

Socijalno-medicinski aspekti Alzheimerove bolesti kod osoba starije životne dobi

Vladić, Jakov

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:941178>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-28**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
STRUČNI PRIJEDIPLOMSKI STUDIJ SESTRINSTVO

**SOCIJALNO-MEDICINSKI ASPEKTI
ALZHEIMEROVE BOLESTI KOD OSOBA
STARIJE ŽIVOTNE DOBI**

Završni rad br. 72/SES/2024

Jakov Vladić

Bjelovar, listopad 2024.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Student: **Jakov Vladić**

JMBAG: 0314025622

Naslov rada (tema): **Socijalno-medicinski aspekti Alzheimerove bolesti kod osoba starije životne dobi**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Patologija**

Mentor: **naslovni izv. prof. dr. sc. Elizabeta Horvatić** zvanje: **profesor stručnog studija**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. **dr. sc. Rudolf Kiralj, predsjednik**
2. **naslovni izv. prof. dr. sc. Elizabeta Horvatić, mentor**
3. **Živko Stojčić, mag. med. techn., član**

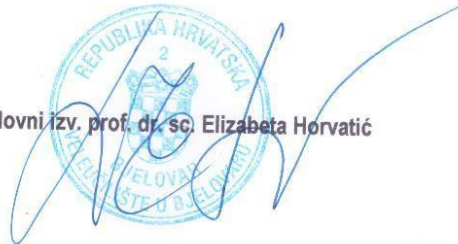
2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 72/SES/2024

U sklopu završnog rada potrebno je:

1. opisati vrste demencija odnosno svih vidova Alzheimerove bolesti te njihove najčešće karakteristike
2. opisati etiologiju Alzheimerove bolesti indiciranih za udomljenje odnosno hospitalizaciju
3. prikupiti i obraditi podatke o učestalosti i etiopatogenezi bolesnika evidentiranih u sklopu statističkih parametara EUROSTATA prema spolu, životnoj dobi i komorbiditetu
4. utvrditi korelaciju uobičajene kliničke slike bolesnika s Alzheimerovom bolesti i onih specifičnih, s podacima europske odnosno svjetske statistike prema spolu, životnoj dobi i komorbiditetu
5. opisati ulogu medicinske sestre u asistenciji te educiranju pacijenata s Alzheimerovom bolesti i drugim vidovima demenčnih bolesti i članova njihove uže obitelji i/ili udomiteljstva.

Datum: 1. srpnja 2024. godine

Mentor: **naslovni izv. prof. dr. sc. Elizabeta Horvatić**



Sadržaj

1. UVOD	1
2. CILJ RADA	2
3. METODE	3
4. ASPEKTI ALZHEIMEROVE BOLESTI	4
4.1. Vrste demencije	4
4.1.1. Alzheimerova bolest.....	4
4.1.2. Vaskularna demencija.....	5
4.1.3. Demencija s Lewyjevim tijelima.....	5
4.1.4. Frontotemporalna demencija.....	6
4.2. Medicinski aspekti Alzheimerove bolesti	7
4.2.1. Patologija i progresija bolesti.....	7
4.2.2. Etiologija Alzheimerove bolesti i indikacije za udomljenje odnosno hospitalizaciju..	8
4.2.3. Dijagnostika i metode ranog otkrivanja.....	10
4.2.4. Liječenje.....	12
4.3. Socijalni aspekti Alzheimerove bolesti	14
4.3.1. Utjecaj bolesti na obitelj.....	14
4.3.2. Izolacija i stigmatizacija oboljelih.....	15
4.3.3. Uloga društvene podrške.....	16
4.3.4. Uloga njegovatelja.....	17
4.4. Zdravstveni sustav i Alzheimerova bolest	19
4.4.1. Pristup zdravstvene skrbi za oboljele.....	19
4.4.2. Uloga multidisciplinarnog tima.....	21
4.4.3. Uloga medicinske sestre.....	22
4.4.4. Palijativna skrb.....	23
4.5. Učestalost i etiopatogeneza Alzheimerove bolesti	25
4.5.1. Utvrđivanje korelacije između uobičajene kliničke slike Alzheimerove bolesti i specifičnih podataka iz europske i svjetske statistike prema spolu, životnoj dobi i komorbiditetu	26
5. ZAKLJUČAK	28
6. LITERATURA	29
7. OZNAKE I KRATICE	32
8. SAŽETAK	33
9. SUMMARY	34

1. UVOD

Alzheimerova bolest je progresivna neurodegenerativna bolest koja pogađa mozak i dovodi do postepenog gubitka kognitivnih funkcija, uključujući pamćenje, razmišljanje i sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti. Alzheimerova bolest predstavlja najčešći oblik demencije, a njena prevalencija raste s godinama, čineći je posebno relevantnom među starijom populacijom. Prema globalnim podacima, otprilike 5-8% osoba starijih od 65 godina pati od Alzheimerove bolesti, a taj postotak se udvostručuje svakih pet godina nakon 65. godine života. Kod osoba starijih od 85 godina, prevalencija može doseći čak 30-50% (1).

U Europi, pa tako i u Hrvatskoj, demografski trendovi pokazuju stalno starenje stanovništva, što znači da će broj osoba s Alzheimerovom bolešću nastaviti rasti. Procjenjuje se da trenutno u Hrvatskoj živi oko 90.000 osoba s demencijom, od čega najveći dio čini Alzheimerova bolest. Ovi brojevi predstavljaju značajan izazov za zdravstvene sustave, obitelji i zajednice. Osim što prevalencija raste s godinama, na pojavu Alzheimerove bolesti utječu i drugi čimbenici poput genetike, životnog stila, obrazovanja i prisutnosti kroničnih bolesti kao što su dijabetes i hipertenzija. S obzirom na ove faktore, važno je provoditi mjere rane detekcije i prevencije kako bi se ublažio utjecaj bolesti na pojedinca i društvo u cjelini (2).

Razumijevanje Alzheimerove bolesti zahtijeva holistički pristup koji ne obuhvaća samo medicinske aspekte, već i društvene faktore koji utječu na oboljele i njihove obitelji. Socijalno-medicinski pristup omogućava sagledavanje bolesti kroz prizmu međusobne povezanosti zdravstvenih, ekonomskih, psiholoških i društvenih čimbenika. Proučavanje socijalno-medicinskih aspekata Alzheimerove bolesti od iznimne je važnosti zbog složenog utjecaja ove bolesti na pojedinca, obitelj, zdravstveni sustav i širu društvenu zajednicu. Alzheimerova bolest nije samo medicinski problem, već i značajan društveni izazov koji zahtijeva integrirani pristup u njenom razumijevanju i upravljanju (1).

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je pružiti sveobuhvatnu analizu socijalno-medicinskih aspekata Alzheimerove bolesti kod osoba starije životne dobi. Kroz multidisciplinarni pristup, rad nastoji istražiti kako ova bolest utječe na oboljele, njihove obitelji, te širu zajednicu. Rad će također nastojati podići svijest o važnosti integriranog pristupa u liječenju i skrbi za osobe s Alzheimerovom bolešću. U sklopu završnog rada potrebno je: 1. opisati vrste demencija odnosno svih vidova Alzheimerove bolesti te njihove najčešće karakteristike 2. opisati etiologiju Alzheimerove bolesti indiciranih za udomljenje odnosno hospitalizaciju 3. prikupiti i obraditi podatke o učestalosti i etiopatogenezi bolesnika evidentiranih u sklopu statističkih parametara EUROSTATA prema spolu, životnoj dobi i komorbiditetu 4. utvrditi korelaciju uobičajene kliničke slike bolesnika s Alzheimerovom bolesti i onih specifičnih, s podacima europske odnosno svjetske statistike prema spolu, životnoj dobi i komorbiditetu 5. opisati ulogu medicinske sestre u asistenciji te educiranju pacijenata s Alzheimerovom bolesti i drugim vidovima dementnih bolesti i članova njihove uže obitelji i/ili udomiteljstva.

3. METODE

Za izradu rada korištena je literatura objavljena na znanstvenim i stručnim portalima na hrvatskom i engleskom jeziku. Pretraživanje izvora provedeno je pomoću ključnih riječi poput "Alzheimerova bolest," "Alzheimer's disease," "kognitivni poremećaji," "cognitive impairments" "social and medical aspects of Alzheimer's disease," "skrb o pacijentima," i "patient care."

Prva korištena metoda bila je pregled literature, kojom su obuhvaćeni ključni izvori informacija iz relevantnih područja vezanih uz temu rada. Nakon prikupljanja materijala, primijenjena je analiza sadržaja. Analiza sadržaja omogućila je kritičko sagledavanje relevantnih podataka, kao i identifikaciju najvažnijih tema, teorija i zaključaka koji su se koristili za strukturiranje rada. Također, u radu je primijenjena sinteza prikupljenih informacija, koja je omogućila povezivanje različitih aspekata istraženih u literaturi. Sinteza je uključivala spajanje ključnih zaključaka iz različitih izvora kako bi se dobila cjelovita slika o istraživanom problemu. Time su se identificirale glavne tendencije u dosadašnjim istraživanjima te su se uočile moguće praznine ili kontradikcije u postojećem znanju.

4. ASPEKTI ALZHEIMEROVE BOLESTI

4.1. Vrste demencije

Demencija predstavlja sindrom, koji je karakteriziran progresivnim gubitkom kognitivnih funkcija, uključujući pamćenje, razmišljanje, orijentaciju, razumijevanje, računanje, sposobnost učenja, govor i prosuđivanje. Ovaj poremećaj značajno utječe na svakodnevni život oboljelih, a ima i veliki utjecaj na njihove obitelji te šire društvo. Postoji nekoliko različitih tipova demencije, od kojih svaki ima svoje specifične karakteristike, etiologiju i tijek.

4.1.1. Alzheimerova bolest

Alzheimerova bolest (AB) najčešći je oblik demencije, čineći između 60% i 80% svih slučajeva. Karakterizirana je progresivnim gubitkom neuronskih funkcija zbog nakupljanja beta-amiloidnih plakova i tau proteina u mozgu. Prvi simptomi često uključuju blage probleme s pamćenjem i zbunjenost, koji se postupno pogoršavaju. Svjetska zdravstvena organizacija procjenjuje da je više od 55 milijuna ljudi u svijetu pogođeno demencijom, a Alzheimerova bolest čini značajan dio ove populacije. Alzheimerova bolest je najčešća u zemljama sa starijom populacijom, posebno u Europi i Sjevernoj Americi. U zapadnim zemljama, gdje se očekivani životni vijek povećao, broj slučajeva nastavlja rasti. Prevalencija raste s dobi, pri čemu se najveći broj slučajeva bilježi kod osoba starijih od 65 godina (3).

U Hrvatskoj, broj oboljelih od Alzheimerove bolesti također raste. Prema procjenama, u Hrvatskoj je oko 80.000 osoba oboljelo od demencije, od čega većina ima Alzheimerovu bolest. Kao i u ostatku svijeta, populacija u RH stari, što dovodi do porasta broja oboljelih. Stručnjaci ističu važnost ranog prepoznavanja simptoma i pružanja adekvatne skrbi (4).

4.1.2. Vaskularna demencija

Vaskularna demencija drugi je najčešći tip demencije, a uzrokovana je problemima s dotokom krvi u mozak, obično zbog moždanog udara ili drugih vaskularnih problema. Simptomi se mogu pojaviti naglo nakon moždanog udara ili postupno, ovisno o vrsti i težini

oštećenja krvnih žila. Vaskularna demencija čini oko 10% do 20% slučajeva demencije na globalnoj razini. Njen nastanak je usko povezan s čimbenicima rizika kao što su hipertenzija, dijabetes, pušenje i kardiovaskularne bolesti. Zemlje s visokom učestalošću moždanih udara i drugih vaskularnih bolesti bilježe i veću prevalenciju vaskularne demencije (5).

U Hrvatskoj, vaskularna demencija također ima značajnu zastupljenost. S obzirom na visok stupanj prevalencije kardiovaskularnih bolesti i moždanih udara, incidencija vaskularne demencije je proporcionalno visoka. Uzimajući u obzir ove podatke, prevencija i kontrola kardiovaskularnih rizika ključni su za smanjenje broja oboljelih (6).

4.1.3. Demencija s Lewyjevim tijelima

Demencija s Lewyjevim tijelima (DLB) karakterizirana je abnormalnim nakupljanjem proteina zvanog alfa-sinuklein unutar živčanih stanica, što rezultira njihovom disfunkcijom i smrću. Ovaj oblik demencije često dijeli simptome s Parkinsonovom bolešću, kao što su tremor i ukočenost, zajedno s problemima s pamćenjem, pažnjom i vizualnim halucinacijama. DLB čini oko 5% do 10% svih slučajeva demencije. Budući da dijagnosticiranje ove vrste demencije može biti izazovno zbog sličnosti s drugim neurodegenerativnim bolestima, stvarni broj slučajeva mogao bi biti veći (7).

U Hrvatskoj, svjesnost o DLB-u raste, ali je i dalje manje prepoznata u odnosu na Alzheimerovu i vaskularnu demenciju. Zbog svoje složenosti, DLB često ostaje nedijagnosticirana ili pogrešno dijagnosticirana, što otežava preciznu procjenu njene zastupljenosti u RH (8).

4.1.4. Frontotemporalna demencija

Frontotemporalna demencija (FTD) odnosi se na grupu poremećaja uzrokovanih progresivnim oštećenjem frontalnih i temporalnih režnjeva mozga. Ovi režnjevi su povezani s osobnošću, ponašanjem i jezikom, pa su rani simptomi FTD-a često promjene u ponašanju, apatija, ili poteškoće s govorom. FTD je rijetka u odnosu na druge oblike demencije, čineći oko 2% do 5% svih slučajeva. Međutim, češća je kod mlađih osoba, ispod 65 godina, nego što je to slučaj kod Alzheimerove bolesti. U Hrvatskoj, FTD je manje učestala dijagnoza, djelomično zbog njene rjeđe pojave, ali i zbog manjka specifične dijagnostike. Uspostavljanje boljih

dijagnostičkih kriterija i povećanje svijesti među liječnicima i javnosti može pomoći u boljoj identifikaciji i liječenju FTD-a (9).

Korelacija između svjetske zastupljenosti i podataka u Hrvatskoj pokazuje da su ključni faktori rizika kao što su starenje, kardiovaskularne bolesti i genetski čimbenici slični u mnogim zemljama. Kako bi se smanjila incidencija i poboljšala skrb za oboljele, važno je ulagati u prevenciju, ranu dijagnostiku i edukaciju zdravstvenih radnika i javnosti. Osiguravanje adekvatne skrbi za oboljele od demencije u Hrvatskoj zahtijeva suradnju zdravstvenog sustava, socijalnih službi i obitelji, uz podršku šire zajednice (4).

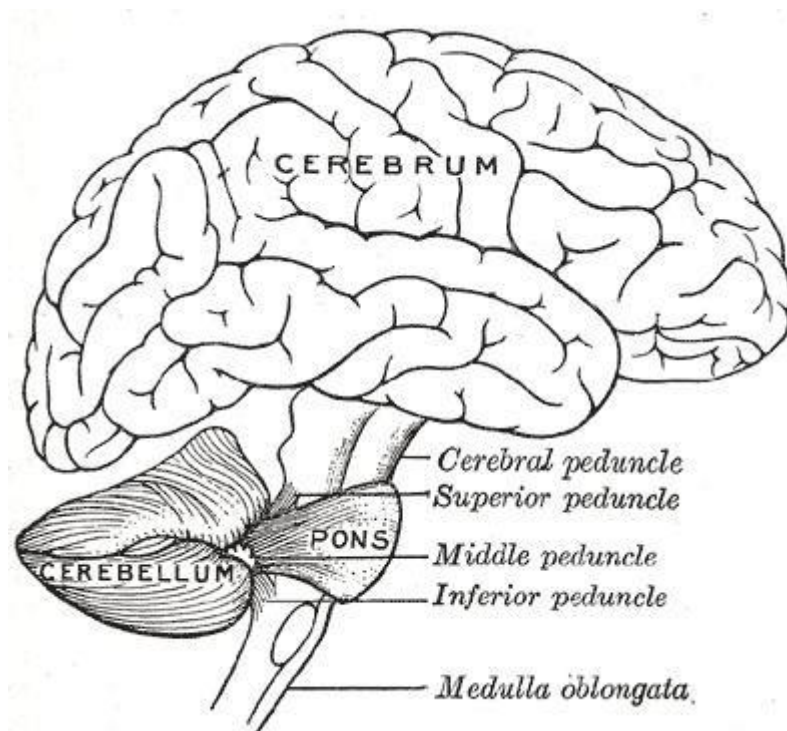
4.2. Medicinski aspekti Alzheimerove bolesti

4.2.1. Patologija i progresija bolesti

Alzheimerova bolest je progresivna neurodegenerativna bolest koja uzrokuje postepeni gubitak neuronskih funkcija u mozgu, vodeći do pogoršanja kognitivnih sposobnosti, uključujući pamćenje, razmišljanje i rasuđivanje. Slika 4.1. prikazuje Shematski prikaz anatomije mozga (10). Patofiziologija Alzheimerove bolesti uključuje složen niz promjena u mozgu, koje se odvijaju godinama prije nego što se pojave prvi klinički simptomi (1).

Osnovne patološke karakteristike Alzheimerove bolesti uključuju nakupljanje amiloidnih plakova i neurofibrilarnih čvorova u mozgu. Amiloidni plakovi nastaju izvan moždanih stanica uslijed nakupljanja beta-amiloidnih peptida, koji su produkti cijepanja amiloidnog prekursorskog proteina (APP). Ovi plakovi uzrokuju neurotoksičnost, ometaju komunikaciju između neurona i pokreću upalne procese u mozgu. Neurofibrilarni čvorovi formiraju se unutar neuronskih stanica kada tau proteini, koji normalno pomažu u stabilizaciji mikrotubula u neuronima, postanu abnormalno fosforilirani i agregiraju se. Ovi čvorovi ometaju transportne funkcije unutar neurona, što dovodi do njihove disfunkcije i smrti (11).

Kako bolest napreduje, dolazi do značajnog gubitka sinapsi, što smanjuje učinkovitost neuronske komunikacije. Gubitak sinaptičkih veza izravno je povezan s pogoršanjem kognitivnih funkcija. S vremenom, smrt neurona u ključnim područjima mozga, kao što su hipokampus (koji je ključan za pamćenje) i korteks, dovodi do sve izraženijih simptoma demencije (1).



Slika 4.1. Shematski prikaz anatomije mozga. Izvor:

http://www.msdpriurcnici.placebo.hr/images/msd-priurcnik/SI210_1.jpg (10)

Alzheimerova bolest obično počinje blagim kognitivnim oštećenjem, koje se manifestira kao zaboravljivost i poteškoće u obavljanju složenih zadataka. Kako bolest napreduje, kognitivne sposobnosti se sve više pogoršavaju, a simptomi uključuju konfuziju, poteškoće u govoru, promjene osobnosti i gubitak sposobnosti za samostalno obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Progresija bolesti obično traje od 8 do 10 godina, iako to može varirati među pojedincima. U kasnijim fazama, oboljeli često gube sposobnost komunikacije, potrebna je stalna njega, što predstavlja veliki teret za obitelj i njegovatelje (11).

4.2.2. Etiologija Alzheimerove bolesti i indikacije za udomljenje odnosno hospitalizaciju

Etiologija, odnosno uzroci i faktori koji doprinose razvoju Alzheimerove bolesti, uključuju složene interakcije između genetskih, okolišnih i životnih čimbenika. Iako točan uzrok još uvijek nije potpuno razjašnjen, poznato je da nekoliko ključnih čimbenika igra važnu ulogu. Genetika ima značajnu ulogu u razvoju Alzheimerove bolesti, osobito u obiteljskim slučajevima bolesti koji se javljaju u mlađoj dobi (prije 65. godine). Mutacije u genima poput APP (gen za amiloidni prekurzorski protein), PSEN1 (presenilin 1) i PSEN2 (presenilin 2)

povezane su s ranim početkom Alzheimerove bolesti. Ovi geni utječu na proizvodnju i obradu beta-amiloidnog proteina, što dovodi do stvaranja amiloidnih plakova, koji su ključna obilježja bolesti (12).

Patološki procesi koji stoje iza Alzheimerove bolesti uključuju nakupljanje beta-amiloidnih plakova i tau proteina u mozgu. Beta-amiloidni plakovi formiraju se izvan neuronskih stanica, dok se tau proteini nakupljaju unutar neurona, stvarajući tzv. neurofibrilarne klupke. Ovi procesi dovode do oštećenja i smrti neurona, što rezultira smanjenjem volumena mozga, osobito u područjima odgovornim za pamćenje i kognitivne funkcije, poput hipokampusa (12).

Okolišni čimbenici, poput izloženosti toksinima, prehrambenih navika, tjelesne aktivnosti i obrazovanja, također mogu igrati ulogu u razvoju bolesti. Na primjer, nedostatak tjelesne aktivnosti, loša prehrana, pušenje, te visok krvni tlak i dijabetes mogu povećati rizik od razvoja Alzheimerove bolesti. Nasuprot tome, visoka razina obrazovanja i stalna mentalna stimulacija povezani su s nižim rizikom, vjerojatno zbog koncepta "kognitivne rezerve," koja omogućuje mozgu da se bolje nosi s oštećenjem (13).

Kako Alzheimerova bolest napreduje, simptomi postaju sve teži, a oboljela osoba sve manje sposobna brinuti se o sebi. U kasnijim fazama bolesti, pacijenti često trebaju stalnu njegu i nadzor zbog ozbiljnih kognitivnih oštećenja, dezorijentacije, gubitka kontrole nad osnovnim tjelesnim funkcijama i promjena u ponašanju koje mogu uključivati agresivnost ili halucinacije (12).

Udomljenje ili hospitalizacija postaju indicirani kada (13):

- Osoba više nije sposobna sigurno boraviti kod kuće, čak i uz pomoć članova obitelji ili njegovatelja.
- Postoji ozbiljan rizik od fizičke povrede, poput lutanja, padova, ili nesposobnosti prepoznati opasnosti u okolišu.
- Pojavljuju se ozbiljni problemi s ponašanjem koji mogu ugroziti sigurnost pacijenta ili drugih osoba.
- Njegovatelji više nisu u mogućnosti pružiti odgovarajuću skrb zbog iscrpljenosti ili drugih razloga.
- Potrebna je specijalizirana medicinska njega zbog komplikacija, poput infekcija, pothranjenosti, dehidracije ili problema s gutanjem.

Odluka o udomljenju ili hospitalizaciji Alzheimerovog pacijenta često je teška i donosi se u suradnji s obitelji, medicinskim timom i socijalnim radnicima, s ciljem osiguravanja najbolje moguće skrbi i kvalitete života za pacijenta.

4.2.3. Dijagnostika i metode ranog otkrivanja

Rana dijagnostika Alzheimerove bolesti ključna je za optimalno upravljanje bolešću i omogućavanje pravovremene intervencije, koja može usporiti napredovanje simptoma i poboljšati kvalitetu života oboljelih. Međutim, dijagnosticiranje Alzheimerove bolesti, osobito u ranim fazama, može biti izazovno zbog suptilnih simptoma koji se često preklapaju s normalnim procesom starenja ili drugim zdravstvenim stanjima (13).

Proces dijagnosticiranja Alzheimerove bolesti obično započinje detaljnom kliničkom procjenom koja uključuje, anamnezu, neurološki pregled, neuropsihološko testiranje. Anamnezom liječnik prikuplja informacije o simptomima pacijenta, njihovom trajanju i progresiji, kao i o obiteljskoj povijesti bolesti. Anamneza uključuje i procjenu kognitivnih funkcija te sposobnosti za obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Neurološki pregled provodi se kako bi se isključili drugi neurološki poremećaji koji mogu uzrokovati slične simptome, poput moždanog udara, tumora ili Parkinsonove bolesti. Pregled uključuje procjenu motorike, refleksa, osjetljivosti i koordinacije (14).

Standardizirani kognitivni testovi, poput Mini-Mental State Examination (MMSE) ili Montreal Cognitive Assessment (MoCA), koriste se za kvantifikaciju kognitivnih funkcija, uključujući pamćenje, pažnju, jezik, vizuospacijalne sposobnosti i izvršne funkcije. Rezultati ovih testova pomažu u razlikovanju Alzheimerove bolesti od normalnog starenja i drugih oblika demencije (14).

Razvoj biomarkera za Alzheimerovu bolest predstavlja značajan napredak u ranom otkrivanju bolesti. Biomarkeri mogu pomoći u prepoznavanju patoloških promjena u mozgu prije pojave kliničkih simptoma (15).

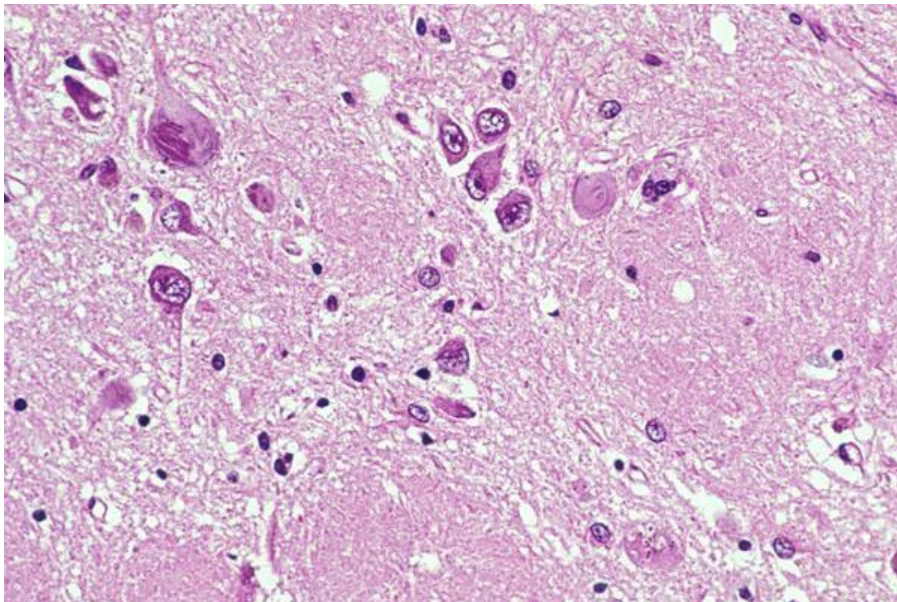
Analiza cerebrospinalne tekućine (CSF) važan je dio dijagnostike. Povećane razine fosforiliranog tau proteina i smanjene razine beta-amiloida u cerebrospinalnoj tekućini

povezane su s Alzheimerovom bolešću. Ova analiza može pomoći u potvrđivanju dijagnoze, osobito kod pacijenata s blagim kognitivnim oštećenjem (15).

Pozitronska emisijska tomografija (PET) skeniranje s upotrebom specifičnih radioaktivnih tvari omogućava vizualizaciju nakupljanja amiloidnih plakova i tau proteina u mozgu. Ove tehnike pružaju uvid u patološke procese Alzheimerove bolesti, čak i prije nego što se pojave simptomi (15).

Iako su genetički testovi, poput analize APOE ϵ 4 alela, korisni za identifikaciju rizika, nisu široko korišteni u rutinskoj dijagnostici. APOE ϵ 4 alel povezan je s povećanim rizikom od razvoja Alzheimerove bolesti, no prisutnost ili odsutnost ovog alela ne može definitivno potvrditi ili isključiti dijagnozu (12).

Magnetna rezonanca omogućava vizualizaciju strukturalnih promjena u mozgu, poput atrofije hipokampusa, koja je karakteristična za Alzheimerovu bolest. MR također pomaže u isključivanju drugih uzroka demencije, poput tumora ili vaskularnih lezija. Kompjuterizirana tomografija (CT) može otkriti promjene u volumenu mozga i isključiti druge neurološke poremećaje, iako je manje osjetljivo na fine promjene u odnosu na MR (13). Slika 4.2. prikazuje histološki prikaz Alzheimerove bolesti s brojnim amiloidnim plakovima i neurofibrilarnim čvorovima (HE) x 100.



Slika 4.2. Histološki prikaz Alzheimerove bolesti s brojnim amiloidnim plakovima i neurofibrilarnim čvorovima (HE) x 100.

Dijagnostika Alzheimerove bolesti uključuje i diferencijalnu dijagnozu kako bi se isključili drugi oblici demencije (vaskularna demencija, frontotemporalna demencija) ili psihijatrijski poremećaji (depresija) koji mogu imitirati simptome Alzheimerove bolesti. Uzimanje u obzir svih kliničkih, neuropsiholoških, biomarkerskih i neuroimaging nalaza od ključne je važnosti za postavljanje točne dijagnoze. Rano otkrivanje Alzheimerove bolesti omogućava bolju pripremu oboljelih i njihovih obitelji za suočavanje s izazovima bolesti te pruža priliku za primjenu terapija koje mogu usporiti napredovanje simptoma. Kombinacija kliničke procjene, biomarkera i naprednih imaging tehnika čini suvremeni dijagnostički pristup sveobuhvatnim i učinkovitim alatima u borbi protiv ove bolesti (14).

4.2.4. Liječenje

Liječenje Alzheimerove bolesti usmjereno je na ublažavanje simptoma, usporavanje napredovanja bolesti te poboljšanje kvalitete života oboljelih. Iako trenutno ne postoji lijek koji može izliječiti Alzheimerovu bolest, postoje različite terapijske opcije koje pomažu u upravljanju simptomima i pružanju podrške oboljelima i njihovim obiteljima (1).

Farmakološko liječenje uključuje nekoliko ključnih lijekova. Inhibitori acetilkolinesteraze, poput donepezila, rivastigmina i galantamina, koriste se za liječenje blagih do umjerenih stadija bolesti. Ovi lijekovi povećavaju razinu acetilkolina u mozgu, što pomaže u poboljšanju kognitivnih funkcija poput pamćenja i pažnje. Druga važna skupina lijekova su antagonisti NMDA receptora, poput memantina, koji se koristi u kasnijim fazama bolesti. Memantin regulira aktivnost glutamata, neurotransmitera uključenog u procese učenja i pamćenja, te može pomoći u poboljšanju kognitivnih funkcija i svakodnevnih aktivnosti. U nekim slučajevima, kombinacija inhibitora acetilkolinesteraze i memantina koristi se za sinergijsko djelovanje, čime se postižu bolji rezultati, osobito kod pacijenata s uznapredovalom bolešću. Osim toga, lijekovi za upravljanje simptomima ponašanja, poput antidepresiva, antipsihotika i anksiolitika, koriste se za kontrolu neuropsihijatrijskih simptoma kao što su depresija, anksioznost, agitacija i halucinacije (17).

Ne-farmakološko liječenje također igra ključnu ulogu u upravljanju Alzheimerovom bolešću. Kognitivna terapija i mentalna stimulacija kroz aktivnosti poput zagonetki, društvenih igara, čitanja i razgovora mogu pomoći u održavanju kognitivnih funkcija i odgoditi napredovanje

simptoma. Redovita tjelesna aktivnost, poput hodanja, plesa ili joge može poboljšati fizičko zdravlje, raspoloženje i kognitivne funkcije, dok psihosocijalna podrška kroz grupe za oboljele i njihove obitelji, savjetovanje i terapiju može smanjiti stres, depresiju i anksioznost. Prilagodba okoline, poput uklanjanja opasnih predmeta, osiguravanja sigurnih prostora za kretanje i stvaranja strukturiranog dnevnog rasporeda, također može pomoći u smanjenju zbunjenosti i rizika od ozljeda te poboljšati sigurnost i neovisnost oboljelih (16).

U konačnici, liječenje Alzheimerove bolesti zahtijeva integrirani pristup koji kombinira farmakološke i ne-farmakološke intervencije, uz pružanje psihosocijalne podrške oboljelima i njihovim obiteljima. Iako trenutno ne postoji lijek za ovu bolest, kontinuirana istraživanja i razvoj novih terapija pružaju nadu za usporavanje napredovanja simptoma i poboljšanje kvalitete života oboljelih (13).

4.3. Socijalni aspekti Alzheimerove bolesti

4.3.1. Utjecaj bolesti na obitelj

Alzheimerova bolest ne pogađa samo osobu kojoj je dijagnosticirana, već ima dubok i složen utjecaj na cijelu obitelj. Kako bolest napreduje, oboljeli postaju sve više ovisni o obitelji i njegovateljima, što stvara značajan emocionalni, fizički i financijski teret. Promjene u ponašanju, gubitak pamćenja i poteškoće u obavljanju svakodnevnih aktivnosti često dovode do toga da članovi obitelji preuzimaju ulogu njegovatelja, što može drastično promijeniti njihove živote. Prije svega, emocionalni utjecaj Alzheimerove bolesti na obitelj može biti ogroman. Svjedočenje postepenom gubitku sposobnosti voljene osobe izaziva tugu, frustraciju i osjećaj bespomoćnosti. Često dolazi do izražaja osjećaj gubitka jer članovi obitelji moraju promatrati kako se osobnost i sjećanja oboljelog mijenjaju ili nestaju (19).

Njegovatelji, često bliski članovi obitelji poput supružnika ili djece, suočavaju se s brojnim izazovima. Briga o osobi s Alzheimerovom bolešću zahtijeva stalnu prisutnost i angažman, što može biti iscrpljujuće. Potrebno je organizirati dnevne rutine, pružiti fizičku pomoć, nadgledati uzimanje lijekova, a ponekad i donositi teške odluke vezane uz medicinsku skrb i smještaj u ustanove za dugotrajnu njegu (19).

Financijski teret također je značajan aspekt utjecaja Alzheimerove bolesti na obitelj. Troškovi povezani s brigom za oboljele mogu uključivati medicinske tretmane, lijekove, posebnu prehranu, kao i adaptacije u kući kako bi se osigurao siguran okoliš. U mnogim slučajevima, jedan od članova obitelji mora napustiti posao ili smanjiti radno vrijeme kako bi se mogao posvetiti skrbi, što dodatno opterećuje kućni budžet. Osim toga, troškovi smještaja u specijaliziranim ustanovama za njegu, kada to postane nužno, mogu biti vrlo visoki (20).

Unatoč ovim izazovima, mnoge obitelji pronalaze načine kako se nositi s bolešću i pružiti najbolju moguću njegu svojim voljenima. Pružanje podrške oboljelima, očuvanje njihove dostojanstvenosti i osiguranje emocionalne topline često postaju prioritet. Važno je naglasiti da postoji sve više resursa i podrške za obitelji koje se suočavaju s Alzheimerovom bolešću, uključujući grupe za podršku, savjetovanje, te edukacijske programe koji pomažu obiteljima da razumiju bolest i bolje se nose s njezinim izazovima. Iako Alzheimerova bolest može razbiti svakodnevne rutine i stvoriti ogromne izazove, također može donijeti trenutke povezanosti i

ljubavi u obitelji. Briga za voljenu osobu s ovom bolešću može ojačati obiteljske veze i potaknuti članove obitelji da pronađu nove načine izražavanja ljubavi i podrške. Upravo ta snaga obiteljskih veza često igra ključnu ulogu u omogućavanju što bolje kvalitete života i oboljelima i njihovim najmilijima (19).

4.3.2. Izolacija i stigmatizacija oboljelih

Alzheimerova bolest, kao progresivna neurodegenerativna bolest, nosi sa sobom mnoge izazove, među kojima su izolacija i stigmatizacija oboljelih posebno izraženi. Izolacija je čest problem kod osoba s Alzheimerovom bolešću, a do nje dolazi zbog niza faktora. Kako bolest napreduje, oboljeli gube sposobnost komuniciranja na uobičajen način, postaju sve zaboravniji i teško se snalaze u društvenim situacijama. Ove promjene često dovode do povlačenja iz društvenog života, jer se oboljeli sve manje osjećaju sposobnima sudjelovati u razgovorima i aktivnostima koje su im nekada bile poznate i ugodne. S vremenom, oboljeli i njihove obitelji počinju se povlačiti iz društvenih krugova, što može rezultirati osjećajem osamljenosti i izolacije (21).

Stigmatizacija je još jedan značajan problem s kojim se suočavaju osobe s Alzheimerovom bolešću. Stigma proizlazi iz neznanja i nerazumijevanja bolesti, što često dovodi do negativnih stavova i diskriminacije. Mnogi ljudi nemaju dovoljno informacija o Alzheimerovoj bolesti, pa mogu pogrešno vjerovati da su svi simptomi jednostavno dio "normalnog starenja" ili da oboljeli namjerno zaboravljaju ili se ponašaju neprimjereno. Zbog toga se oboljeli često susreću s predrasudama, nepravednim prosudbama i čak izbjegavanjem od strane drugih. Ovo može dodatno pojačati osjećaj srama i straha, ne samo kod oboljelih, već i kod njihovih obitelji, koji se mogu osjećati stigmatizirani zbog toga što se brinu za voljenu osobu. Stigmatizacija može imati ozbiljne posljedice na mentalno zdravlje oboljelih. Osjećaj sramote i straha od osude može uzrokovati depresiju, anksioznost i dodatno povlačenje iz društva. Također, stigma može spriječiti oboljele i njihove obitelji da potraže potrebnu pomoć i podršku, bilo zbog straha od osude ili zbog vjerovanja da se s bolešću treba nositi u privatnosti (21).

Borba protiv izolacije i stigmatizacije oboljelih od Alzheimerove bolesti zahtijeva kolektivni napor društva. Edukacija javnosti o Alzheimerovoj bolesti, njezinim simptomima i stvarnim izazovima s kojima se oboljeli suočavaju ključna je za smanjenje predrasuda i stigme.

Promicanje empatije i razumijevanja može pomoći u stvaranju okruženja u kojem se oboljeli osjećaju prihvaćenima i podržanima, a ne osuđivanima ili izopćenima. Postoje i brojne inicijative i organizacije koje rade na podizanju svijesti o Alzheimerovoj bolesti i pružanju podrške oboljelima i njihovim obiteljima. Sudjelovanje u grupama za podršku, edukativnim programima i javnim kampanjama može pomoći u smanjenju osjećaja izolacije i stigmatizacije, te pružiti oboljelima i njihovim obiteljima osjećaj pripadnosti i podrške unutar zajednice (21).

4.3.3. Uloga društvene podrške

Društvena podrška igra ključnu ulogu u životu osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti i njihovih obitelji. S obzirom na složenost bolesti i njezin progresivan tijek, oboljeli i njihovi negovatelji suočavaju se s brojnim fizičkim, emocionalnim i socijalnim izazovima. Kvalitetna društvena podrška može značajno utjecati na ublažavanje tih izazova, poboljšanje kvalitete života oboljelih, te pružanje olakšanja i pomoći negovateljima (1).

Emocionalna podrška jedna je od najvažnijih komponenti društvene podrške. Oboljeli od Alzheimerove bolesti često prolaze kroz faze zbuđenosti, straha, depresije i gubitka samopouzdanja, dok se suočavaju s postupnim gubitkom kognitivnih sposobnosti i neovisnosti. Pružanje emocionalne podrške od strane obitelji, prijatelja, susjeda i šire zajednice može pomoći oboljelima da se osjećaju voljeno i prihvaćeno, unatoč promjenama kroz koje prolaze. Redoviti razgovori, prisutnost i empatija važni su za održavanje emocionalne stabilnosti i smanjenje osjećaja izolacije (1).

Praktična podrška također je ključna za svakodnevno funkcioniranje oboljelih i njihovih negovatelja. Kako bolest napreduje, oboljeli postaju sve više ovisni o drugima za obavljanje osnovnih aktivnosti poput oblačenja, prehrane, uzimanja lijekova i održavanja osobne higijene. Društvena podrška može uključivati pomoć u ovim aktivnostima, pružanje prijevoza na liječničke preglede, organiziranje svakodnevnih rutina ili čak pružanje privremene zamjene negovatelju kako bi mogao uzeti pauzu i odmoriti se. Ova vrsta podrške smanjuje opterećenje negovatelja i omogućuje im da se bolje nose s izazovima skrbi (22).

Financijska podrška još je jedan važan aspekt, posebno u svjetlu visokih troškova povezanim s liječenjem i dugotrajnom skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti. Društvena podrška može uključivati pomoć u pristupu dostupnim resursima, kao što su državne subvencije, osiguranje,

ili fondovi za dugotrajnu njegu. Organizacije i zajednice mogu također pružati financijsku pomoć kroz donacije, osiguravanje besplatnih ili subvencioniranih usluga skrbi (22).

Informativna i edukativna podrška pomaže oboljelima i njihovim obiteljima da bolje razumiju Alzheimerovu bolest, njezin tijek, te dostupne mogućnosti liječenja i skrbi. Edukacija njegovatelja o načinima kako najbolje pružiti njegu, prepoznati simptome i prilagoditi se promjenama koje bolest donosi, ključna je za kvalitetnu skrb i smanjenje stresa. Grupe za podršku, seminari, savjetovanja i radionice mogu pružiti dragocjene informacije i povezati obitelji s profesionalcima i drugim obiteljima koje prolaze kroz slične izazove (22).

Socijalna podrška i uključenost u zajednicu mogu značajno doprinijeti smanjenju osjećaja izolacije i stigmatizacije. Sudjelovanje u grupama za podršku, društvenim aktivnostima i organiziranim događanjima omogućuje oboljelima i njegovateljima da se osjećaju dijelom zajednice, razmjenjuju iskustva i primaju podršku od drugih koji prolaze kroz slične situacije. Društvena mreža koja uključuje obitelj, prijatelje i širu zajednicu može pružiti osjećaj sigurnosti i pripadnosti, te ojačati kapacitet oboljelih i njihovih obitelji da se suoče s izazovima koje donosi Alzheimerova bolest (22).

4.3.4. Uloga njegovatelja

Njegovatelji igraju ključnu ulogu u životu osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti, pružajući im svakodnevnu njegu i podršku. Međutim, ova odgovorna i zahtjevna zadaća donosi sa sobom brojne izazove i često dovodi do visokih razina stresa. Razumijevanje uloge njegovatelja te izazova i stresa s kojima se suočavaju ključno je za osiguranje odgovarajuće podrške i resursa koji im mogu pomoći (23).

Njegovatelji, koji su najčešće članovi obitelji poput supružnika, djece ili bliskih rođaka, odgovorni su za širok spektar zadataka. Ovi zadaci uključuju pomoć u svakodnevnim aktivnostima kao što su hranjenje, oblačenje, održavanje higijene, i osiguravanje sigurnosti oboljelih. Uz to, njegovatelji često preuzimaju odgovornost za organiziranje medicinske skrbi, uključujući praćenje uzimanja lijekova, dogovaranje liječničkih pregleda i koordinaciju sa zdravstvenim radnicima. Kako bolest napreduje, oboljeli od Alzheimerove bolesti postaju sve više ovisni o svom njegovatelju, što dodatno povećava teret odgovornosti. Njegovatelji također

moraju nositi s promjenama u ponašanju oboljelih, kao što su dezorijentiranost, agitacija, halucinacije i agresivnost. Ove promjene često zahtijevaju veliku emocionalnu snagu i strpljenje, dok se negovatelji trude održati mirno i podržavajuće okruženje (23).

Jedan od najvećih izazova za negovatelje je stalni pritisak i fizički napor. Briga o osobi s Alzheimerovom bolešću može biti iznimno iscrpljujuća, osobito kako bolest napreduje i oboljeli postaju potpuno ovisni o pomoći. Negovatelji često nemaju dovoljno vremena za odmor, što može dovesti do fizičke iscrpljenosti, nedostatka sna i kroničnog umora. Emocionalni izazovi također su značajni. Negovatelji se često suočavaju s osjećajem tuge i gubitka dok svjedoče postupnoj degradaciji voljene osobe. Mogu se osjećati preplavljeno odgovornostima i imati osjećaj krivnje ako se ne osjećaju sposobnima pružiti savršenu njegu. Promjene u ponašanju oboljelih mogu izazvati frustraciju, ljutnju i tugu, osobito ako se pojavljuju neočekivano ili se teško kontroliraju. Socijalna izolacija još je jedan veliki izazov. Zbog velike količine vremena i energije koju briga zahtijeva, mnogi negovatelji zanemaruju vlastite društvene aktivnosti, hobije i odnose. Postupno se mogu osjećati izolirano i odsječeno od prijatelja i šire obitelji, što dodatno povećava osjećaj usamljenosti i osamljenosti (23).

Svi navedeni izazovi dovode do visokih razina stresa kod negovatelja. Kronični stres može imati ozbiljne posljedice na fizičko i mentalno zdravlje. Fizičke manifestacije stresa mogu uključivati glavobolje, probavne probleme, povišen krvni tlak i oslabljen imunološki sustav. Psihološki učinci stresa mogu se manifestirati kao anksioznost, depresija, razdražljivost i osjećaj preplavljenosti. Sindrom sagorijevanja (burnout) čest je među negovateljima, a javlja se kada dugotrajni stres i preopterećenost uzrokuju potpuni gubitak energije, motivacije i emocionalne otpornosti. Negovatelji koji pate od sagorijevanja mogu osjećati iscrpljenost, ravnodušnost prema svakodnevnim zadacima i smanjenje osjećaja postignuća ili svrhe (22).

4.4. Zdravstveni sustav i Alzheimerova bolest

4.4.1. Pristup zdravstvene skrbi za oboljele

Pristup zdravstvenoj skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti jedan je od ključnih aspekata u borbi protiv ove teške i progresivne bolesti. S obzirom na složenost i dugotrajnu prirodu Alzheimerove bolesti, zdravstveni sustav mora pružiti sveobuhvatnu i kontinuiranu skrb koja uključuje ranu dijagnozu, odgovarajuće liječenje, rehabilitaciju, podršku negovateljima i

socijalne usluge. Ova se skrb mora prilagoditi individualnim potrebama pacijenata i njihovih obitelji, a njezina učinkovitost uvelike ovisi o organizaciji i pristupačnosti zdravstvenog sustava (1).

Jedan od prvih koraka u učinkovitoj zdravstvenoj skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti jest rana dijagnoza. Rana identifikacija simptoma omogućava pravovremeno započinjanje liječenja i planiranje buduće njege, što može usporiti napredovanje bolesti i poboljšati kvalitetu života oboljelih. Zdravstveni sustav mora osigurati široku dostupnost dijagnostičkih usluga, uključujući specijalističke preglede neurologa, psihijatra ili gerijatra, te pristup naprednim dijagnostičkim alatima kao što su neuropsihološka testiranja, slikovne metode (CT, MRI) i biomarkeri. Međutim, mnogi pacijenti i dalje se suočavaju s izazovima u pristupu ovim uslugama, uključujući duge liste čekanja, geografske prepreke (posebno u ruralnim područjima) i nedovoljnu informiranost o simptomima i mogućnostima dijagnoze. Edukacija liječnika primarne zdravstvene zaštite i šire javnosti o važnosti rane dijagnoze od suštinskog je značaja za poboljšanje pristupa dijagnostičkim uslugama (24).

Liječenje Alzheimerove bolesti uključuje medikamentoznu terapiju, ali i niz nefarmakoloških pristupa koji su usmjereni na ublažavanje simptoma i poboljšanje kvalitete života pacijenata. Lijekovi koji su trenutno dostupni za liječenje Alzheimerove bolesti, poput inhibitora acetilkolinesteraze (donepezil, rivastigmin) i antagonista NMDA receptora (memantin), pomažu u kontroliranju simptoma, ali ne zaustavljaju progresiju bolesti. Zdravstveni sustav mora osigurati da su ti lijekovi široko dostupni i pristupačni, uključujući kroz sustave javnog zdravstvenog osiguranja. Nefarmakološke intervencije, kao što su kognitivne terapije, radna terapija, fizioterapija i terapije usmjerene na ponašanje, također igraju važnu ulogu u skrbi za oboljele. Ove intervencije mogu pomoći u očuvanju kognitivnih funkcija, poboljšanju fizičke mobilnosti i smanjenju problematičnih ponašanja. Pristup ovim uslugama često ovisi o dostupnosti specijaliziranih centara i stručnjaka, što može biti ograničeno u nekim dijelovima zemlje (17).

Kako bolest napreduje, potreba za rehabilitacijom i dugoročnom skrbi postaje sve izraženija. Centri za dugotrajnu njegu, kao što su domovi za starije osobe i specijalizirane ustanove za oboljele od demencije, ključni su za osiguranje kontinuirane skrbi. Zdravstveni sustav treba osigurati dovoljno kapaciteta u ovim ustanovama, kao i pružanje adekvatne edukacije i podrške osoblju koje skrbi o oboljelima. Osim institucionalne skrbi, važna je i podrška obiteljskim njegovateljima, koji često preuzimaju glavnu ulogu u brizi za oboljele kod kuće. Zdravstveni

sustav mora pružiti resurse i usluge koje olakšavaju teret njegovatelja, kao što su kućne posjete medicinskih sestara, fizioterapija kod kuće, savjetovanje i psihološka podrška, te mogućnosti za privremeni smještaj oboljelih kako bi njegovatelji mogli uzeti predah (1).

Zdravstvena skrb za oboljele od Alzheimerove bolesti ne može se ograničiti samo na medicinske aspekte. Socijalna podrška, uključujući savjetovanje, grupe za podršku, edukaciju o bolesti i pravnu pomoć, ključna je za osiguranje cjelovite skrbi. Psihološka podrška neophodna je za suočavanje s emocionalnim izazovima koje donosi bolest, kako za oboljele, tako i za njihove obitelji. Zdravstveni sustav mora također surađivati s nevladinim organizacijama i lokalnim zajednicama kako bi se osigurala dostupnost ovih usluga, posebno u manje razvijenim područjima. Edukacija javnosti o Alzheimerovoj bolesti i destigmatizacija oboljelih ključni su za stvaranje podržavajuće društvene okoline (25).

Unatoč postojanju mnogih aspekata skrbi, pristup zdravstvenoj skrbi za oboljele od Alzheimerove bolesti suočava se s brojnim izazovima. Nedostatak specijaliziranih kadrova, neujednačena dostupnost usluga u različitim dijelovima zemlje, visoki troškovi liječenja i dugotrajne skrbi, te stigmatizacija bolesti predstavljaju značajne prepreke. Za poboljšanje pristupa zdravstvenoj skrbi, preporučuje se jačanje kapaciteta zdravstvenog sustava kroz dodatnu edukaciju zdravstvenih radnika, povećanje ulaganja u specijalizirane usluge i infrastrukturu, te osiguranje šire dostupnosti dijagnostičkih i terapijskih usluga. Također je potrebno unaprijediti koordinaciju između zdravstvenih i socijalnih službi, kako bi se osigurala cjelovita skrb koja obuhvaća sve potrebe oboljelih i njihovih obitelji (1).

4.4.2. Uloga multidisciplinarnog tima

Multidisciplinarni tim igra ključnu ulogu u skrbi za osobe oboljele od Alzheimerove bolesti, jer ova kompleksna i progresivna bolest zahtijeva sveobuhvatan pristup koji uključuje stručnjake iz različitih područja. S obzirom na širok spektar simptoma i potreba koje se javljaju kod oboljelih, uključivanje različitih stručnjaka omogućava pružanje holističke njege koja se prilagođava individualnim potrebama pacijenata. Unutar ovog tima, medicinske sestre imaju posebno važnu ulogu, jer su često u neposrednom kontaktu s pacijentima i njihovim obiteljima, te sudjeluju u svim fazama skrbi (25).

Multidisciplinarni tim za skrb o oboljelima od Alzheimerove bolesti obično uključuje neurologa, psihijatra, gerijatra, psihologa, socijalnog radnika, radnog terapeuta, fizioterapeuta i

medicinsku sestru. Svaki član tima donosi specifična znanja i vještine koje su neophodne za cjelovitu skrb. Neurolog i psihijatar ključni su za dijagnozu i praćenje napredovanja bolesti, kao i za propisivanje i prilagođavanje medikamentozne terapije. Psiholog pruža podršku u upravljanju emocionalnim i psihološkim aspektima bolesti, kako oboljelima, tako i njihovim obiteljima. Gerijatar je specijaliziran za brigu o starijim osobama i pomaže u upravljanju drugim zdravstvenim problemima koji su česti u ovoj populaciji. Radni terapeut i fizioterapeut pomažu u očuvanju fizičke i funkcionalne sposobnosti oboljelih, te ih podržavaju u održavanju što veće razine neovisnosti. Socijalni radnik osigurava pristup socijalnim uslugama, podršci za njegovatelje, te pomaže u rješavanju pravnih i financijskih pitanja (26).

Medicinske sestre imaju središnju ulogu u multidisciplinarnom timu, budući da su one često prvi kontakt za oboljele i njihove obitelji, te kontinuirano prate stanje pacijenta kroz sve faze bolesti. Medicinske sestre redovito prate zdravstveno stanje pacijenta, uključujući vitalne znakove, kognitivne funkcije i promjene u ponašanju. Njihova procjena igra važnu ulogu u prepoznavanju pogoršanja stanja ili potrebe za promjenom terapije. Također su ključne u prikupljanju informacija koje pomažu drugim članovima tima u donošenju odluka o skrbi. Medicinske sestre su odgovorne za svakodnevnu njegu pacijenata, što uključuje pomoć pri hranjenju, održavanju osobne higijene, mobilnosti, i uzimanju lijekova. Kako bolest napreduje, ove aktivnosti postaju sve zahtjevnije, te medicinske sestre igraju ključnu ulogu u osiguravanju dostojanstvene i humane skrbi. Medicinske sestre pružaju edukaciju oboljelima i njihovim obiteljima o prirodi Alzheimerove bolesti, simptomima, načinima suočavanja s izazovima, te o pravilnom korištenju lijekova. Edukacija je ključna za osnaživanje obitelji i njegovatelja, te za smanjenje stresa povezanog s brigom o oboljelima. Medicinske sestre pružaju značajnu emocionalnu podršku pacijentima i njihovim obiteljima. Njihov empatičan pristup pomaže u ublažavanju straha, tjeskobe i depresije kod oboljelih, te pruža utjehu i podršku obiteljima koje se suočavaju s gubitkom i stresom. S obzirom na to da oboljeli od Alzheimerove bolesti mogu imati neočekivane promjene u ponašanju ili zdravstvenom stanju, medicinske sestre su često prve koje odgovaraju u takvim situacijama. Njihova sposobnost da brzo procijene situaciju i poduzmu odgovarajuće mjere može biti presudna za stabilizaciju pacijenta (26).

4.4.3. Uloga medicinske sestre

Medicinske sestre imaju ključnu ulogu u svakodnevnoj skrbi za pacijente s Alzheimerovom bolesti. One su odgovorne za praćenje fizičkog i mentalnog stanja pacijenata, primjenu propisanih terapija, te prepoznavanje i reagiranje na promjene u zdravstvenom stanju. Ova uloga uključuje pomoć u osnovnim aktivnostima poput prehrane, higijene, oblačenja i mobilnosti, što postaje sve važnije kako bolest napreduje i pacijenti gube sposobnost samostalnog obavljanja ovih zadataka. Medicinske sestre također prate simptome i promjene u ponašanju koje mogu signalizirati pogoršanje bolesti ili potrebu za prilagodbom terapije (27).

Edukacija pacijenata s Alzheimerovom bolešću i drugim demencijama usmjerena je na poboljšanje njihove kvalitete života i održavanje što veće razine neovisnosti. Medicinske sestre pomažu pacijentima razumjeti njihovo stanje i promjene koje doživljavaju, što može pomoći u smanjenju straha i anksioznosti. One educiraju pacijente o važnosti održavanja zdrave prehrane, tjelesne aktivnosti i kognitivnih vježbi koje mogu usporiti progresiju bolesti. Također, medicinske sestre potiču pacijente na sudjelovanje u društvenim aktivnostima, što može poboljšati njihovo raspoloženje i opće stanje (27).

Edukacija članova obitelji i udomitelja je ključna za osiguranje kontinuirane i učinkovite skrbi za pacijente s demencijom. Medicinske sestre pomažu obiteljima razumjeti prirodu Alzheimerove bolesti i drugih demencija, te ih educiraju o načinima upravljanja simptomima i ponašanjem pacijenata. Ovo uključuje učenje o tome kako komunicirati s osobama koje imaju demenciju, kako se nositi s promjenama u ponašanju, te kako prilagoditi okoliš kako bi bio siguran i podržavajući za pacijenta (27).

Medicinske sestre također pružaju emocionalnu podršku članovima obitelji i udomiteljima, pomažući im da se nose s izazovima koje donosi skrb za voljenu osobu s demencijom. One ih informiraju o dostupnim resursima i uslugama podrške, uključujući grupe za podršku, socijalne usluge, te mogućnosti za predah u skrbi (npr. dnevni boravci ili kratkotrajna udomiteljstva) (28).

Medicinske sestre često igraju ključnu ulogu u planiranju i koordinaciji skrbi za pacijente s Alzheimerovom bolesti. One surađuju s liječnicima, socijalnim radnicima i drugim članovima zdravstvenog tima kako bi osigurale da pacijenti dobivaju holističku skrb koja zadovoljava njihove fizičke, psihološke i socijalne potrebe. Medicinske sestre također sudjeluju u procjeni potreba pacijenata i njihovih obitelji te pomažu u izradi individualiziranih planova skrbi.

4.4.4. Palijativna skrb

Palijativna skrb igra ključnu ulogu u pružanju kvalitetne zdravstvene njege osobama s teškim i neizlječivim bolestima, uključujući Alzheimerovu bolest. Ova vrsta skrbi usmjerena je na ublažavanje simptoma, smanjenje patnje i poboljšanje kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji, bez obzira na stadij bolesti ili prognozu (29).

Palijativna skrb obuhvaća holistički pristup koji se ne fokusira samo na fizičke simptome bolesti, već i na psihološke, socijalne i duhovne potrebe pacijenata. Cilj je pružiti cjelovitu njegu koja uzima u obzir sve aspekte dobrobiti pacijenta, uključujući ublažavanje boli, upravljanje drugim simptomima poput mučnine, anksioznosti i depresije, te pružanje emocionalne i psihološke podrške. Jedna od ključnih značajki palijativne skrbi je individualizacija njege. Svaki pacijent ima jedinstvene potrebe i prioritete, a palijativna skrb prilagođava se tim potrebama kroz suradnju s pacijentom, obitelji i multidisciplinarnim timom zdravstvenih radnika. Ovaj personalizirani pristup omogućuje pacijentima da zadrže što veću kontrolu nad svojom njegom i da im se osigura dostojanstven život do kraja (29).

Glavni cilj palijativne skrbi je smanjenje patnje. To uključuje ne samo ublažavanje fizičkih simptoma kao što su bol i nelagoda, već i pružanje podrške u suočavanju s emocionalnim i psihološkim izazovima koji prate teške bolesti. Poboljšanje kvalitete života postiže se kroz kontinuiranu prilagodbu terapija i podršku, omogućavajući pacijentima da žive što udobnije i mirnije. Palijativna skrb također pruža značajnu podršku obiteljima pacijenata. Obitelji često prolaze kroz teške emocionalne i praktične izazove dok se brinu o voljenoj osobi. Palijativni timovi pomažu obiteljima razumjeti što mogu očekivati, kako se nositi s promjenama u stanju pacijenta, te kako pružiti najbolju moguću njegu. Osim toga, palijativna skrb često uključuje i pomoć u procesima žalovanja, pružajući emocionalnu podršku nakon gubitka voljene osobe (27).

Kao i kod drugih oblika skrbi, multidisciplinarni pristup je ključan u palijativnoj skrbi. Tim stručnjaka iz različitih područja, uključujući liječnike, medicinske sestre, socijalne radnike, psihologe i duhovne savjetnike, surađuje kako bi osigurao sveobuhvatnu njegu koja pokriva sve aspekte pacijentovih potreba.

4.5. Učestalost i etiopatogeneza Alzheimerove bolesti

Za prikupljanje i obradu podataka o učestalosti i etiopatogenezi Alzheimerove bolesti u Europi, ključno je koristiti statističke podatke dostupne kroz baze poput EUROSTAT-a, koje pružaju detaljne informacije o zdravstvenom stanju stanovništva unutar Europske unije. EUROSTAT prikuplja i objavljuje podatke temeljem informacija iz nacionalnih zdravstvenih registara, bolničkih izvještaja, anketa te podataka o smrtnosti. Ovi podaci omogućuju segmentaciju prema različitim demografskim kategorijama, što pomaže u razumijevanju kako se Alzheimerova bolest razvija i distribuira u populaciji.

Analizom podataka iz EUROSTAT-a može se utvrditi da Alzheimerova bolest češće pogađa žene nego muškarce. Ova razlika može se dijelom objasniti duljim očekivanim životnim vijekom žena, budući da je starija životna dob najveći pojedinačni čimbenik rizika za razvoj bolesti. Međutim, postoje i biološki čimbenici koji mogu igrati ulogu, uključujući razlike u hormonskoj zaštiti koju žene gube nakon menopauze. Statistički podaci često pokazuju da žene čine većinu slučajeva Alzheimerove bolesti, posebno u starijim dobnim skupinama (30).

Alzheimerova bolest je primarno bolest starije životne dobi. Prevalencija se značajno povećava s dobi, počevši od 65. godine, a najčešće pogađa osobe starije od 80 godina. Podaci iz EUROSTAT-a često pokazuju eksponencijalni rast u broju oboljelih u ovim dobnim skupinama. U mlađoj populaciji (ispod 65 godina), Alzheimerova bolest je rijetka, ali kada se javlja, obično je povezana s genetskim faktorima, kao što su mutacije u specifičnim genima poput APP, PSEN1 i PSEN2 (30).

Analizom komorbiditeta kod osoba s Alzheimerovom bolešću, podaci iz EUROSTAT-a otkrivaju kako većina oboljelih pati i od drugih kroničnih bolesti. Najčešće komorbidne bolesti uključuju kardiovaskularne bolesti, dijabetes, hipertenziju, te cerebrovaskularne bolesti, koje mogu dodatno pogoršati simptome demencije i ubrzati progresiju bolesti. Prisutnost ovih komorbiditeta također otežava dijagnosticiranje i liječenje Alzheimerove bolesti, budući da simptomi različitih bolesti mogu međusobno interferirati (30).

Etiopatogeneza Alzheimerove bolesti, prema podacima i istraživanjima, ukazuje na složenu interakciju između genetskih predispozicija, okolišnih faktora i procesa starenja. Ključni patološki procesi uključuju nakupljanje beta-amiloidnih plakova i tau proteina, što dovodi do neurodegeneracije. Genetski faktori, kao što su mutacije u genima povezanim s ranim početkom

bolesti i polimorfizmi u APOE genu, značajno povećavaju rizik. Okolišni faktori poput izloženosti toksinima, životnih navika i obrazovanja također doprinose razvoju bolesti (31).

Sve ove informacije ukazuju na to da je Alzheimerova bolest vrlo složena bolest s različitim čimbenicima rizika, koji variraju ovisno o spolu, životnoj dobi i prisutnosti drugih zdravstvenih stanja. Razumijevanje tih parametara ključno je za razvoj učinkovitih preventivnih strategija, ranih intervencija i personaliziranih terapijskih pristupa, s ciljem smanjenja učestalosti i ublažavanja simptoma ove bolesti unutar europske populacije.

4.5.1. Utvrđivanje korelacije između uobičajene kliničke slike Alzheimerove bolesti i specifičnih podataka iz europske i svjetske statistike prema spolu, životnoj dobi i komorbiditetu

Statistički podaci iz Europe i svijeta dosljedno pokazuju da Alzheimerova bolest češće pogađa žene nego muškarce. Ova razlika je vidljiva i u kliničkoj slici, gdje žene ne samo da čine većinu oboljelih, već često pokazuju brže kognitivno propadanje u usporedbi s muškarcima. Genetski faktori, poput prisutnosti APOE-ε4 alela, češće su povezani s većim rizikom kod žena. Uobičajena klinička slika Alzheimerove bolesti kod žena uključuje postupno, ali progresivno propadanje pamćenja, a u kasnijim fazama i značajne promjene u ponašanju i raspoloženju (32).

Prevalencija Alzheimerove bolesti značajno raste s dobi, što je konzistentno i sa statističkim podacima. Osobe starije od 65 godina čine većinu bolesnika, s najvišom učestalošću među onima starijima od 80 godina. Klinička slika kod starijih osoba obično započinje blagim poremećajem pamćenja, koji postupno napreduje do ozbiljne demencije, uključujući poteškoće s izvršnim funkcijama, dezorijentaciju i gubitak sposobnosti samostalnog funkcioniranja. Statistike potvrđuju da je starija dob najveći pojedinačni čimbenik rizika za razvoj bolesti (32).

Komorbiditeti poput kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa i hipertenzije uobičajeni su kod bolesnika s Alzheimerovom bolesti i dodatno kompliciraju kliničku sliku. Statistički podaci pokazuju visoku prevalenciju ovih stanja kod oboljelih, što sugerira da komorbiditeti ne samo da mogu ubrzati progresiju Alzheimerove bolesti, već i otežati dijagnozu i liječenje. Klinička slika kod ovih pacijenata može biti složenija, s izraženijim simptomima poput motoričkih poteškoća, depresije i povećane osjetljivosti na stres (33).

Postoji jasna korelacija između uobičajene kliničke slike Alzheimerove bolesti i statističkih podataka prema spolu, životnoj dobi i komorbiditetu. Ovi podaci ne samo da potvrđuju poznate karakteristike bolesti, već i naglašavaju potrebu za individualiziranim pristupom u liječenju, uzimajući u obzir specifične faktore rizika povezane s demografskim i zdravstvenim profilima pacijenata (33).

5. ZAKLJUČAK

Alzheimerova bolest predstavlja jedan od najvažnijih izazova za zdravstveni sustav i društvo u cjelini, s obzirom na njen rastući utjecaj među starijom populacijom. Ova bolest ne samo da značajno smanjuje kvalitetu života oboljelih, već također donosi ogromne terete obiteljima i društvu, uključujući emocionalne, socijalne i financijske aspekte. Socijalnomedicinski pristup Alzheimerovoj bolesti zahtijeva sveobuhvatno razumijevanje njezine patofiziologije, prepoznavanje ranih simptoma, te osiguranje adekvatne dijagnostike i liječenja. Multidisciplinarni timovi, u kojima medicinske sestre igraju ključnu ulogu, od suštinskog su značaja za pružanje cjelovite skrbi oboljelima. Poseban naglasak treba staviti na palijativnu skrb, koja pruža holističku podršku pacijentima i njihovim obiteljima, smanjujući patnju i poboljšavajući kvalitetu života.

Kako bi se učinkovito odgovorilo na izazove koje donosi Alzheimerova bolest, nužno je unaprijediti dostupnost i kvalitetu zdravstvene skrbi, osigurati podršku njegovateljima, te raditi na destigmatizaciji bolesti u društvu. Edukacija i povećana svijest o bolesti ključni su za rano prepoznavanje simptoma i adekvatno planiranje skrbi. Integrirani pristup koji povezuje zdravstveni sustav, obitelji i širu zajednicu može značajno poboljšati ishod i kvalitetu života oboljelih od Alzheimerove bolesti. Unatoč napretku u razumijevanju i liječenju ove bolesti, postoji kontinuirana potreba za istraživanjem, inovacijama i politikama koje će omogućiti bolje upravljanje ovom sveprisutnom zdravstvenom izazovu.

6. LITERATURA

1. Malnar M., Kosicek M., Hecimovic S. (2009): Alzheimerova bolest: od molekularnog mehanizma do rane dijagnoze. *Medicina* 45: 234-243.
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Alzheimerova bolest: HZJZ; 2017. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/alzheimerova-bolest/> (12.07.2024.)
3. World Health Organization. Dementia: a public health priority. Geneva: World Health Organization;2012. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564458> (12.07.2024.)
4. Hrvatsko društvo za Alzheimerovu bolest i psihijatriju starije životne dobi. Procjena prevalencije demencije u Hrvatskoj. Zagreb: HDABPSZ; 2020. Dostupno na: <http://www.alzheimer.hr/prevencija> (04.09.2024.)
5. Gorelick PB, Scuteri A, Black SE, Decarli C, Greenberg SM, Iadecola C, et al. Vaskularni doprinosi kognitivnom oštećenju i demenciji: Izjava za zdravstvene djelatnike iz American Heart Association/American Stroke Association. *Moždani udar*. 2011;42(9):2672-713.
6. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Kardiovaskularne bolesti i demencija u Republici Hrvatskoj. Zagreb: HZJZ; 2021. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wpcontent/uploads/2021/06/KVB_demen.pdf (04.09.2024.)
7. McKeith IG, Boeve BF, Dickson DW, Halliday G, Taylor JP, Weintraub D, et al. Dijagnostika i liječenje demencije s Lewyjevim tjelešcima: Četvrto konsenzusno izvješće konzorcija DLB. *Neurologija*. 2017;89(1):88-100.
8. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Svjesnost i dijagnosticiranje demencije s Lewyjevim tijelima u Hrvatskoj. Zagreb: HZJZ; 2023. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/demencija-lewy> (04.09.2024.)
9. Petrović M, Kovač J. Frontotemporalna demencija u Hrvatskoj: Dijagnostički izazovi i epidemiologija. *Hrvat Med J* . 2022.
10. http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/images/msd-prirucnik/SI210_1.jpg (12.07.2024.)
11. Jessen F, Wolfsgriber S, Wiese B, et al. Prevalence of dementia in the elderly: results from the German Study on Aging, Cognition, and Dementia in Primary Care Patients (AgeCoDe). *Alzheimer's Dement*. 2014;10(1):1-10.

12. Winblad B, Amouyel P, Andrieu S, Ballard C, Brayne C, Brodaty H, et al. Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol.* 2016;15(5):455-532. doi: 10.1016/S1474-4422(16)00062-4. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26987701/> (06.09.204.)
13. Querfurth HW, LaFerla FM. Alzheimer's disease. *N Engl J Med.* 2010;362(4):329-44. doi: 10.1056/NEJMra0909142. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20107219/> (06.09.2024.)
14. National Institute for Health and Care Excellence. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018. Dostupno na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97> (15.07.2024.)
15. Ritchie K, Kildea D, Kondo K, et al. Early diagnosis of Alzheimer's disease: the role of biomarkers. *J Clin Neurol.* 2022.
16. Tzeng R-C, Chen Y-C. The roles of the NMDA receptor and its ligand in Alzheimer's disease: potential therapeutic targets. *Front Aging Neurosci.* 2020;12:578-587.
17. Selkoe DJ, Hardy J. The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease at 25 years. *EMBO Mol Med.* 2016.
18. Spector A, Orrell M. Cognitive rehabilitation for people with dementia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2010;197(6):418-425. doi:10.1192/bjp.bp.110.078735.
19. Pardo M, García C, Barrón V, et al. Alzheimer's disease: From pathology to therapy. *Ann Med.* 2019;51(4):273-281. doi:10.1080/07853890.2019.1619308.
20. Guerreiro R, Bras J. The age factor in Alzheimer's disease. *AgeingRes Rev.* 2015;24(Pt B):241-257. doi:10.1016/j.arr.2015.09.003.
21. Langa KM, Levine DA. The diagnosis and management of mild cognitive impairment: A clinical review. *JAMA.* 2014;312(23):2551-2561. doi:10.1001/jama.2014.16856.
22. Peters R. Ageing and the brain. *Postgrad Med J.* 2006;82(964):84-88. doi:10.1136/pmj.2005.041518.
23. Vellas B, Carrieri R, Borson S, et al. Early diagnosis and early treatment of Alzheimer's disease: a European perspective. *J Alzheimers Dis.* 2013;37(3):515-528. doi:10.3233/JAD-130953.
24. Shenk D. Zaboravljanje. Algoritam. Zagreb. 2005

25. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zdravstveno veleučilište. Zagreb. 2006.
26. Sestrinski glasnik službeni časopis Hrvatske udruge medicinskih sestara. br.2. 2015.
27. Doody RS, Stevens JC, Beck C, Dubinsky RM, Kaye JA, Gwyther L, et al. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56(9):1154-66. doi: 10.1212/WNL.56.9.1154. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11342679/> (06.09.2024)
28. Galvin JE, Sadowsky CH. Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(3):367-82. doi: 10.3122/jabfm.2012.03.100181. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22570400/> (06.09.2024)
29. Đorđević V. Braš M., Brajković L. Osnove palijativne medicine. Medicinska naklada. Zagreb. 2013.
30. Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, Bennett DA, Craft S, Froelich L, et al. Toward defining preclinical Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*. 2011;7(3):280-92. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.003. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21514248/> (06.09.2024.)
31. European Alzheimer's Disease Consortium (EADC), Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative (ADNI). The prevalence of Alzheimer's disease and other dementias in Europe. *Lancet Neurol*. 2012;11(8):705-10. doi: 10.1016/S14744422(12)70116-4. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20042704/> (06.09.2024)
32. Gatz M, Reynolds CA, Johansson B, Mortimer JA, Berg S, Fiske A, et al. Role of genes and environment in dementia: a longitudinal study of Swedish twins. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(2):168-74. doi: 10.1001/archpsyc.63.2.168. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16461860/> (06.09.2024.)
33. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. London: Alzheimer's Disease International; 2015. Dostupno na: <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2015> (06.09.2024.)

7. OZNAKE I KRATICE

DLB - Demencija s Lewyjevim tijelima

FTD - frontotemporalna demencija

CT – kompjuterizirana tomografija

MRI – magnetska rezonanca

MMSE – Mini Mental State Examination

NMDA – N-Metil-D-Aspartat receptori

MoCA - Montreal Cognitive Assessment

CSF - Analiza cerebrospinalne tekućine

PET - Pozitronska emisijska tomografija

8. SAŽETAK

Alzheimerova bolest je progresivni neurodegenerativni poremećaj koji najčešće pogađa stariju populaciju, te predstavlja jedan od najvećih izazova za suvremeno društvo i zdravstveni sustav. Ovaj rad istražuje socijalno-medicinske aspekte Alzheimerove bolesti kod osoba starije životne dobi, s posebnim naglaskom na prevalenciju bolesti, dijagnostiku, liječenje, te utjecaj bolesti na obitelj i društvo. Analizirana je važnost multidisciplinarnog pristupa u pružanju njege, pri čemu je istaknuta ključna uloga medicinskih sestara. Poseban naglasak stavljen je na palijativnu skrb koja, kroz holistički pristup, smanjuje patnju pacijenata i poboljšava njihovu kvalitetu života. Također su razmotreni izazovi s kojima se suočavaju obitelji i njegovatelji, kao i potrebne mjere za poboljšanje pristupa i kvalitete skrbi unutar zdravstvenog sustava. Zaključno, rad ističe potrebu za daljnjim istraživanjem, edukacijom i društvenom podrškom kako bi se poboljšala kvaliteta života oboljelih i njihovih obitelji.

Ključne riječi: Alzheimerova bolest, starija populacija, socijalno-medicinski aspekti, multidisciplinarni tim, medicinske sestre.

9. SUMMARY

Alzheimer's disease is a progressive neurodegenerative disorder that primarily affects the elderly population, presenting one of the greatest challenges for modern society and healthcare systems. This paper explores the social and medical aspects of Alzheimer's disease in the elderly, with a focus on the prevalence of the disease, diagnosis, treatment, and its impact on families and society. The importance of a multidisciplinary approach in providing care is analyzed, highlighting the crucial role of nurses. Special emphasis is placed on palliative care, which, through a holistic approach, alleviates patient suffering and improves their quality of life. The challenges faced by families and caregivers are also discussed, along with necessary measures to enhance access to and quality of care within the healthcare system. In conclusion, the paper underscores the need for further research, education, and social support to improve the quality of life for patients and their families.

Key words: Alzheimer's disease, elderly population, social and medical aspects, multidisciplinary team, nurses.

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>30.09.2024</u>	JAKOV VLADIĆ	Jakov Vladić

U skladu s čl. 58, st. 5 Zakona o visokom obrazovanju i znanstvenoj djelatnosti, Veleučilište u Bjelovaru dužno je u roku od 30 dana od dana obrane završnog rada objaviti elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru u nacionalnom repozitoriju.

Suglasnost za pravo pristupa elektroničkoj inačici završnog rada u nacionalnom repozitoriju

JAKOV VLADIĆ
ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da tekst mojeg završnog rada u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu bude pohranjen s pravom pristupa (zaokružiti jedno od ponuđenog):

- a) Rad javno dostupan
- b) Rad javno dostupan nakon _____ (upisati datum)
- c) Rad dostupan svim korisnicima iz sustava znanosti i visokog obrazovanja RH
- d) Rad dostupan samo korisnicima matične ustanove (Veleučilište u Bjelovaru)
- e) Rad nije dostupan

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 30.09.2024

Jakov Vladić
potpis studenta/ice