

Informiranost obitelji o radu logopeda s osobama s Alzheimerovom bolešću

Hrboka, Mia

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Education and Rehabilitation Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:158:590176>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-26**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Education and Rehabilitation Sciences - Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

DIPLOMSKI RAD
Informiranost obitelji o radu logopeda s osobama s Alzheimerovom
bolesti

Mia Hrboka

Zagreb, rujan, 2020.

Sveučilište u Zagrebu
Edukacijsko-rehabilitacijski fakultet

DIPLOMSKI RAD
Informiranost obitelji o radu logopeda s osobama s Alzheimerovom
bolesti

Mia Hrboka

izv. prof. dr. sc. Jelena Kuvač Kraljević

Zagreb, rujan, 2020.

Izjava o autorstvu rada

Potvrđujem da sam osobno napisala rad **Informiranost obitelji o radu logopeda s Alzheimerovom bolešću** i da sam njegova autorica.

Svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima jasno su označeni kao takvi te su adekvatno navedeni u popisu literature.

Ime i prezime: Mia Hrboka

Mjesto i datum: Zagreb, rujan, 2020.

Sažetak

Informiranost obitelji o radu logopeda s osobama s Alzheimerovom bolešću

Studentica: Mia Hrboka

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Jelena Kuvač Kraljević

Studijski smjer: Logopedija

Unatoč prepoznatoj važnosti kvalitetne i efikasne komunikacije kao jednog od najvažnijih čimbenika povezanih sa starenjem, jako mali broj logopeda bavi se upravo komunikacijom osoba starije životne dobi s prisutnim kroničnim i progresivnim teškoćama. Budući da intervencijske metode poticanja komunikacije, jezika i govora mogu značajno utjecati na kvalitetu života osoba starije životne dobi, uključujući i osobe s demencijom, uloga logopeda nikako nije zanemariva. Jedan od najučestalijih tipova demencije je Alzheimerova bolest koja se odnosi na sindrom progresivnog gubitka pamćenja i intelektualnih sposobnosti, stečena je, progresivna te rezultira deficitima u različitim domenama kognitivnog funkcioniranja – pamćenju, vizuo-spacijalnim vještinama, općim intelektualnim sposobnostima, ali i u komunikaciji i jeziku. Unatoč činjenici da su komunikacijske i jezične teškoće vodeći simptomi Alzheimerove bolesti, uloga logopeda u rehabilitaciji osoba s tom bolesti nije u potpunosti prepoznata. Iz tog razloga, cilj je ovog rada bio istražiti ulogu logopeda u praksi u radu s populacijom osoba s Alzheimerovom bolešću iz perspektive skrbnika i obitelji osoba s tom bolesti. Prvi korak bio je prikazati temeljna obilježja bolesti, tijek i progresiju kroz tri stadija, a potom i obilježja progresije komunikacijskih, jezičnih i govornih sposobnosti. Potom je naglasak stavljen na ulogu logopeda u procesima procjene, terapije i savjetovanja. Kako bi se utvrdila informiranost obitelji o radu logopeda s Alzheimerovom bolešću, provedeno je istraživanje čiji su sudionici bili članovi obitelji i skrbnici oboljelih osoba (N=30) koji su ispunili upitnik dostupan putem Google Forms-a. Istraživanje je ukazalo na potrebu za većom informiranosti populacije o područjima rada logopeda u što se ubraja i Alzheimerova bolest te općenito rad s populacijom osoba starije životne dobi. Nadalje, osim potrebe za povećanjem svijesti, ističe se i problem nedovoljne edukacije logopeda za rad s osobama starije životne dobi, a posebno onima s kroničnim i progresivnim teškoćama kao što je Alzheimerova bolest.

Ključne riječi: Alzheimerova bolest, uloga logopeda, članovi obitelji, informiranost

Abstract

Family awareness of speech-language pathologist working with Alzheimer's disease

Student: Mia Hrboka

Mentor: izv.prof.dr.sc. Jelena Kuvač Kraljević

Field of study: Speech and language pathology

Despite the recognized importance of quality and effective communication as one of the most important factors associated with aging, very few speech and language pathologists work with communication of the elderly with chronic and progressive diseases. Taking into consideration that interventional methods of encouraging communication, language and speech can significantly affect the quality of life of the elderly, the role of speech and language pathologist is by no means negligible. One of the most common types of dementia is Alzheimer's disease which refers to progressive memory and intellectual abilities loss, and is acquired, progressive and results in deficits in various domains of cognitive functioning – memory, visual-spatial skills, general intellectual abilities, including deficits in communication and language. Despite the fact that communication and language deficits are the leading symptoms of Alzheimer's disease, the importance of speech and language pathologist is not fully recognised. Accordingly, the aim of this study was to investigate the role of speech and language pathologist in working with the people with Alzheimer's disease. The first step was to illustrate the basic features of the disease, the course and progression through three stages, and characteristics of communication and language-speech progression. Emphasis was then placed on the role of speech and language pathologists in assessment, therapy, and counseling processes. In order to determine the family awareness of the role of speech and language pathologist working with Alzheimer's disease, a study was conducted whose participants were family members and caregivers of patients (N=30). They completed a questionnaire available on Google Forms. The research pointed the need for greater awareness of the population about the areas of work of speech and language pathologists, which includes Alzheimer's disease, and about work elderly population in general. Furthermore, in addition to the need to raise awareness, the problem of insufficient education of speech and language pathologists in working with elderly, especially those with chronic and progressive difficulties such as Alzheimer's disease, is highlighted.

Key words: Alzheimer's disease, the role of speech and language pathologist, family members, awareness

Sadržaj

| | |
|---|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 2. ALZHEIMEROVA BOLEST | 1 |
| 2.1. Terminologija | 2 |
| 2.2. Epidemiologija i etiologija Alzheimerove bolesti..... | 2 |
| 2.3. Klinička slika Alzheimerove bolesti | 4 |
| 2.4. Progresija komunikacijskih i jezičnih teškoća | 7 |
| 2.5. Farmakološka terapija | 11 |
| 3. ULOGA LOGOPEDA U RADU S OSOBAMA S ALZHEIMEROVOM BOLESTI . | 12 |
| 3.1. Logopedska procjena komunikacije i jezika kod Alzheimerove bolesti..... | 12 |
| 3.2. Logopedska terapija kod osoba s Alzheimerovom bolesti..... | 14 |
| 3.3. Savjetovanje skrbnika i članova obitelji o unaprijeđenju kvalitete komunikacije s osobama s Alzheimerovom bolesti..... | 17 |
| 4. CILJ ISTRAŽIVANJA | 19 |
| 4.1. Problemi i pretpostavke istraživanja | 19 |
| 5. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA | 20 |
| 5.1. Uzorak ispitanika..... | 20 |
| 5.2. Mjerni instrument i postupak prikupljanja podataka..... | 21 |
| 5.3. Obrada podataka..... | 22 |
| 6. REZULTATI I RASPRAVA | 22 |
| 6.1. Povezanost razine obrazovanja i dobi postavljanja dijagnoze | 22 |
| 6.2. Informiranost skrbnika i članova obitelji o važnosti logopeda u terapiji osoba s Alzheimerovom bolesti | 23 |
| 6.3. Uključenost u terapiju i stav članova obitelji o logopedskoj terapiji | 26 |
| 6.4. Razlozi neuključenosti osoba s Alzheimerovom bolesti u logopedsku terapiju | 27 |
| 7. ZAKLJUČAK | 30 |
| 8. LITERATURA | 31 |

1. UVOD

Alzheimerova bolest je progresivna bolest čiji su vodeći simptomi oni koji se vezuju uz komunikaciju, jezik i govor. Logopedi, kao vodeći stručnjaci na navedenim područjima, imaju važan zadatak procjene i terapije osoba s Alzheimerovom bolesti. Ipak, budući da se bolest primarno vezuje uz osobe starije životne dobi, a dovodi do postupnog gubitka samostalnosti oboljelih osoba, veliki teret pada i na samu obitelj. Obitelji su nerijetko nedovoljno informirane, ne samo o osnovnim obilježjima bolesti i njezinoj progresiji, već i o širokom spektru stručnjaka koji mogu pomoći osobama s Alzheimerovom bolesti, uključujući i logopede. Posljedično, jedan od zadataka logopeda je i informiranje javnosti, ali i obitelji oboljelih, prvobitno o područjima njihova rada, ali i o mogućnosti terapije s osobama različitih profila teškoća i bolesti u koje uključujemo i Alzheimerovu bolest. Iz tog razloga, u ovom diplomskom radu dat će se pregled temeljnih obilježja Alzheimerove bolesti, posebice onih vezanih za komunikaciju, jezik i govor, a potom i uloge logopeda u procesima procjene, terapije i savjetovanja. Nadalje, provedeno je istraživanje kojim se ciljano ispitala upravo informiranost članova obitelji o stavovima vezanim za logopedsku terapiju, a sve s ciljem podizanja svijesti o logopedu kao ključnom članu multidisciplinarnog tima u radu s osobama s Alzheimerovom bolesti.

2. ALZHEIMEROVA BOLEST

Alzheimerova bolest, prema Zarit i Zarit (2007), smatra se najučestalijim tipom demencije. Termin demencija odnosi se na sindrom progresivnog gubitka pamćenja i intelektualnih sposobnosti, a karakteriziraju je tri glavna obilježja: (1) stečena je, (2) progresivna te (3) rezultira deficitima u različitim domenama kognitivnog funkcioniranja – jeziku, pamćenju, vizuo-spacijalnim vještinama i općim intelektualnim sposobnostima. Sukladno tome, demenciju razlikujemo od traume glave ili moždanog udara koji rezultiraju deficitima specifičnim za mjesto oštećenja, ali i od pojedinih psihijatrijskih poremećaja kao što je depresija, koja može biti privremena, te od intelektualne onesposobljenosti, budući da je demencija stečena te dolazi do progresije teškoća tijekom vremena (Zarit i Zarit, 2007).

Simptomi bolesti ovise o mjestu cerebralnog oštećenja, odnosno, o regijama u mozgu koji su zahvaćeni progresivnom degeneracijom. Sukladno tome, Mendez i Cummings (2003; prema Zarit i Zarit, 2007) razlikuju kortikalne, za koje su karakteristični deficiti u pamćenju, jeziku i vizualnom procesiranju, te subkortikalne demencije povezane sa značajnim oštećenjem u frontalnim i subkortikalnim područjima kao što su bazalni gangliji i talamus, pa takve demencije obuhvaćaju i motoričke teškoće, nedostatak motivacije te usporavanje kognitivnih funkcija. Nadalje, uz subkortikalne demencije vezuju se i poremećaj pažnje, teškoće u rješavanju problema i prisjećanju (Paulsen i sur., 1995). Parkinsonova bolest predstavnik je subkortikalnih demencija, dok se kao najučestalija kortikalna demencija navodi upravo Alzheimerova bolest.

2.1. Terminologija

Alzheimerovu bolest prvi je opisao njemački psihijatar Alois Alzheimer 1906. godine iznijevši kliničke i neuropatološke dokaze te zapažanja kod pedesetjednogodišnje pacijentice s „neuobičajenom bolesti moždane kore“ (Zilka i Novak, 2006), čiji su gubitak pamćenja i dezorijentacija bili popraćeni depresijom i halucinacijama. Tijekom godina opažao je simptomatologiju, progresiju i tijek bolesti, a post mortem je identificirao vrste patologije moždanog tkiva koje se smatraju glavnim obilježjima bolesti – amiloidne plakove i neurofibrilarne niti (Zarit i Zarit, 2007). Značajan podatak bila je sama dob pacijentice zbog koje dolazi do razlikovanja senilne demencije i Alzheimerove bolesti koje je prihvaćena kao nova dijagnostička kategorija te se, kao takva, kroz 20. stoljeće koristi za osobe od 45 do 65 godina koje pokazuju simptome demencije, dok se za osobe iznad 65 godina koristio termin senilna demencija (Barac i sur., 1992). Budući da su kliničke i patološke manifestacije kod Alzheimerove bolesti i senilne demencije bile jednake, ne isključujući mogućnost različite etiologije, dijagnoza Alzheimerove bolesti postaje neovisna o dobi uz razlikovanje dva podtipa – Alzheimerova bolest s ranim početkom, odnosno, s početkom do 65. godine, te Alzheimerova bolest s kasnim početkom nakon 65. godine života (DSM-IV, 1994).

2.2. Epidemiologija i etiologija Alzheimerove bolesti

Starenje stanovništva postupno postaje sve veći problem, a US Center for Disease Control and Prevention (2003; prema Qiu, Kivipelto i von Strauss, 2009) navodi da će broj osoba starije životne dobi s 420 milijuna, koliko je taj broj iznosio u 2000. godini, porasti na približno

jednu milijardu do 2030. godine. Budući da se povećana pojava Alzheimerove bolesti vezuje uz stariju životnu dob, pretpostavlja se da će ona predstavljati veliki izazov, kako u zdravstvu, tako i u sustavima skrbi za starije osobe. Reitz, Brayne i Mayeux (2011) navode podatak iz 2005. godine prema kojem 24,2 milijuna ljudi u svijetu ima neki oblik demencije sa 4,6 milijuna novih slučajeva svake godine, a čak se 70% njih odnosi upravo na Alzheimerovu bolest. O udjelu Alzheimerove bolesti izvještavaju i Lobo i sur. (2000; prema Qiu i sur., 2009) prema kojima prevalencija u Europi, za populaciju osoba iznad 65 godina, iznosi 6,4% za demencije te čak 4,4% za Alzheimerovu bolest. Nadalje, prevalencija Alzheimerove bolesti bilježi eksponencijalni rast s dobi, sa značajnim porastom iznad dobi od 65 godina kada se ona svakih 5 godina udvostručuje (Qiu i sur., 2009). Incidenciju bolesti teško je precizno odrediti, a Mayeux i Stern (2012) navode dva otežavajuća čimbenika. Prvobitno je teško odrediti dob u kojoj se sama bolest pojavljuje, a zatim i definirati populaciju bez zabilježenih slučajeva bolesti koja bi poslužila kao kontrolna skupina. Ipak, pregledom podataka iz 24 studije, uočava se konzistentan porast incidencije Alzheimerove bolesti s dobi, a iznosi 0,5% u dobi od 65 do 70 te 6-8% u dobi iznad 85 godina.

Neuropatološki simptomi karakteristični za Alzheimerovu bolest javljaju se čak 20-30 godina prije pojave prvih simptoma (Pekkala, 2004). Zarit i Zarit (2007) kao glavni uzrok Alzheimerove bolesti navode amiloide koji se u zdravom organizmu puštaju u krvotok te enzimski razgrađuju. Kod Alzheimerove bolesti, enzimi počnu stvarati tzv. beta-amiloide koji su ljepljivi te se pretvaraju u amiloidne plakove – nakupine degenerativnih živčanih završetaka koje se nalaze u blizini sinapsi što rezultira otežanom komunikacijom među neuronima. Neurofibrilarne niti također doprinose razvoju Alzheimerove bolesti na način da utječu na energetski metabolizam stanice što posljedično dovodi do smrti iste. Gubitkom neurona i otežanom komunikacijom među njima nastupa atrofija mozga. Takvo oštećenje je selektivno što znači da će značajnije utjecati na pojedine dijelove mozga ili vrste neurona. Mendez i Cummings (2003; prema Zarit i Zarit, 2007) navode da do najizraženije atrofije dolazi u temporalno-limbičkom području, posebice u hipokampusu i amigdali te u frontalnim i temporalno-parijetalnim dijelovima mozga.

Genetski čimbenici i mutacije mogu dovesti do procesa koji rezultiraju stvaranjem beta-amiloida i neurofibrilarnih niti (Zarit i Zarit, 2007). Pekkala (2004) navodi dva tipa Alzheimerove bolesti koja su određena genetskim čimbenicima – nasljedna (*familial Alzheimer's disease* – FAD) i sporadična Alzheimerova bolest. Nasljedna Alzheimerova bolest javlja se prije dobi od 60 godina kod tek 10% pacijenata, a povezana je s mutacijama pronađenim na kromosomu 1, kromosomu 14 te kromosomu 21, a svaka od njih povezana je s

pojavom Alzheimerove bolesti. St. Geogre-Hyslop i sur. (1990; prema Zarit i Zarit, 2007) navode da se mutacije nasljeđuju autosomno dominantno što znači da dijete roditelja s mutacijom ima 50% šanse da naslijedi mutirani gen te posljedično razvije bolest.

Alzheimerova bolest je multifaktorska bolest s brojnim rizičnim čimbenicima od kojih je najznačajnija sama dob, odnosno, biološki procesi povezani sa starenjem. Iako rizični čimbenici kao takvi nisu dovoljni da bi bili korišteni kao dijagnostički markeri, oni mogu poslužiti za procjenu rizika, a mogu biti povezani s etiologijom ili ishodom bolesti (Reitz, Brayne i Mayeux, 2011). Sukladno tome, Qiu i sur. (2009) navode više hipoteza kojima objašnjavaju moguće rizične, ali i zaštitne čimbenike povezane s Alzheimerovom bolesti:

- (1) genetska hipoteza;
- (2) hipoteza vaskularnih putova u sklopu koje se navode rizični čimbenici za razvoj bolesti (pušenje, konzumacija alkohola, prekomjerna tjelesna težina, povišeni krvni tlak, povišeni kolesterol, dijabetes, cerebralne i kardiovaskularne bolesti);
- (3) psihosocijalna hipoteza u koju se ubrajaju zaštitni čimbenici (visoko obrazovanje i socioekonomski status, visoka socijalna uključenost, učestala fizička i mentalna aktivnost);
- (4) različita etiologija kao što su izloženost toksinima (aluminij), upale i traumatska ozljeda mozga (Qiu i sur., 2009).

2.3. Klinička slika Alzheimerove bolesti

Budući da se radi o progresivnoj i degenerativnoj, ali sporoj bolesti, prvi simptomi Alzheimerove bolesti mogu vrlo lako ostati neprepoznati. Puljak, Perko, Mihok, Radašević i Tomek-Roksanović (2005) navode da Alzheimerova bolest najčešće počinje blagim promjenama u pamćenju, kogniciji te obavljanju svakodnevnih aktivnosti, dok se nagla pojava bolesti vezuje uz emocionalni šok, operativne zahvate, promjene sredine, pojavu druge teške bolesti i sl. Prve simptome bolesti najčešće primjećuje bliža obitelj, skrbnici i prijatelji osobe ili čak sama oboljela osoba (Puljak i sur., 2005).

Pekkala (2004) i Mayo Clinic (2019) dijele Alzheimerovu bolest na pet faza ovisno o simptomima i uznapredovalosti same bolesti: (1) predklinička faza Alzheimerove bolesti, (2) vrlo rana faza koju karakteriziraju lake kognitivne teškoće uslijed Alzheimerove bolesti, (3) rana faza s lakom demencijom uslijed Alzheimerove bolesti, (4) srednja faza s umjerenom demencijom te (5) teška faza Alzheimerove bolesti. *Predklinička faza Alzheimerove bolesti*

počinje puno prije pojave prvih simptoma te može trajati godinama ili čak desetljećima. Iako značajne bihevioralne promjene nisu prisutne, novijom tehnologijom moguće je utvrditi postupno stvaranje amiloidnih plakova i neurofibrilarnih niti (Mayo Clinic, 2019), a blage teškoće pažnje, epizodičkog pamćenja te verbalnih apstraktnih i vizuospacijalnih konstrukcija mogu se postupno pojavljivati (Ylikoski i sur., 1999; Pirttila i Erkinjuntti, 2001; prema Pekkala, 2004).

U *vrlo ranoj fazi* Alzheimerove bolesti (Tablica 1.), kognitivne teškoće su i dalje blage, ali očitije, što posljedično dovodi do povećane svjesnosti o zaboravljivosti i teškoćama u učenju (Pulliainen i Kuikka, 1998; Pirttila i Erkinjuntti, 2001; prema Pekkala, 2004). Kao najvažniji simptom, izdvajaju se teškoće pamćenja (Almkvist & Bäckman 1993; Petersen, Smith, Ivnik, Kokmen & Tangalos 1994; Locascio, Growdon & Corkin 1995; Soininen 1997; prema Pekkala, 2004), posebice epizodičkog, s prisutnošću ograničenog kapaciteta u kodiranju i prizivanju informacija (Masur i sur., 1994; prema Pekkala, 2004,) što rezultira teškoćama u učenju novih informacija i pamćenja nedavnih događaja. Nadalje, osobe mogu imati teškoća s donošenjem odluka te s procjenom vremena ili koraka potrebnih za obavljanje pojedinog zadatka (Mayo Clinic, 2019).

Tablica 1. Prikaz teškoća u vrlo ranoj fazi Alzheimerove bolesti (Pekkala, 2004)

| | |
|-----------------------|---|
| KOGNITIVNE TEŠKOĆE | Teškoće učenja, teškoće prizivanja novih informacija, narušene vještine u stranim jezicima |
| FUNKCIONALNE VJEŠTINE | Usporenost u radu, teškoće sa suočavanjem s novim i zahtjevnim situacijama, smanjena zainteresiranost za hobije |
| PONAŠANJE | Stres, umor |
| SOMATSKI SIMPTOMI | / |

U *ranoj fazi* Alzheimerove bolesti (Tablica 2.) nastupa daljnje propadanje intelektualnih i neuroloških funkcija (Pirttila i Erkinjuntti, 2001; prema Pekkala, 2004), a mogu biti zahvaćene senzoričke funkcije, posebno auditivna diskriminacija te olfaktorni i taktilni osjeti. Mayo Clinic (2019) navodi pet temeljnih obilježja karakterističnih za ovu fazu, a uz ranije prisutan gubitak pamćenja nedavnih događaja, manifestiraju se i promjene osobnosti, teškoće u organizaciji i verbalizaciji misli, gubljenje stvari te teškoće rješavanja problema i kompleksnih zadataka. Potonje teškoće Pekkala (2004) pripisuje teškoćama pažnje, psihomotoričke brzine te izvršnih funkcija, kao što su planiranje, fleksibilnost i monitoriranje. Semantičko i proceduralno pamćenje mogu ostati očuvani do kasnijih faza bolesti, iako se

teškoće manifestiraju u kratkoročnom pamćenju, posebice za verbalne i vizuospacijalne informacije (Almkvist i Backman, 1993; Pulliainen i Kuikka, 1998; prema Pekkala, 2004). Iako su i dalje neovisni i samostalni, socijalne uloge su značajno ograničene uslijed apraksije te teškoća koncentracije i orijentacije, a dodatno mogu biti prisutni i psihijatrijski simptomi poput depresije (Pekkala, 2004).

Tablica 2. Prikaz teškoća u ranoj fazi Alzheimerove bolesti (Pekkala, 2004)

| | |
|-----------------------|--|
| KOGNITIVNE TEŠKOĆE | Učestala zaboravljivost, usporavanje izvršnih funkcija, smanjena učestalost iniciranja aktivnosti, teškoće prosuđivanja, koncentracije i rješavanja problema, teškoće u pronalaženju riječi i računanju |
| FUNKCIONALNE VJEŠTINE | Teškoće u slijeđenju razgovora, narušene vještine čitanja, nesudjelovanje u hobijima i smanjeni interes, teškoće planiranja svakodnevnih zadataka, teškoće u organiziranju financija i obavljanju kupovine |
| PONAŠANJE | Apatija, povlačenje, anksioznost, razdražljivost, depresija, deluzije |
| SOMATSKI SIMPTOMI | Gubitak tjelesne težine, usporavanje motoričkih funkcija |

Srednja faza bolesti (Tablica 3.) očituje se daljnjim propadanjem i gubitkom pamćenja, pa osobe zaboravljaju osobne podatke te nerijetko ponavljaju ista pitanja ili priče. Prisutne su značajne promjene osobnosti i ponašanja, a karakteristične su i teškoće u prostornoj i vremenskoj orijentaciji. Uslijed daljnjeg propadanja izvršnih funkcija te pojave apraksije i agnozije, osobama je potrebna pomoć u obavljanju svakodnevnih aktivnosti (Mayo Clinic, 2019).

Tablica 3. Prikaz teškoća u srednjoj fazi Alzheimerove bolesti (Pekkala, 2004)

| | |
|-----------------------|---|
| KOGNITIVNE TEŠKOĆE | Teškoće pamćenja nedavnih događaja, teškoće govorne produkcije, narušene konverzacijske vještine, perceptivne teškoće, dezorijentacija, loša koncentracija, vizuospacijalne teškoće |
| FUNKCIONALNE VJEŠTINE | Gubljenje stvari, narušene vještine kuhanja, potrebna pomoć u obavljanju svakodnevnih aktivnosti |
| PONAŠANJE | Deluzije, halucinacije, paranoja, poremećaj spavanja, depresija, apatija, problemi u ponašanju, relativno dobro očuvane socijalne vještine |
| SOMATSKI SIMPTOMI | Gubitak tjelesne težine, apraksija, ekstrapiramidni simptomi (rigidnost, usporenost), dobro fizičko stanje |

Gubitak komunikacijskih vještina, svakodnevni nadzor i briga te progresivan gubitak fizičkih sposobnosti manifestiraju se u *kasnoj fazi* Alzheimerove bolesti (Mayo Clinic, 2019). Prema Pekkala (2004), kognitivne sposobnosti značajno opadaju pa izrazito loše pamćenje, loše razumijevanje i govorna proizvodnja popraćena eholalijom, dezorijentiranost i nemogućnost koncentracije, karakteriziraju ovu fazu. Pomoć je potrebna u svim aspektima svakodnevnog funkcioniranja, kao što su oblačenje, hranjenje i osobna higijena, a situaciju dodatno otežava prisutnost inkontinencije te problema u ponašanju (agresija, depresija, poremećaj spavanja).

Progresija simptoma kod osoba s Alzheimerovom bolesti može značajno varirati (Teri, Hughes i Larson, 1990; prema Zarit i Zarit, 2007). U većini slučajeva, bolest se sporo razvija pa mnogi pacijenti žive i do 20 godina nakon postavljanja dijagnoze, a prosječan životni vijek kod osoba s različitim tipovima demencije iznosi do 11 godina nakon pojave prvih simptoma (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit i Whitlatch, 1995; prema Zarit i Zarit, 2007). Ipak, u nekim slučajevima, smrt nastupi u razdoblju od tek nekoliko godina, a čimbenici koji mogu tome doprinijeti jesu prisutnost nekih drugih neuroloških poremećaja ili prekomjerna konzumacija alkohola (Teri i sur., 1990; prema Zarit i Zarit, 2007). Juva, Valvanne i Voutilainen (2001; prema Pekkala, 2004) kao najčešći uzrok smrti navode razvoj problema s gutanjem koji posljedično dovode do respiratornih teškoća i upale pluća, ali ne isključuju i pojavu različitih infekcija te bolesti kao moguće uzroke smrti kod osoba s Alzheimerovom bolesti.

Pekkala (2004) navodi tri testa koja procjenjuju kognitivni i funkcionalni kapacitet te socijalne vještine osobe s demencijom, te pomoću kojih je moguće približno utvrditi stadij demencije: *Global Deterioration Scale* (GDS), *Clinical Dementia Rating* (CDR) i *Mini Mental State Examination* (MMSE). MMSE procjenjuje orijentaciju, koncentraciju, pamćenje, jezične vještine te percepciju, pa se smatra valjanom metodom u otkrivanju izraženijih kognitivnih deficita. Ipak, Alhainen i Rosenvall (2001; prema Pekkala, 2004) navode da takvi testovi ne zamjenjuju opsežnu i detaljnu neuropsihološku procjenu, ali daju valjane podatke o kognitivnom statusu i ozbiljnosti demencije pa, samim time, procjenjuju i progresiju bolesti.

2.4. Progresija komunikacijskih i jezičnih teškoća

Najraniji i najizraženiji simptomi koji se javljaju pri pojavi Alzheimerove bolesti, te koji se mijenjaju i progrediraju sukladno procesima promjene same bolesti, jesu oni vezani uz komunikaciju i jezik (Obler & Albert 1981; Obler 1983; Bayles 1982; Martin & Fedio 1983; Seltzer & Sherwin 1983; Cummings, Benson, Hill & Read 1985; Smith, Murdoch & Chenery

1989; Bayles, Boone, Tomoeda, Slauson & Kaszniak 1989; Bayles & Tomoeda 1991; Kempler 1995; prema Pekkala, 2004). Dokazi o izraženosti i ozbiljnosti takvih teškoća su heterogeni. Seltzer i Sherwin (1983; prema Pekkala, 2004) navode da su jezične teškoće kod Alzheimerove bolesti ranog početka izraženije u odnosu na onu koja se javlja kasnije u životu, dok Bayles (1991, prema Pekkala, 2004) tvrdi da su jezične teškoće izraženije kod osoba kod kojih se Alzheimerova bolest javila kasnije. Ipak, neupitno je da su komunikacijske i jezične teškoće prisutne kod svih osoba s Alzheimerovom bolesti te da postupno sve više utječu na njihovo svakodnevno funkcioniranje.

U *ranjoj fazi* Alzheimerove bolesti, konverzacijske vještine većinom su očuvane, iako se kod pojedinih osoba mogu manifestirati teškoće s iniciranjem konverzacije, prepričavanjem, uvođenjem i slijeđenjem teme te slijeđenjem tijeka razgovora (Obler i Albert, 1981; Orange, Lubinski, Higginbotham, 1996; Ripich i Ziol, 1998; prema Pekkala, 2004). Karakterističan simptom jesu teškoće prizivanja riječi koje su u ovoj fazi relativno nadjačane cirkumlokucijama, semantički praznim riječima, čestom uporabom zamjenica, gesti i semantičkih parafazija, s ciljem održavanja fluentnosti razgovora. Razumijevanje konkretnog, jednostavnog i dobro strukturiranog jezika može biti očuvano, kao i prozodija, artikulacija te brzina govora, ali razumijevanje složenih gramatičkih struktura i apstraktnog jezika, kao što su humor, metafore i sarkazam, može biti otežano (Pekkala, 2004). Kako bolest napreduje prema *srednjoj fazi*, jezična proizvodnja i razumijevanje jezika dodatno propadaju. Zbog narušenih pragmatičkih vještina, loše pažnje, teškoća pamćenja i prizivanja riječi, sudjelovanje u razgovoru postaje otežano (Kempler, 1995; Mentis i sur., 1995; Orange i sur., 1996; Ripich i Ziol, 1998; prema Pekkala, 2004), iako konverzacijske izmjene, odgovaranje na pitanja i uporaba socijalno stereotipnih rečenica mogu biti očuvane. Povećava se učestalost cirkumlokucija i semantičkih parafazija uslijed teškoće prizivanja riječi te smanjenje opsega vokabulara što dovodi do toga da osobe s Alzheimerovom bolesti učestalo ponavljaju iste riječi ili ideje, vrlo lako zaboravljaju temu razgovora te pokazuju izrazite teškoće pri slijeđenju istog. Izrazito loše konverzacijske vještine, nerazumljiva i nekoherentna jezična proizvodnja te iskazi sastavljeni od tek nekoliko riječi uslijed ograničenog vokabulara, karakteristični su za *završnu fazu* Alzheimerove bolesti. Tada dolazi do povećane učestalosti fonoloških i semantičkih parafazija te pojave eholalije i palilalije, a jezično razumijevanje je posebno narušeno (Pekkala, 2004).

Ovisno o fazi bolesti u kojoj se oboljela osoba nalazi, jezične sastavnice i djelatnosti bit će različito zahvaćeni (Tablica 4.). Haak (2002) objašnjava progresiju jezičnih teškoća kao hijerarhijski proces u kojem postoji povezanost između redoslijeda jezičnog usvajanja i

jezičnog propadanja te navodi da teškoće prvo nastaju u onim složenijim jezičnim sastavnicama – semantici i pragmatici, a tek kasnije u jednostavnijima, kao što je fonologija. Selektivno propadanje jezičnih sastavnica pojasnili su Hopper i Bayles (2001; prema Haak, 2002) koji navode da su semantika i pragmatika povezani s nesvjesnim planiranjem i pamćenjem pa do njihovog narušavanja dolazi sukladno s nastankom kognitivnih teškoća. S druge strane, gramatika i fonologija su više automatizirani, nesvjesni procesi pa su, samim time, otporniji na kognitivnu deteoraciju.

Tablica 4. Prikaz teškoća u jezičnim sastavnicama i djelatnostima kroz ranu, srednju i završnu fazu bolesti (Pekkala, 2004)

| | RANA FAZA | SREDNJA FAZA | ZAVRŠNA FAZA |
|------------|--|---|---|
| PRAGMATIKA | Očuvane konverzacijske vještine; teškoće u prepričavanju priče i davanju uputa; izražavaju potrebu za pojašnjavanjem i potvrdom; teškoće u razumijevanju humora, sarkazma i metafora; teškoće iniciranja razgovora; teškoće u primjeni situacijskog konteksta; teškoće u slijeđenju teme razgovora | Narušene konverzacijske vještine: teškoće održavanja teme razgovora; osoba zna kada treba pričati, ali gubi osjećaj za potrebe sugovornika; odgovara na pitanja, ali odgovori su nepotpuni; ponavlja iskaze; zaboravlja temu; koristi stereotipne izjave; teškoće samoispravljanja grešaka u govoru | Nedostatak koherencije; teškoće održavanja kontakta očima i konverzacijskih izmjena; perseveracije; mutizam |
| SEMANTIKA | Teškoće prizivanja riječi; uporaba cirkumlokucija ili gesti kako bi se kompenzirale teškoće prizivanja; teškoće razumijevanja složenih i/ili apstraktnih koncepata | Teškoće u konfrontacijskom imenovanju; smanjenje opsega vokabulara; uporaba cirkumlokucija i zamjene nepovezanim riječima; narušeno razumijevanje uzročno-posljedičnih veza | Parafazije; eholalija; palilalija; pojava žargona; izrazito ograničen vokabular; loše jezično razumijevanje |
| SINTAKSA | Uglavnom nema pogrešaka | Gramatičke pogreške; pojednostavljena sintaksa; teškoće u razumijevanju složenih struktura | Nepotpune rečenice; loše razumijevanje sintaktičkih struktura |
| FONOLOGIJA | Uredna artikulacija, visina, glasnoća i brzina govora | Mogu se pojaviti fonološke i artikulacijske teškoće (npr. parafazije, artikulacijske teškoće) | Učestale pogreške |
| ČITANJE | Teškoće u čitanju s razumijevanjem, nisu narušeni mehanizmi čitanja na glas | Teškoće u koherentnom čitanju; očuvane motoričke vještine čitanja | Značajno narušeno |
| PISANJE | Teškoće u generiranju spontanog pisanog jezika; nisu narušeni mehanizmi pisanja | Teškoće u koherentnom i dobro oblikovanom pisanju; očuvane motoričke vještine pisanja | Značajno narušeno |

Postupno, kako Alzheimerova bolest napreduje, kvaliteta i kvantiteta jezične produkcije opada. Unatoč velikoj heterogenosti među oboljelima, svi oni u spontanoj produkciji pokazuju zajednički uzorak teškoća u kojem dominiraju semantičke pogreške uz teškoće prisutne u fonološkim, vizualnim i motoričkim aspektima govora. Do završne faze, oboljeli postupno razvijaju globalne jezične teškoće, produciraju kratke i gramatički jednostavne rečenice, a

prisutne su i teškoće prizivanja riječi, fonološke i semantičke greške te nemogućnost ispravljanja istih (Forbes-McKay, Shanks, Venneri, 2013). Forbes-McKay i sur. (2013) navode da je takva postupna pojava jezičnih teškoća konzistentna s neuropatološkim studijama o degeneraciji mozga. Degeneracija započinje u temporalnim i parijetalnim regijama mozga koje su povezane s najranijim simptomima Alzheimerove bolesti – imenovanjem, prizivanjem riječi i semantičkim procesiranjem, te se potom širi prema frontalnom režnju koji je odgovoran za motoriku i fonološko procesiranje, a što ostaje relativno očuvano do završnih faza bolesti (Hirono i sur., 1998; Sabbagh i sur., 1997; Braak, Braak, Yilmazer, Vos, Jansen, Bohi, 1996; prema Forbes-McKay i sur., 2013).

2.5. Farmakološka terapija

Za osobe s Alzheimerovom bolesti, dostupna farmakološka terapija koristi se za stabiliziranje kognitivnih deficita te promjena raspoloženja, a dodatno se koriste i antidepresivi, antipsihotici te hipnotici čije je djelovanje usmjereno prema problemima u ponašanju (Schachter i Davis, 2000). Inhibitori kolinesteraze koriste se za kognitivne teškoće budući da povećavaju koncentraciju acetilkolina što omogućuje lakšu sinaptičku transmisiju, a dokazano dovode do smanjenja razdražljivosti i promjena raspoloženja (Raskind i sur., 1997; Raskind, 1998; Pettenati i Donato, 1998; Husserman, Reinbold, Schroden, 1998; prema Schachter i Davis, 2000). Nadalje, Schachter i Davis (2000) naglašavaju da zamjenska hormonska terapija estrogenom pozitivno utječe na razvoj mozga, izdržljivost neurona, regeneraciju i plasticitet, a kod žena u menopauzi može dovesti do odgođene pojave Alzheimerove bolesti poboljšavajući kognitivne funkcije. Dodatno se još koriste i pojedini antiupalni lijekovi koji sprječavaju kognitivnu deteoraciju, te antioksidansi kao što su vitamin E te selegilin.

Uz farmakološku terapiju, koja je najzastupljeniji oblik terapije za osobe s Alzheimerovom bolesti, pri planiranju intervencije važno je u obzir uzeti i one nefarmakološke terapije komunikacije i jezika te socijalne programe. Zbog progresivne neuralne degeneracije, postojalo je uvriježeno mišljenje da osobe s Alzheimerovom bolesti nisu kandidati za takve oblike terapije, uključujući i onu logopedsku (Glickstein i Neustadt, 1993; Bayles i Kim, 2003; prema Woodward, 2013). Ipak, različitim istraživanjima utvrđen je pozitivan utjecaj kognitivnih i bihevioralnih terapija, a temelj takvih istraživanja činilo je mišljenje da će preostale kognitivne funkcije, ukoliko su dobro i pravilno iskorištene, poboljšati kvalitetu komunikacije osoba s Alzheimerovom bolesti te potencijalno smanjiti brzinu progresije teškoća (Mahendra, 2001; Bayles i Kim, 2003; Mahendra i Arkin, 2003; prema Woodward,

2013). O logopedskoj terapiji kod osoba s Alzheimerovom bolesti više će pisati u sljedećim poglavljima.

Probleme u ponašanju, kao što su depresija i psihoza, važno je pravovremeno i ciljano tretirati uz monitoriranje kognitivnih funkcija, a neophodna je i psihosocijalna terapija koja je usmjerena na manipulaciju okolinom, prevenciju komorbiditeta teškoća i bolesti te na podršku i savjetovanje skrbnika i obitelji, budući da obitelj također pokazuje rizik za razvoj depresije, anksioznosti i poremećaja spavanja (Schachter i Davis, 2000).

3. ULOGA LOGOPEDA U RADU S OSOBAMA S ALZHEIMEROVOM BOLESTI

Komunikacijske i jezične teškoće smatraju se vodećim simptomima Alzheimerove bolesti. Te teškoće nisu nikako zanemarive pa, u procesu dijagnostike, terapije i savjetovanja, izrazito veliku ulogu imaju logopedi. Uloga logopeda, iako često neprepoznata, može biti ključna u postavljanju dijagnoze i osiguravanju podrške za osobu s Alzheimerovom bolesti, ali i u unaprjeđenju kvalitete života. Logoped bi, kao vodeći stručnjak za područje komunikacije, jezika i govora, trebao moći provesti valjanu procjenu navedenih aspekata, pravovremeno uključiti osobu s Alzheimerovom bolesti u terapiju koja će se provoditi i organizirati ovisno i individualnim potrebama svake osobe, te uključiti i savjetovati obitelj o podupiranju i unaprjeđenju komunikacije, a samim time i kvalitete života osobe s Alzheimerovom bolesti.

3.1. Logopedska procjena komunikacije i jezika kod Alzheimerove bolesti

Logopedska procjena komunikacije, jezika i govora trebala bi biti neizostavan dio svakog dijagnostičkog procesa kod osoba s Alzheimerovom bolesti. Govoreći o procjeni, Balandin (2002) navodi dva moguća modela na kojima se procjena može temeljiti – medicinski i socijalni model. Medicinski model fokusiran je na samu teškoću, a ne na pojedinu osobu, što dovodi do mogućnosti nezamjećivanja pojedinih okolinskih faktora koji negativno utječu na komunikaciju. S druge strane, socijalni model (Duchan, 2001; prema Balandin, 2002) usmjerava se na osobu s teškoćom uz uključivanje njezine okoline u sustav podrške, a navodi se niz razloga zbog kojih se preporuča pribjegavanje ovakvom pristupu u procjeni. Prvobitno, postoji tek mali broj valjanih i pouzdanih alata i testova koji su pogodni za primjenu s

osobama starije životne dobi. Nadalje, mnoge osobe starije životne dobi nerijetko moraju snositi posljedice neodgovarajuće procjene, a posljedično i potencijalno pogrešne dijagnoze (Morse, 1988; prema Balandin, 2002). Zbog navedenih razloga, preporuča se socijalni pristup koji je funkcionalan, fleksibilan i vezan uz kontekst te je usmjeren na organiziranje sustava podrške u koji se uključuje i skrbnike osoba s Alzheimerovom bolesti što značajno utječe i na kvalitetu života pacijenta i njegove obitelji.

Pri planiranju i određivanju prikladnog i učinkovitog tretmana koji bi obuhvaćao individualne potrebe svakog pacijenta te trenutne okolinske čimbenike, u procesu procjene je bitno odrediti trenutnu funkcionalnu razinu osobe s Alzheimerovom bolesti, podršku obitelji i skrbnika, fazu demencije te razinu samostalnosti i neovisnosti. Sve te informacije će omogućiti logopedu lakši odabir terapijskog pristupa, postavljanje ciljeva i stvaranje plana terapije (Korytkowsa i Obler, 2016). Prvi korak svake procjene je prikupljanje obiteljske i medicinske anamneze, a Shipley i McAfee (2009; prema Korytkowsa i Obler, 2016) navode da je potrebno prikupiti informacije vezane prvobitno uz samog pacijenta, zatim skrbnika te Alzheimerovu bolest što se može postići primjenom različitih testova, upitnika i intervjuja koji će uključivati pitanja vezana uz obrazovanje, zanimanje, hobije i svakodnevne aktivnosti. Unatoč velikoj važnosti procjene komunikacije i jezika kod osoba s Alzheimerovom bolesti, postoji tek nekoliko testova koji se mogu koristiti u te svrhe. *Mini-Mental State Examination* (MMSE) i *Alzheimer's Disease Assessment Scale – cognitive subscale* (ADAS-cog) uključuju tek nekoliko stavki koje procjenjuju komunikaciju i jezik, a koje nisu dovoljne u svrhu opsežne procjene niti su dovoljno osjetljive za valjanu procjenu osoba u kasnijim fazama bolesti. S druge strane, pojedine skale za procjenu komunikacije i jezika, kao što su *Referential Communication Task* ili *Functional Linguistic Communication Inventory*, komplicirane su za provedbu, a mogu se provesti samo s osobama u ranijim fazama bolesti (Ferris, Ihl, Robert, Winblad, Gatz, Tenningkeit, Gauthier, 2009). Ipak, Korytkowsa i Obler (2016) navode testove dizajnirane isključivo za procjenu osoba s demencijom:

1. *Assessment of Language-Related Functional Activities* (ALFA) – test koji uključuje procjenu svakodnevnih aktivnosti kao što je korištenje telefona s ciljem procjene kognitivnih i jezičnih funkcija (Baines, Martin i McMartin-Heeringa, 1999; prema Korytkowsa i Obler, 2016).
2. *Arizona Battery for Communication Disorders od Dementia* – baterija testova sa ukupno 14 subskala za procjenu komponenti komunikacije kao što su prosuđivanje i slijeđenje uputa (Bayles i Tomoeda, 1991; prema Korytkowsa i Obler, 2016).

3. *Communicative Activities of Daily Living – Second Edition (CADL-2)* – test koji uključuje procjenu verbalne i neverbalne komunikacije (Holland, Frattali i Fromm, 1999; prema Korytkowsa i Obler, 2016).

Nadalje, Mack, Freed, White Williams i Henderson (1992) navode Boston test imenovanja kao test koji se nerijetko koristi za procjenu jezičnih funkcija ili promjena u jeziku tijekom određenog vremena kod pacijenata s Alzheimerovom bolesti. Ipak, iako Boston test imenovanja može dati valjane podatke o vještinama imenovanja, autori navode da je potrebna daljnja i detaljnija procjena, kako samog imenovanja, tako i jezika općenito, kako bi se dobili konkretniji podaci o jezičnim vještinama i teškoćama. Ferris i sur. (2009) navode i *Severe Impairment Battery (SIB)* koji uključuje jezičnu podskalu s ukupno sedam područja procjene: čitanje, pisanje, razumijevanje, verbalna tečnost, imenovanje, ponavljanje i diskurs. SIB se može primijeniti koristeći jednostavne upute i geste što ga čini primjerenim za provedbu i u kasnijim fazama Alzheimerove bolesti. Međutim, bez obzira na fazu bolesti u kojoj se procjena provodi, Haak (2002) navodi da logoped u obzir mora uzeti obrazovanje i intelektualne sposobnosti osobe čije se vještine procjenjuju te potencijalni utjecaj dodatnih medicinskih dijagnoza, kao što je depresija, i trenutnih medikamenata.

Daljnje informacije o jeziku i komunikaciji mogu se prikupiti kroz observaciju interakcija s obitelji, a jednom kada se provede cjelovita procjena te kada je logoped upoznat sa jakim i slabim stranama osobe s Alzheimerovom bolesti, bitno je postaviti ciljeve terapije u suradnji sa samim pacijentom i obitelji (Korytkowsa i Obler, 2016). Nadalje, logoped mora poznavati povezanost komunikacije i kognicije kod pacijenata s neurološkim deficitima te moraju posjedovati kompetencije u procjeni funkcioniranja u oba navedena aspekta. Također, mora moći odrediti utjecaj kognitivnih deficita na komunikaciju te dizajnirati, implementirati i procijeniti intervencije koje bi bile usmjerene prema tim deficitima (Hopper, Cleary, Oddson, Donnelly i Elgar, 2007).

3.2. Logopedska terapija kod osoba s Alzheimerovom bolesti

Nakon opsežne i detaljne procjene komunikacije i jezika, osobe s Alzheimerovom bolesti moraju biti uključene u logopedsku terapiju, bilo da se radi o individualnom ili grupnom obliku intervencije, s ciljem unaprjeđenja kvalitete komunikacije. Uloga logopeda u terapiji osoba s Alzheimerovom bolesti se sve više naglašava, posebice za one aspekte života koji su najviše pogođeni – dobrobit same osobe te kvaliteta života (Nobrega, Lousada, Figueriredo,

2016). Ipak, značaj logopeda i njegova svrha nisu oduvijek bili prepoznati. Brush, Slominski, Boczko (2016) navode smjernice *General Medicare*-a prema kojima svaki kandidat za logopedsku terapiju mora pokazivati potencijal za napredovanje. U tom slučaju, kod osoba s Alzheimerovom bolesti koja dovodi do progresivnih neuroloških deficita, napredak se čini malo vjerojatnim ili pak nemogućim. Iz tog razloga, važno je naglasiti da se u radu s takvim teškoćama cilj terapije mijenja pa se postizanje napretka zamjenjuje novim ciljem – sprječavanje i usporavanje brze progresije bolesti te održavanje postojećih funkcija i vještina (Brush i sur., 2016). Ipak, takav cilj može biti nemotivirajući za logopede koji u svim drugim područjima svog posla vide napredak, a progresivna priroda Alzheimerove bolesti čini rezultate terapije velikim dijelom ograničene na održavanje postojećih funkcija (Clark i Witte, 1991; prema Mahendra i Arkin, 2003). Sukladno tome, Nobrega i sur. (2016) navode da tek 14,3% logopeda izvještava da su radili s više od 10 slučajeva demencije, čime su, osim problema motivacije u radu s Alzheimerovom bolesti, naglasili problem i nedovoljne edukacije stručnjaka o procjeni i terapiji s navedenom bolesti.

U terapiji Alzheimerove bolesti, logopedi se prvenstveno fokusiraju na kognitivne, jezične i komunikacijske teškoće, a kao takva provodi se zbog tri osnovne svrhe: (1) održavanje samostalnosti što je dulje moguće, (2) održavanje kvalitete života kroz potpomognuto sudjelovanje u aktivnostima i (3) omogućavanje sudjelovanja u aktivnostima koje su osobi bitne i koje su sukladne sa sposobnostima osobe s Alzheimerovom bolesti (Bourgeois i Hickey, 2009; prema Fried-Oken, Mooney i Peters, 2015). Drugim riječima, fokus intervencije mora biti na kompenzaciji kognitivnih, komunikacijskih i jezičnih teškoća uporabom odgovarajućih stimulusa i strategija koji će dovesti do funkcionalne razine potrebne za sudjelovanje u bitnim aktivnostima za osobu. Prema Hopper, Bourgeois, Pimentel, Qualls, Hickey, Frymark i Schooling (2013), *Academy of Neurologic Communication Disorders and Sciences* (ANCDs) u suradnji s ASHA-om, navodi najčešće korištene logopedске intervencije za osoba s demencijom:

- 1) kognitivne intervencije potpomognute tehnologijom (eng. *computer-assisted cognitive interventions*);
- 2) Montessori intervencije;
- 3) trening prizivanja (eng. *spaced-retrieval training*);
- 4) terapija sjećanja (eng. *reminiscence therapy*);
- 5) terapija simulirane prisutnosti (eng. *simulated-presence therapy*);
- 6) kognitivna stimulacija koju provode skrbnici;
- 7) edukacija skrbnika komunikacijskim strategijama.

Rothi i sur. (2009; prema Falchook, Heilman, Finney, Gonzales-Rothi, Nadaeau, 2014) navode i program učenja bez greške (eng. *errorless learning program*) koji potiče leksičko prizivanje kod pacijenata s Alzheimerovom bolesti koji istovremeno primaju farmakološku terapiju inhibitorom kolinesteraze. U prvom dijelu terapije prikazuju se jednostavni crteži, a osoba mora ponoviti imenovani crtež kojeg imenuje logoped. U drugom dijelu terapije, pacijent samostalno imenuje crteže za koje je siguran da ima točan naziv, a ostale ponovno imenuje logoped, što pacijent ponavlja. Istraživanjem je dokazano da program učenja bez greške (eng. *errorless learning program*) dovodi do jačanja i ponovnog stvaranja veza između vizualnih i/ili semantičkih reprezentacija te auditivnih i artikulacijskih reprezentacija što je rezultiralo bitnim zaključkom da osobe s Alzheimerovom bolesti pokazuju sposobnost učenja (Rothi i sur., prema Falchook i sur., 2009).

U literaturi o logopedskim terapijama u okviru Alzheimerove bolesti posebno se naglašava važnost terapije disfagija. Prema Mahendra i Arkin (2003), unatoč činjenici da bi se rad logopeda trebao usmjeriti i na kogniciju i komunikaciju, većina opsega posla logopeda, koji rade s osobama s demencijom, odnosi se na probleme koji su povezani s gutanjem i hranjenjem. Razlog tome je priroda simptoma disfagije – aspiracije, gubitka težine, pothranjenosti i teškoća gutanja – koji mogu biti životno ugrožavajući te im se daje prednost u odnosu na ostale teškoće. Ipak, Nobrega i sur. (2016) navode da skrbnici i članovi obitelji često nisu svjesni problema s gutanjem i hranjenjem koji prate pojavu demencije pa se naglašava važnost savjetovanja o procesima gutanja i hranjenja i teškoćama vezanih uz iste. Uloga logopeda u radu s disfagijama može uključivati: (1) provedbu instrumentalne procjene gutanja u ranim stadijima Alzheimerove bolesti kako bi se uspostavile temeljne funkcije gutanja; (2) monitoriranje nutritivnih vrijednosti; (3) provedbu skale za procjenu hranjenja i demencije te (4) razumijevanje potreba osoba s Alzheimerovom bolesti i očekivanja članova obitelji (Nobrega i sur., 2016).

Dok inicijalni simptomi neće značajno utjecati na kvalitetu komunikacije i jezične funkcije, zbog neizbježne progresije, osoba se u nekom trenutku bolesti neće moći osloniti isključivo na svoje vještine da bi zadovoljila svoje komunikacijske i socijalne potrebe. U tom slučaju, potpomognuta komunikacija nudi mogućnost unaprjeđivanja kvalitete života i održavanja samostalnosti što je dulje moguće kroz različite intervencijske strategije osobu s Alzheimerovom bolesti i članove njezine obitelji u različitim fazama progresije (Bourgeois i Hickey, 2009; prema Freid-Oken, Mooney i Peters, 2015). Prema Bourgeois (1992; prema Fried-Oken i sur., 2015), knjige pamćenja (eng. *memory books*), kartice s osobnim informacijama, komunikacijske knjige ili ploče te različiti visokotehnološki uređaji mogu

poboljšati kvalitetu razgovora, povećati produkciju i potaknuti osobe na veće sudjelovanje u razgovorima. Čak i u kasnijim fazama bolesti kada su komunikacijske teškoće jako izražene, a verbalni izlaz ograničen, osobe se mogu koristiti komunikacijskim knjigama koje potiču prizivanje informacija pa, samim time, mogu dovesti do smanjenja broja nepoželjnih ponašanja (Kuwahara, Yasuda, Tetsutani i Morimoto, 2010; prema Fried-Oken i sur., 2015) te pomoći kod izražavanja mišljenja, želja i donošenja odluka (Fried-Oken i sur., 2015).

3.3. Savjetovanje skrbnika i članova obitelji o unaprjeđenju kvalitete komunikacije s osobama s Alzheimerovom bolesti

Osim direktne terapije koju logoped provodi u radu s osobom s Alzheimerovom bolesti, jedan od pristupa koji je neophodan tijekom svih stadija bolesti je indirektna terapija koja obuhvaća edukaciju i savjetovanje primarnih skrbnika i članova obitelji. Kako teškoće postupno progrediraju, osobe s Alzheimerovom bolesti su sve manju u mogućnosti komunicirati s članovima svoje obitelji, prijateljima i sl. U konačnici se nađu, bez adekvatne podrške, u potpunoj socijalnoj izolaciji. Međutim, osim izolacija i popratnih teškoća s kojima se nose oboljele osobe, komunikacijske teškoće ostavljaju velik utjecaj i na same skrbnike i kvalitetu njihova života. Capitani, Laiacona i Basso (1998; prema Klimova, Maresova, Valis, Hort i Kuca, 2015) navode da su u 80% slučajeva primarni skrbnici ujedno i članovi obitelji čiji životi prolaze kroz značajne promjene. Osim velike vjerojatnosti za gubitak posla, velika ovisnost oboljelih o svojim skrbnicima može dovesti do narušavanja odnosa i veza te gubitka slobodnog vremena skrbnika, a posljedično i do njihove socijalne izolacije (Klimova i sur., 2015). Kako bi se prevenirale takve posljedice, provođenje indirektnih terapija u svrhu edukacije i savjetovanja skrbnika imalo bi veliki utjecaj na komunikaciju između skrbnika i osobe s Alzheimerovom bolesti. Jedna od metoda koja se pokazala učinkovitom je *Communication Enhancement Model of Aging* za osobe s Alzheimerovom bolesti koja se provodi u dva dijela; prvi dio obuhvaća edukaciju skrbnika, a fokusira se na komunikacijske deficite i deficite izvršnih funkcija, dok se drugi odnosi na trening strategija te na prevenciju i nadomještanje prekida i teškoća u komunikaciji (Orange, Ryan, Meredith i MacLean, 1995; prema Korytkowska i Obler, 2016).

Fried-Oken i sur. (2015) navode da skrbnici kao sugovornici u komunikaciji s osobama s Alzheimerovom bolesti osjećaju da imaju veću odgovornost za održavanje kvalitete komunikacije, a ta odgovornost raste kako bolest postupno napreduje. Nadalje, mnogi skrbnici komunikaciju percipiraju kao problematičnu te da ona direktno utječe na kvalitetu

njihova odnosa (Small i sur., 2003). Trening komunikacijskih strategija za skrbnike i članove obitelji dovodi do poboljšanja komunikacije, a posljedično može smanjiti učestalost pojave nepoželjnih ponašanja kao što su agresija i razdražljivost (Eggenberg, Heimerl i Bennett, 2013; prema Fried-Oken i sur., 2015). Small i sur. (2003) proučavali su učinkovitost komunikacijskih strategija (Tablica 5.) primjenjivanih od strane skrbnika.

Tablica 5. Komunikacijske strategije za poboljšanje kvalitete razgovora (Small i sur., 2003)

1. Eliminacija distrakcija (npr. TV, radio).
2. Prilaziti osobi polako, uspostaviti i održavati kontakt očima.
3. Koristiti kratke i jednostavne rečenice.
4. Govoriti polako.
5. Istovremeno postaviti samo jedno pitanje ili dati samo jednu uputu.
6. Koristiti da/ne pitanja, izbjegavati pitanja otvorenog tipa.
7. Ponoviti izrečenu poruku istim riječima.
8. Parafrazirati ponovljenu poruku.
9. Izbjegavati prekidanje osobe, osigurati dovoljno vremena za odgovor.
10. Poticati cirkumlokucije, opisivanje riječi koje se ne može sjetiti.

Svaka strategija, ukoliko se pravilno i konzistentno primjenjuje, pokazala se učinkovitom. Ipak, bitno je naglasiti da izolirana uporaba pojedine strategije može smanjiti njezinu učinkovitost. Primjerice, zbog sporije obrade informacija, skrbnika može govoriti sporije što dovodi do većeg opterećenja na kapacitet pamćenja, budući da osoba mora zadržati informacije dulji vremenski period. Kako bi se spriječilo zaboravljanje prvog dijela rečenice, strategija usporavanja govora kombinira se s ponavljanjem (Small i sur., 2003).

Poznavanje koncepta i primjene različitih terapijskih metoda ključno je da bi se osobama osigurala kvalitetna i svrhovita intervencija koja će biti prilagođena njihovim individualnim potrebama, ali i potrebama obitelji. Kao dio stručnog tima, logoped ima vodeću ulogu u procjeni komunikacije, jezika i govore te u provođenju direktnog i indirektnog tretmana, a za osobe s demencijom, ključnu ulogu imaju i skrbnici te članovi obitelji s kojima logopedi moraju ostvariti kontinuiranu i kvalitetnu komunikaciju s ciljem savjetovanja o komunikacijskim strategijama.

4. CILJ ISTRAŽIVANJA

Budući da su komunikacijske i jezične teškoće jedne od vodećih simptoma Alzheimerove bolesti, logopedska procjena, terapija i savjetovanje čine se nužni i neizmjerljivo bitni. Ipak, uloga logopeda često je neprepoznata kada se govori o Alzheimerovoj bolesti. Iz tog razloga, cilj je istraživanja istražiti uključenost logopeda u rad s osobama s Alzheimerovom bolesti u praksi te ispitati stav skrbnika i članova obitelji o logopedu kao ključnom članu multidisciplinarnog tima u postupku pružanja terapijskih usluga osobama s Alzheimerovom bolesti.

4.1. Problemi i pretpostavke istraživanja

U skladu s postavljenim ciljem istraživanja, postavljeni su sljedeći istraživački problemi:

- 1) Postoji li povezanost između razine obrazovanja i dobi u kojoj je dijagnoza Alzheimerove bolesti postavljena?
- 2) Kakva je informiranost skrbnika i članova obitelji o važnosti logopeda u procesu terapije osoba s Alzheimerovom bolesti?
- 3) Kakav je stav o logopedskoj terapiji onih skrbnika i članova obitelji čiji su oboljeli bili uključeni u terapiju?
- 4) Kakav je stav o logopedskoj terapiji onih skrbnika i članova obitelji čiji oboljeli nisu bili uključeni u istu te koji su razlozi izostanka logopedske terapije kod osoba s Alzheimerovom bolesti?

S obzirom na istraživačke probleme, oblikovane su sljedeće pretpostavke:

H1: Viši razina obrazovanja povezana je s kasnijom pojavom Alzheimerove bolesti.

H2: Važnost uloge logopeda u procesu terapije osoba s Alzheimerovom bolesti prepoznata je od strane njihovih skrbnika i članova obitelji.

H3: Skrbnici i članovi obitelji čiji su oboljeli bili uključeni u logopedsku terapiju, imaju pozitivan stav o uspješnosti logopedske terapije.

H4: Skrbnici i članovi obitelji čiji oboljeli nisu bili uključeni u logopedsku terapiju, nisu dovoljno informirani o radu logopeda.

5. METODOLOGIJA ISTRAŽIVANJA

5.1. Uzorak ispitanika

Uzorak ispitanika u istraživanju je namjerni (neprobabilistički), a ciljanu skupinu činili su skrbnici i članovi obitelji osobe s Alzheimerovom bolesti koji su dobrovoljno ispunili upitnik o informiranosti o radu logopeda s Alzheimerovom bolesti. Upitnik je ispunilo ukupno 30 osoba iz različitih područja Republike Hrvatske (Tablica 6.), a prikupljeni podaci odnose se na oboljele osobe. Prema podacima, među oboljelima ima 50% žena i 50% muškaraca pri čemu 9 (30%) oboljelih ima visoko obrazovanje (doktor znanosti, magistar ili prvostupnik), 12 (40%) ima srednje obrazovanje, 8 (26,7%) navodi nisko obrazovanje (završen 4. razred osnovne škole, završena osnovna škola), dok se jedna osoba (3,3%) navodi kao nepismena.

Tablica 6. Podaci o oboljelim osobama

| | SPOL | DOB | MJESTO STANOVANJA | DOB POSTAVLJANJA DIJAGNOZE |
|-----|------|-----|-------------------|-------------------------------|
| 1. | Ž | 83 | Vela Luka | 77 |
| 2. | M | 91 | Zagreb | 89 |
| 3. | M | 42 | Vela Luka | 39 |
| 4. | Ž | 90 | Zagreb | 79 |
| 5. | M | 75 | Vela Luka | 81 |
| 6. | M | 81 | Zadar | 78 |
| 7. | Ž | 78 | Virovitica | 77 |
| 8. | Ž | 65 | Slavonski Brod | 59 |
| 9. | M | 78 | Daruvar | 71 |
| 10. | M | 87 | Šibenik | 65 |
| 11. | M | 90 | Zagreb | 86 |
| 12. | Ž | 70 | Kaštel Kambelovac | 63 |
| 13. | Ž | 77 | Vela Luka | 70 |
| 14. | M | 90 | Zagreb | 85 |
| 15. | M | 90 | Zagreb | 85 |
| 16. | Ž | 78 | Slavonski Brod | 72 |
| 17. | M | 90 | Zagreb | 85 |

| | | | | |
|-----|---|----|------------------|----|
| 18. | Ž | 73 | Donji Dragonožec | 66 |
| 19. | Ž | 76 | Rogotin | 75 |
| 20. | Ž | 89 | Đakovo | 84 |
| 21. | Ž | 89 | Koprivnica | 85 |
| 22. | Ž | 78 | Virovitica | 77 |
| 23. | Ž | 78 | Virovitica | 76 |
| 24. | Ž | 74 | Bjelovar | 73 |
| 25. | M | 65 | Split | 60 |
| 26. | M | 85 | Dubrovnik | 82 |
| 27. | M | 85 | Zagreb | 79 |
| 28. | Ž | 73 | Osijek | 69 |
| 29. | M | 79 | Zadar | 68 |
| 30. | M | 65 | Sv. Ivan Zelina | 61 |

Osim toga, prikupljeni su i podatci o prosječnoj dobi oboljelih osoba koja iznosi 78;08 (Min=42; Max=91; SD=10,62) godina te o prosječnoj dobi u kojoj su skrbnici ili članovi obitelji počeli primjećivati teškoće ($X=71,57$; Min=39; Max=88; SD=9,69). Nadalje, analizom podataka iz upitnika dobivena je i prosječna dob postavljanja dijagnoze ($X=73,67$; Min=39; Max=89; SD=10,48) te prosječna dob početka liječenja ($X=73,77$; Min=39; Max=89; SD=10,46). Za potrebe istraživanja i obrade podataka, dob postavljanja dijagnoze je podijeljena u sljedeće kategorije: (1) 30-39 godina; (2) 40-49 godina; (3) 50-59 godina; (4) 60-69 godina; (5) 70-79; (6) 80-89.

5.2. Mjerni instrument i postupak prikupljanja podataka

Za potrebe ovog istraživanja osmišljen je Upitnik o informiranosti obitelji o radu logopeda Alzheimerovom bolesti. Upitnik se sastoji od ukupno 27 pitanja podijeljenih u četiri dijela: (1) demografski podaci, (2) informiranost o ulozi logopeda u radu s osobama s Alzheimerovom bolesti, (3) pokazatelji uključenosti logopeda u procese dijagnostike i terapije i (4) uključenost oboljelih u terapiju i stav o terapiji, a namijenjen je članovima obitelji ili skrbnicima osoba s Alzheimerovom bolesti. Većina pitanja u upitniku su pitanja višestrukog izbora, dok su ostala pitanja zahtijevala kraće esejske odgovore.

Kvalitativno istraživanje provodilo se putem Google Forms-a, a ispitanici su prikupljeni dijeljenjem upitnika putem društvenih mreža i različitih Facebook grupa. Na početku samog upitnika napisan je informirani pristanak u sklopu kojeg su ispitanici upoznati s ciljem istraživanja i mogućnošću odustajanja od istog. Popunjavanje je bilo dobrovoljno i anonimno, a ispitanici su bili upoznati i s načinom obrade podataka koja se provodilo isključivo na razini cijelog uzorka, a ne i pojedinačno.

5.3. Obrada podataka

Obrada podataka provedena je u statističkom programu IBM SPSS Statistics Data Editor. Analiza podataka napravljena je na razini deskriptivne statistike uz određivanje korelacije (Spearmanov koeficijent korelacije) i Hi-kvadrat testa.

6. REZULTATI I RASPRAVA

6.1. Povezanost razine obrazovanja i dobi postavljanja dijagnoze

Za potrebe testiranja prve hipoteze korišteni su podaci dvaju pitanja iz upitnika:

- *Navedite najvišu razinu završenog obrazovanja oboljele osobe.*
- *U kojoj dobi je Alzheimerova bolesti dijagnosticirana?*

Za početak, testirana je normalnost distribucije obje varijable pomoću Kolmogorov-Smirnovljevog testa. Test normalnosti distribucije pokazao je da rezultati na obje varijable odstupaju od normalne distribucije ($p < 0,05$). Potom, u svrhu određivanja povezanosti između razine obrazovanja oboljelih osoba i dobi u kojoj je dijagnoza postavljena, korišten je Spearmanov koeficijent korelacije. Njime je utvrđena statistički značajna umjerena negativna povezanost ($r = -,408; p < 0,05$).

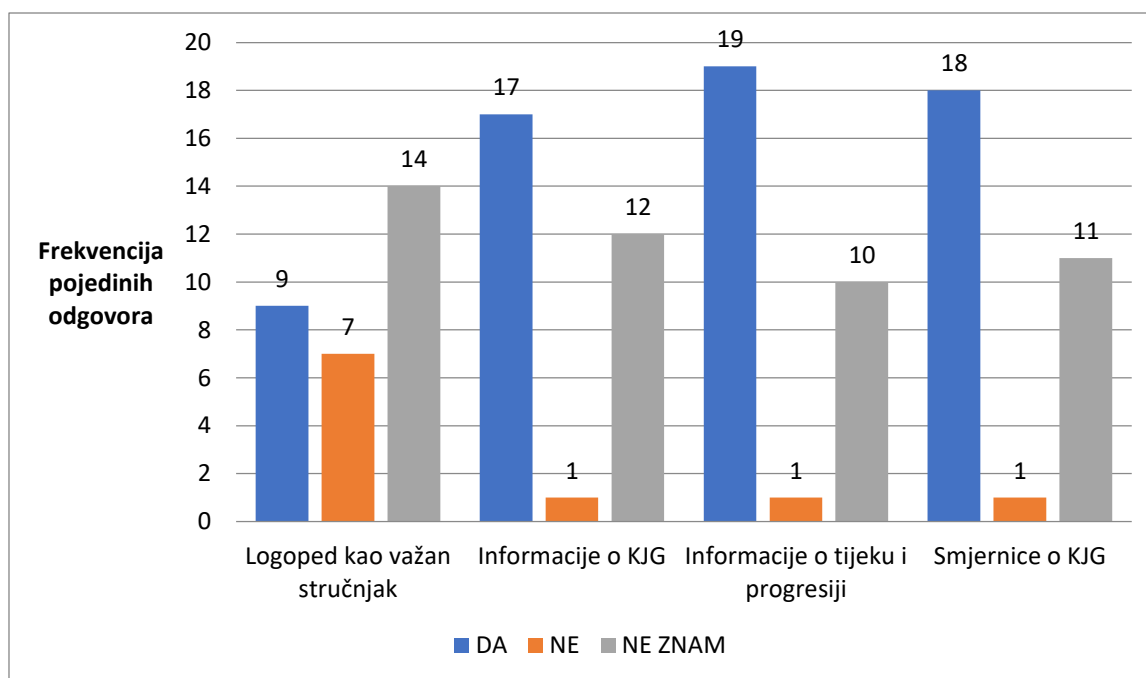
Prema psihosocijalnoj hipotezi, učestalija mentalna aktivnost i visoki stupanj obrazovanja se, uz viši socioekonomski status, visoku socijalnu uključenost i učestalu fizičku aktivnost, ubrajaju u zaštitne čimbenike za Alzheimerovu bolest (Qiu i sur., 2009). Prema navedenom, viši stupanj obrazovanja, koji se ujedno povezuje s većom mentalnom aktivnosti, potencijalno

bi trebao odgoditi pojavu Alzheimerove bolesti. Ipak, statističkom obradom podataka, dobiveni rezultat ukazuje na negativnu povezanost između dvije varijable. Drugim riječima, rezultati ukazuju na činjenicu da se viša razina obrazovanja povezuje s nižom dobi postavljanja dijagnoze pa se prva hipoteza odbacuje. Međutim, navedene rezultate bitno je uzeti sa zadržkom budući da se radi o malom uzorku ispitanika. Isto tako, na razvoj i progresiju Alzheimerove bolesti može utjecati niz dodatnih i različitih čimbenika (pušenje, konzumacija alkohola, prekomjerna tjelesna težina, povišeni krvni tlak, povišeni kolesterol, dijabetes, cerebralne i kardiovaskularne bolesti, izloženost toksinima, upale, traumatska ozljeda mozga...), a koji u ovom istraživanju nisu uzeti u obzir i koji su potencijalno doveli do navedenog rezultata.

6.2. Informiranost skrbnika i članova obitelji o važnosti logopeda u terapiji osoba s Alzheimerovom bolesti

S ciljem testiranja druge hipoteze, izdvojeni su podaci sljedećih pitanja iz upitnika:

- *Smatrate li logopeda važnim stručnjakom u radu s osobama s Alzheimerovom bolesti?*
- *Smatrate li da Vam logoped može dati potrebne informacije o stanju komunikacije jezika i govora oboljele osobe?*
- *Smatrate li da Vam logoped može dati potrebne informacije o tijeku i progresiji komunikacije, jezika i govora?*
- *Smatrate li da Vam logoped može dati valjane smjernice o komunikaciji, jeziku i govoru koje mogu biti korisne u svakodnevnom životu osobe s Alzheimerovom bolesti?*



Slika 1. Informiranost skrbnika i članova obitelji o važnosti logopeda

Cilj navedenih pitanja bio je ispitati informiranost skrbnika i članova obitelji o važnosti i ulozi logopeda u radu s Alzheimerovom bolesti (Slika 1.). Za sva pitanja primijenjen je Hi-kvadrat test kako bi se izračunalo postoji li statistički značajna razlika između danih odgovora za svako pojedino pitanje (Tablica 7.). Na prvo pitanje o logopedu kao važnom stručnjaku u multidisciplinarnom timu, 30% ispitanika odgovara pozitivno. Ipak, čak 46,7% ispitanika označuje odgovor „ne znam“, a značajan je postotak i onih osoba koje ne prepoznaju važnost uloge logopeda (23,3%). Ipak, Hi-kvadrat testom nije utvrđena statistički značajna razlika među odgovorima. Na preostalim pitanjima, većina ispitanika (56,7%; 63,3%; 60%) odgovara da smatraju logopeda ključnim stručnjakom u osiguravanju informacija o komunikaciji, jeziku i govoru oboljele osobe, o tijeku i progresiji komunikacije, jezika i govora te u osiguravanju valjanih smjernica o komunikaciji, jeziku i govoru koje se mogu jednostavno primijeniti od strane skrbnika ili članova obitelji, a koje mogu imati pozitivan učinak na svakodnevno funkcioniranje osobe s Alzheimerovom bolesti. Međutim, u svim navedenim pitanjima ističe se postotak onih ispitanika koji označuju odgovor „ne znam“ (40%; 33,3%; 36,7%). Provedbom Hi-kvadrat testa utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike među danim odgovorima za drugo, treće i četvrto pitanje.

Tablica 7. Prikaz rezultata Hi-kvadrat testa.

| | | | |
|---|-----------------|--------|---------|
| <i>Smatrate li logopeda važnim stručnjakom u radu s osobama s Alzheimerovom bolesti?</i> | $\chi^2 = 2,6$ | df = 2 | p>0,05 |
| <i>Smatrate li da Vam logoped može dati potrebne informacije o stanju komunikacije jezika i govora oboljele osobe?</i> | $\chi^2 = 13,4$ | df = 2 | p<0,05* |
| <i>Smatrate li da Vam logoped može dati potrebne informacije o tijeku i progresiji komunikacije, jezika i govora?</i> | $\chi^2 = 16,2$ | df = 2 | p<0,05* |
| <i>Smatrate li da Vam logoped može dati valjane smjernice o komunikaciji, jeziku i govoru koje mogu biti korisne u svakodnevnom životu osobe s Alzheimerovom bolesti?</i> | $\chi^2 = 14,6$ | df = 2 | p<0,05* |

Iz navedenog se može zaključiti da skrbnici i članovi obitelji osoba s Alzheimerovom bolesti prepoznaju ulogu logopeda kao vodećeg stručnjaka na području komunikacije, jezika i govora koji može dati vrijedne informacije korisne za njih i njihove oboljele. Ipak, ne vide logopeda kao važnog člana multidisciplinarnog tima u postupku pružanja terapijskih usluga osobama s Alzheimerovom bolesti. Drugim riječima, obitelji i skrbnici ne smatraju logopedsku terapiju od pomoći osobama s Alzheimerovom bolesti.

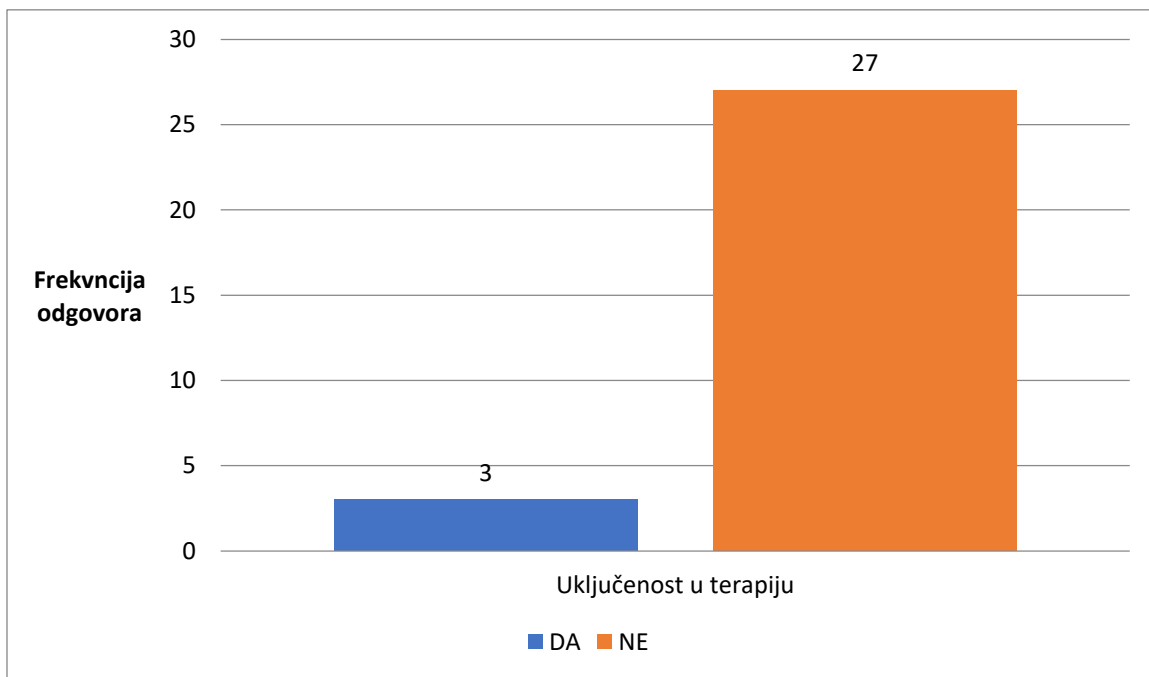
Iako Nobrega i sur. (2016) naglašavaju važnost logopeda u radu s oboljelim osobama, posebice za one aspekte života koji su najviše pogođeni – dobrobit same osobe i kvaliteta života, ističe se problem nedostatka informiranosti i svijesti populacije o važnosti i ulozi stručnjaka za rad s progresijom komunikacijskih, jezičnih i govornih sposobnosti. Iz perspektive logopeda, postoji mogućnost da oni sami nedovoljno informiraju javnost o područjima svog rada iz nekoliko razloga. Glavni razlog je nemotivirajući cilj za logopede u radu s Alzheimerovom bolesti, budući da u ostalim područjima svog posla vide napredak, dok, s druge strane, progresivna priroda Alzheimerove bolesti čini rezultate terapije velikim dijelom ograničene na održavanje postojećih funkcija (Clark i Witte, 1991; prema Mahendra i Arkin, 2003). Nadalje, postoji problem nedostatnog obrazovanja logopeda o procjeni i terapiji osoba starije životne dobi, što se posljedično odražava na manji angažman logopeda u informiranju i osvještavanju javnosti (Nobrega i sur., 2016). Iz perspektive samih članova obitelji i skrbnika, dobiveni podaci mogu se protumačiti kao i mogući nedostatak povjerenja

prema stručnjacima nemedicinskih profila, budući da će članovi obitelji češće pribjegavati savjetima liječnika, bilo da se radi o liječniku obiteljske medicine, neurologu, psihijatru i sl.

6.3. Uključenost u terapiju i stav članova obitelji o logopedskoj terapiji

U svrhu testiranja treće hipoteze, obrađeni su podaci sljedećih pitanja u upitniku:

- *Je li osoba s Alzheimerovom bolesti uključena u logopedsku terapiju?*
- *Smatrate li da je došlo do napretka ili usporavanja progresije bolesti uslijed logopedske terapije?*
- *Smatrate li logopedsku terapiju neophodnom u radu s osobama s Alzheimerovom bolesti?*



Slika 2. Broj osoba s Alzheimerovom bolesti uključenih u logopedsku terapiju

Od ukupnog broja ispitanika, tek troje oboljelih (10%) uključeno je, ili je bilo kada bilo uključeno nakon postavljanja dijagnoze, u logopedsku terapiju (Slika 2.). Razlozi tako niske uključenosti mogu biti brojni, a o njima će biti riječ u sljedećem poglavlju.

Sljedeći podaci odnose se samo na osobe koje su bile uključene u logopedsku terapiju, točnije na tri ispitanika. U svrhu procjene stavova članova obitelji o važnosti i uspješnosti logopedske terapije u koju su oboljeli bili uključeni, analizirani su odgovori dvaju gore navedenih pitanja.

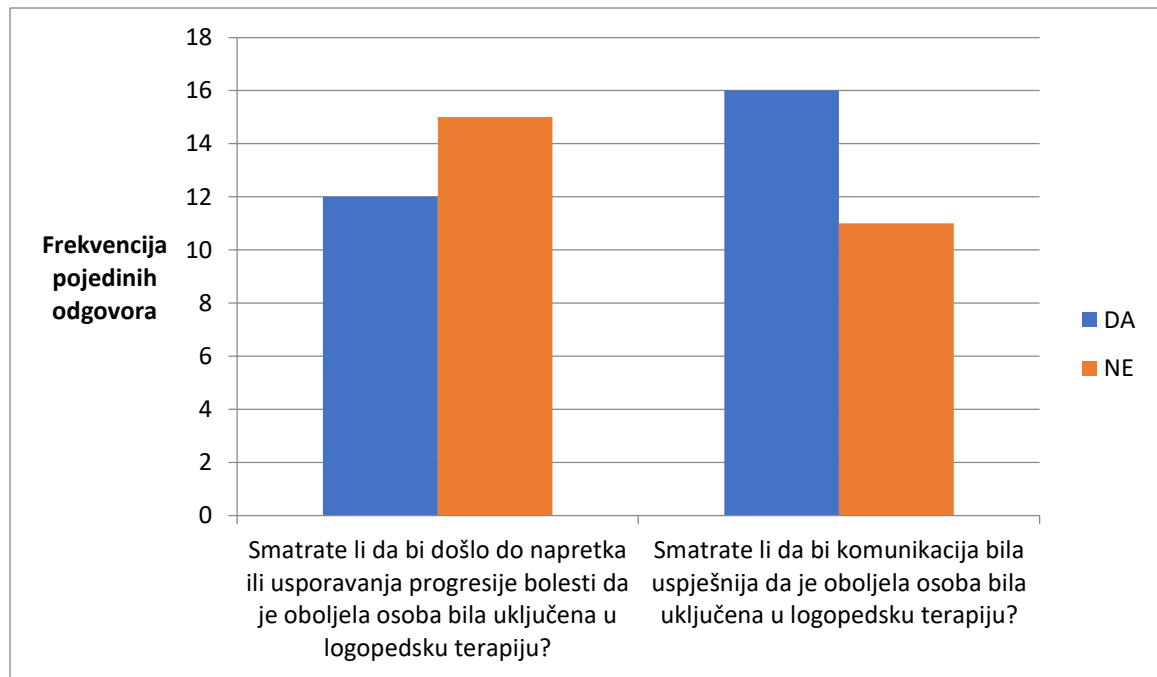
Sva tri ispitanika smatraju da je došlo do napretka ili do usporavanja progresije bolesti uslijed terapije te svjedoče o neophodnosti logopedске terapije osoba s Alzheimerovom bolesti.

Navedeni podaci govore u prilog logopedskoj terapiji osoba s Alzheimerovom bolesti, odnosno da, bez obzira na nizak postotak uključenih osoba, logopedska terapija rezultira pozitivnim pomacima ili barem osigurava održavanje postojećih vještina i funkcija te sudjelovanje u aktivnostima i hobijima. Navedeno se poklapa s tri osnovna cilja logopedске terapije: (1) održavanje samostalnosti što je dulje moguće, (2) održavanje kvalitete života kroz potpomognuto sudjelovanje u aktivnostima i (3) omogućavanje sudjelovanja u aktivnostima koje su osobi bitne i koje su sukladne sa sposobnostima osobe s Alzheimerovom bolesti (Bourgeois i Hickey, 2009; prema Fried-Oken, Mooney i Peters, 2015). Nadalje, može se zaključiti da članovi obitelji prepoznaju važnost komunikacije, čije teškoće značajno progrediraju sukladno s napredovanjem bolesti, ali i ulogu logopeda kao vodećeg stručnjaka na području procjene i terapije komunikacije, jezika i govora.

6.4. Razlozi neuključenosti osoba s Alzheimerovom bolesti u logopedsku terapiju

Od ukupnog broja ispitanika, čak njih 27 (90%) izvještava da oboljeli nisu bili uključeni u logopedsku terapiju (Slika 2.). Za potrebe testiranja posljednje hipoteze, navedeni dio uzroka ispunio je sljedeća pitanja iz upitnika, čiji su podaci potom statistički obrađeni (Slika 3.) :

- *Smatrate li da bi došlo do napretka ili usporavanja progresije bolesti da je oboljela osoba bila uključena u logopedsku terapiju?*
- *Smatrate li da bi komunikacija bila uspješnija da je oboljela osoba bila uključena u logopedsku terapiju?*
- *Navedite razloge zbog kojih je logopedska terapija izostala.*



Slika 3. Stav skrbnika i članova obitelji o logopedskoj terapiji.

Na prvo pitanje 44,4% ispitanika odgovara s DA, dok negativno odgovara čak 55,6% osoba koje su ispunile ovo pitanje. Provedbom Hi-kvadrat testa nije utvrđena statistički značajna razlika među odgovorima ($\chi^2 = 0,33$; $df = 1$; $p > 0,05$). Nadalje, na pitanje o ovisnosti kvalitete komunikacije i uključenosti u logopedsku terapiju, veći broj ispitanika (59,3%) smatra da bi komunikacija bila uspješnija da je oboljela osoba bila uključena u istu, ali izračunom Hi-kvadrat testa nije utvrđena statistički značajna razlika između odgovora DA i NE ($\chi^2 = 0,926$; $df = 2$; $p > 0,05$).

Iz navedenog se da iščitati vrlo nizak postotak osoba s Alzheimerovom bolesti koje su bile uključene u logopedsku terapiju. Kao razlozi niske uključenosti oboljelih u logopedsku terapiju, navode se oni vezani za samu osobu s Alzheimerovom bolesti (tvrdoglavost oboljele osobe) te oni eksterni čimbenici. Eksterni, odnosno, vanjski čimbenici nisu vezani direktno uz osobu s Alzheimerovom bolesti, a kao najčešći navode se neinformiranost, nedostupnost logopedskih usluga te nezainteresiranost liječnika. Navedeni razlozi odražavaju stvarno stanje, budući da čak ni sami liječnici nisu dovoljno informirani o područjima rada logopeda pa često ne upućuju svoje pacijente na procjenu komunikacije, jezika i govora, čime izostaje i mogućnost njihova uključivanja u terapiju. Nedostupnost logopedskih usluga problem je koji se ne veže isključivo uz osobe s Alzheimerovom bolesti, tj. osobe starije životne dobi, već se odnosi na sve dobne skupine. Centralizacija logopeda u većim gradovima često rezultira nedostatkom logopeda u manjim gradovima i mjestima, ili pak povećanim opsegom posla

onih logopeda koji rade u manjim sredinama. Posljedično, trijažom prednost dobivaju djeca s različitim teškoćama i odrasli s većim izgledima za oporavak. O tome govore i Brush, Slominski i Boczko (2016) koji navode smjernice *General Medicare*-a prema kojima svaki kandidat za logopedsku terapiju mora pokazivati potencijal za napredovanje. Budući da je Alzheimerova bolest progresivna, napredak uslijed terapije biti će minimalan ili čak nemoguć, te ograničen na održavanje postojećih funkcija i sposobnosti, pa ne čudi činjenica da je postotak oboljelih osoba koje su uključene u terapiju, iznimno nizak.

7. ZAKLJUČAK

Prije nego što se donesu zaključci provedenog istraživanja, potrebno je uzeti u obzir pojedine nedostatke, odnosno ograničenja istraživanja.

Prvobitno, radi se o malom broju ispitanika pa je, samim time, uzorak nereprezentativan što ograničava bilo kakvu generalizaciju rezultata na opću populaciju. U provedenom istraživanju sagledavala se samo jedna perspektiva, a to je ona članova obitelji i skrbnika. Budući da je informiranje populacije zadatak stručnjaka koji se bave određenim teškoćama, daljnja istraživanja mogla bi se usmjeriti na perspektivu logopeda u radu s osobama s Alzheimerovom bolesti. Drugim riječima, moguće je ispitati kolika je uključenost osoba s Alzheimerovom bolesti u logopedsku terapiju sa stajališta samih logopeda, koja su ograničenja u radu s takvim osobama te postoji li problem nedostatnog obrazovanja logopeda za rad s osobama starije životne dobi.

U provedenom istraživanju, sudionici su prepoznali logopeda kao primarnog stručnjaka na području teškoća komunikacije, jezika i govora. Međutim, potreba za uključivanjem osoba s Alzheimerovom bolesti ostala je neprepoznata. Ipak, unatoč vrlo malom broju osoba koje su bile uključene u logopedsku terapiju, njihovi članovi obitelji i skrbnici izvještavaju o napretku, odnosno, usporavanju progresije bolesti uslijed terapije te navode logopedsku terapiju neophodnom u radu s osobama s Alzheimerovom bolesti. Učinkovita terapija dovela bi do poboljšanja kvalitete života osobe budući da bi se usmjerila na održavanje verbalne ekspresije te na komunikaciju s obitelji i prijateljima čime bi se indirektno utjecalo i na socijalnu uključenost u svakodnevne aktivnosti i hobije. Posljedično, poboljšanje u komunikaciji, jeziku i govoru oboljele osobe rezultiralo bi generalno boljom kvalitetom života, kako za osobu s Alzheimerovom bolesti, tako i za obitelj i skrbnike.

Zbog svega navedenog, ne čudi velika potreba za boljom informiranošću javnosti. Samim time, uloga logopeda, uz procjenu, terapiju i savjetovanje obitelji, dobiva i novu dimenziju – unaprjeđenje vlastite struke kroz primarnu prevenciju, odnosno edukaciju i informiranje javnosti.

8. LITERATURA

1. American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.).
2. Balandin, S. (2002). Communication and older people with lifelong disability: A role of speech pathologists?. *Advances in Speech Language Pathology*, 4(2), 109-117.
3. Barac, B. i sur. (1992). *Neurologija*, Zagreb: Naprijed.
4. Brush, J., Slominski, T., Boczeko, F. (2006). Nutritional and Dysphagia Services for Individuals with Alzheimer's disease. *American Speech-Language-Hearing Association*.
5. Falchook, A. D., Heilman, K. M., Finney, G.R., Gonzales-Rothi, L. J., Nadaeau, S. E. (2014). Neuroplasticity, neurotransmitters and new directions for treatment of anomia in Alzheimer disease. *Aphasiology*, 28 (2), 219-235.
6. Ferris, S., Ihl, R., Robert, P., Winblad, B., Gatz, G., Tennigkeit, F., Gauthier, S. (2009). Severe Impairment Battery Language scale: A language assessment tool for Alzheimer's disease patients. *Alzheimer's & Dementia*, 5, 375-379.
7. Forbes-McKay, K., Shanks, M. F., Venneri, A. (2013). Profiling spontaneous speech decline in Alzheimer's disease: a longitudinal study. *Acta Neuropsychiatrica*, 320-327.
8. Fried-Oken, M., Mooney, A., Peters, B. (2015). Supporting communication for patients with neurodegenerative disease. *NeuroRehabilitation*, 37, 69-87.
9. Haak, N. J. (2002). Maintaining Connections: Understanding Communication from the Perspective of Persons with Dementia. *Alzheimer's Care Quarterly*, 3 (2), 116-131.
10. Hopper, T., Bourgeois, M., Pimentel, J., Qualls, C. D., Hickey, E., Frymark, T., Schooling, T. (2013). An Evidence-Based Systematic Review on Cognitive Interventions for Individuals Eith Dementia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 22, 126-145.
11. Hopper, T., Cleary, S., Oddson, B., Donnelly, M. J., Elgar, S. (2007). Service delivery for older Canadians with dementia: A survey of speech-language pathologists. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 31(3), 114-126.
12. Klimova, B., Maresova, P., Valis, M., Hort, J., Kuca, Kamil. (2015). Alzheimer's disease and language impairments: social intervention and medical treatment. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1401-1408.

13. Korytkowska, M. & Obler, L. K. (2016). Speech-Language Pathologists (SLP) Treatment Methods and Approaches for Alzheimer's Dementia. *American Speech-Language-Hearing Association, 1*, 122-128.
14. Mack, W. J., Freed, D. M., White Williams, B., Henderson, V. W. (1992). Boston Naming Test: Shortened Versions for Use in Alzheimer's Disease. *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES, 47*(3), 154-158.
15. Mahendra, N.& Arkin, S. (2003). Effects of four years of exercise, language and social interventions in Alzheimer discourse. *Journal of Communication Disorders, 36*, 395-422.
16. Mayeux, R., & Stern, Y. (2012). Epidemiology of Alzheimer's Disease. *Cold Spring Harbor Perspective in Medicine*.
17. Mayo Clinic (2019, April 19). *Alzheimer's stages: How the disease progresses*.
18. Nobrega, J., Lousada, M., Figueiredo, D. (2016). Exploring the Clinical Practice of Speech and Language Therapists with Adults with Dementia: A Cross-Sectional Survey in Portugal. *Folia Phoniatrica et Logopaedica, 68*, 216-221.
19. Paulsen, J. S., Butters, N., Sadek, J. R., Johnson, S. A., Salmon, D. P., Swerdlow, N. R., Swenson, M.R. (1995). Distinct cognitive profiles of cortical and subcortical dementia in advanced illness. *Neurology, 45*, 951-956.
20. Pekkala, S. (2004). *Semantic Fluency in Mild and Moderate Alzheimer's Disease*. Hakapaino Oy.
21. Puljak, A., Perko, G., Mihok, D., Radašević, H., Tomek-Roksandić, S. (2005). Alzheimerova bolest kao gerontološki javnozdravstveni problem. *Medicus, 14* (2), 229-235.
22. Qiu, C., Kivipelto, M., von Strauss, E. (2009). Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogs in Clinical Neuroscience, 11* (2), 111-128.
23. Reitz, C., Brayne, C., Mayeux, R. (2011). Epidemiology of Alzheimer Disease. *Nat Rev Neurol, 7* (3), 137-152.
24. Schachter, A. S. & Davis, K. L. (2000). Alzheimer's disease. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 2* (2), 91-100.
25. Small, J. A., Gutman, G., Makela, S., Hillhouse, B. (2003). Effectiveness of Communication Strategies Used by Caregivers of Persons With Alzheimer's Disease During Activities of Daily Living. *Journal of Speech, Language and Hearing Research, 46*, 353-367.

26. Woodward, M. (2013). Aspects of communication in Alzheimer's disease: Clinical features and treatment options. *International Psychogeriatrics*, 25(6), 877-885.
27. Zarit, S. H. & Zarit, J. M. (2007). *Mental Disorders in Olders Adults: Fundamentals of Assessment and Treatment* (2nd ed.). The Guilford Press.
28. Zilka, N., Novak., M. (2006). The tangled story of Alois Alzheimer. *Bratislava Medical Journal*, 107 (9-10), 343-345.