimerove demencije je uspješnije ako joj se pristupa interdisciplinarnim pristupom, odnosno ukoliko postoji suradnja primarne zdravstvene zaštite sa stručnim timovima (Mimica i sur., 2015). Multidisciplinarni pristup je prijeko potreban jer zadaće i odgovornosti svake pojedine struke imaju svoje značenje u podizanju kvalitete rada s osobama s demencijom, stoga je bitna suradnja liječnika, medicinskih sestara, logopeda, fizioterapeuta, govornih i jezičnih terapeuta, socijalnih radnika, psihologa (Šentija Knežević i sur., 2022). Multidisciplinarni model nosi sa sobom značajne prednosti kao što su uočavanje komorbidnih zdravstvenih stanja, nefarmakološki načini liječenja, niže stope smještanja u zdravstvene institucije te manji teret za njegovatelje. Takvim pristupom stručne osobe drugačijih zanimanja mogu podijeliti vlastita znanja, bolje razumjeti ulogu drugih stručnjaka te manifestirati učinkovitiju pripremljenost u svakodnevnoj praksi (Kurz, 2019).

10. Alzheimerova demencija u Hrvatskoj

U Hrvatskoj djeluje Hrvatska udruga za Alzheimerovu bolest (HUAB). To je udruga stručnjaka i drugih osoba koje su uključene u promoviranje, razvoj i napredovanje pružanja skrbi osobama oboljelima od Alzheimerove demencije i drugih vrsta demencija. Cilj je osnivanja Udruge postati informacijski i koordinacijski centar svim osobama pri rješavanju pitanja i poteškoća nastalih uslijed Alzheimerove demencije. HUAB educira o pružanju skrbi i njege oboljelih osoba svima koji su zainteresirani i već uključenim osobama u takav oblik skrbi. Također pružaju psihosocijalnu pomoć članovima obitelji. Udruga djeluje kao neprofitna, nestranačka i neovisna pravna organizacija. Članovi udruge istražuju i proučavaju načine liječenja bolesti i bore se za potporu javnosti (Pritišanac, 2021).

U Domu Zdravlja Zagreb-Istok otvoreno je prvo Savjetovalište za demencije u Zagrebu. Cilj ove usluge je osiguravanje poboljšanja kvalitete života oboljelih od demencija i njihovih obitelji. Ovakav projekt se prvi puta provodi u Gradu Zagrebu.

Usluga je dostupna i besplatna svim Zagrepčanima bez uputnice, uz prethodnu najavu. Provoditelj programa je Dom zdravlja Zagreb-Istok, a partner Grad Zagreb, odnosno Gradski ured za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom.²

Riječka nadbiskupija otvorila je 2019. godine u Rijeci Dom za osobe s demencijom. To je bio prvi specijalizirani dom za osobe s demencijom u Hrvatskoj. Dom je uključivao stacionarni smještaj, mogućnost dnevnog boravka, savjetovalište i senzornu terapiju na raspolaganju i onima koji nisu korisnici doma. Unutarnji prostor bio je prilagođen potrebama i izazovima s kojima se susreću osobe s demencijom.³ Nažalost 2020. godine dom je zatvoren zbog navodnog nedostatka financijskih sredstava.

U Hrvatskoj trenutno ne postoji specijalizirani dom za osobe s demencijom, već odjeli za demenciju koji se nalaze unutar domova za odrasle, no ne sadrže svi domovi takve odjele. Neki od domova za starije, koji imaju odjele za osobe s demencijom, su Dom za starije osobe Maksimir u Zagrebu, Dom Medveščak u Zagrebu, Dom za starije osobe sv. Ana u Zagrebu, Senior care u Križevcima, Dom za odrasle osobe Bistričak u Jalžabetu, Dom za starije osobe Alfredo Štiglić u Puli.

11. Zaključak

Nastanak Alzheimerove bolesti je nepoznatog uzroka i sve dok se ne razviju izraženiji klinički simptomi, najčešće ostane neprepoznata. U počecima se često miješa s prirodnim procesom starenja. Stoga je bitno informirati stručne osobe koje su u kontaktu s osobama starije životne dobi, kao što su liječnici obiteljske medicine, socijalni radnici, fizioterapeuti i osoblje u domovima za starije i nemoćne osobe, kako bi mogli prepoznati rane simptome bolesti. Kod skrbi oboljelog od Alzheimerove demencije ključno je očuvati osobnost osobe. Osobama s demencijom se mora omogućiti odlučivanje o pitanjima u vezi planiranja njihove skrbi. Moraju biti informirane, saslušane, trebaju moći neometano izražavati svoje mišljenje, treba im

² Grad Zagreb službene stranice. <https://www.zagreb.hr/otvoreno-prvo-savjetovaliste-za-demencije-u-zagreb/190689> (21.02.2024.)

³ Hrvatski Caritas. <https://www.caritas.hr/2019/11/20/u-rijeci-otvoren-dom-za-osobe-s-demencijom/> (22.02.2024.)

biti dopušteno razmisliti o odluci te treba postojati mogućnost promjene svog mišljenja. Oboljeloj osobi treba dopustiti da što više samostalno komunicira s drugima i samostalno izvršava aktivnosti kako ne bi došlo do stvaranja prevelike ovisnosti o skrbniku. Cilj je pokazati okolini da oboljela osoba može u određenom stupnju samostalno funkcionirati. Socijalni radnici interveniraju edukacijom oboljele osobe o demenciji, emocionalnom podrškom, planiranjem skrbi unaprijed i uključivanjem oboljele osobe u donošenje te odluke te informiranjem kako pronaći njegu i pomoć koja im je potrebna. Koriste se strategijom savjetovanja kako bi pomogli osobama koje žive s demencijom i njihovim njegovateljima koja uključuje interpersonalnu terapiju, rješavanje sukoba, pružanje pravnih i financijskih savjeta te savjetovanje u slučaju žalosti. Nudeći socijalnu, psihološku i emocionalnu potporu, socijalni radnici mogu poboljšati kvalitetu života osoba s demencijom i njihovih obiteljskih njegovatelja, a istovremeno poboljšati iskustvo života s demencijom. Isto tako socijalni radnici trebaju educirati društvo o Alzheimerovoj demenciji kako bi umanjili stigmatu koja se uz nju veže, a koja može negativno utjecati na kvalitetu života onih koji s njom žive i njihovih obitelji. Stručne osobe se tijekom rada s oboljelima trebaju voditi pristupom skrbi usmjerenim na osobu, odnosno pružanjem skrbi oboljelim osobama formiranog prema potrebama pojedinca. Socijalni radnik mora preuzeti ulogu zagovornika i čuvara prava osobe na samoodređenje i neovisnost koliko god je to moguće. Važnost se pridaje i komunikaciji s oboljelim. Čak i kada je komunikacija na ograničenoj razini, bitno je pronaći načine kako pomoći osobi komunicirati. A u nedostatku mogućnosti verbalne komunikacije, socijalni radnici trebaju razviti obrasce neverbalne komunikacije s oboljelim. Liječenje Alzheimerove demencije je uspješnije ako joj se pristupa interdisciplinarnim pristupom, odnosno ukoliko postoji suradnja različitih stručnih profesija.

Literatura:

1. Bašić, M. (2019). *Povezanost osjećaja tereta i socijalne podrške kod njegovatelja osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti*. Završni rad. Zadar: Sveučilište u Zadru.
2. Bonner, A., Coleman, L., Cordell, C., Gallagher Thompson, D., Galvin, J., Guerriero Austrom, M., Kane, R., Karlawish, J., Matheny, H., Morhardt, D., Rokusek, C., Kabat, M., McConnell, E., Nichols, L., Semla, T., Shay, K., Keller,

- S. i Janicki, M. *Clinical Social Workers and Clinical Psychologists: Practicing with Persons Living with Dementia and Their Care Partners*. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, 2019.
3. Bošnjak Poljanac, T. (2018). *Posebnosti skrbi za oboljele od Alzheimerove demencije i njihovu obitelj*. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever.
 4. Cvitanović, Z. (2017). *Organizacija skrbi za pacijente s Alzheimerovom bolesti na području Dubrovačko-neretvanske županije*. Specijalistički diplomski stručni rad. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku.
 5. Ćus, J. (2018). *Alzheimerova bolest - nezaustavljiva "pandemija"*. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever.
 6. Devčić, S., Glamuzina, Lj., Rotim, C., Huić, T., Kušan Jukić, M., Mičuga, M., Puljak, A., Štajduhar, D. i Vrbić, Lj. *Komunikacija s osobama oboljelim od Alzheimerove bolesti i drugih demencija (priručnik za patronažne sestre)*. Zagreb: Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, 2019.
 7. Dološić, S., Milić Babić, M. i Rusac, S. (2019). Alzheimerova bolest kroz prizmu ljudskih prava. *Socijalna psihijatrija*, 47 (4), 470-496.
 8. Džambas, E. (2020). *Uloga umjetnosti u radu s oboljelima od Alzheimerove demencije*. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
 9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. *Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – deseta revizija, svezak 1. – drugo izdanje*. Zagreb: Medicinska naklada, 2012.
 10. Fazio, S., Pace, D., Flinner, J. i Kallmyer, B. (2017). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58 (S1), 10-19.
 11. Folnegović-Šmalc, V., Uzun, S., Kozumplik, O., Folnegović-Grošić, P., Henigsberg, N., Makarić, G., Mihanović, M. i Mimica, N. (2002). Farmakoterapija Alzheimerove bolesti. *Medicus*, 11 (2), 217-222.
 12. Fremec, M. (2021). *Multidisciplinarni pristup u liječenju i skrbi osoba oboljelih od demencije*. Diplomski rad. Varaždin: Sveučilište sjever.
 13. Grad Zagreb službene stranice. <https://www.zagreb.hr/otvoreno-prvo-savjetovaliste-za-demencije-u-zagreb/190689> (21.02.2024.)
 14. Heaphy, G. (2010). *Perspectives on Dementia Care: The Role and Experiences of Medical Social Workers*. Dublin: Trinity College Dublin.

15. Hrvatski Caritas. <https://www.caritas.hr/2019/11/20/u-rijeci-otvoren-dom-za-osobe-s-demencijom/> (22.02.2024.)
16. Jurić, B. (2015). *Terapijski pristup Alzheimerovoj bolesti*. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
17. Kolenko, J. (2019). *Rad s oboljelima od Alzheimerove bolesti u domu za starije osobe*. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever.
18. Kovačević, A. i Mužinić, L. (2015). Muzikoterapija kao rehabilitacijska metoda za osobe s Alzheimerovom bolešću. *Socijalna psihijatrija*, 43 (1), 12-19.
19. Kovačić Petrović, Z. i Repovečki, S. (2016). Učestalost anksioznih i depresivnih simptoma kod obiteljskih i profesionalnih njegovatelja koji skrbe o oboljelima od Alzheimerove bolesti. *Socijalna psihijatrija*, 44 (2), 93-104.
20. Križaj Grden, A. i Mimica, N. (2019). Pristup liječenju Alzheimerove bolesti. *Socijalna psihijatrija*, 47 (3), 325-334.
21. Kurija, J. (2017). *Terapijski problemi u osoba starije životne dobi oboljelih od Alzheimerove bolesti i smještenih u domu za starije i nemoćne osobe*. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
22. Kurz, A. (2019). Multiprofesionalni menadžment demencije. *Socijalna psihijatrija*, 47 (3), 269-274.
23. Laklija, M., Milić Babić, M. i Rusac, S. (2008). Neki aspekti skrbi o članu obitelji oboljelom od Alzheimerove bolesti. *Ljetopis socijalnog rada*, 16 (1), 69-89.
24. Langer, L. (2015). *Utjecaj inhibitora monoaminooksidaze A i B na fosforilaciju proteina tau - terapijski učinak u Alzheimerovoj bolesti*. Diplomski rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
25. Marić, I. (2018). *Najčešći problemi njegovatelja u brizi za oboljele od Alzheimerove bolesti*. Završni rad. Dubrovnik: Sveučilište u Dubrovniku.
26. Mimica, N. (2019). Primjeri prijateljskih inicijativa usmjerenih prema osobama s demencijom u Hrvatskoj. *Socijalna psihijatrija*, 47 (3), 247-260.
27. Mimica, N., Aleksić Shibabi, A., Tomić, Z., Klepac, N., Višić, V., Klajić-Grotić, S., Sisek-Šprem, M., Richter, S., Vuksan-Ćusa, B., Šain, I., Lovrović, D. *Alzheimerova bolest – priručnik za pacijente, obitelji i njegovatelje*. Zagreb: Pliva Hrvatska, 2020.

28. Mimica, N., Kušan Jukić, M., Presečki, P., Ivičić, M., Braš, M., Vrbić, Lj., Boban, M., Pivac, N., Brinar, P., Vuksan Ćusa, B., Borovečki, F., Tomasović Mrčela, N., Vitezić, D., Fingler, M., Šimić, G., Vučevac, V., Đorđević, V., Bilić, P., Klepac, N., Jukić, V., Galić, S., Budigam, B., Filipčić, I., Vidović, D. i Glamuzina, K. (2015). Hrvatska strategija borbe protiv Alzheimerove bolesti i drugih demencija - prijedlog nacrtu uz nadopune. *Medix*, 21 (117), 111-118.
29. Poredoš, D. (2003). Alzheimerova bolest i obitelj. *Ljetopis socijalnog rada*, 10 (2), 243-254.
30. Pritišanac, K. (2021). *Alzheimerova bolest kroz prizmu bioetičkih i pravnih pitanja*. Diplomski rad. Osijek: Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.
31. Rastija, A. (2015). *Alzheimerova bolest*. Završni rad. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
32. Romeo, L. *A manual for good social work practice: Supporting adults who have dementia*. Department of Health, 2015.
33. Rusac, S. (2016). Alzheimerova bolest: Izazovi socijalnog rada. *Ljetopis socijalnog rada*, 23 (3), 439-461.
34. Sclan, S. G. (2019). Ponašajni i psihološki simptomi demencije (BPSD). *Socijalna psihijatrija*, 47 (3), 275-282.
35. Shubair, S. (2023). Dementia care in gerontological social work: emerging issues and challenges in Saudi Arabia. *Frontiers in Public Health*, 11.
36. Slaviček, M. (2020). *Alzheimerova demencija i njezin utjecaj na obitelj*. Završni rad. Varaždin: Sveučilište Sjever.
37. Sošić, M., Vuletić, V., Tomić, Z. i Bogdanović, N. (2018). Dijagnostički i terapijski pristup pacijentu s kognitivnim smetnjama. *Medicina fluminensis*, 54 (2), 140-154.
38. Sušac, J., Todorčić Laidlaw, I., Herceg, M., Jambrošić Sakoman, A., Puljić, K. i Mimica, N. (2019). Opterećenje njegovatelja osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti. *Socijalna psihijatrija*, 47 (3), 405-411.
39. Šentija Knežević, M., Huić, T., Bosak, K., Ćorić, T., Radić, K., Tomić, A. i Prevendar, M. *Širenje socijalnih usluga u zajednici za pomoć osobama s demencijom*. Zagreb: Gradski ured za socijalnu zaštitu, zdravstvo, branitelje i osobe s invaliditetom, 2022.

40. Škrbina, D. i Radić, S. (2010). Kreativno izražavanje kao sredstvo potpomognute komunikacije kod osoba oboljelih Alzheimerove bolesti. *Ljetopis socijalnog rada*, 17 (2), 263-279.
41. Talking Mats. <https://www.talkingmats.com/> (28.05.2024.)
42. Uzun, S., Mimica, N., Kozumplik, O., Kušan Jukić, M., Todorčić Laidlaw, I., Kalinić, D., Pivac, N., Glavina, T. i Požgain, I. (2019). Alzheimerova bolest – utjecaj na život i psihičko zdravlje njegovateljica. *Socijalna psihijatrija*, 47 (1), 86-101.
43. Vidučić, M. i Rusac, S. (2018). Uloga kreativnih metoda u radu s oboljelima od Alzheimerove demencije. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 54 (2), 85-96.