

S v e u č i l i š t e u S p l i t u
Fakultet građevinarstva, arhitekture i geodezije
D I P L O M S K I R A D
Centar palijativne skrbi dementnih osoba

student: Marija Babić

mentor: prof. art. Hrvoje Njirić

komentor: prof. dr. sc. Anči Leburić

konzultant za konstrukciju: doc. dr. sc. Hrvoje Smoljanović

Sadržaj:

1. Uvod		1
2. Konceptualizacija zdravlja i bolesti u suvremenom društvu		2
2.1. Nemedikamentne terapije		5
2.2. Društveni aspekti tretiranja bolesnika		8
2.3. Alzheimerova bolest i druge demencije		9
2.4. Doprinos arhitekta i arhitektonskog projektiranja		12
2.5. Literatura		13
3. Lokacija		14
4. Koncept		15
5. Soba		18
6. Grafički prilozi		
6.1 situacija	1 : 1000	19
6.2 tlocrt prizemlja	1 : 500	20
6.3 tlocrt kata	1 : 500	21
6.4 tlocrt prizemlja	1 : 200	22
6.5 tlocrt kata	1 : 200	23
6.6 pročelje zapad	1 : 200	24
6.7 pročelje jug	1 : 200	25
6.8 uzdužni presjek i pogled na istočnu fasadu	1 : 200	26
6.9 poprečni presjeci	1 : 200	27-29
6.10 detalj fasade "C" odjela	1 : 50	30
6.11 prostorni prikazi		31-35

1. Uvod

Alzheimerova bolest i ostali oblici demencije predstavljaju veliki izazov i misterij kako medicini, tako i suvremenom društvu.

Potrebno je istražiti postoji li struktura, kako administrativna, tako i prostorna, koja olakšava situaciju za sve pogođene neurodegenerativnim bolestima demencije, a za oboljele prvenstveno. Njima je potrebno omogućiti što slobodnije kretanje u sigurnim uvjetima, poticati autonomiju i samopouzdanje.

Osim oboljelih, nužno je pružiti stručnu potporu i obiteljima koje se često ne znaju nositi sa novonastalom situacijom. Oni zaslužuju osnaživanje i podršku.

Nadalje, stručno osoblje je neizostavan dio sustava skrbi. Kao takvome mu se treba omogućiti bolja kvaliteta uvjeta na radu, stručno osposobljavanje i sustavna potpora.

Jedan od ciljeva je i skidanje stigme koja prati sve oblike demencije kao nužni iskorak ka boljem razumijevanju svih pojedinaca uključenih u bolest, naročito oboljelih, a s ciljem bolje komunikacije, uspostavljanja boljih terapija, te u konačnici bolja kvaliteta života za sve.

Kroz rad ću istražiti koliko su današnje institucije spremne na suočavanje sa ovom bolesti koja predstavlja rastući problem, kako se obitelji oboljelih nose sa istom, te postoji li mogućnost da se najnovija saznanja i istraživanja implementiraju u samu arhitekturu.

2. Konceptualizacija zdravlja i bolesti u suvremenom društvu

Od davnina razne struke pokušavaju uobličiti pojmove zdravlja i bolesti u definiciju. Još 500. g.pr.Kr., grčki filozof Pindar za zdravlje kaže da je

harmonično funkcioniranje organa.

Ipak, potrebno je problematiku sagledati iz više kuteva. Premda su zdravlje i bolest u današnjem društvu predmet prvenstveno medicinske znanosti, oni se ipak tiču samih pacijenata, ljudi, koji su po svojoj prirodi kompleksna bića, sačinjena ne samo od krvi i mesa. Njima takvima se kao predmetu djelovanja medicinske struke mora upravo tako i pristupiti.

O samoj težini kod određenja zdravlja i bolesti govore i brojni primjeri iz dosadašnjih shvaćanja koja su se kroz povijest i različite društvene okolnosti mijenjali.

zdravlje

Nekada su pojmovi zdravlje i život bili sinonimi. U radu Ž.Staničić (2002b.) saznajemo sljedeće; zdravlje je označavalo čovjekovu sposobnost da ostvari kvalitetu života i njegovo najveće i istinsko dobro.

Danas se na Zapadu na dobar život gleda kao da on podrazumijeva stjecanje dobara, odnosno zadovoljavanje osobnih potreba.

U uvjetima borbe za opstanak, borbe za "goli život", ratovanja sa neprijateljskim prirodnim ili društvenim silama, fizička snaga i sposobnost određivale su pojam zdravlja.

U početnim i kasnijim fazama kapitalističkog društva, upravo sposobnost privređivanja se stavlja kao glavna odrednica.

Zahvaljujući razvoju medicinske tehnologije i farmaceutske industrije, zdravlje kao "zdravlje tijela" postaje dobro koje dobiva sve veću kupoprodajnu vrijednost.

Vidimo iz navedenih primjera da se značenja ovog pojma mijenjaju kroz vrijeme, društvene okolnosti i zajednice, te stoga možemo zaključiti da zdravlje i bolest nisu samo prirodne pojave.

Tako razmatrajući predodžbu zdravlja u različitim socijalnim klasama, dolazimo do saznanja da je ona u nižim slojevima bliža problemima funkcionalnog zdravlja i preživljavanja, a u višim socijalnim skupinama uključuje i socijalno i emocionalno blagostanje.

Razlike u poimanjima, međutim, mogu postojati i na individualnoj razini, među pripadnicima iste društvene zajednice.

Tome u prilog ide činjenica da dok neki bolesnici ne poduzimaju nikakve korake u liječenju očiglednih tjelesnih tegoba, drugi daju povjerenje laičkim i/ili alternativnim oblicima pomoći prije negoli *mainstream* medicini, a treći se za pomoć obraćaju zdravstvenom profesionalcu. Recimo da se radi o istim simptomima koji su za tri različite osobe istog društva "riješeni" trima navedenim pristupima.

Da svi oni imaju jednako poimanje bolesti, odnosno zdravlja, koristili bi jednake alate jer bi na isti način shvaćali (ne)ozbiljnost stanja i imali bi jednake motive i aspiracije u odnosu spram istog.

Prema tome, smatram, koncept zdravlja nije jednostavna prirodna, biološka pojava/činjenica, već je ljudski proizvod. On nema nadvremensko i vječno značenje, on je relativan i promjenljiv.

Prihvatanje i primjena te spoznaje daju daleko veće mogućnosti i šire horizonte u sagledavanju bolesti, njene epidemiologije, predviđanju reakcija pacijenata, te samim time boljih propisanih terapija, javnog zdravstva itd.

suvremene definicije

"Zdravlje nije puko nepostojanje bolesti, već stanje potpunog fizičkoga, mentalnoga, duhovnoga i socijalnoga blagostanja."

iz ustava Svjetske Zdravstvene organizacije 1974.

Već u gore navedenom citatu vidljivo je negiranje *bio-medicinskog redukcionizma* u shvaćanju zdravlja.

Takvu definiciju 1988. kao polazišnu točku koristi Wolinsky, autor knjige 'Medicinska sociologija' - te konceptualizira zdravlje kao kocku, kroz tri dimenzije;

- medicinsku (je li osoba bolesna u medicinskom smislu)
- psihološku (doživljava li osoba samu sebe bolesnom)
- socijalnu (ispunjava li pojedinac društvene uloge i zadatke)

Svaka od tih dimenzija pojedinca može biti ili zdrava ili bolesna, a međusobna korelacija njihovih stanja definira točno osam zdravstvenih statusa.

Zdravstveno stanje	Oznaka	Psihološka dimenzija	Fizička dimenzija	Socijalna dimenzija
1	Normalno zdrav	Zdrav	Zdrav	Zdrav
2	Pesimističan	Bolestan	Zdrav	Zdrav
3	Socijalno bolestan	Zdrav	Zdrav	Bolestan
4	Hipohondar	Bolestan	Zdrav	Bolestan
5	Fizički bolestan	Zdrav	Bolestan	Zdrav
6	Mučenik	Bolestan	Bolestan	Zdrav
7	Optimist	Zdrav	Bolestan	Bolestan
8	Ozbiljno bolestan	Bolestan	Bolestan	Bolestan

Prije prelaska na definiranje pojma 'bolesti', valja naglasiti kako zdravlje i bolest nisu kontradiktorni koncepti u svakodnevnom životu pojedinca. Oni se nužno međudobno ne isključuju. Suprotno od bolesti nije zdravlje, već samo

"ne-bolest", a izostanak boli ne znači automatsko dobro osjećanje pojedinca, znači samo stanje slobodno od boli.

bolest

Sama riječ ima praslavenske korijene i dolazi od riječi *bol*. Bol je tjelesni doživljaj patnje, subjektivni simptom većine bolesti. U crkvenoslovenskom jeziku postoje sinonimi za riječ bolest-nemošt i nedug, što govori da se rjeđu bolest označava nemoć, nesposobnost djelovanja. Slično značenje imaju riječi u nekim drugim zemljama (Francuska, Italija, Španjolska).

Bitno je istaknuti da je upravo svakodnevni život, odnosno njegova realnost ona koju neizbježno i neposredno kušamo vlastitom sviješću. Stoga, kada nešto poremeti rutinu našeg svakidašnjeg života, kada nam stanje bolesti ne dopušta nesmetano obavljanje predviđenih obaveza poduzimamo korake kako bismo se vratili u stanje "ispravnosti".

Tako bismo mogli bolest označiti kao bilo kakvo ometanje uobičajenog ritma života.

Unatoč navedenoj činjenici i ljudskoj reakciji koja je mogli bismo reći i *prirodna* (svojevrsna borba za opstanak), može se dogoditi da značajan broj ljudi ne pokloni zdravstvenoj smetnji zasluženu količinu pozornosti. Razloge takvog ponašanja nalazimo u uplitanju društva/kulture gdje se npr. može dogoditi da određenu bolest prati stigma, te stoga osoba koja sumnja u postojanje takve bolesti oklijeva otići liječniku jer je donijela procjenu da za nju društvene posljedice dijagnoze u tom času imaju veću važnost od mogućeg izlječenja.

Tako možemo zaključiti da socijalni i kulturni faktori utječu i na odluku kome povjeriti informaciju o bolesti, koju vrstu pomoći tražiti, treba li je uopće tražiti, koja će joj terapija biti pripisana, kakvi su joj izgledi za uspjeh, kakva je prognoza izlječenja itd.

Koncept bolesti u engleskom jeziku razlikujemo kroz tri riječi *illness, disease i sickness*.

Illness - njen koncept se svrstava u područje psihologije, a označava subjektivni doživljaj zdravlja. Uključuje doživljaj promjena u tjelesnim stanjima, ali i posljedice nošenja s bolešću. To je, drugim riječima, odgovor pojedinca na simptome. U tom slučaju je procjena pojedinca poticaj za zdravstvene zahtjeve.

Disease - predmet bio-medicine. Rezultat je procesa dijagnosticiranja, tj. imenovanja bolesti. Odnosi se na biološka stanja i(li) promjene u tijelu. Ona se u profesionalnoj komunikaciji pojavljuje u obliku dijagnoza.

Sickness - socijalni koncept. On se manifestira u privremenoj ili trajnoj nesposobnosti pojedinca da obavlja jednu ili više uloga za koje je osposobljen ili socijaliziran.

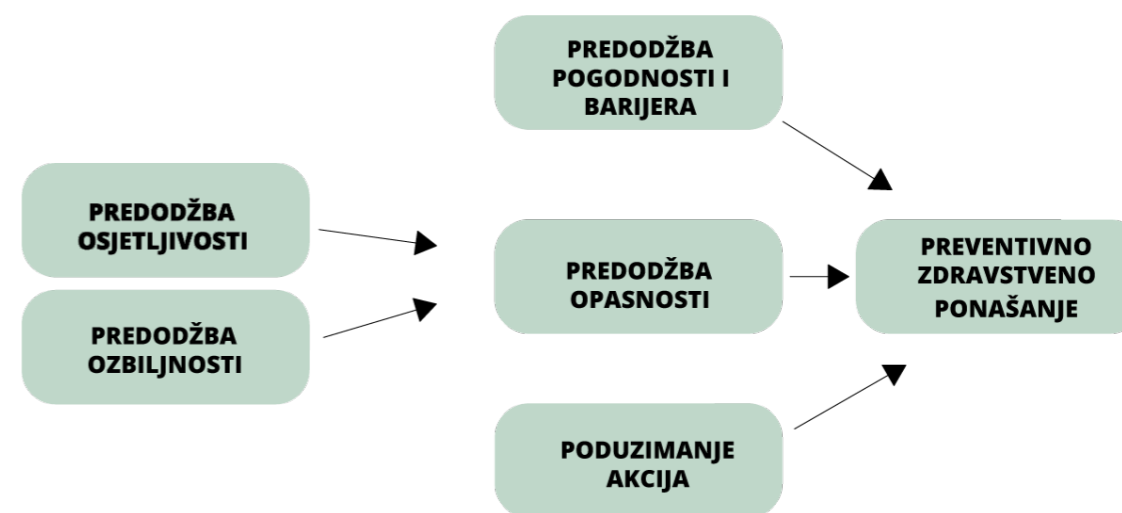
Tako je sickness socijalni status, odnosno socijalni identitet, a određena je pravnim, običajnim i kulturnim normama neke zajednice.

Bolest je poremećaj normalnih zbivanja u organizmu, odnosno nenormalno odvijanje životnih funkcija.
(disease)

Ipak, ne postoji jasna granica, pa bismo mogli reći da je bolest promjena uobičajenog životnog ritma koja u pravilu otežava opstanak organizma, a nekad ga i ugrožava ili dovodi čak do smrti.

HBF model

Saznanja o socijalnim, kulturnim i dr. faktorima kod percepcije bolesti u svoj rad su uvrstili psiholozi Hochbaum, Rosenstock i Kegels, konkretno u HBF model. Health Belief Model je psihološki model čija je osnovna pretpostavka da su zdravstvena ponašanja uvjetovana percepcijom rizika i opasnosti od nastajanja bolesti ili povrede te analizom prednosti i nedostaka poduzimanja određenog ponašanja. Nastao je 50-ih godina 20. st. kao reakcija na neuspjeh suzbijanja tuberkuloze. Njime se pokušavaju predvidjeti i objasniti zdravstvena ponašanja pojedinaca.



Prema ovom modelu, predodžba pojedinca o zdravlju i zdravstvenom ponašanju određena je procjenom percipirane prijeteće prirode bolesti. Ista je, s druge strane, određena percepcijom osjetljivosti na bolest, odnosno očekivanim posljedicama ukoliko se bolest zaista dogodi. Procjena ponašanja pojedinca također uključuje komponente vaganja između pretpostavljenih troškova ili prepreka u prevenciji i predviđenih pogodnosti ukoliko se usvoji preporučeno zdravstveno ponašanje.

U konačnici, ono je određeno i na njega utječe općenita zdravstvena motivacija, npr. pojavnost simptoma bolesti, ali i educiranost i medijske zdravstvene kampanje.

Sama potreba za razvijanjem ovakvog modela jedna je od potvrda teze da je koncept bolesti produkt socijalne stvarnosti. Sociokulturni faktori utječu na to koja će se stanja definirati kao bolest, kako će se ona nazvati, kako će se interpretirati i doživjeti, te kako će se otkriti i dijagnosticirati.

Tako je i doživljaj vlastitog zdravstvenog stanja kod pojedinca određen njegovim doživljajem nečega kao simptoma, a koji se opisuje kao odgovor organizma na pitanje sredine.

odnos prema subjektivnom doživljaju pacijenta

U engleskom jeziku razlikuju se pojmovi *sign* i *symptom*.

Symptoms - "znakovi bolesti koji ovise o subjektivitetu pacijenta i liječnika"

Signs - "objektivni znakovi bolesti koje dugujemo valjanom postupku istraživanja"

Prema radu Ž.Staničić (2005.) oba pojma sa svojim značenjima trebaju imati ravnopravan položaj kod određivanja stanja pojedinca. Bolesnikova percepcija simptoma (*symptoms*) ne smije se zanemariti. Ona se nikako ne smije zamijeniti objektivnim tehničkim nalazima, već se treba smatrati funkcionalnom. Time je uspjeh svakog terapijskog djelovanja određen pristupom liječnika prema pacijentu, u kojoj mjeri on vodi računa o bolesnikovom znanju, odnosno subjektivnom doživljaju simptoma. Drugim riječima, zaključuje da je jedna od pretpostavki uspješne terapije uspostavljanje mosta između liječnika i pacijenta, odnosno između laičkog i biomedicinskog određenja zdravlja/bolesti.

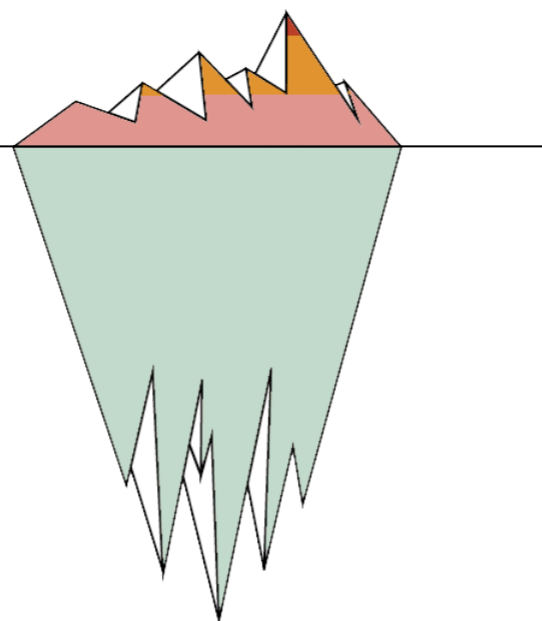
'ICEBERG' fenomen

U medicini pojam kojim se označava prepoznavanje ukupnog stanja bolesti i zdravstvenih smetnji, a istovremeno zatajenja kod prepoznavanja velike većine tegoba koje su klinički neočite.

Istraživanja u Velikoj Britaniji prikaz su fenomena *sante leda*;

U rezultate su uvrštene sve smetnje osim zubnih.

- -kod 1 % slučajeva konzultiran je specijalist
- -10 % liječnik opće prakse
- -20% smetnji je dijagnosticirano kao bolest, ali se liječi domaćim lijekovima
- -sve ostale smetnje, njih gotovo 70 % se ne smatraju bolestima, te se u vezi njih ništa ne poduzima



Ovaj fenomen ukazuje na manjkavosti u pristupu liječenju, odnosu između liječnika i pacijenta, te samog načina gledanja na osobu u ulozi oboljelog.

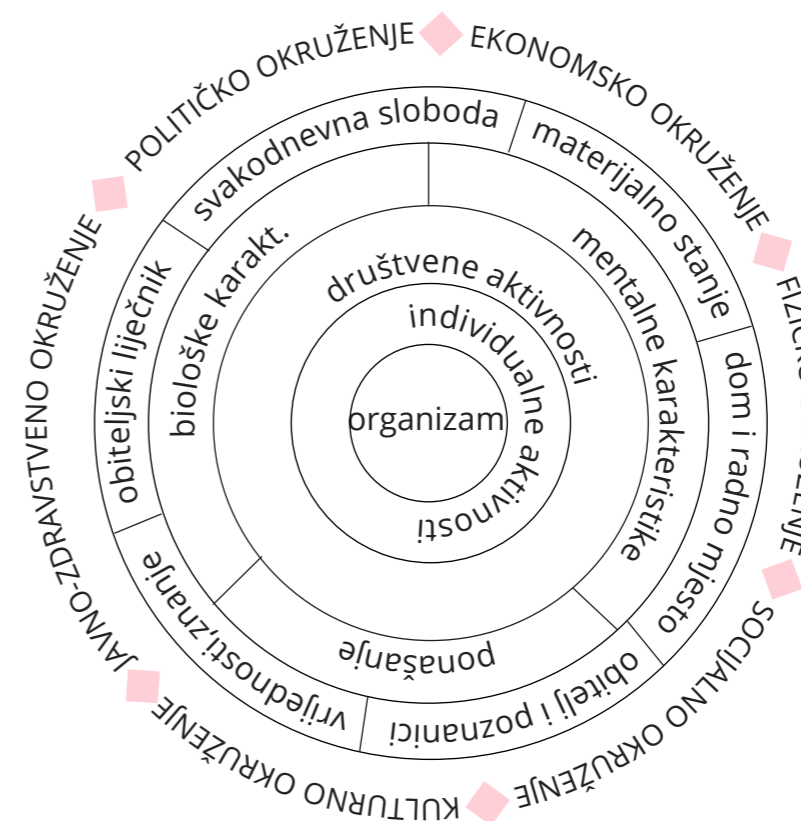
socijalni diskurs zdravlja/bolesti

Još od doba Starog Rima i poznate izreke 'U zdravom tijelu zdrav duh', preko borbe za prava radnika u svrhu veće produktivnosti u 19. st. u Europi, evidentno je postojanje izvjesne količine svijesti o važnosti i kompleksnosti zdravlja, odnosno o korelaciji istoga sa nebiološkim faktorima (duh, uvjeti rada). Kako medicina kao struka (na neki način odgovorna za zdravlje) danas gleda na osobu tokom procesa liječenja?

"Zdravlje i bolest nisu zauvijek osiguran posjed egzaktne prirodne znanosti"

(Heisenberg, 1998.)

Naime, velik dio čovjekovog biološkog postojanja određen je vanmedicinskim faktorima, bližoj okolini i društvu npr., a koji su svi "neprirodni", odnosno nemjerljivi egzaktnim postojećim ljestvicama. Na primjeru *iceberg* fenomena vidimo koliko je jednosmjerni, prirodnoznanstveni pristup u medicini nedostatan za razumijevanje velikog dijela zdravstvenih tegoba.



Stoga, kao ispravnu metodu treba primjenjivati načelo "dvostrukog diskursa" u kojemu se prirodnoznanstveni pristup koji čovjeka sagledava kao organizam na biološkoj, kemijskoj, fiziološkoj osnovi nadopunjuje i proširuje društvenim promatranjem zdravlja/bolesti. Takva dodatna metoda nije samo dopuna i proširenje, već od početka biva nužna u rješavanju problema.

Oni su različiti, ali komplementarni, tako dok prirodnoznanstveni diskurs čovjeka sagledava kao živo biće, socijalno-znanstveni ga nastoji sagledati kao društveno biće, zaključuje Ž.Staničić (2002a)

Takva promjena pristupa bi bitno i pozitivno utjecala na pristup prevenciji, ispitivanju i liječenju.

2.1 Nemedikamentne terapije demencija

Nemedikamentne terapije demencija pomažu pripadnicima i pogođenima razumjeti proces i što bezbolnije se nositi sa simptomima i posljedicama oboljenja. Njima se sposobnost učenja i funkcioniranja bolesnika koliko toliko prolongira, a nesposobnost uobičajene komunikacije na koju je bolesnik navikao se kompenzira. Takve terapije se pozitivno odražavaju na raspoloženje i ponašanje pogođenih osoba, smanjuju potrebe za medikamentima kao i negativne simptome bolesti. Sve skupa pridonosi tome da se ugodnost i kvaliteta života održava odnosno poboljšava.

Kod postavljanja ciljeva ovakvih terapija, bitno je biti svjestan činjenice da je sadašnje stanje takvo da su neurodegenerativne demencije neizlječive i da se bolja situacija ne predviđa u budućnosti.

Međutim, kombinacijom antidementiva i ostalih farmatika i nemedikamentnih tretmana tok bolesti se može usporiti i ublažiti i tako u konačnici omogućiti dostojanstvo bolesnicima, tvrdi N.Mimica u tekstu *Demencija i palijativna skrb* (2011.)

vrste terapija

Ovakve terapije sežu od psihoterapeutskih liječenja koja se primjenjuju u ranom stadiju (bitnost što ranije dijagnoze), do specijalnih oblika komunikacija kao što je dosjećanje, odnosno sjećanje na događaje iz vlastite prošlosti, sve do senzoričkih stimulacija u kasnijim stadijima oboljenja. Neke se primjenjuju isključivo od strane stručnjaka, a neke su pogodnije i za samostalnu primjenu recimo članova obitelji.

Takve terapije se trebaju dodjeljivati individualno i trebaju se prilagođavati promjenama uvjeta tokom vremena.

Pozornost onih koji skrbe o bolesnicima treba biti usmjerena na održavanje i poticanje postojećih sposobnosti.

psihoterapeutski postupci

psihoterapija- ovakvi postupci koriste se u ranim stadijima bolesti. Njima se podupire svladavanje i privaćanje dijagnoze. Ona može pridonijeti kognitivnom i emocionalnom stabiliziranju.

psihoeukacija- informacije oboljelima i obitelji se priopćavaju putem tzv. bio-psiho-socijalnog modela bolesti koji daje predodžbu o uzrocima, simptomima, toku i posljedicama oboljenja te se donosi na temelju konkretne situacije.

Ovakve terapije u grupama koriste i njegovatelji kako bi se međusobno ohrabрили i spriječili tzv. sindrom *sagorijevanja*.



kognitivni postupci

treniranje pamćenja- ovakva terapija korisna je na početku oboljenja, ona je svojevrsni kognitivni trening kojim se uvježbavaju strategije pamćenja da bi kompenzirale manjak sposobnosti zapažanja.

kognitivno aktiviranje- provodi se u grupi, a pogodno je i za srednji stadij bolesti. Pomaže u zadržavanju postojećih duhovnih sposobnosti pri čemu se postojeće kognitivne funkcije kao što su npr. govor i sposobnost komunikacije, izražavanja i pamćenja aktiviraju i time zadržavaju. Takva grupna terapija također pospješuje osjećaj pripadnosti zajednici.

Trening za orijentiranje u stvarnosti, terapija za pamćenje ili reminiscenciju i terapije za samoodržanje još su neke metode.

fizički trening

Sportske aktivnosti u umjerenim količinama kao i redovno kretanje djeluju terapeutski i za tijelo i za dušu, a osim toga imaju izrazito pozitivan utjecaj na kognitivne sposobnosti i održavanje drugih postojećih sposobnosti. Kada bolest uznapreduje i dovede bolesnika do stanja ograničene mogućnosti u kretanju, fizioterapeuti mogu pomoći.

art terapije

Ovakve terapije nude se profesionalno, ali isto tako pripadnici i osoblje mogu podupirati kreativnost i emocionalnu sposobnost izražavanja. Svrha ovakvih terapija je omogućavanje izražavanja kroz umjetničke projekte onda kada je pojedinac zaknut za druge oblike izražavanja. Time aktivno utječe na okolinu i jača osjećaj samovrijednosti.

Postavka na kojoj počiva ovakva metoda je ta da je kreativnost nešto što posjeduje svaki pojedinac u određenom stupnju, samim time nije urođena i fiksirana samo "izabranima", već je svatko može do određenog stupnja razviti. Ona je dakle svojstvena svim ljudskim bićima, za njen razvoj i otkrivanje nikad nije kasno te ona u kasnijim godinama ne prestaje.

likovna terapija- Projekt kreativne likovne radionice proveden je u razdoblju od 2007. do 2009. godine u više domova za starije i nemoćne u Zagrebu. U njega su bili uključeni terapeuti, studenti, medicinske sestre, psiholog, profesor rehabilitator, fizioterapeut. Putem nje su se dementni štićenici doma poticali na likovno izražavanje u opuštajućoj i sigurnoj atmosferi sa smirujućom glazbom u pozadini.

Rezultati radionice bili su korisni za njene sudionike, kako za one koji su aktivno sudjelovali, tako i za one koji su se odlučili pasivno promatrati. Međusobno su komunicirali i izražavali se. Zbog pojačane aktivnosti tijekom dana, oboljelima je trebalo manje hipnotika da prespavaju noć. Anketom se utvrdila zadovoljnost bolesnika, ali i zadovoljnost terapeuta koji su osjećali emocionalno ispunjenje tokom i nakon radionice.



muzikoterapija- Glazba općenito smiruje i može djelovati pozitivno na raspoloženje.

“Primjerice, glazba slavnog Beethovena regulira otkucaje srca, utječe na dobrobit pluća i bronha te poboljšava imunitet. Mozarta liječnici preporučuju za povećanje moždane aktivnosti, ali oboljelima pomaže i Frank Sinatra.

Glazba može biti vrlo korisna pomoć za smirivanje oboljelih kod kuće, dok u medicinskim ustanovama takvu vrstu terapije koriste uglavnom eksperimentalno i zahvaljujući entuzijazmu, jer umjetnost još nije priznata niti HZZO pokriva troškove posebno educiranih terapeuta . Tako je i u svijetu.

Naime, glazbenu terapiju kao jedan od oblika pomoći oboljelima od demencije pokrenuo je Dan Cohen, socijalni radnik iz SAD-a, čiji su pionirski eksperimenti rezultirali osnivanjem neprofitne udruge “Glazba i sjećanja”, koja se bavi poticanjem uvođenja glazbene terapije u liječenje starijih osoba koje su oboljele od Alzheimerera i drugih oblika demencije.

Iskustva pokazuju da starije dementne osobe odlično reaguju na glazbu, tvrdi Cohen, i to ne samo na njihovo smirenje, nego pomaže da se prisjete nekih događaja i situacija iz prošlosti, imena ljudi koje ih okružuju , pa i stvari koje su povezane uz njih same, koje najbrže zaboravljaju.

- Iskustva pokazuju da se i teži bolesnici koji puno zaboravljaju mogu prisjetiti riječi pjesama koje su im poznate i otpjevati cijelu pjesmu, iako možda i mjesecima nisu govorili - kaže dr. Mimica.

Dodaje kako je takva terapija puno jeftinija od lijekova, jedan terapeut može raditi s pacijentima u manjim grupama ili sa zborom pacijenata, a to može biti vrlo korisno u dnevnim boravcima ili u ambulantom liječenju u ranim fazama bolesti. Kako demencija do uznapredovalog stadija u prosjeku traje desetak godina, takva vrsta terapije može biti učinkovita do samoga kraja.

W. A. Mozart

Terapeuti ističu da njegova 1. simfonija opušta stres, stimulira aktivnosti mozga i povećava intelektualne sposobnosti.

Ludwig van Beethoven

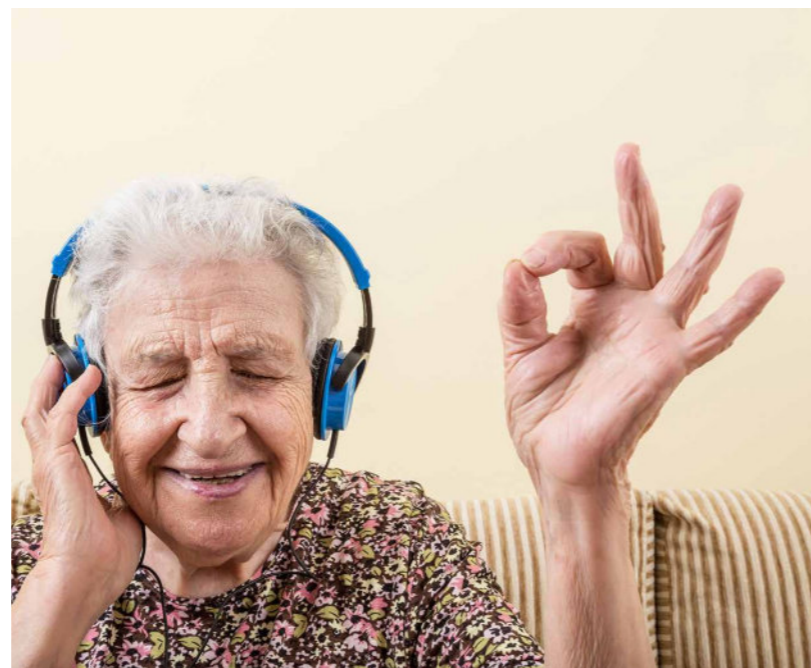
Njegova glazba pomaže kod stresa i melankolije. Drugi dio 5. simfonije preporučuje se osobama povišenog krvnog tlaka.

Antonio Vivaldi

Glazba talijanskog skladatelja, kao i kompozicije Georgea Friedricha Handela, najčešće se primjenjuje u liječenju agresije.

George Gershwin

Jazz klasici kod oboljelih od Alzheimerera pomažu da se koncentriraju na dnevne zadatke i opuste u kritičnim trenucima.



isječak iz članka “Slušanje glazbe vraća sjećanje ljudima koji imaju Alzheimerera” -

24sata

senzoričke stimulacije

Aktivnosti kojima se potiče osvještavanje 5 osjetila. Njihova svrha je povećanje aktivnosti oboljelih, smanjenje anksioznosti i depresije i poboljšanje u društvenoj interakciji. Aktivnosti su namijenjene bolesnicima, ali se mogu dijeliti sa njegovateljima ili članovima obitelji. Takva zajednička iskustva i uspomene uvelike pomažu u postizanju osjećaja vrijednosti.

snoezelen- controlled multisensory environment (MSE) tj. kontrolirano senzoričko okruženje je terapija namijenjena osobama sa demencijom, autizmom, ozljedama mozga i drugima. Osoba se smješta u umirujući i poticajni prostor zvan *snoezelen soba*. Takve sobe su specijalno izrađene da simuliraju razna osjetila koristeći svjetlosne efekte, boje, zvukove, glazbu, mirise itd. Kombinacija različitih materijala zidova može biti iskušena osjetilom dodira, a pod može biti prilagođen stimuliranju osjećaja ravnoteže. Osoba obično sobu koristi u pratnji njegovatelja ili terapeuta.

Ovakve sobe su se razvile u 70-im godinama 20. stoljeća, te se od tada uvrštavaju u brojne institucije diljem svijeta, a posebno su česte u Njemačkoj gdje ih postoji više od 1200.



druženje sa životinjama- uključuje interakciju između pacijenata i obučanih životinja zajedno sa vlasnikom ili stručnom osobom. Njihova interakcija sa životinjama ohrabruje ih i za interakciju s ljudima. Istraživanja takvih terapija pokazala su njihovu povezanost sa smanjenjem anksioznosti i nemira kod dementnih pacijenata.

Danas postoji relativno malo studija u vezi efektivnosti terapija bez lijekova u kojima bi se njihova učinkovitost znanstveno utvrdila. Razlog toga je relativna nemjerljivost primijenjenih metoda (poglavlje rada "*Konceptualizacija fenomena zdravlja i bolesti*") te se njima vjerojatno nikada neće dati izričito znanstveno odobrenje.

Međutim navedene intervencije su se u toku godina prakse pokazivale dobrima, makar i samo na pojedinačnim slučajevima.

Kombinacija ovakvih i standardnih farmakoloških metoda liječenja zajedno sa individualnim pristupom bolesniku, praćenju stanja i određivanju terapije, najispravniji je put ka lakšem proživljavanju situacije kako za same oboljele, tako u konačnici za obitelj i njegovatelje.

2.2 Društveni aspekti tretiranja bolesnika

koncept racionalizacije zdravstva

Napredak suvremene medicine, koliko god bio značajan i s vremenom sve veći bio, i dalje ne daje odgovore i rješenja za veliki broj najtežih bolesti suvremenog svijeta. Upitna je uopće njena mogućnost da razriješi goruće probleme na dosadašnjim principima.

Stoga, očito je da je medicina kao znanost u krizi. Ona je dio ukupne slike društva i samim time određena je i javnim zdravstvom, odnosno u koegzistenciji sa istim komunicira s korisnicima. O tome u daljnjem tekstu navodim promišljanja i zaključke iz teksta Ž.Staničić (2004.)

Od sredine 19. do kraja 20. stoljeća među populacijom su prevladavale akutne infektivne bolesti za koje su postojala jasna rješenja određena isključivo bio-medicinskim pristupom. Temeljeno na tim iskustvima, u medicini su se stvorile pretpostavke da svaka bolest ima specifičnu etiologiju (za iste bolesti isti uzroci), da je interes usmjeren isključivo na unutrašnjost tijela te da se ono daje popraviti kao stroj.

Sukladno tim uvjerenjima stvorila se pretpostavka da je uspješnost medicine i javnog zdravstva proporcionalna financijskim ulaganjima.

Unatoč tome, ulaganja u zdravstvo ne utječu na činjenicu pogoršanja zdravstvenog stanja stanovništva. Sustav zdravstvene zaštite ustrojava se na principima tržišne ekonomije u kojemu rashod nije profitabilan, odnosno input nije ni približno jednak rashodu, kao da je mjerilo javnog zdravstva i zdravlje njegovih korisnika prvenstveno, ako ne i isključivo novčana dobit.

Nastavi li se sa racionalizacijom sustava zdravstvene zaštite u konačnici će doći i do srozavanja kvalitete zdravstvene zaštite. Jedan primjer vršenja pritiska na liječnike i njihov pristup bolesniku je zakonska odrednica o jednakom broju dopuštenih recepata ili izdatih uputnica za specijalista, a čije kršenje uzrokuje sankcije koje sežu od razgovora, do novčanih kazni, pa sve do uskraćivanja rada.

Nemoguće je koncept racionalizacije, dakle, primjenjivati na rad liječnika. Njegov rad nije mjerljiv jer on nije radnik u "tvornici zdravstvenog sustava", kakva ovakav pristup pretpostavlja.

neki od aktualnih problema hrvatskog javnog zdravstva

Veliki problem javnog zdravstva je i nedostatak zdravstvenog kadra koji je aktualan u cijeloj EU, pa i u Hrvatskoj. To je povišenja životnog standarda i starosti populacije. Zbog dugog edukacijskog procesa liječnika, nedostatak kadra nemoguće je riješiti povećanjem broja studenata medicine.

Stanje je trenutno takvo da se bilježi i manjak medicinskih sestara od kojih je samo petina educirana na nivou prvostupnica što dovodi do toga da liječnici u praksi uče medicinske sestre zdravstvenoj negi.

Hrvatsku opterećuje i odlazak brojnih stručnjaka u inozemstvo.

Podaci iz 2015. godine pokazuju da su od ulaska RH u EU (2013.) dokumentaciju za odlazak u inozemstvo tražila 923 liječnika, a istodobno 135 ih je iskazalo interes za dolazak (najčešće iz susjednih zemalja). Vidimo da je broj zahtjeva za odlazak mnogostruko veći od onih za dolazak.

Zabrinjavajuće je da odlaze i nezaposleni liječnici, bez specijalizacije, a problem dugova javnog zdravstva već je dugo poznat.

Očito je da su temelji na kojima se medicinsko djelovanje zasniva krivo postavljeni. Također, javno zdravstvo ne djeluje u skladu s realnošću, te su njegovi prioriteti krivo posloženi. Ukoliko se ne promijeni cjelokupno gledanje na zdravlje, bolest, čovjeka, liječnika, kriza će se samo produbljivati.

Budući da je problem zdravstva tolikih razmjera da bismo mogli reći da nijednog pripadnika društva ne izuzima od svojih posljedica, nerealno je očekivati brzo napredovanje odmah, kao ni da će njegovu razrješenju doprinijeti samo država ili samo medicinska struka. Zadatak je to cjelokupnog društva kao i rasvjetljavanje raznih aspekata problema, makar kroz formu diplomskog rada.

2.3 Alzheimerova bolest i druge demencije

Alzheimerova bolest je bolest stanica moždane kore i okolnih struktura, a karakterizira je brza progresivnost i ireverzibilnost, te oštećenja živčanih stanica. To je duga i teška bolest, za sada neizlječiva, iscrpljujuća za oboljelog i njegovu obitelj. Manifestira se kao zaboravljivost, izgubljenost u vremenu i prostoru, nemogućnost samostalnog življenja, što dovodi do potpune ovisnosti o stalnoj skrbi i njezi druge osobe, te socijalne izoliranosti oboljelog i njegove obitelji, jer ponašanja oboljelog za društvo postaju neprihvatljiva.

U obitelji dolazi do preraspodijele uloga, te emotivnog i materijalnog iscrpljenja.

IZ TEKSTA D.Poredoš "Alzheimerova bolest i obitelj"

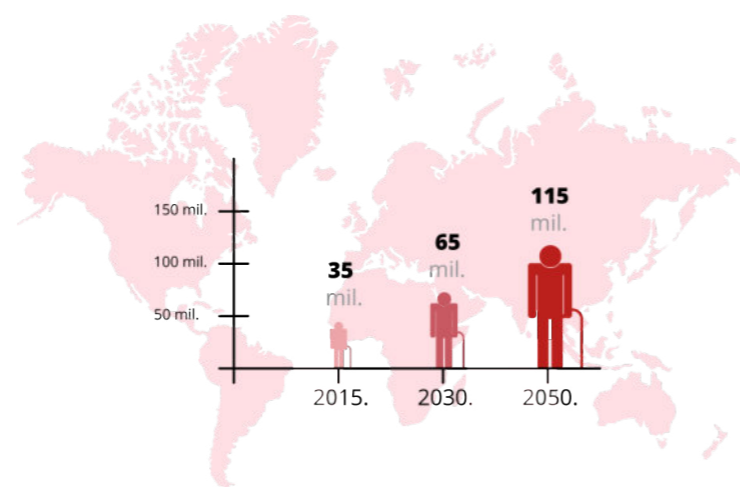
Uzrok bolesti nije poznat, može se javiti radi raznih bolesti i poremećaja kojih se danas navodi preko 100. Alzheimerova bolest je najčešći uzročnik demencije (60-70 % slučajeva).

epidemiologija bolesti

Prema podacima organizacije Alzheimer Disease International, danas u svijetu ima 35 milijuna osoba s demencijom. Očekuje se progresivni rast, pa se tako za 2030. g predviđa 65 milijuna, a u 2050. godini se predviđa čak više od 115 milijuna oboljelih.

Predviđeni rast broja oboljelih temelji se na pretpostavci da će se u mnogoljudnim zemljama svijeta (Kina, Indija) životni vijek značajno produžiti, te da će tamo i dijagnostika napredovati.

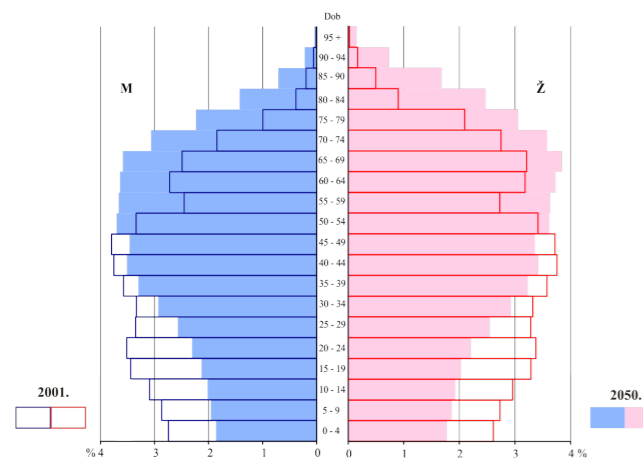
(podaci iz teksta N.Mimice Demencija i palijativna skrb; 2011.)



demografsko stanje RH

Broj stanovnika u Republici Hrvatskoj već dva desetljeća se smanjuje, ponajprije zbog negativnoga prirodnog priraštaja.

Nadalje, prosječno očekivano trajanje života u Republici Hrvatskoj 2010. godine bilo je 73,5 godina za muškarce i 79,9 godina za žene, ili prosječno 76,6 godina (u EU-u je iznosilo 79,7 godina).



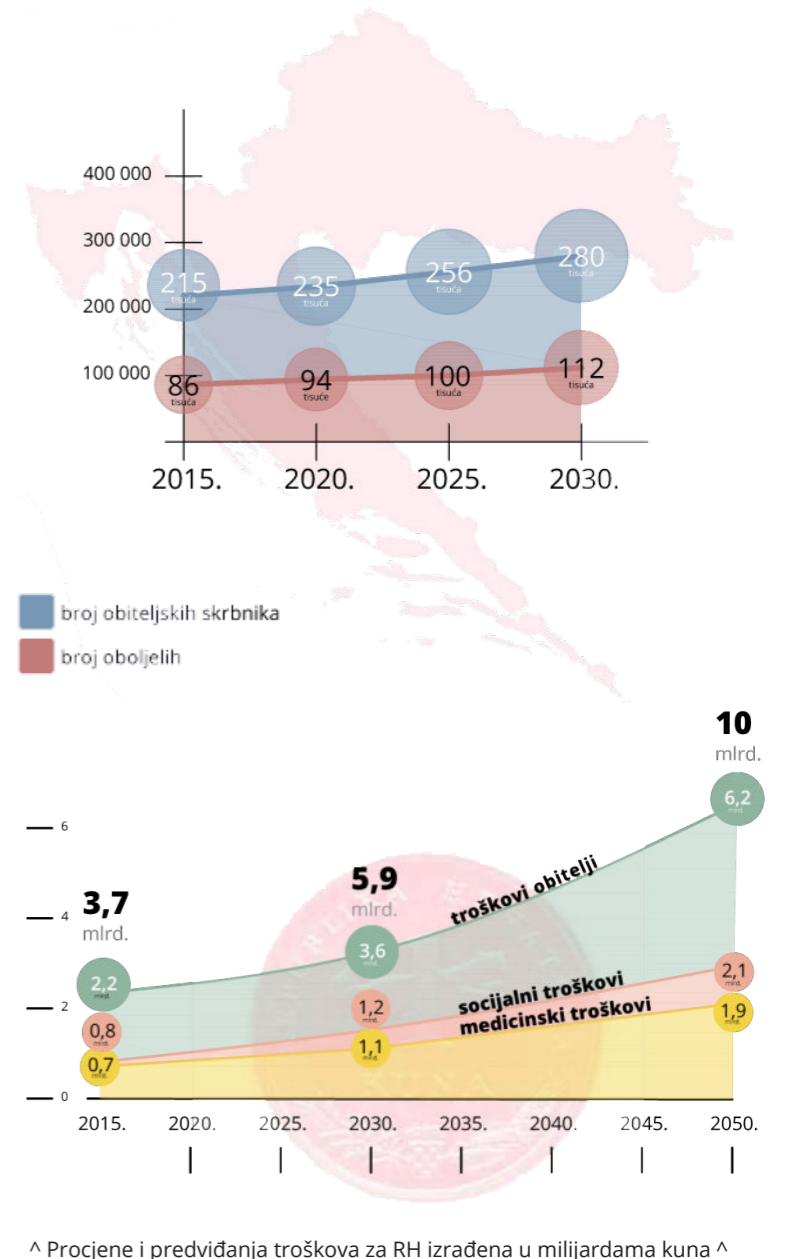
Stanovništvo RH po starosti za 2001. godinu u usporedbi sa predviđenim brojkama za 2050.

Budući da je prosječno očekivano trajanje života u razdoblju 1960.-2010. godine u Republici Hrvatskoj ukupno povećano za 9,2 godine za muškarce i 10,9 godina za žene, jasno je da se radi o procesu demografskog starenja. Važan indikator starenja jest udio stanovnika starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu, koji je u Republici Hrvatskoj godine 2011. iznosio **17,7%** (EU – 17,5%), a očekuje se da bi 2050.godine u Hrvatskoj moglo biti 26,2% ljudi starijih od 65godina.¹⁰ Hrvatska je među najstarijim državama u Europi.

epidemiologija u RH i obitelj kao neformalni njegovatelj

U Hrvatskoj ne postoji registar oboljelih od demencije, no uzmemo li u obzir predviđene trendove u starenju stanovništva, svjetske statistike i prognoze, možemo na temelju istih okvirno predočiti epidemiologiju na razini države.

Prema procjenama, o jednom oboljelom brigu vode u prosjeku 2,5 člana obitelji. Članovi obitelji nisu educirani za skrb, pogotovo za specifičnu skrb koju Alzheimerova bolest zahtijeva. U početnim fazama stanje oboljelog se prikazuje kao gotovo potpuno normalno, a simptomi su praktički neprimjetni. U kasnijim fazama obitelj na sebe preuzima veći dio patnje. Razlog tome je nerazumijevanje stanja kroz kojeg voljeni član prolazi, neupućenost u moguće simptome i promjene u ponašanju. U konačnici oboljelom i članovima obitelji potrebno je pomoći savjetima, edukacijom i konkretnim akcijama. Međutim, nisu samo emocionalni problemi koji more obiteljske skrbnike. U određenim fazama bolesnik polako gubi sposobnost upravljanja novcem što članovi obitelji mogu, ali i ne moraju primjetiti. Nije stoga čudno da oboljeli radi neracionalne financijske poteze, zadužujući se i/ili nagomilavajući nepotrebne predmete. Također je potrebno razriješiti npr. pravna pitanja nasljedstva dok je kritični član obitelji pri dovoljnoj količini svijesti da bi se izbjegle eventualne kasnije frustracije. Budući da je jedan od simptoma demencija agresivnost i da je ona često najintenzivnije usmjerena prema najbližoj osobi ili više njih, psihološka pomoć može biti potrebna da bi se takvi emocionalni šokovi lakše prebrodili. U konačnici obiteljska solidarnost postaje nedostatna budući da je napredak bolesti neizbježan, a traje u prosjeku 10 godina. Tada je nužan smještaj u određenu institucionalnu ustanovu koji za sobom ponovo povlači i financijske tegobe i mnoge druge tegobe.



^ Procjene i predviđanja troškova za RH izrađena u milijardama kuna ^

Same prognoze o porastu broja bolesnika ukazuju na potrebu cjelokupne sustavne i institucionalne podrške. Ozbiljnost te potrebe potencira se uzme li se u obzir trenutno stanje takve podrške koje će se još pobliže opisati. Nadalje, uzimajući u obzir čak i površni sažetak teme utjecaja na obitelj, očito je da potrebna pomoć istoj nije isključivo medicinske prirode, već joj se treba pružiti pravna pomoć, pomoć socijalnog radnika, psihijatra, financijskog stručnjaka, psihologa i dr. Takva raznovrsna podrška služila bi na korist svima koje ova specifična bolest pogađa.

mogućnosti institucionalne skrbi oboljelih

U Hrvatskoj je prvi psihogerijatrijski odjel osnovan 1959. godine kao dio Psihijatrijske bolnice Vrapče u Zagrebu. Danas postoji tek nekoliko bolnica sa psihogerijatrijskim odjelima; još jedna, pored odjela na Vrapču, u Zagrebu, u Lopači kraj Rijeke, te dvije otočne-na Rabu i Ugljanu. Oni svi skupa sadrže približno 500 kreveta.

Podaci iz teksta *Psychiatric hospitals in Croatia and their role in palliative care for people with Alzheimer's dementia*; N. Mimica 2014.

Druga opcija smještaja za dementne starije osobe su domovi umirovljenika. Međutim, postojeći domovi i socijalno-zdravstvene ustanove zbog teške prirode stanja bolesnika nerado ih primaju. Osoblje koje se brine eventualno još i o njima često nije dovoljno educirano, a i omjer njegovatelja i bolesnika je izrazito nepovoljan i opterećujući za zaposlene.



< Raspodjela postojećih psihogerijatrijskih odjela u čitavoj državi.

Uzevši u obzir i podatke o raspoloživoj institucionalnoj skrbi te trenutni, ali i predviđeni broj starijih dementnih osoba u Hrvatskoj, očito je da se radi o velikom nesrazmjeru i nepripremljenosti države na nadolazeće procese. Situacija je predočena je i na ilustraciji koja prikazuje odnos oboljelih smještenih u bolnicama ili domu i onih o kojima brigu vode ukućani, odnosno članovi obitelji. (podaci za RH)



Splitsko-dalmatinska županija

Prema podacima popisa stanovništva iz 2011. godine, Splitsko-dalmatinska županija je uvjerljivo druga po broju stanovnika.

Stoga je zabrinjavajuća činjenica da nema niti jedan psihogerijatrijski odjel.

Opcije smještaja u staračkim domovima su nedostatne za potrebe županije, a uz to su i neprimjerene za dementne.

Podaci o spremnosti domova (za Splitsko-dalmatinsku ž.) na prihvrat psihički bolesnih osoba općenito ukazuju na to da preko 50 posto domova izričito ne prima iste, nešto manje ostavlja tu opciju kao mogućnost dogovora i upita zainteresiranog, a jako mali broj ih prihvaća. S obzirom da svi psihički bolesni nisu dementne osobe, a da se senilne demencije, iako se manifestiraju kao duševna oboljenja, ne svrstavaju među iste, problem smještaja i skrbi još je očitiji. Od ukupnog broja od 30 staračkih domova, preko 70 % ih je privatno. Činjenica je to koja podupire tvrdnje o nedovoljnoj institucionalnoj spremnosti na razini države/županije.



76,6 % 23
23,4 % 7



U cijeloj Hrvatskoj postoji općenito problem smještaja starijih osoba u domove, a kamoli onih koji zahtijevaju specifičnu njegu i dodatnu educiranost njegovatelja. Isječci i naslovi nekih članaka idu u prilog tome.

Što se tiče liste **čekanja na Dom**, to ovisi o više faktora, ali uglavnom se čeka na **dvije do tri godine**. Novoprimljeni korisnik se smješta na jedinicu koja u cjelosti odgovara njegovom zdravstvenom i psihofizičkom statusu.

Ako je osoba dementna, odma se smješta na stacionar gdje se smještaju dementni korisnici, Dakle ne može se dogoditi, da korisnima dementnog smjestimo na odjel gdje se smještaju pokretni korisnici.

Smještaj u istarske domove umirovljenika moguć tek kad netko umre ...

www.parentium.com/prva.asp?clanak=14892

11. srp 2007. - U Istri smještaj u domove za starije i nemoćne osobe čeka 960 osoba. ... korisnika, a u sklopu njih trebao bi djelovati i odjel za dementne bolesnike, smješteno u Puli, a ostali su nove domove pronašli u Rijeci i Dalmaciji.

Smještaj u istarske domove umirovljenika moguć tek kad netko umre: na listi za smještaj čeka gotovo tisuću ljudi!

LISTA ZA ZADARSKI DOM Čekaju 652 osobe, 219 ih je nepokretno ...

slobodnadalmacija.hr/dalmacija/.../lista-za-zadarski-dom-cekaju-652-osobe-219-ih-je-...
15. ožu 2011. - slobodnadalmacija.hr/dalmacija ... Na njoj je 130 osoba, a pritisci za smještaj u Dom, prema riječima ravnateljice Davorke Krnčević, golemi su. ... Najveći problem u ovom sustavu jest nedostatak odjela za dementne osobe.

Trenutno je 650 korisnika u ova dva splitska doma, a ovisno o stanju korisnika ovise i liste čekanja.

- Najduže se čeka gerijatrija i dementna gerijatrija. Čeka se do 4 godine. Moramo razmišljati o tome da te kapacitete proširimo. Naš dom je tražen, vjerojatno i najbolji u našoj županiji, a jedan je razlog i taj što je cijena niža nego u privatnim domovima. A niža je zbog toga jer država, odnosno Županija pomaže svojim udjelom – zahvalan je Županiji ravnatelj doma.

- Kada bi ustanove djelovale u skladu sa zakonima koji su na papiru dobri, ali se ne provode, ne bi se događalo da čak 60 posto štićenika u domovima za starije i nemoćne osobe čine bivši ovisnici o alkoholu i opojnim sredstvima, osobe s tjelesnim oštećenjima ili mentalnom retardacijom. U našem domu živi većina takvih korisnika, a kako je Dom za psihički bolesne odrasle osobe Vila Marija u Puli već duže vrijeme popunjen, velik dio štićenika koji spadaju u tu instituciju nalazi se u našoj ustanovi. U domovima živi i znatan broj osoba koje boluju od Alzheimerove bolesti i senilne demencije, a iako se te bolesti manifestiraju kao duševna oboljenja, ona to nisu i tim je ljudima nužna specifična skrb. U našoj je ustanovi 30-ak takvih štićenika i javno se zna da ogroman postotak štićenika u domovima za starije nije u adekvatnim institucijama, veli Mika.

Umjesto zaključka poglavlja, navesti ću 3 prioriteta *Hrvatske strategije u borbi protiv Alzheimerera i drugih demencija* koji su donešeni u sklopu hrvatske povelje o borbi.

1) rana dijagnoza bolesti

2) dostupnost liječenja antidementivima

3) uspostava koordiniranog sustava potpore osobama koje boluju od AB, njihovim obiteljima i njegovateljima u svrhu podizanja kvalitete njihova liječenja i zbrinjavanja.

2.4 Doprinos arhitekta i arhitektonskog projektranja

Društveno poželjna i pozitivna misija arhitektonskog projektiranja bi se omogućila značajnijom intervencijom, kroz strukturu projekta.

Konačno, projektom bi i arhitekt dao svoj doprinos u procesima prilagođavanja, humaniziranja, estetiziranja sjećanja, ljudi i odnosa među njima. Zapravo to i jesu ključni potencijalni doprinosi arhitektonske struke u cjelini društvenoga razvitka, bez obzira je li riječ o konceptu zdravlja ili o konceptu bolesti.

No, u svakom slučaju, humaniziranje društvenih odnosa i prostora u kojima se ti odnosi oblikuju zahtijevaju tako promišljene arhitektonske pristupe i orijentacije.

2.5 Literatura

- Benbow W. (2014.) Benbow best practice design guidelines : nursing home complex care and dementia
- Day K., Carreon D., Stump C., (2000.) The Therapeutic Design of Environments for People With Dementia: A Review of the Empirical Research
- Mimica N. (2011.) Demencija i palijativna skrb
- Mimica n., Gordan Arbanas, Marijana Braš, Ljiljana Vrbić (2014.) Okrugli stol – Nacionalna strategija borbe protiv Alzheimerove bolesti – druga javna rasprava prijedloga nacрта
- N.Mimica, M. Kušan Jukić(2014.) Psychiatric hospitals in Croatia and their role in palliative care for people with Alzheimer’s dementia
- N. Mimica, M. Kušan Jukić, P. Presečki, K. Glamuzina (2015.) Hrvatska strategija borbe protiv Alzheimerove bolesti i drugih demencija - prijedlog nacрта uz nadopune
- N.Mimica (2016.) Sadašnje i buduće terapijske mogućnosti u liječenju Alzheimerove bolesti
- Staničić, Ž. (2002a) Perspektiva socijalnog konstrukcionizma: neke implikacije u određenju zdravlja, bolesti i ponašanja bolesnika
- Staničić, Ž. (2002b) Smisao i najvažnije praktične implikacije socijalnog diskursa zdravlja i bolesti.
- Staničić, Ž. (2003.) Suvremena medicina (p)ostaje puka “znanost o tijelu” ili “znanost o bolestima”.
- Staničić, Ž. (2004.) Kakva nam racionalizacija liječnikovog terapijskog djelovanja treba? Ili: o “rođenom” liječniku.
- Poredoš D. (2003.) Alzheimerova bolest i obitelj
- Radić S. , Škrbina D. (2010.) Kreativno izražavanje kao sredstvo potpomognute komunikacije kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti
- Truman M. (2000.) The Ayre Manor Garden Project
- Vogt J. ; (2013.) Animal assisted therapy among elderly patients with dementia - a systematic literature review
- INTERNETSKI IZVORI (datum preuzimanja 20.11.2016.)
 - www.dugzivot.com/zdravlje/psiholoski-savjetnik/3205-slusanje-glazbe-vraca-sjecanje-ljudima-koji-imaju-alzheimer
 - <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.53.11.1397>
 - <http://focus.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/foc.2.2.288>
 - <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ps.49.6.797>
 - <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/62/9/1002.short>
 - http://journals.lww.com/alzheimerjournal/Abstract/2008/04000/Efficacy_of_Music_Therapy_in_the_Treatment_of.11.aspx
 - <http://ijp.sagepub.com/content/37/4/357.short>
 - <http://demencija.org/trajni-smjestaj/>
 - http://www.domovi-za-starije.com/hr/domovi_st.html
 - https://books.google.hr/books?id=cq0MnaLEDXsC&pg=PA65&lpg=PA65&dq=corrine+dolan+alzheimer+center&source=bl&ots=7_uGNTaSVl&sig=GzX5QtwF0eTLGAL3rIWSM8wGfQc&hl=hr&sa=X&ved=0ahUKEWjQqqf9s5TQA-hUBWCwKHQH-B2UQ6AEILzAD#v=onepage&q=corrine%20dolan%20alzheimer%20center&f=false
 - <https://www2.health.vic.gov.au/ageing-and-aged-care/dementia-friendly-environments>
 - 12. <https://alzheimerleon.org/index.php/servicios-y-recursos/a-la-sociedad>
 - www.alzheimer.hr/preporucujemo/
 - www.alzheimersresearchuk.org/
 - <http://cargocollective.com/jasminelabeau/Alzheimer-s-and-Architecture>
 - www.google.hr/search?q=alzheimers+care+in+architecture&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=C8DyV4aCO6ve8geHu7RY
 - www.dzs.hr/hrv/censuses/census2011/census.htm
 - www.mefmo.ba/eucenje/claroline/backends/download.php?url=L1NvY2lqYWxuYV9tZWRpY2luYS8yLIBvamFtX3p-kcmF2bGphX2lfYm9sZXN0aS5wZGY%3D&cidReset=true&cidReq=SMIMZ
 - <http://www.demenzinfo.at/assets/DKW-Allgemein/Downloads/Demenzinfo-BKS/10-Terapije-demencije-bez-lije-kova.pdf>

3. LOKACIJA

Lokacija projekta je parcela na području grada Makarske.

Iako priroda projekta nalaže miran i tih okoliš, pretjerana izolacija udaljena od naseljenog područja utjecala bi nepovoljno na faktor socijalizacije, što zbog vizualne udaljenosti od naselja, što zbog fizičke udaljenosti obitelji oboljelih i posjetitelja.

Ipak, konkretna parcela je šumovita lokacija, uzvišena u odnosu na cestu unutar mirne četvrti koja se većinski sastoji od obiteljskih kuća.

U blizini su središte grada te građevine društvene namjene (crkva i osnovna škola).

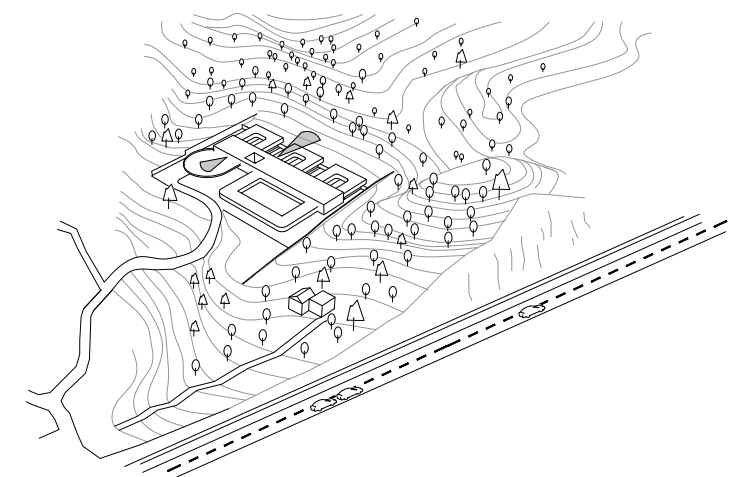
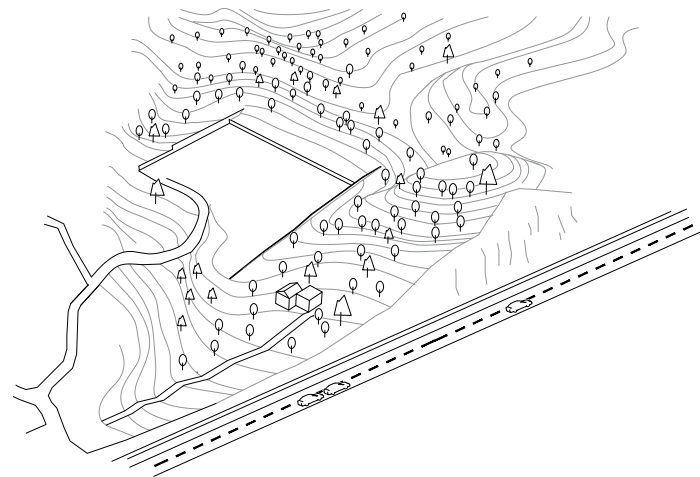


bitne odrednice parcele:



NAGIB TERENA

SMJER NAGIBA TERENA



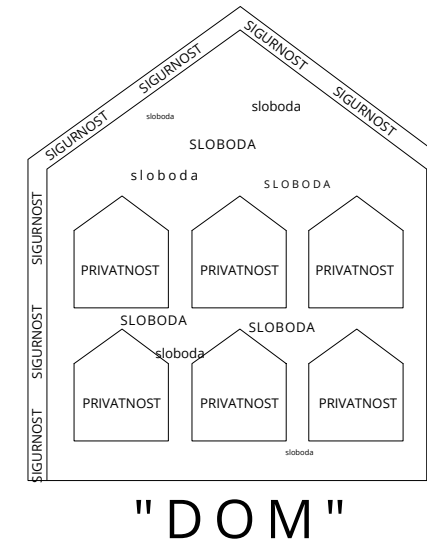
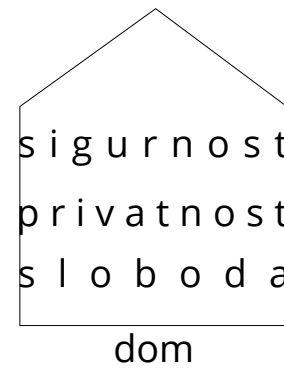
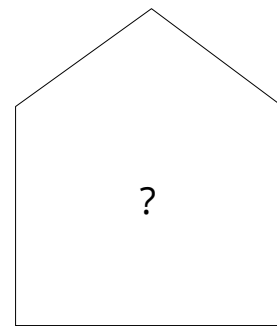
Da bi se svladao nagib, postavljaju se dva zida koja 'zarezuju' u teren te tako tvore pogodne uvjete za postavljanje objekta na konkretno mjesto.

Nadalje, **smjer** nagiba utječe na organizaciju i orijentaciju prostora unutar samog objekta. Tako su privatne smještajne jedinice orijentirane prema višim točkama parcele, usmjeravajući im tako pogled prema postojećoj šumi i Biokovu, a zajedničke prostorije i vanjski prostori su usmjereni prema četvrti, crkvi, školi, dok sam pogled seže i do mora.

4. KONCEPT

Korisnicima doma želimo pružiti *dom*.
 Dom kao mjesto sigurnosti, privatnosti i slobode.
 Tri značajke su u korelaciji i održavaju se u međusobnoj ravnoteži.
 Kako to ostvariti?

Analizom trenutnih mogućnosti smještaja kojima se oboljeli od demencije i njihove obitelji koriste u RH dobila sam neke smjernice za daljnji rad.



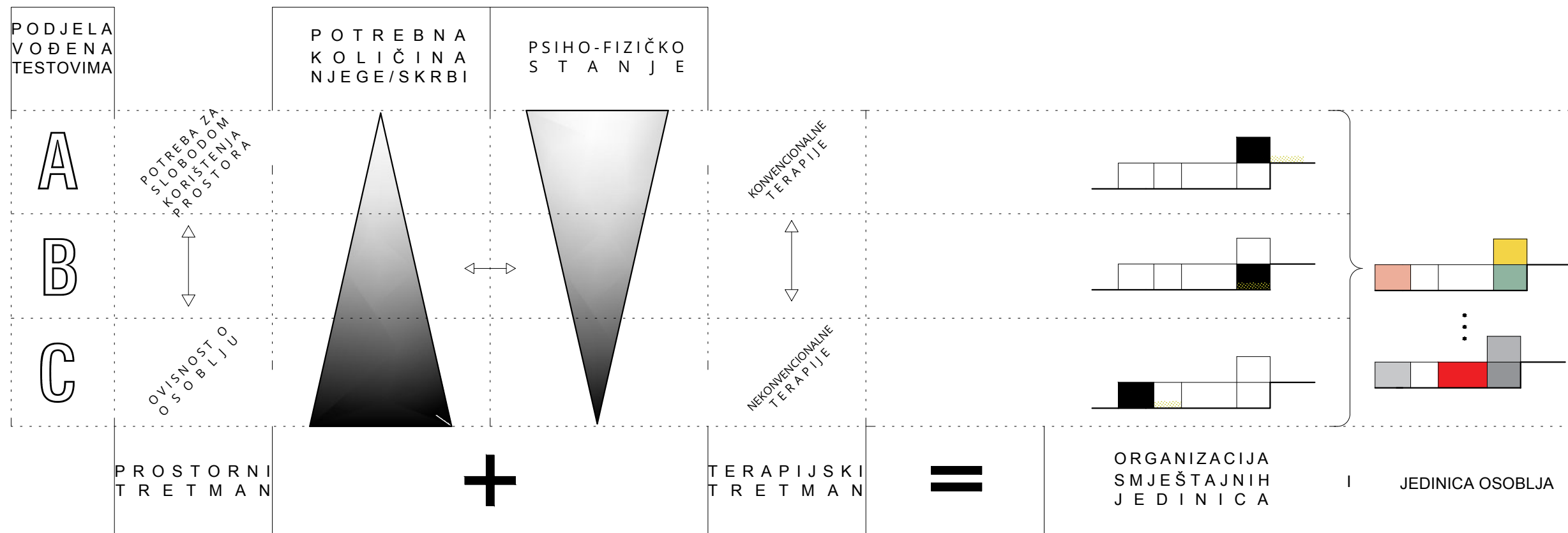
	KUĆNA NJEGA	STARAČKI DOM	ODJEL PSIHOGERIJATRIJE	TEŽITI: ▽	IZBJEGAVATI ▽	KAKO ▽	NA KOJI NAČIN // arhitektonske intervencije ▽
OPTEREĆENJE NJEGOVATELJA	—	—	—	—	●	-nepotrebno opterećivanje člana obitelji	-organizacija smještajnih jedinica u više manjih grupa
FOKUS NA NJEGUJUĆEG	+	—	—	●	—	-odvlačenje Tokusa sa demencijne osobe kao takve zbog drugih i drugačijih pacijenata/stičenika doma čije društvo može biti i nepovoljno po demencijni osoba. Čest slučaj u navedenim institucionalnim ustanovama.	-organizirati prostore savjetovanja u ugodnom i dostupnom okruženju, po mogućnosti u blizini lokalne zajednice
STRUČNOST NJEGOVATELJA	—	○	+	●	●	-ostanak demencijne osobe kod kuće u fazama kada to postaje preveliko opterećenje na koje obitelj, i to najčešće jedan član obitelji nije psihički, a potom i fizički spreman. Time se obje strane iscrpljuju i ugrožavaju.	
DOSTUPNOST MEDICINSKE POMOĆI	—	○	+	●	—	-izostanak posjeta liječniku pri pojavi prvih simptoma i sumnji	
DOSTUPNOST PSIHOLOŠKE POMOĆI	—	○	+	●	—	-izostanak posjeta psihologu pri pojavi prvih simptoma i sumnji	
BLISKOST AMBIJENTA	+	○	—	●	●	-izbjegavanje institucionalnog hladnog ambijenta sličnog klasičnim bolničkim odjeljenjima koji je najizraženiji kod skrbi o oboljelima na odjelu psihogerijatrije	-gradacija privatnosti, organizacija prostora koje pružaju raznovrsne aktivnosti, dobro osvijetljenje i prozračnost, postavljanje prostornih "landmarka", promišljeno korištenje materijala i boja kao završnih obrada namještaja, zidova, podova.
OMJER SLOBODE I SIGURNOSTI	—	○	—	—	●	-korištenje mehaničkih stega koje sprječavaju kretanje, pasivnost u angažmanu kod organizacije fizičkih aktivnosti	-poticanje aktivnosti radi zdravog fizičkog iscrpljenja, te samim time mirnijeg sna i smanjene potrebe za lutanjem
MOGUĆNOST SOCIJALIZACIJE	○	+	—	●	—	-kompletnu izoliranost, ali i kompletnu izloženost grupi	-osmišljavanje raznovrsnih zajedničkih prostora sa mogućnošću formiranja većih ili manjih otvorenih/ zatvorenih grupa

+ pozitivno ocijenjena vrijednost
 ○ izrazito ovisno o specifičnom slučaju, ustanovi, obitelji i sl.
 — vrijednost ocijenjena nepoželjnom
 ● vrijednost ocijenjena izrazito nepoželjnom

Kod postavljanja koncepta, bitno je naglasiti činjenicu da su predviđeni korisnici prostora osobe koje su više ili manje nesvjesne stvarnosti, imaju narušeno sjećanje, pamćenje i fizičko zdravlje.

U svrhu što preciznijeg uvida u stanje oboljele osobe se koristi više tipova testova (npr. DMAS -Dementia Mood Assessment Scale, GDS - Global deterioration scale, BCRS- Brief cognitive rating scale i dr.)

Pretpostavljajući korištenje tih testova uz procjenu iskusnog liječnika i/ili psihologa, kategorizirala sam korisnike doma u tri skupine; A,B i C.



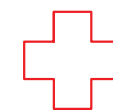
Samim testom se određuje psiho-fizičko stanje. Ono je u obrnuto proporcionalnom odnosu sa potrebom pojedinca za njegom i skrbi.

Za osobu koja pati od bolesti demencije, ali je u ranoj fazi i bilježi relativno dobro psiho-fizičko zdravlje nužno je pružiti nenametljivu skrb i prostornu slobodu. Kako se stanje pogoršava, sama potreba za njegom je veća. Time će se za svaku kategoriju odrediti blizina oboljelog i osoblja, odnosno **prostorni tretman.**

Nadalje, s pogoršanjem stanja, često se poseže za nekonvencionalnim metodama kao što su senzoričke terapije, terapije u prirodi, odlasci u snoezelen sobe. Razlog tome je smanjen raspon mogućnosti komuniciranja oboljelih, za razliku od prisebnijih pojedinaca za koje se preporučaju grupne psihoterapije, fizička aktivnost i sl. Temeljem ovog se za svaku kategoriju određuje okvirni **terapijski tretman.**

A

na prvom katu sa većom slobodom kretanja, najvećim izborom sadržaja i aktivnosti. Izražena gradacija prostora s obzirom na privatnost. Najudaljeniji od prostorija osoblja.



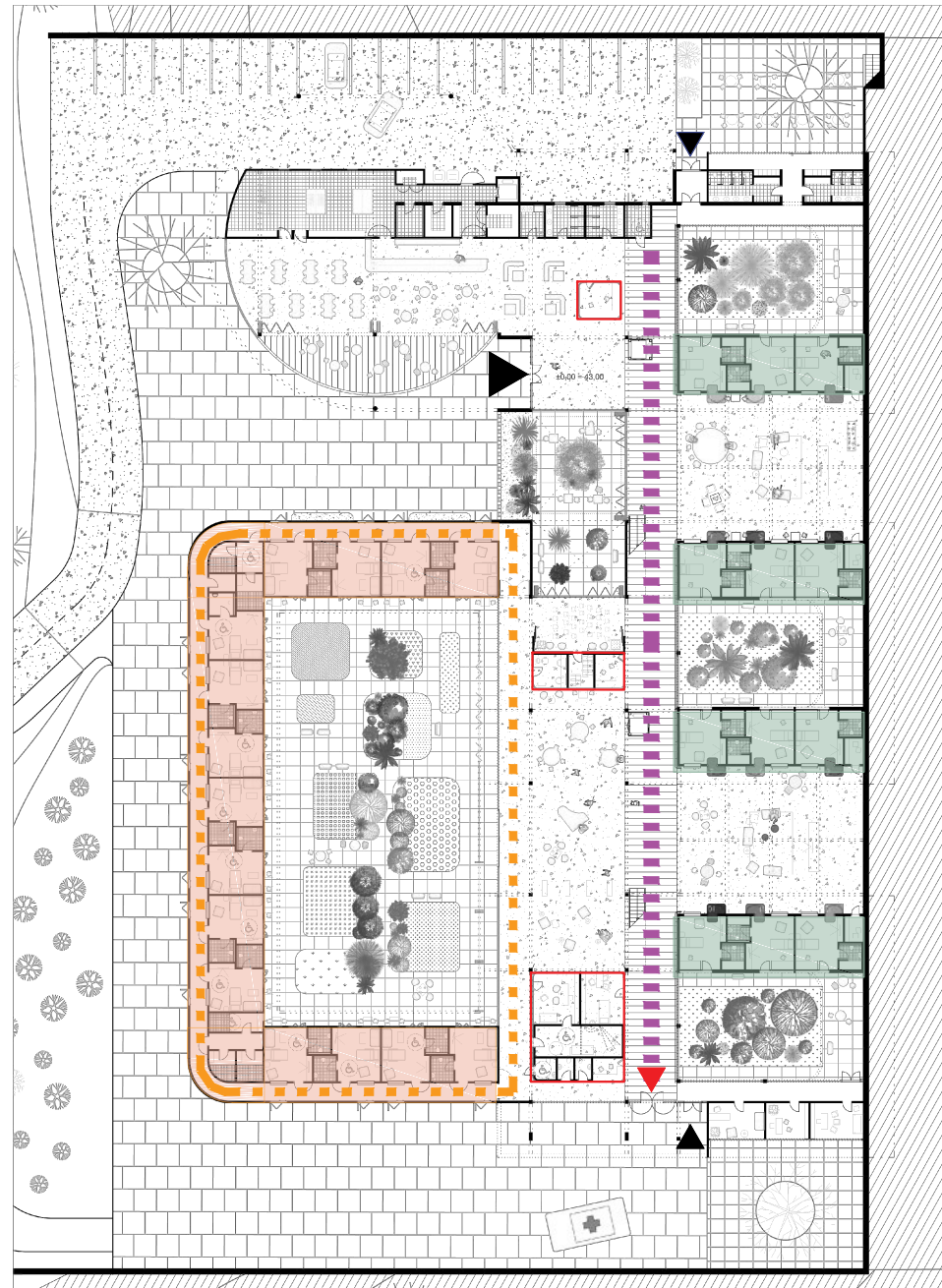
B

u prizemlju s mogućnošću korištenja zajedničkih prostorija, korištenja vanjskih prostora i u blizini dežurnog osoblja.

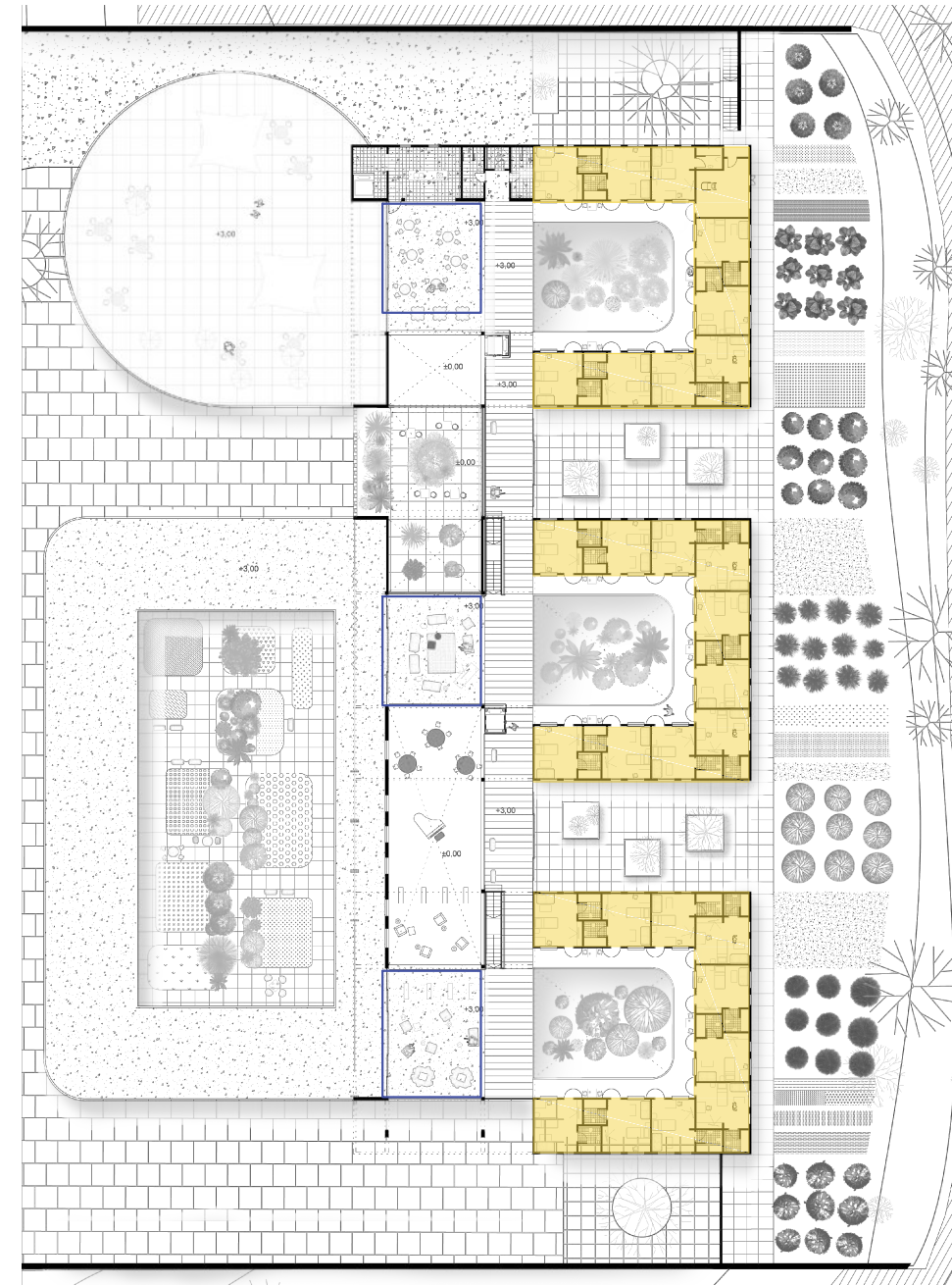
razmještene po središnjem dijelu na kojem se nalaze zajedničke prostorije za druženje. Omogućavaju nenametljiv nadzor čitavog objekta.

C

u prizemlju sa direktnim izlazom u terapijski vrt koji se koristi kao jedna do terapija kod krajnjih faza bolesti. Po obruču oko kojeg su nanizane jedinice 'C' kategorije nalazi se liječnik, snoezelen soba i blokovi za održavanje higijene.



tlocrt prizemlja



tlocrt kata



- smještaj "A"



- unutrašnji zajednički prostori za kategoriju smještaj tipa "A" s pristupom dvjema vanjskim terasama



- smještaj "B"



- jedinice osoblja, recepcije, liječnik, psiholog i dr.



- smještaj "C"



- glavni ulaz, vrata se automatski otvaraju za ulaz, a za smjer izlaza njima se upravlja sa obližnje recepcije



- sporedni ulazi, izmaknuti i skriveni sa pravca glavne osi



- pristup za hitne slučajeve, smješten na glavnoj osi i pored ureda liječnika



- 'obruč' kretanja za njegovatelje najtežih bolesnika. Duž putanje se nalaze zajednički prostori, blokovi za higijenu, snoezelen soba, terapijski vrt i liječnik.



- glavna os kretanja u prizemlju izmaknuta u odnosu na dva sporednih ulaza

5. SOBA

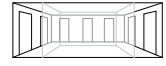
P R I S T U P

s . h . e . m . e

kome se želi
olakšati?

kako?

A



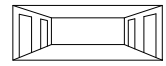
samostalan pristup

oboljelom

izbjegavanjem dugih hodnika, požuruju kretanje i zbunjuju ovakvog korisnika. Pregledna organizacija manjeg broja soba

Da pristupni dio ne bi bio zajednički prostor, pregrađuje se staklom; kako bi ulazi u sobe bili vidljivi, a pristupi na njih ostali privatni. Razlog tome je **potreba za većom gradacijom privatnosti kod 'A' tipa oboljelih.**

B

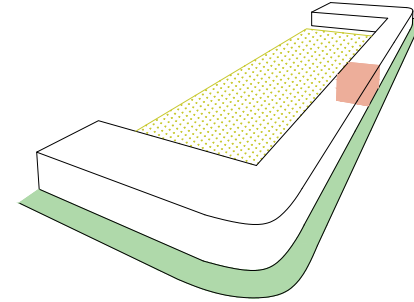
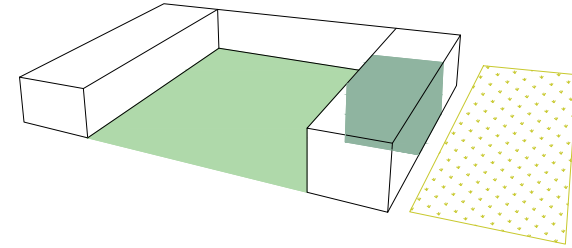
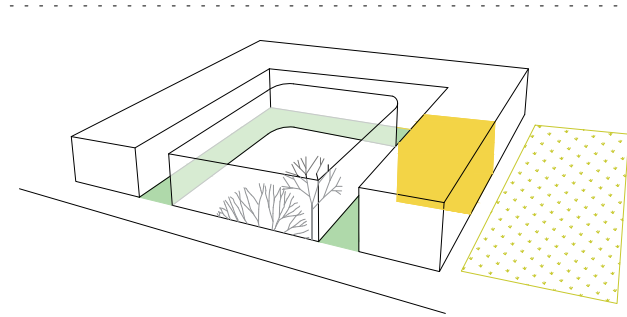
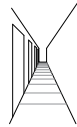


asistirani pristup (inv.kolica)

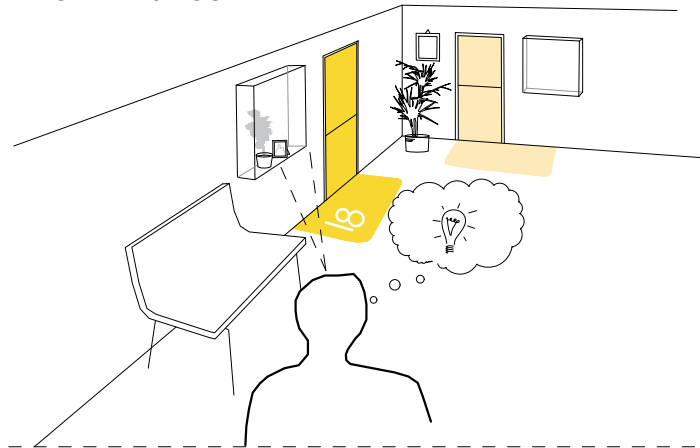
njegovatelju

sve jedinice nanizati duž jednog koridora

C



PREPOZNATLJIVOST



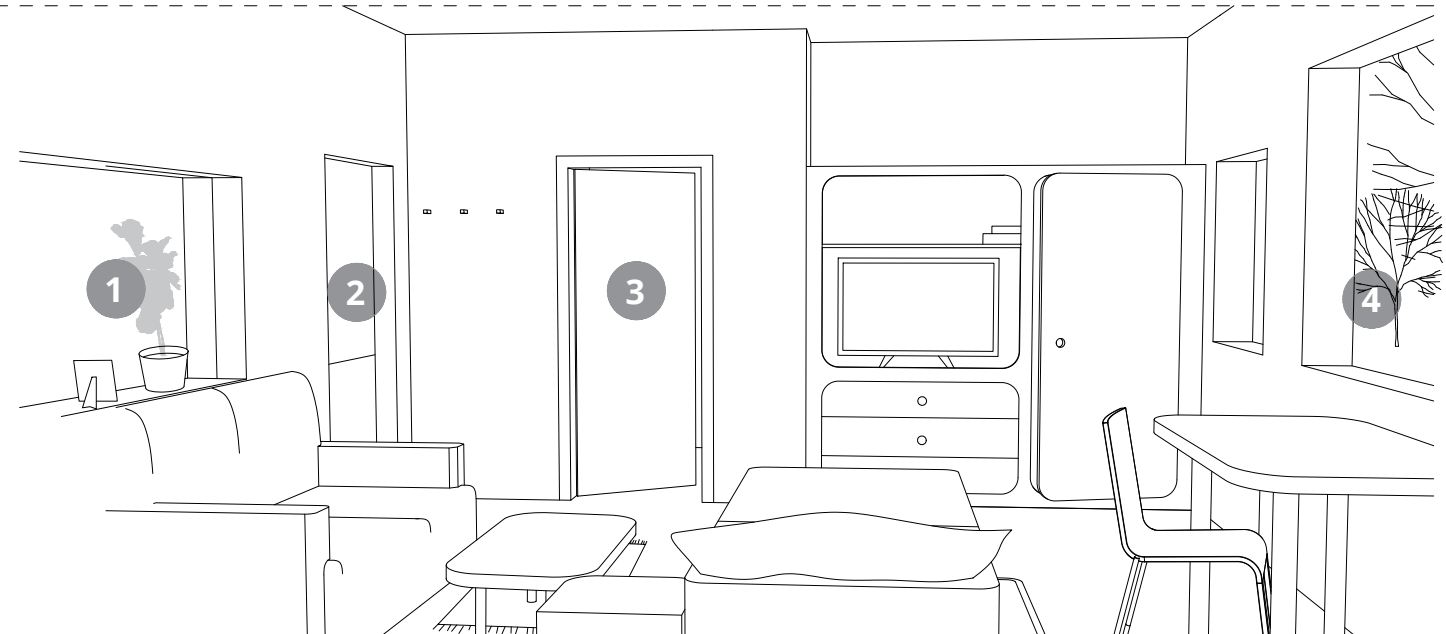
Pored klasičnih oznaka bojama i brojevima svaka soba ima svoj *izlog*. Kroz njega osoba iz unutrašnjosti sobe vidi što se događa ispred. U njega se stavljaju osobne stvari, kao što su slike, cvijeće ili neki osobni predmeti za koje je pojedinac vezan.

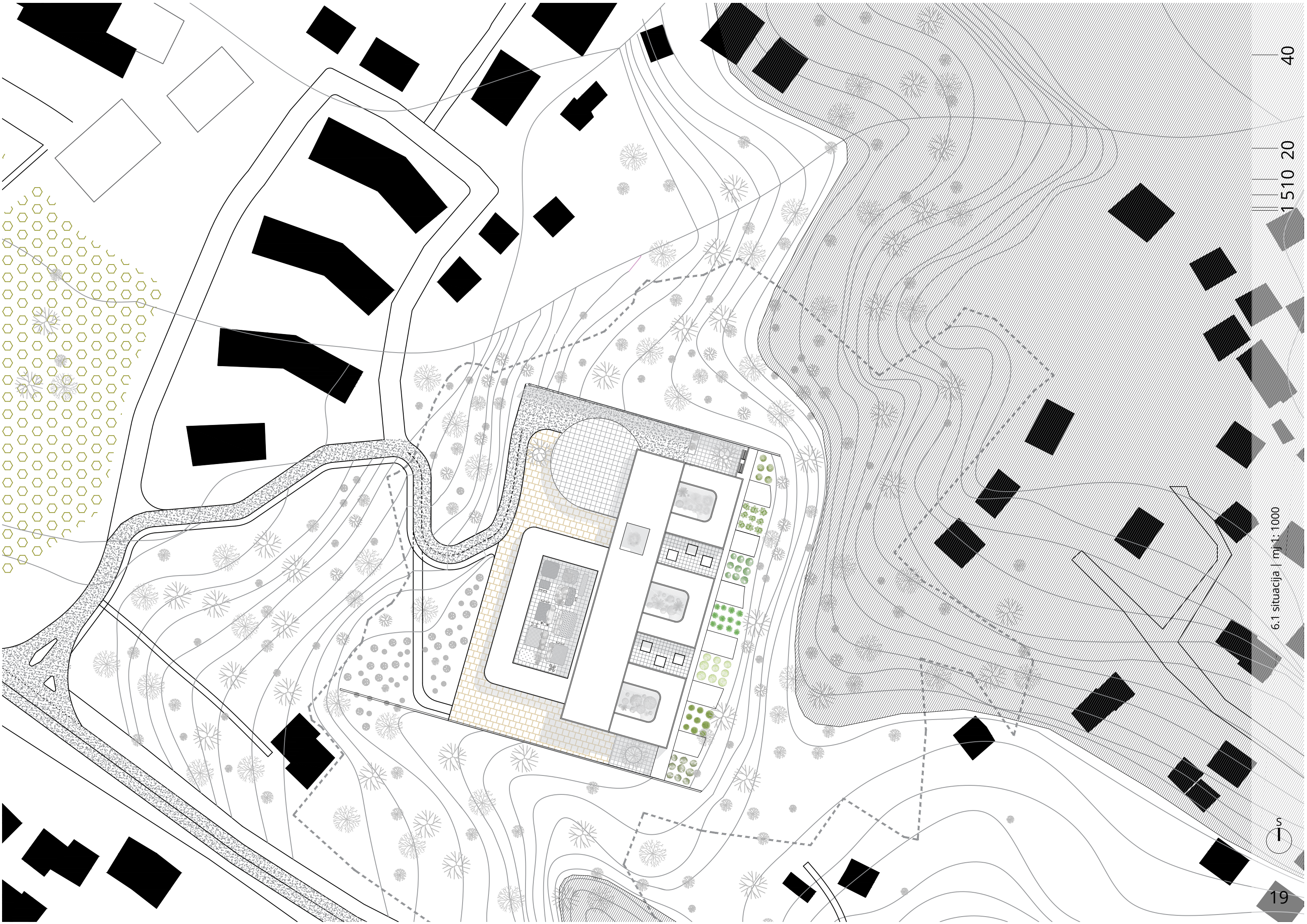
Na taj način on svojim sadržajem podsjeća prolaznika o čijoj se sobi radi.

P R E G L E D N O S T

Sa kreveta se jasno vide i razaznaju:

- 1- "izlog"
- 2- ulazna vrata
- 3- vrata wc-a
- 4- prozor (pogled na vanjski prostor)





40

1 510 20

6.1 situacija | mj 1: 1000

S

19



62. tlocrt prizemlja | mj 1 : 500



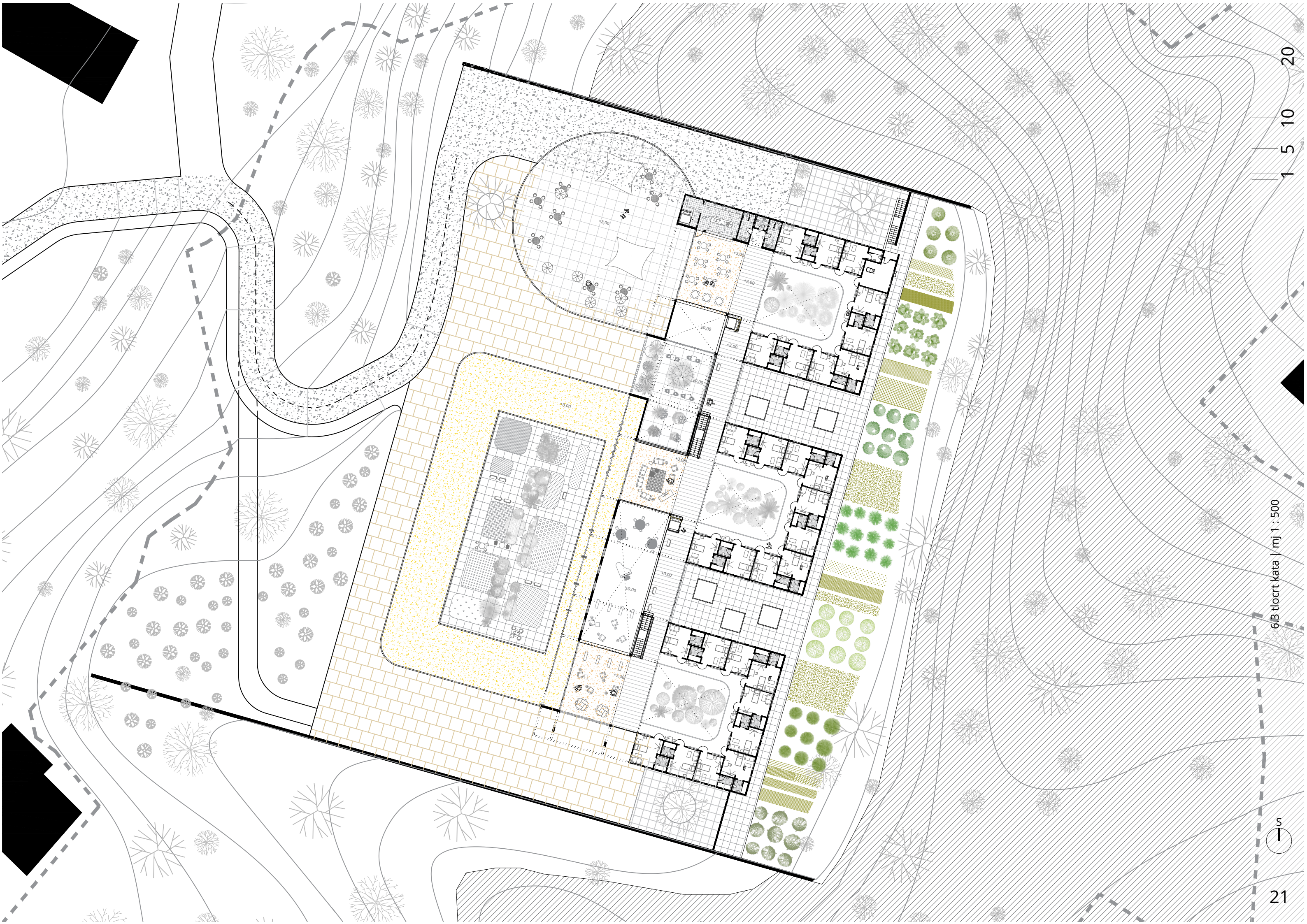
20

20

15

10

5



63 tlócr t kata | mj 1 : 500



21

1 5 10 20



20

10

5

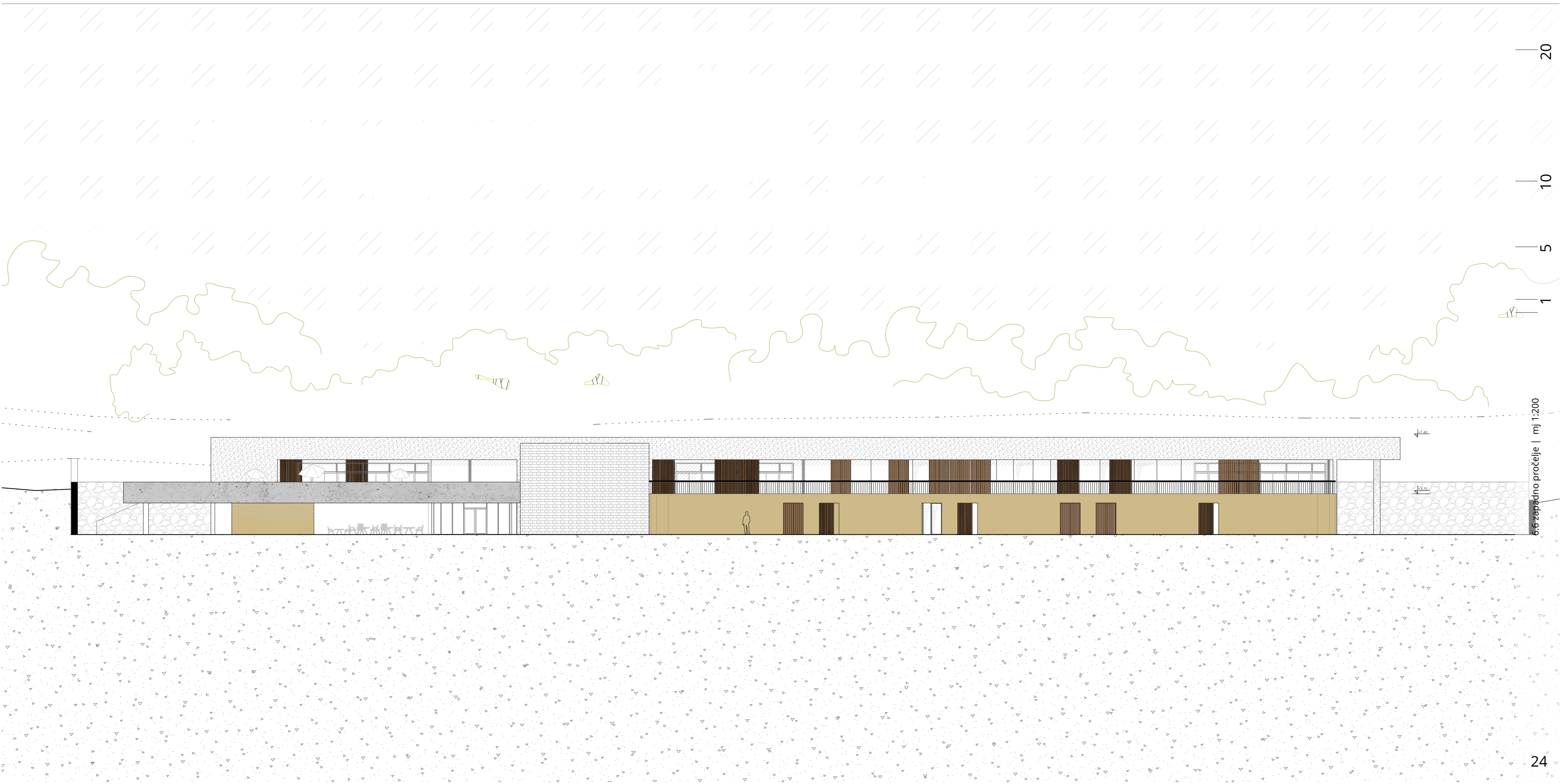
1

6.4-tloort prizemlja | mj 1 : 200

S

22

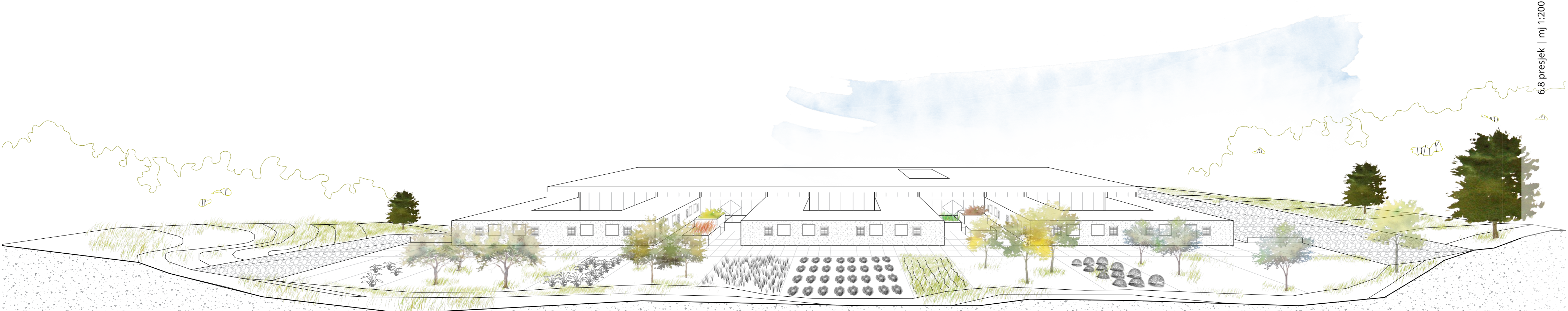
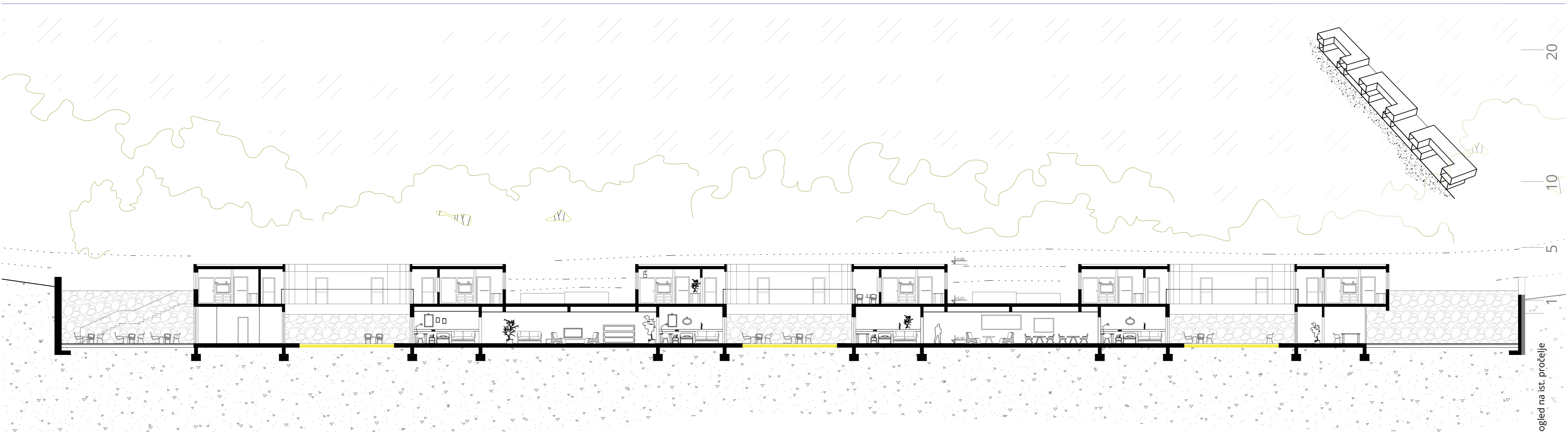




6.6 zapadno pročelje | m.j. 1:200



6.7 južno pročelje | mj 1:200



6.8 presjek | mj 1:200 i pogled na ist. pročelje



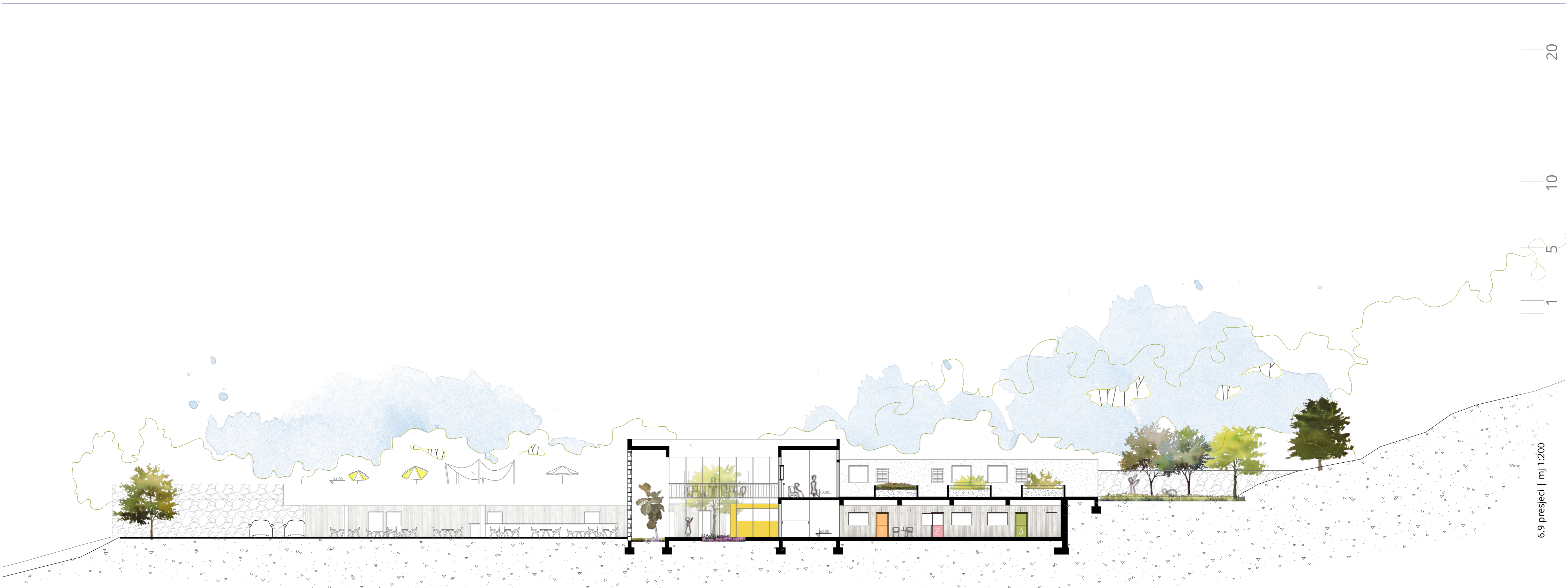
20

10

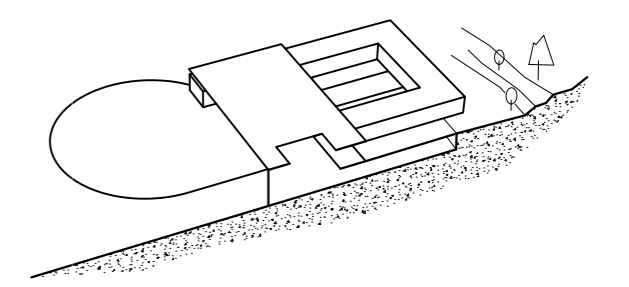
5

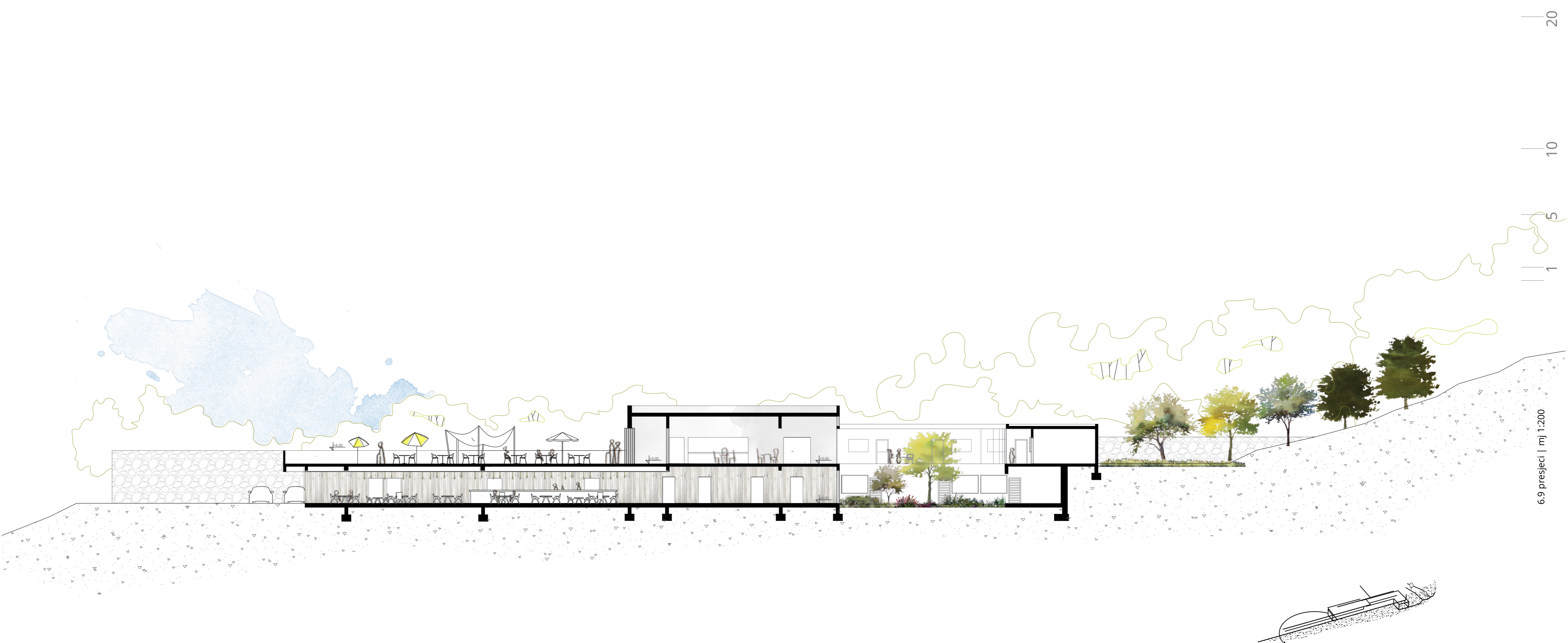
1

6.9 presjeci | mj 1:200



6.9 presjeci | mj 1:200

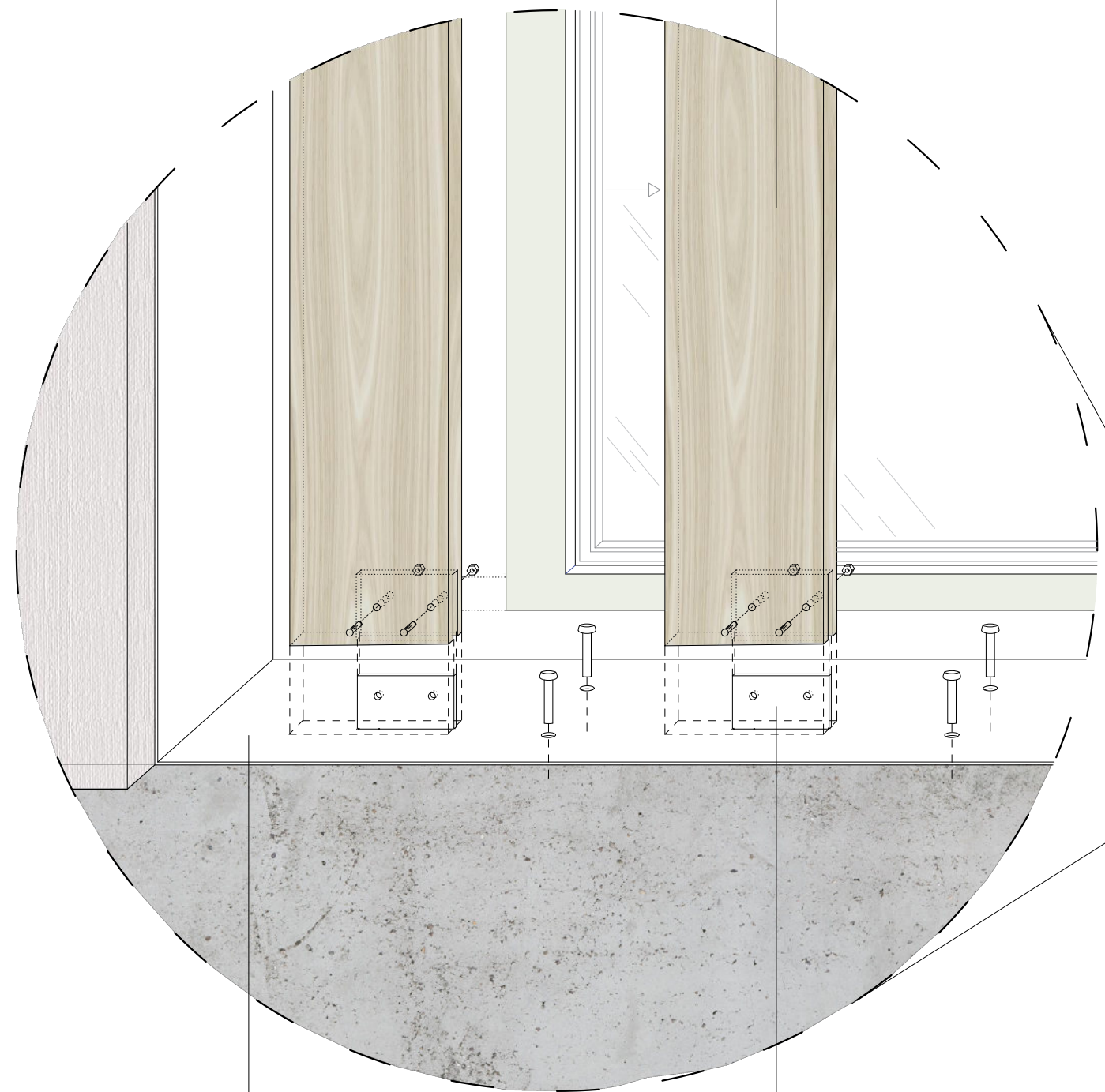




6.9 presjeci | mj 1:200

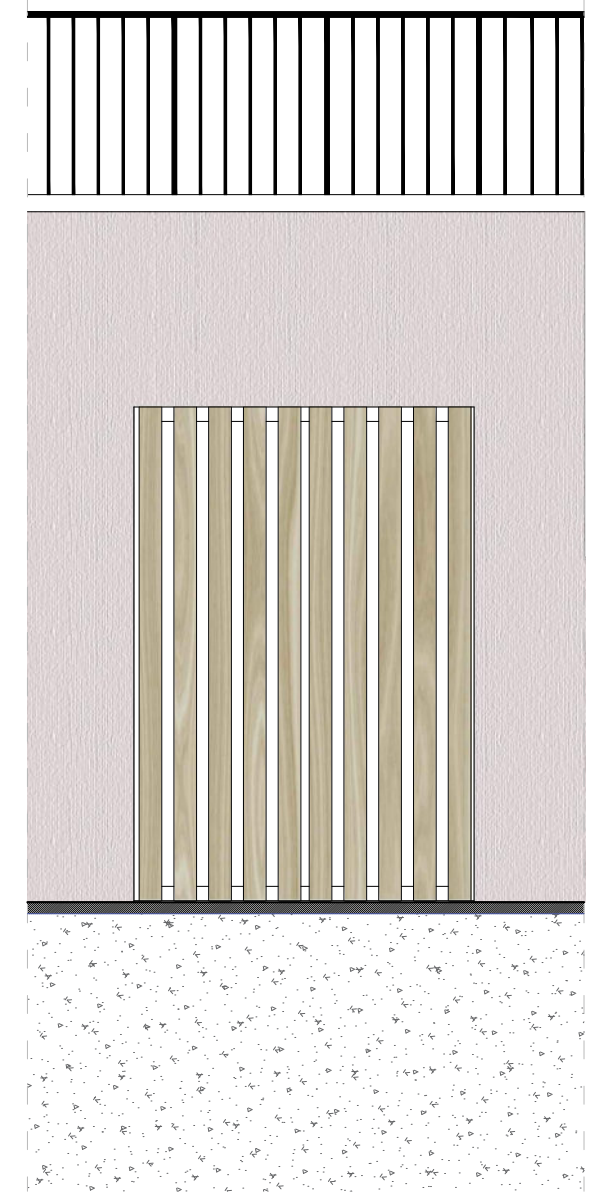
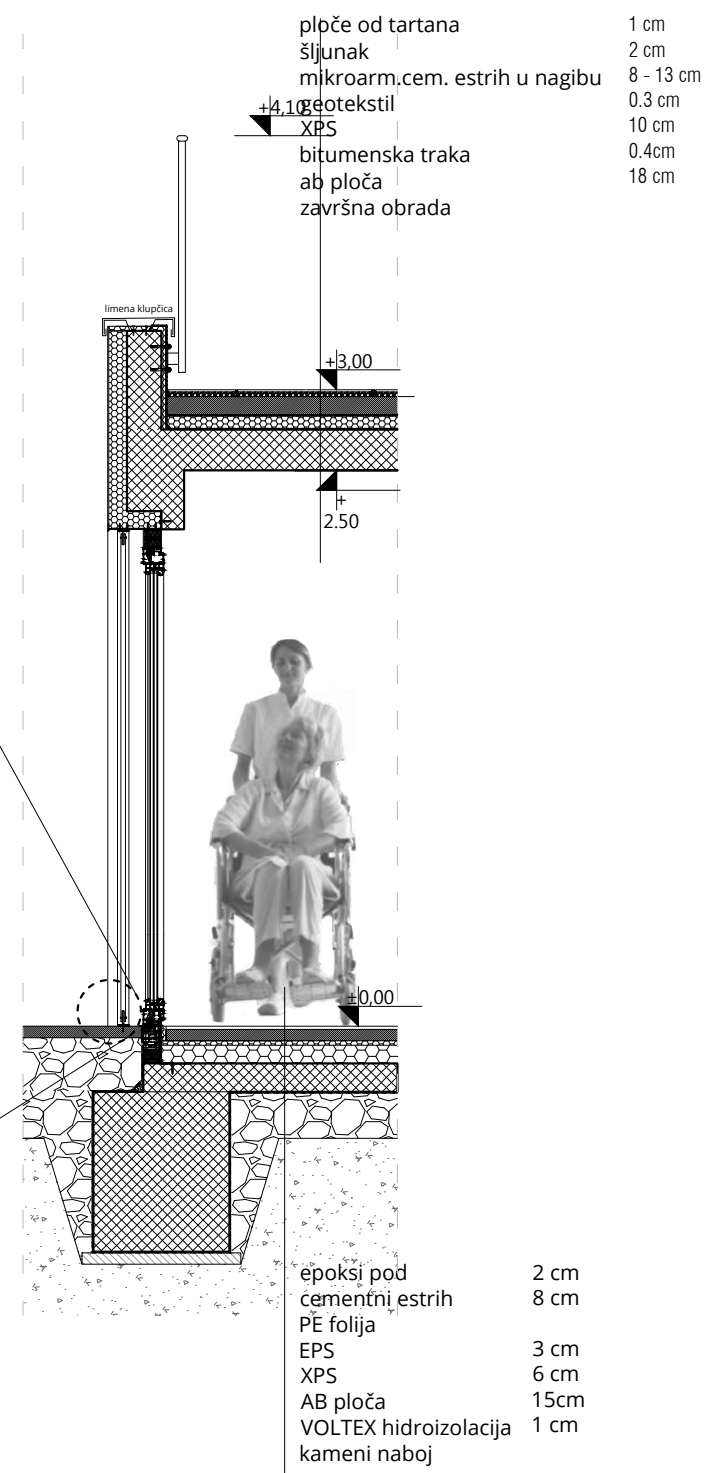
montaža fiksnog brisoleja

drvene letve presjekom prilagođene za montažu na zavarene čelične elemente



čelični okvir mjestimično perforiran i pričvršćen za tlo

perforirani čelični elementi zavareni za okvir



6.10 detalj fasade "C" odjela | mj 1:25





