



Fakulteta za zdravstvo **Angele Boškin**
Angela Boškin Faculty of Health Care

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

MOŠKI OBOLELI ZA DEMENCO V PROCESU ZDRAVSTVENE NEGE

MALES SUFFERING FROM DEMENTIA IN THE NURSING CARE PROCESS

Diplomsko delo

Mentorica: doc. dr. Radojka Kobentar

Kandidatka: Dijana Lelič

Jesenice, april, 2022

ZAHVALA

Iskreno in iz srca se zahvaljujem mentorici, doc. dr. Radojki Kobentar, za vse napotke in nasvete, hitro odzivnost, potrpežljivost ter vzpodbudo pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se doc. dr. Sedini Kalender Smajlović za recenzijo diplomskega dela in za vso znanje, ki ga je podala tekom študija.

Zahvaljujem se prav tako vsem ostalim visokošolskim učiteljem in kliničnim mentorjem v učnih bazah Fakultete za zdravstvo Angele Boškin za podano znanje in pridobljene izkušnje.

Zahvaljujem se dr. Alenki Čuš, univ. dipl. slov. za lektoriranje diplomskega dela.

Posebno zahvalo pa namenjam svoji družini in najožjemu krogu prijateljev, ki so me med študijem in pisanjem diplomskega dela razumeli, verjeli vame, me pri tem spodbujali in podpirali.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Demenca vsako leto po svetu prizadene približno deset milijonov ljudi, z leti pa število obolelih narašča. Pojav demence se pomanjkljivo spremlja po spolu, zato je namen diplomskega dela proučiti vrste demence in raziskati najpogostejše spremljajoče dejavnike tveganja moških ter ugotoviti posebnosti v zdravstveni negi, ki se pojavljajo pri moških z demenco.

Metoda: Diplomsko delo je osnovano na pregledu strokovne in znanstvene ter domače in tuje literature. Uporabljene baze podatkov so COBISS, Google učenjak, ProQuest, Wiley Online Library SpringerLink, PubMed, kamor smo nizali naslednje slovenske ključne besede: »zdravstvena nega oseb z demenco«, »demenca pri moških«, nemško ključno besedo: »gesundheitsvorsorge ältere Männer mit demenz« in angleške ključne besede: »dementia AND risk factors by gender«, »nursing care of AN elder men AND dementia«, »ageing men with dementia«, »inappropriate behaviour AND dementia«, »dementia in men«, »diagnosis AND dementia« in »gender differences AND dementia«. Dobljene zadetke smo omejili s starostjo literature (2011–2021) in iskali recenzirane članke z brezplačnim dostopom in polnim besedilom.

Rezultati: Po pregledu 171 povzetkov, smo po omejitvenih kriterijih določili 14 tujih raziskav, primernih za končno analizo. Identificirali smo 87 kod, katere smo razporedili med seboj povezanih v pet vsebinskih kategorij. Raziskave smo kategorizirali tudi na nivoje hierarhije dokazov, kamor smo razporedili dve raziskavi na četrto nivo, eno raziskavo na peto nivo, pet raziskav na šesto nivo in šest raziskav na sedmo nivo.

Razprava: Glede na spol je bila demenca pri moških izrazita skoraj pri vseh vrstah demence, razen Alzheimerjevi demenci. Najpogostejši dejavnik tveganja pri demenci moških so bile kardiovaskularne bolezni, poleg katerih jih spremljajo še psihične in vedenjske motnje, s katerimi izražajo nezadovoljene potrebe. Pomembno je, da zdravstveni delavci te čimprej prepoznajo, s primernimi pristopi in intervencijami ukrepajo ter tako nudijo kakovostno zdravstveno nego.

Ključne besede: spol, kognitivna motnja, obravnava, oskrba

SUMMARY

Background: Dementia affects about 10 million people worldwide each year, and the number is growing over the years. The occurrence of dementia is a lack of gender monitoring, so the purpose of the thesis is to study the types of dementia and most often to monitor risk factors in men, and identify specifics in nursing care that occur in men with dementia.

Aims: The purpose of diploma thesis is to clarify the types of dementia that most often affect men, to identify risk factors that occur in types of dementia in men and to determine the specifics of nursing care for men with dementia.

Methods: The diploma thesis is based on a review of professional and scientific, as well as domestic and foreign literature. The databases used were COBISS, Google Scholar, ProQuest, Wiley Online Library SpringerLink, PubMed, where we listed the following Slovene keywords: »zdravstvena nega oseb z demenco«, »demenca pri moških«, the German keyword: »gesundheitsvorsorge ältere Männer mit dementia« and English keywords: »dementia AND risk factors by gender«, »nursing care of AN elder men AND dementia«, »ageing men with dementia«, »inappropriate behaviour AND dementia«, »dementia in men«, »diagnosis AND dementia« in »gender differences AND dementia«. We limited the results obtained by the age of the literature (2011–2021) and searched for peer-reviewed articles with free access and full text.

Results: After reviewing 171 summaries, we defined 14 foreign studies suitable for the final analysis according to the restriction criteria. We identified 87 codes, which were arranged in interconnected five content categories. We also categorized the research into levels of the hierarchy of evidence, where we assigned two studies to level 4, one study to level 5, five studies to level 6 and six studies to level 7.

Discussion: By gender, dementia in men was pronounced in almost all types of dementia except Alzheimer's dementia. The most common risk factor for male dementia was cardiovascular disease, which is accompanied by mental and behavioral disorders that express unmet needs. It is important that health professionals recognize these as soon as possible, take appropriate approaches and interventions, and thus provide quality health care.

Keywords: gender, cognitive impairment, treatment, care

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 POSEBNOSTI PRI IZVAJANJU ZDRAVSTVENE NEGE PRI MOŠKIH Z DEMENCO	4
2 EMPIRIČNI DEL	7
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	7
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	7
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	7
2.3.1 Metode pregleda literature	7
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	8
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	9
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature.....	9
2.4 REZULTATI	10
2.4.1 PRIZMA diagram	10
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	11
2.5 RAZPRAVA.....	18
2.5.1 Omejitve raziskave diplomskega dela	27
2.5.2 Doprinos diplomskega dela za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovanje	27
3 ZAKLJUČEK	29
4 LITERATURA	30

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram	11
-------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature	8
Tabela 2: Hierarhija dokazov	10
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	12
Tabela 4: Prikaz kod oblikovanih po kategorijah.....	16

SEZNAM KRAJŠAV

AD	Alzheimerjeva demenca
APOE 4	apolipoprotein E4
FTD	frontotemporalna (Pickova) demenca
PB	Parkinsonova bolezen
REM	rapid eye movement
VD	vaskularna demenca
WHO	World Health Organization
QAP	Quebec Alzheimer's plan
ZD	zdravstveni delavci
ZN	zdravstvena nega

1 UVOD

Demenca je sindrom, ki izvira iz kronične progresivne možganske bolezni, kar pomeni, da gre za napredujočo motnjo višjih možganskih funkcij, ki se kaže z upadom kognitivnih funkcij. Motnje kognitivnih funkcij vključujejo motnje mišljenja, razumevanja, spomina, orientacije, učnih in računskih zmožnosti ter izražanje v govoru in presoji. Upad kognitivnih funkcij spremlja zmanjšanje zmožnosti obvladanja čustev, motivacije ali socialnega vedenja. Zavest pri demenci ni motena oz. zamegljena (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2020).

Demenca je leta 2015 v svetu prizadela 47 milijonov ljudi oz. približno 5 % vseh starejših ljudi na svetu. Predvidoma se bo število zbolelih za demenco do leta 2030 povečalo na 75 milijonov ljudi ter do leta 2050 kar na 132 milijonov ljudi. Po zadnjih ocenah Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization (WHO), 2017) kaže, da v svetovnem merilu zboli 9,9 milijonov ljudi na leto, kar pomeni, da se vsako tretjo sekundo pojavi novi primer demence.

Leta 2018 je bilo ocenjeno, da se prevalenca demence v Evropi s starostjo povečuje, in sicer v starosti od 65 let ter se giblje med 5,9 % in 9,4 %, hitreje pa narašča pri ženskah v starosti med 80 in 84 let, ob primerjavi z moškimi v starostnem obdobju od 85 do 89 let (Lovrečič, et al., 2018).

V Republiki Sloveniji ocenjujejo, da je obolelih ljudi z demenco okoli 35.000. Dvakrat bolj je opažena pri ženskem kot moškem spolu (Prelog Rus & Palandačič Kokalj, 2021). Staranje prebivalstva in podaljšanje življenjske dobe je vzrok povečanja primerov obolelih za demenco, zato je predvideno, da se bo pojavnost demence do leta 2030 povečala kar za 33,4 %. Pojavnost demence v Sloveniji naj bi bila v letu 2030 še vedno dvakrat večja pri ženskah kakor pri moških (Lovrečič, et al., 2018). Trenutno število obolelih z demenco naj bi se do 2050. leta potrojilo, kar pa pomeni, da bo okoli 100.000 ljudi v Republiki Sloveniji spremljala demenca (Felc, et al., 2020).

Razvoj demence poteka v treh fazah; njen potek se začne z zgodnjo fazo, ki je pogostokrat spregledana, ker oboleli in svojci značilnosti prve faze, kot so pozabljivost, iskanje besed, opravljanje nekaterih gospodinjskih opravil ter spremembe v vedenju dojemajo kot normalen proces staranja (WHO, 2012). V napredujočem stadiju demence težave

postanejo bolj omejujoče in jasne. Obolele osebe imajo večje težave s spominom in komunikacijo, hitro spreminjajo razpoloženje, potrebujejo pomoč pri osebni higieni, težave pogosto zanikajo (WHO, 2012; Fink, et al., 2013). V zadnjem, končnem stadiju je oseba z demenco skoraj popolnoma odvisna od pomoči in oskrbe drugih oseb. Pojavijo se hude motnje s spominom, potrebujejo pomoč pri vseh temeljnih življenjskih aktivnostih in pogosto se pojavijo spremljajoče nekognitivne motnje (WHO, 2012).

Zgodnja ter natančna postavitve diagnoze omogoča zgodnje zdravljenje obolelih za demenco, ki podaljšuje relativno dobro funkcioniranje in samooskrbo pacienta ter omogoča dolgoročno načrtovanje celostne obravnave (Bron, et al., 2016; Rus, et al., 2019). Postavitve diagnoze demence včasih ovirajo spremljajoče pridružene bolezni, ki lahko zabrišejo klinične znake, zato je postavitve dejanske diagnoze lahko težavna in nejasna (Bron, et al., 2016).

Klinična diagnoza se postavlja glede na klinični, nevrološki in nevropsihološki pregled, laboratorijske preiskave krvi in likvorja ter glede na slikovne preiskave možganov (spremljanje možganske aktivnosti z uporabo funkcijskega magnetnoresonančnega slikanja ali perfuzijske scintigrafije) ter uporaba drugih funkcijskih slikovnih preiskav, ki prikažejo pristnost neurotransmiterskih substanc ali nabiranje patoloških proteinov (npr. amiloid beta in tau). Za diagnosticiranje demenc vse bolj uveljavljajo biološke označevalce, s katerimi dokažejo patološke procese prisotne v možganih. Morebitne možganske spremembe dokazujejo tudi z uporabo fluorodeoksiglukoze z radioaktivnim fluorom, s čimer proučujejo sinaptično aktivnost v možganih (Rus, et al., 2019).

Vzroki za demenco niso vezani le na točno določeno življenjsko obdobje, ampak na njen nastanek vplivajo mnoge zapletene interakcije okoljskih in genetskih dejavnikov. Najpogostejše spremljajoče bolezni, ki se pojavljajo pri demenci v starosti so arterijska hipertenzija, povišana vrednost lipidov v krvi, sladkorna bolezen in druge nevrološke bolezni, na pojavnost demence pri obeh spolih pa vpliva družinska zgodovina demence, visoka starost in nižja izobrazba (Podcasy & Epperson, 2016; Katsaouni, et al., 2017).

Napačne in med seboj različne definicije lahko povzročijo drastične posledice za ženske in moške, pri katerih bi spremljali dejavnike tveganja in vpliv vrst bolezni glede na spol. V nekaterih raziskavah se spol osredotoča na fiziološke in biološke razlike med spoloma, povezane s hormoni, kromosomi in anatomijo, drugič, nekateri spol nanašajo na kulturne

ali družbene značilnosti in vloge, katere uporabljajo kot opisovanje ženskosti in moškosti v določeni družbi. Zmeda različnih definicij o spolih lahko ovira napredek raziskovanja na tem področju v nadaljnjih raziskavah (Tierney, et al., 2017). Razširjenost demence pri ženskah ni le bistveno vidna zaradi njihove daljše življenjske dobe, vendar je pri njih bolj opazena tudi zaradi morebitnih lažnih razlik v boleznih in dejavnikov tveganja glede na spol (Sourial, et al., 2020). Čeprav je znano, da je pojavnost Alzheimerjeve demence (AD) višja pri ženskem spolu, se vpliv genetskih, fizioloških in socialnih razlik med spoloma in njihov medsebojni vpliv na patologijo AD redko proučuje, zato ti učinki niso ravno ustrezno razumljeni (Tierney, et al., 2017).

Alzheimerjeva bolezen sodi pod najpogostejšo nevrodegenerativno možgansko bolezen, je najpogostejši vzrok demence, za katero večinoma zbolijo osebe v starosti 65 let in predstavlja okoli 60 % vseh vrst demenc (Bilban, 2018; Rus, et al., 2019). V primerjavi po spolu je skoraj dvakrat višje tveganje pojava tovrstne demence pri ženskah, vendar po postavitvi diagnoze kaže na krajšo življenjsko dobo moških (Podcasy & Epperson, 2016).

Vaskularno demenco (VD) pojasnjujejo kot posledico majhnih možganskih infarktov na območju malih, vse do srednje velikih žil v možganih, katerih učinek se kopiči. Pričetek tovrstne demence je najpogostejši med 60. in 70. letom starosti ter predstavlja 15 % primerov vseh demenc (Bilban, 2018). Dejavniki tveganja s to vrsto demence kažejo, da možganske kapi potekajo težje pri ženskah, vendar pa so zaporedni infarkti pogostejši in številnejši pri moških (Podcasy & Epperson, 2016).

Poznamo vrste demenc, ki so povzročene zaradi drugih bolezni kot sta Pickova bolezen in bolezen z Lewyjevimimi telesci, obstajajo pa tudi vrste demenc, ki ostajajo neopredeljene. Začnejo se v življenjskem obdobju kadarkoli (NIJZ, 2020).

Pickova ali frontotemporalna demenca (FTD) predstavlja najpogostejšo obliko demenc pri ljudeh mlajših od 65 let in je pogostejša pri moških, vendar trajanje preživetja po postavitvi tovrstne diagnoze in spol s tem nista povezana (Podcasy & Epperson, 2016; Rus, et al., 2019).

Demenca zaradi Parkinsonove bolezni (PB) se pojavi leto ali več let po prizadetosti motoričnih funkcij in prizadene okoli 30 % obolelih za PB (Bilban, 2018). Razširjenost tovrstne demence je večja pri moški populaciji kakor pri ženski, razlog za to pa je večja

incidenca PB pri moškem spolu. Povezana je s hitrejšim upadanjem kognitivnih sposobnosti, ki se pri moških kaže z dnevno zaspanostjo, nezanimanjem in težavah pri spolnih odnosih (Podcasy & Epperson, 2016).

Sočasni vpliv Alzheimerjeve in Parkinsonove bolezni kaže sliko demence z Lewyjevih telesci in jo uvrščamo med drugo najpogostejšo obliko nevrodegenerativnih demenc pri starejših osebah od 65 let (Bilban, 2018; Rus, et al., 2019). Pogost dejavnik tveganja, ki se pojavi pri demenci z Lewyjevim telesci je predhodna diagnoza depresije in tesnobe. Takšno stanje je pogostejše med ženskami, vendar pa je kognitivni upad pri moških hitrejši in bolj resen. Obdukcije umrlih posameznikov z demenco kažejo, da so bila Lewyjeva telesa skoraj trikrat bolj navzoča pri moških, ne glede na starost, izobrazbo ali zgodovino kajenja (Podcasy & Epperson, 2016).

1.1 POSEBNOSTI PRI IZVAJANJU ZDRAVSTVENE NEGE PRI MOŠKIH Z DEMENCO

Spremembe, opažene v vedenju pri moških obolelih z demenco Lewyjevih telesci, so agresivno (neprimerno in spolno) vedenje, preklinjanje, slačenje in upiranje pri oblačenju, mazanje sebe in okolice z iztrebki, uriniranje na napačnih mestih, pogosto ležejo v drugo posteljo, zaidejo ter iščejo izhode, so razdražljivi in nemirni (Kuhn, 2017).

Moške osebe z demenco, katere spremlja PB, imajo motnje v REM spanju, nagnjenost k hujšemu slinjenju, poslabšanje spolnega razmerja ter hujšo spolno disfunkcijo, pri spolnih odnosih pa kažejo čustveno jezo (Cerri, et al., 2019). Medtem, ko ženske z demenco verjetneje razvijejo simptome depresije in druge psihiatrične težave, se moški pogosteje neprimerno vedejo, kažejo verbalno žalitev in fizično upiranje (Baron, et al., 2014).

Najpogostejše težave pri nudenju zdravstvene nege (ZN) pri moških z demenco so vznemirjenost, agresija, depresija, halucinacije, nespečnost in potepanje, kar posledično povzroča tudi agresivno in neprimerno spolno vedenje. Poleg tega se velikokrat zgodi, da moški izražajo žalost, so prestrašeni, zmedeni in pod stresom, kadar jim negovalci nudijo pomoč pri osebni higieni, zato za obrambo uporabijo agresivno vedenje, ki se kaže s

pogostim uriniranjem in iztrebljanjem na napačnih mestih ter slačenjem in kazanjem svojih genitalij. Nudenje osebne higiene torej razumejo napačno, posledično pa se neprimerno dotikajo tudi negovalcev (Andrews, 2019). Tovrstno vedenje je zaskrbljujoče, kajti takšno spoprijemanje z vedenjskimi težavami posledično vpliva na slabšo verbalno komunikacijo, ki je bistveno opažena pri moških in ima slabši učinek na psihosocialne posege, kamor sodijo terapevtske aktivnosti. Pri osebah z AD so k sodelovanju terapevtskih aktivnosti moški manj nagnjeni, vendar ugotavljajo, da na slednje lahko vpliva tudi spol negovalca, njegov pristop do pacientov in njegova pripravljenost za sodelovanje (Baron, et al., 2014).

Pomembno je, da negovalci z nefarmakološkimi ukrepi, kot so odpravljanje stresa z različnimi terapevtskimi tehnikami, ki vključujejo vaje za spomin in orientacijo, bazalne in multisenzorne stimulacije, masaže ter glasbo, s prilagajanjem okolja, izogibanjem argumentov in nudenjem jasne komunikacije ter zagotavljanjem gibanja in sodelovanja pri skupinskih aktivnostih (preprečevanje agitacije), kognitivnimi stimulacijami in vedenjsko terapijo (preprečevanje anksioznosti), vzdrževanjem hidracije in psiho edukacijami za paciente, svoje in/ali njihove negovalce, odpravljajo agresivno vedenje pri moških z demenco (Darovec, et al., 2014; Kazui, et al., 2016; Andrews, 2019).

Farmakološki terapevtski pristop se začne uporabljati takrat, ko nefarmakološki pristopi ne izboljšajo psiholoških in vedenjskih simptomov pacienta z demenco (Kazui, et al., 2016). Terapija, katero moški najbolj prejemajo so antipsihotiki, kar pa ni presenetljivo, ker so moški bolj nagnjeni k nasilnim vedenjem. Konkreten primer večjega predpisovanja antipsihotikov so moški z demenco zaradi PB, kateri so bolj nagnjeni k agresiji, znatno pa jim je težje pomagati kakor ženskam, zlasti kadar se ob sami bolezni pojavi še psihoza (Cerri, et al., 2019; Trenaman, et al., 2019). Pozornost je potrebno nameniti tudi stranskim učinkom antipsihotikov, kateri lahko predstavljajo večje tveganje za okužbe in padce, parkinsonizem ter poslabšajo simptome demence, ki se odražajo v vznemirjenosti moških, kar pa povzroča veliko breme negovalcem (Andrews, 2019). Poleg tega je pri moških opažena tudi večja uporaba zaviralcev holinesteraze, zdravil, namenjenih zaviranju napredovanja motenj spomina, katere vedno bolj uporabljajo tudi za simptomatsko zdravljenje motenj vedenja (Darovec, et al., 2014; Trenaman, et al., 2019).

Za moške je značilna tudi večja uporaba terapije za zniževanje lipidov v krvi, medtem ko so ženske bolj nagnjene k uporabi psihotropnih zdravil (Trenaman, et al., 2019).

Proučevanje posebnega načrta, tako imenovanega Quebec Alzheimer's plan (QAP), ki so ga uvedli leta 2014 v Kanadi (vsebuje kognitivno testiranje, oceno kognitivnih funkcij, spremljanje vedenjskih in psiholoških simptomov, terapije, samostojnosti opravljanja javnih storitev in oceno zmožnosti samooskrbe po spolu), je ugotovilo večje izboljšave pri moškem spolu kakor pri ženskem. Spremljanje oseb po spolu tako dokazano zagotavlja nadzor nad odkrivanjem in postavljanjem diagnoze demence, zdravljenjem ter spremljanjem pacientovega zdravstvenega stanja. Navedene prednosti torej poudarjajo pomembnost uveljavitve planov, ki bi olajšali načrtovanje, izvajanje in vrednotenje intervencij nanašajoče se na spol in tako preprečili zapostavljenost upoštevanja spola pri strategijah za izboljševanje kakovosti oskrbe pacientov z demenco (Sourial, et al., 2020).

Na osnovi pregledane literature smo ugotovili, da je objavljenih zelo malo kakovostnih podatkov o sami epidemiologiji demence v Republiki Sloveniji. Opazili smo prav tako, da v naši državi ni raziskav usmerjenih na moške z demenco. Glede na različne definicije izraza spol in samo pomanjkanje raziskav osredotočenih na spol, je težko ugotoviti vzroke pojava demence in razlike v vedenju po spolu. Večina literature pristop ugotavljanja demence opisuje le na splošno in ne v točno določen spol populacije, zato smo se odločili, da s pregledom literature doprinesemo k boljši strokovni osvetlitvi na točno določen spol, torej ugotavljanje, ki je usmerjeno na moške z demenco v procesu zdravstvene nege.

2 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu diplomskega dela smo opredelili namen, cilje in raziskovalna vprašanja. Opisali smo predvideno raziskovalno metodologijo.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskovanja s pregledom literature v diplomskem delu je raziskati pojavnost demence pri moških glede na vrsto demence, opredeliti vzroke pojava demence pri moških in raziskati posebnosti, ki se pojavljajo v zdravstveni negi pri moških obolelih z demenco. Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti vrste demence, ki pogosteje prizadenejo moške,
- ugotoviti dejavnike tveganja, ki se pojavljajo pri vrstah demence pri moških,
- ugotoviti posebnosti zdravstvene nege pri moških obolelih z demenco.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

S pregledom literature smo odgovorili na tri raziskovalna vprašanja:

1. Katere vrste demence najpogosteje prizadenejo moške?
2. Kakšni so razlogi za pojav demence glede na vrsto demence pri moških?
3. Kakšne so posebnosti zdravstvene nege moških obolelih z demenco?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Uporabili smo pregled obstoječe domače in tuje znanstvene ter strokovne literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za iskanje primerne literature smo uporabili raziskovalni dizajn pregleda strokovne literature v slovenskem, angleškem in nemškem jeziku. Uporabili smo domačo podatkovno bazo COBISS in podatkovno zbirko Google učenjak ter mednarodne podatkovne baze, kot so ProQuest, Wiley Online Library, SpringerLink in PubMed. Podatke smo iskali v obdobju junija 2020 do septembra 2021. V bazah smo iskali z naslednjimi slovenskimi ključnimi besedami: »zdravstvena nega oseb z demenco«, »demenca pri moških«, »zdravstvena obravnava moških z demenco«, nemško ključno

besedo: »gesundheitsvorsorge ältere Männer mit demenz« in angleškimi ključnimi besedami: »dementia AND risk factors by gender«, »nursing care of AN elder men AND dementia«, »ageing men with dementia«, »inappropriate behaviour AND dementia«, »dementia in men«, »diagnosis AND dementia« in »gender differences AND dementia«. Omejili smo tudi iskanje virov z letnico objave od leta 2011 do leta 2021 in objavo brezplačne dostopnosti celotne vsebine oziroma besedila člankov v slovenskem, nemškem in angleškem jeziku, objavljenih v recenziranih revijah, z namenom zožitve zadetkov v podatkovnih bazah. V podatkovnih bazah ProQuest, Wiley Online Library, SpringerLink in PubMed smo ključne besede nizali z Boolovimi operaterji AND in AN. Podatkovne zbirke CINAHL nismo uporabili zaradi težav z dostopom do podatkovne baze.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Rezultate pregledane literature smo prikazali tabelarično (tabela 1), kjer smo navedli baze podatkov, ključne besede, število zadetkov in izbrane zadetke za pregled v polnem besedilu. V navedenih bazah podatkov smo s strateškim iskanjem literature in pod zastavljenim omejitvenim kriterijem našli 76.373 zadetkov, od katerih smo po naslovi pregledali 2.474 zadetkov in pridobili 298 zadetkov, ki so bili zadostni za pregled povzetkov. Po analizi izvlečkov smo izbrali 171 člankov za pregled v polnem besedilu in od tega izbrali 14 tujih člankov za končno analizo. Pregledano literaturo smo prikazali še shematsko s PRIZMA diagramom (slika 1).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Baza podatkov	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
COBISS	Zdravstvena nega oseb z demenco	242	16
Google učenjak	Demenca pri moških	359	24
	Zdravstvena obravnava moških z demenco	232	
	Gesundheitsvorsorge ältere Männer mit demenz	273	
Proquest	Dementia AND risk factors by gender	15.275	46

Baza podatkov	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
	Nursing care of AN elder men AND dementia	11.600	
Wiley online library	Ageing men with dementia	4.449	41
	Inappropriate behaviour AND dementia	248	
SpringerLink	Dementia in men	15.306	18
	Diagnosis AND dementia	27.330	
PubMed	Gender differences AND dementia	1.059	26
Skupaj	/	76.373	171

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Na podlagi omejitvenega časovnega obdobja in dostopnosti člankov na našo temo smo izbrali literaturo, katero smo večkrat predelali, pregledali ustreznost besedil nanašajoče se na naša raziskovalna vprašanja ter uporabili kvalitativno metodo analize vsebine (Kordeš & Smrdu, 2015). Uporabili smo tehniko kodiranja, s katero smo iz proučene vsebine oblikovali kategorije, katere razrešujejo naš raziskovalni problem.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Kakovost pregleda literature v našem diplomskem delu smo ocenili po hierarhiji dokazov Polit & Beck (2018), katero sta razdelila na osem nivojev (tabela 2):

- 1. nivo: sistematičen pregled (ne)randomiziranih kliničnih raziskav,
- 2. nivo: posamezne randomizirane (vzročne) klinične raziskave,
- 3. nivo: posamezne nerandomizirane (kvazi eksperiment) klinične raziskave,
- 4. nivo: posamezne prospektivne ali kohortne raziskave,
- 5. nivo: posamezne študije primera,
- 6. nivo: posamezne presečne ali pregledne raziskave,
- 7. nivo: posamične kvalitativne raziskave,

- 8. nivo: mnenja strokovnjakov, avtorjev, ekspertnih komisij, poročila posamičnih primerov.

Nivo 1 predstavlja najbolj kakovostno literaturo, vendar od le tega in do nivoja 3 nismo našli nobenega dokaza, medtem ko smo v četrtem nivoju zbrali dva dokaza, katera predstavljata kohortni raziskavi (Moga, et al., 2017; Sindi, et al., 2021). V nivo 5 smo uvrstili eno študijo primera (Gitlin, et al., 2012) in na šesto nivo pet presečnih raziskav (Noale, et al., 2013; Ward & Manchip, 2013; Luoju, et al., 2017; Zhu, et al., 2019; Jhang, et al., 2020). Največ dokazov smo zbrali na sedmem nivoju, kamor smo uvrstili šest raziskav (Kolanowski, et al., 2017; Kim, et al., 2018; Jin Jee, et al., 2020; Schnell, et al., 2020; Gaugler, et al., 2021; Salminen, et al., 2021).

Tabela 2: Hierarhija dokazov

Hierarhija dokazov	Število vključenih besedil
Nivo 1 Sistematični pregled (ne)randomiziranih kliničnih raziskav	0
Nivo 2 Dokazi posameznih kliničnih randomiziranih raziskav	0
Nivo 3 Dokazi posameznih kliničnih nerandomiziranih raziskav (kvazi eksperiment)	0
Nivo 4 Dokazi prospektivnih (opazovalnih) ali kohortnih raziskav	2
Nivo 5 Dokazi posamičnih študij primera	1
Nivo 6 Dokazi posamičnih presečnih ali preglednih raziskav	5
Nivo 7 Dokazi posameznih kvalitativnih raziskav	6
Nivo 8 Mnenja strokovnjakov, avtorjev, ekspertnih komisij, poročila posamičnih primerov	0

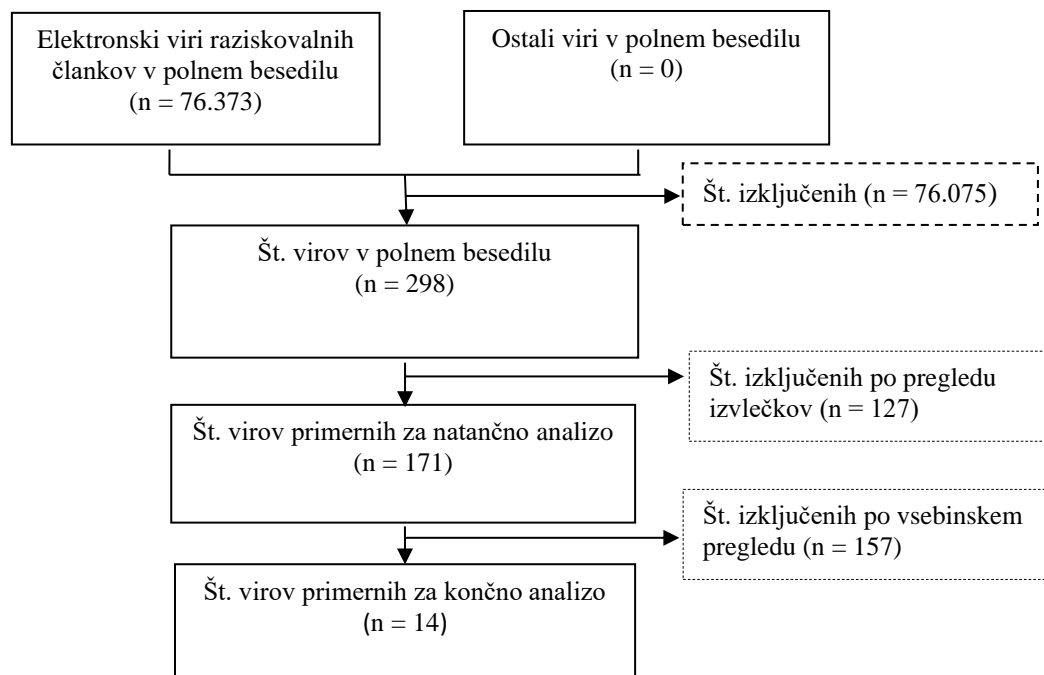
Vir: Polit & Beck (2018)

2.4 REZULTATI

Rezultate smo v nadaljevanju prikazali vsebinsko in shematsko.

2.4.1 PRIZMA diagram

PRIZMA diagram (slika 1) prikazuje postopek pridobivanja in zbiranja člankov, ustreznih za našo raziskavo. S pomočjo uporabe metode Prizma s katero smo temeljito prikazali izključevanje neustrezne literature, smo identificirali 14 virov, ki smo jih uporabili v našem diplomskem delu za končno analizo.



Slika 1: PRIZMA diagram

Vir: Polit & Beck (2018)

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V nadaljevanju smo prikazali rezultate v tabeli 3, v kateri so ti razporejeni po podatkih o avtorstvu, letu objave, raziskovalnem načrtu in vzorcu, ki zajema tudi velikost in državo raziskave, ter ključnih spoznanjih raziskav.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni načrt	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Gaugler, et al.	2021	Pregled literature	n = 724 člankov; ZDA	Avtorji pojasnjujejo, da imajo ženske skoraj enake ravni beta-amiloida in beljakovine tau kot moški, vendar zaradi interakcije estrogena in APOE4 pri ženskah je možnost nastanka AD pri njih višja. Avtorji dodajajo, da je lahko življenjska doba pri moških z AD krajša kakor pri ženskah zato, ker je moški spol bolj nagnjen k boleznim srca in ožilja.
Gitlin, et al.	2012	Študija primera	1 moški z AD; ZDA	Avtorji opisujejo moškega z AD, katerega spremljajo vedenjske in psihične motnje. Prikazujejo tudi ukrepe nefarmakoloških pristopov, ki pozitivno vplivajo na njegovo odpravljanje simptomov.
Jhang, et al.	2020	Presečna raziskava	389 moških pacientov z VD; Tajvan	Avtorji navajajo motnje, ki spremljajo moške z VD in poročajo o ključnih potrebah v ZN obolelih, ki jih upoštevamo pri oskrbi moških pacientov z VD.
Jin Jee, et al.	2020	Pregled literature	n = 17 člankov; Koreja	Avtorji po pregledu literature predstavijo motnje spanja kot dejavnik tveganja nastanka demence pri moških, pri katerih zmanjšujejo kognitivno sposobnost. Avtorji opredeljujejo še, pri kateri vrsti demence (AD, VD, demenca zaradi PB) se motnje

Avtor	Leto objave	Raziskovalni načrt	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				spanja pojavijo glede na spol.
Kim, et al.	2018	Pregled literature	n = 14 člankov; Suwon, Koreja	Avtorji v raziskavi razlagajo vplive spolnih hormonov na nastanek AD, omenjajo, da so moški bolj podvrženi k boleznim srca in ožilja, posledično bolj dovzetni k obolevnosti z VD in mešano demenco. Razlagajo, da je pri moških bolj opažena demenca Lewyevih telesc in opisujejo potek nastanka demence PB, katera je izrazitejša pri moškem spolu.
Kolanowski, et al.	2017	Sistematičen pregled literature	n = 56 člankov; ZDA, Avstralija	Avtorji poročajo o pomembnosti poznavanja vedenjskih in psiholoških motenj pri pacientih z demenco, ki se največkrat zgodijo ob nudenju ZN. Poudarjajo, da se najpogosteje pojavljajo pri moških z AD, kateri so nagnjeni k fizičnemu vedenju. Avtorji predstavljajo tudi ukrepe glede na vrsto vedenjske in psihične motnje in prikažejo negativne posledice, kadar so ukrepi neuspešni.
Luojus, et al.	2017	Longitudinalna raziskava	2.386 moških (42–62 let) med letoma 1984 in 1989 ter 1.199 moških (54–82 let) med leti 1999 do 2014; Finska	Avtorji poleg naštevanja skupnih dejavnikov tveganja nastanka katerekoli vrste demence (AD, VD, demence zaradi Lewyevih telesc in FTD) pri moških poudarjajo vlogo motenj spanja, ki so lahko ravno tako napovedovalci demence.

Avtor	Leto objave	Raziskovalni načrt	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Moga, et al.	2017	Kohortna raziskava	1.099 udeležencev starejših od 65 let z AD, od tega 502 moških in 597 žensk; 67.049 udeležencev starejših od 65 let z AD, od tega 22.961 moških in 44.088 žensk; Finska, ZDA	Avtorji poleg vrst in pogostosti rabe zdravil starejših oseb z AD po spolu ugotavljajo, da se pri moških najpogosteje predpisujejo zaviralci holinesteraze in hipnotiki, zaradi večje pojavnosti psiholoških in vedenjskih motenj pri AD. Avtorji dodajajo, da so moški z AD nagnjeni k večjemu uživanju velikih odmerkov zdravil.
Noale, et al.	2013	Longitudinalna raziskava	5.632 posameznikov v starosti 65–84 let, razdeljeni glede na starost in spol; Italija	V raziskavi avtorji ugotavljajo kateri dejavniki tveganja vplivajo na pojav demence glede na spol, posebno pa poudarjajo vpliv dednosti in zlasti parkinsonizma, za katerega so mnenja, da je zelo pomemben dejavnik tveganja za nastanek demence pri moških.
Salminen, et al.	2021	Pregled literature	463 člankov; Kalifornija; ZDA	Avtorji v raziskavi pojasnjujejo vpliv APOE4 na nastanek AD pri obeh spolih, razlagajo zakaj je postavitve diagnoze VD lažja pri moških in omenjajo, da je demenca Lewyevih teles pogostejša pri moških, ki so značilna za demenco pri PB. Avtorji predstavijo še ostale motnje, ki spremljajo moške z demenco zaradi PB.
Schnelli, et al.	2020	Sistematični pregled literature	n = 24 člankov; Avstrija, Švica	Avtorji opredeljujejo vzroke agresivnega vedenje pacientov z demenco in prikazujejo posledice na negovalce, ki se lahko pojavijo ob neučinkovitemu

Avtor	Leto objave	Raziskovalni načrt	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				ukrepanju. Poudarjajo primerno izobrazbo ZD in uporabo nefarmakoloških metod za uspešnejše obvladovanje vedenja pacienta z demenco.
Sindi, et al.	2021	Kohortna raziskava	2.289 oseb nordijske populacije, od tega 1.596 žensk in 693 moških; Švedska, Finska	Avtorji so opazili razlike v spolu pri AD na podlagi izobrazbe in kreativnih poklicev na duševni ravni, katere so bolj značilne za moške. Predvidevajo, da sta poklic in visoka izobrazba dejavnika, ki vplivata na potek AD.
Zhu, et al.	2019	Presečna raziskava	74.799 starejših žensk in 52.231 starejših moških z že obstoječo diagnozo demence; Kanada	Avtorji so proučevali razširjenost uporabe zaviralcev holinesteraze med obema spoloma in ugotovili, da je uporaba tovrstnih zdravil bolj pogosta pri moških osebah z demenco.
Ward & Manchip	2013	Presečna raziskava	Sedem moških v starosti 64–85 let z različnimi vrstami demence; Združeno Kraljestvo	Avtorja opredelita razloge neprimerne spolnega vedenja pri starejših moških, katere vsakega izmed njih spremlja določena vrsta demence in na podlagi določene spremljajoče demence, predstavita nefarmakološke ukrepe za obvladovanje takšnega vedenja.

V nadaljevanju (tabela 4) so prikazani rezultati vsebinske analize po kategorijah in kodah.

Tabela 4: Prikaz kod oblikovanih po kategorijah

Kategorija (K)	Koda	Avtorji
K1: Vrste demence, ki najpogosteje prizadenejo moške	vaskularna demenca; demence Lewyjevih telesc; mešana demenca; demence zaradi Parkinsonove bolezni; Frontotemporalna (Pickova) demenca n = 5 kod	Kim, et al., 2018; Gaugler, et al., 2021; Salminen, et al., 2021
K2: Dejavniki tveganja in razlogi za pojav demence pri moških	genotip APOE4; srčno popuščanje; nenormalno nalaganje amiloida in beljakovin beta; zapleti beljakovin tau; nižja stopnja izobrazbe; depresija; Parkinsonova bolezen; dednost; možganska kap; hipertenzija; sladkorna bolezen; alkoholizem; kajenje; nedejaven način življenja; slabša kakovost spanja; dnevna zaspanost; kronična nespečnost; apneja; paransomije; nočno prebujanje; kratko ali dolgo spanje; nagle spremembe v ritmu spanja; uporaba hipnotikov. n = 23 kod	Noale, et al., 2013; Luojus, et al., 2017; Jin Jee, et al., 2020; Gaugler, et al., 2021; Salminen, et al., 2021
K3: Znaki demenc ter vedenjske in psihične motnje, ki spremljajo moške z demenco	motnje hoje; izvršilna disfunkcija; neorientiranost; tavanje; apatija; ekstremni preobrati v vedenju; spremembe osebnosti; motnje presoje; motnje spanja; okvare kognitivnih funkcij; hitrejši kognitivni upad; težje obvladovanje čustev; spolne disfunkcije; urinska inkontinenca; blodnje; tesnoba; depresija; vizualne halucinacije; težave v iskanju besed; regresija;	Gitlin, et al., 2012; Ward & Mandchip, 2013; Moga, et al., 2017; Kolanowski, et al., 2017; Kim, et al., 2018; Jhang, et al., 2020; Gaugler, et al., 2021; Salminen, et al., 2021

Kategorija (K)	Koda	Avtorji
	<p>žalost; umik od dejavnosti; negotovost; osamljenost; vznemirjenost; nemir; verbalna zloraba; agresivno fizično vedenje; izpostavljanje genitalij; slačenje na javnih mestih; hiperseksualnost; neprimerno spolno vedenje n = 32 kod</p>	
K4: Posebnosti opažene v zdravstveni negi moških z demenco	<p>visoki odmerki zdravil; uživanje pet zdravil ali več; večja raba antipsihotikov; večja raba zaviralcev holinesteraze; agresivno vedenje kot posledica napačnega razlaganja intervencij negovalcev; pojav fizičnega agresivnega vedenja ob nudenju ZN; spolno vedenje kot posledica zdravil pri PB; neprimerno spolno vedenje kot posledica motenj živčnega sistema n = 8 kod</p>	<p>Ward & Mandchip, 2013; Moga, et al., 2017; Kolanowski, et al., 2017; Zhu, et al., 2019; Schnelli, et al., 2020</p>
K5: Posebnosti v intervencijah in nudenju zdravstvene nege obolelih moških z demenco	<p>prepoznavanje vedenjskih in psihičnih simptomov demence; prepoznavanje nezadovoljenih potreb; spremljanje in ocenjevanje potreb pacienta; spremljanje bolezni; nadzor pacienta; izboljšana komunikacija med pacientom in negovalcem; nefarmakološko zdravljenje; terapevtska komunikacija; kognitivna stimulacija; uravnavanje agitacije; individualna senzorna stimulacija z glasbo; metoda Montessori; redni urnik dejavnosti in aktivnosti; nudenje možnosti socialnih dejavnosti; izobraževanje kadra; zdravstvena vzgoja v okviru vedenjskih in psihičnih simptomov demence; uporaba pripomočkov, ki preprečujejo slačenje; zagotovitev zasebnosti;</p>	<p>Gitlin, et al., 2012; Ward & Mandchip, 2013; Kolanowski, et al., 2017; Jhang, et al., 2020; Schnelli, et al., 2020</p>

Kategorija (K)	Koda	Avtorji
	uporaba zdravil n = 19 kod	
Skupaj	n = 87	

Identificirali smo 87 kod, ki smo jih glede na medsebojne bistvene povezave sistematično razporedili v pet vsebinskih kategorij (tabela 4) s katerimi smo odgovorili na raziskovalna vprašanja. Kategorija 1 tako odgovarja na prvo raziskovalno vprašanje, kategorija 2 na drugo raziskovalno vprašanje in kategorije 3, 4 in 5 na tretje raziskovalno vprašanje.

2.5 RAZPRAVA

V pregledu literature ugotavljamo najpogostejše vrste demence, ki prizadenejo moške, dejavnike tveganja in razloge pojava demence pri moškem spolu, posebnosti opažene v zdravstveni negi ter posebnosti v nujenju zdravstvene nege moških obolelih z demenco.

Prvo raziskovalno vprašanje se glasi: »Katere vrste demence najpogosteje prizadenejo moške?« in presodili smo, da glede na spol, Alzheimerjeva demenca najmanj prizadene moške. Našli smo več raziskav (Kim, et al., 2018; Gaugler, et al., 2021; Salminen, et al., 2021), ki ugotavljajo, da je razširjenost najpogostejše vrste demence, AD, skoraj dvakrat bolj opažena pri ženskem, kot pri moškem spolu. Menimo, da imajo na razvoj AD velik vpliv med žensko in moškimi različni spolni hormoni. Slednje dokazujejo Kim in sodelavci (2018), ki poudarjajo, da kljub temu, da imajo moški s tovrstno demenco krajšo življenjsko dobo, ženske z AD živijo dlje zaradi dolgotrajne izpostavljenosti estrogenom v poznejših letih. Avtorji izpostavljajo, da estrogen namreč deluje kot zaščita proti aterosklerotičnim oblogami, preprečuje oksidativni stres in vnetja, medtem ko moškim počasneje upada sinteza testosterona. To dejstvo potrjujeta tudi raziskavi Gaugler, et al. (2021) in Salminen, et al. (2021), ki kažeta, da k povečanemu nastanku tovrstne demence pri ženskah poleg življenjske izpostavljenosti spolnemu hormonu estrogenu, uporabe hormonske terapije in število nosečnosti, nanj vpliva tudi genetski dejavnik tveganja apolipoprotein E4 (APOE4). Avtorji raziskav ugotavljajo, da je vsaj ena kopija APOE4

najdena v približno 60 % primerov AD pri moških in ženskah v starosti 65 do 75 let, vendar nekaj dokazov kaže, da je interakcija estrogena in genotipa APOE4 v določenih starostnih obdobjih lahko posledica povišanega tveganja nastanka AD pri ženskah, kljub temu, da imajo ženske podobne ravni beta-amiloida in beljakovine tau kakor moški. Sindi, et al. (2021) razlike med ženskim in moškim spolom pripisujejo tudi kognitivni rezervi, iz katere izhaja dejstvo, da imajo moški večinoma višje stopenjsko izobrazbo in bolj kreativne poklice na duševni ravni, kar pa vpliva na potek demence. S tem se strinjajo tudi Gaugler in avtorji (2021), ki dodajajo, da je za ženske dokazano, da imajo hitrejši kognitivni upad in slabšo nevrodegeneracijo, kar pomeni, da imajo bolj značilne proteine za nastanek AD kakor moški, poleg tega pa so moški bolj dovzetni k višji stopnji smrtnosti zaradi kardiovaskularnih bolezni.

Raziskavama Kim, et al. (2018) in Salminen, et al. (2021) je skupno dejstvo, da so k možganski kapi bolj podvržene ženske in da prizadetost z možgansko kapjo pri ženskem spolu poteka bolj resno. Kljub temu pa so možganske kapi pogostejše pri moških, zato posledično kasneje tudi VD pogostejše prizadene moške. Salminen, et al. (2020) temu dodajajo, da so klasični znaki kardiovaskularnih simptomov pri moškem spolu izrazitejši kot pri ženskem in zato je zanje postavljanje diagnoze možganske kapi zato težje. Jhang in sodelavci (2020) ugotavljajo, da moške s tovrstno demenco (v primerjavi z moškimi obolelimi z AD) najpogosteje spremljajo motnje hoje, izvršilna disfunkcija, več žariščnih nevroloških pomanjkljivosti, motnje v orientaciji, tavanje ter apatija.

Kim, et al. (2018) opažajo, da so bolezni srca in ožilja (bolezni koronarne arterije, atrijska fibrilacija, miokardni infarkt, srčno popuščanje) pogostejše pri moških, za kar trdijo, da je mešana demenca po 60. letu starosti posledično dvakrat bolj prisotna pri moških.

Salminen in sodelavci (2021) poudarjajo, da se frontotemporalna (Pickova) demenca najbolj izraža preko ekstremnih preobratov v vedenju, presoji in osebnosti, pogostokrat pa se pojavijo vrsto let pred kognitivnimi spremembami ter postavitvijo same diagnoze. Avtorji so s proučevanjem spremljanja rezultatov, osredotočenih na uspešnost pri testih razmišljanja in abstrakcije glede na spol, prikazali, da so izidi teh raziskav kar štirikrat slabši pri moških, katere poleg tega še izrazitejše spremljajo apatija in motnje spanja, dvakrat pogostejše kakor ženske pa moške spremlja tudi primarna progresivna afazija. Moheb in sodelavci (2017) ugotavljajo, da je apatija najpogostejši kazalnik

funkcionalnega upada frontotemporalne demence, katerega posledica je težje opravljanje dejavnosti v vsakdanjem življenju. Poleg apatije, poslabšanje tovrstne demence povzročajo halucinacije, tesnoba, odklonsko motorično vedenje, blodnje, motnje apetita in prehranjevanja. Glede na spol, so bile opažene večje težave pri opravljanju življenjskih aktivnosti pri moških, kamor spadajo plačevanje računov, nakupovanje, udeleževanje raznih aktivnosti, prireditve in potovanja. Avtorja ugotavljata, da poslabšanje FTD povzroča slabše izvršilno delovanje in hujše vedenjske simptome, kar pa izzove manjšo zmogljivost opravljanja življenjskih aktivnosti osebe s tovrstno demenco.

Kim in sodelavci (2018) pojasnjujejo, da je pojavnost demence zaradi PB, ne glede na starost, dvakrat večja pri moškem kakor pri ženskem spolu, značilno za moške pri tovrstni demenci pa je, da imajo slabšo kognitivno funkcijo. Podobno dodajajo raziskovalci Salminen, et al. (2021), ki ugotavljajo, da moški kažejo na hujšo okvaro kognitivnih funkcij tudi s težjim obvladovanjem čustev, poleg tega pa potrjujejo dejstva, da moške spremljajo že omenjene motnje spanja in spolne disfunkcije, prav tako pa jih spremlja še urinska inkontinenca in simetrični simptomi zgornjega dela telesa.

Raziskavi Kim, et al. (2018) in Salminen, et al. (2021) kažeta, da je demenca Lewyjevih telesc v razširjenosti ter zgodnejšemu pojavu po spolu (v primerjavi z AD) trikrat pogostejša pri moških in je posledica nenormalnega odlaganja beljakovinskih usedlin – Lewyjevih telesc (značilnih tudi za PB) v možganih, katere so trikrat bolj opazne pri moških. Salminen in sodelavci (2021) pa so po nedavnih raziskavah ugotovili, da je bila pojavnost Lewyjevih telesc kar štirikrat pogostejša pri moških kot pri ženskah. Njihove raziskave prav tako potrjujejo, da je glede na starost, tovrstna demenca bolj pogosta pri ženskah pri 75 let starosti in več, takšen pojav pa zopet predpisujejo daljši življenjski dobi žensk. Avtorji so se osredotočali tudi na najpogostejše motnje, ki spremljajo obolele s tovrstno demenco in ugotovili, da poleg kognitivnih nihanj, vizualnih halucinacij in parkinsonizma z motnjami vedenja in hitrega gibanja oči, moške spremljajo tudi blodnje, tesnoba ter depresija. Kim, et al. (2018) dodajajo, da je pri moških z demenco Lewyjevih telesc bolj kakor pri ženskah značilen tudi hitrejši kognitivni upad. Zweig in Galvin (2014) ugotavljata, da imajo osebe z demenco Lewyjevih telesc (v primerjavi z osebami, katere spremlja AD) manjšo sposobnost samoporočanja o kakovosti življenja, razlog tega pa je lahko pri tovrstni demenci večja prisotnost apatije. Ugotovljeno je bilo, da so

avtonomne značilnosti demence Lewyevih telesc, predvsem utrujenost, uriniranje, črevesni simptomi, sialoreja in posturalna omotica, klinično zelo moteče za osebe s tovrstno demenco in škodljivo učinkujejo na njihovo kakovost življenja. Avtorja ugotavljata, da osebe s tovrstno demenco ne zmorejo izvajati določenih življenjskih aktivnosti, kakor sta nakupovanje in kuhanje, pomoč pa potrebujejo tudi pri osnovnejših vsakdanjih dejavnostih. Avtonomni simptomi demence Lewyevih telesc so torej povezani s slabšo socialno in fizično funkcijo ter s težjim dojetjem navodil za ohranjanje splošnega zdravja, vendar pa se svojih kognitivnih pomanjkljivosti zavedajo jasneje kakor osebe, katere spremlja AD.

Menimo, da smo odgovorili na prvo raziskovalno vprašanje, saj smo ugotovili, da moške najbolj prizadenejo VD (Kim, et al., 2018; Salminen, et al., 2021), mešana demenca (Kim, et al., 2018), FTD (Salminen, et al., 2021), demenca zaradi PB (Kim, et al., 2018) in demenca Lewyevih telesc (Kim, et al., 2018; Salminen, et al., 2021). Predpostavljamo, da so bolezni srca in ožilja pogost vzrok za nastanek demence pri moških.

Naše drugo raziskovalno vprašanje se glasi: »Kakšni so razlogi za pojav demence glede na vrsto demence pri moških?«, kjer Noale, et al. (2013) najprej ugotavljajo, da je bila pojavnost katerekoli vrste demence med moškimi najbolj povezana s srčnim popuščanjem. Podajamo, da to pomeni slabše delovanje srca, posledica tega pa je slabša oskrbljenost organov in tkiv s kisikom ter hranili, torej v dolgoročnem času ob drugih procesih, odgovornih za nastanek demence, privede do sprememb tudi v možganih, kot je npr. nalaganje amiloida-beta. To dejstvo potrjujejo raziskovalci Salminen, et al. (2021), ki ugotavljajo, da nenormalno nalaganje amiloida-beta in beljakovin tau tako povzroča degeneracijo nevronov v možganih ter progresivne spremembe kognicije, kar posledično povzroča hitrejši kognitivni upad. Poleg tega avtorji Noale in sodelavci (2013) med ostale skupne dejavnike tveganja, ki spremljajo moške z demenco, uvrščajo tudi nižjo stopnjo izobrazbe. S podano ugotovitvijo se strinjamo, kajti mnenja smo, da manj izobraženi ljudje zaradi slabšega besednega zaklada težje izražajo svoje težave, posledično slabše razumejo bolezni in navodila o zdravljenju le teh, zato predpostavljamo pomembnost prilagodljivosti izražanja informacij zdravstvenih delavcev (ZD) takšni skupini ljudi. Avtorji izpostavljajo tudi sočasnosti blage depresije in PB, s katero ugotovitvijo se ravno tako strinjamo, kajti PB je bolezen, ki večinoma prizadene moške in jim z leti otežuje

gibanje zaradi (ne)motoričnih znakov, torej tudi s pojavljanjem psihičnih nemotoričnih motenj. Napredovanje le te privede do demence zaradi PB, katere dodatne motnje kognitivnih sposobnosti življenje otežujejo še bolj. Avtorji so poleg tega bistveno zaznali tudi pojav demence pri moških, ki so poročali o družinski anamnezi demence, katera je bila prisotna pri materi ali očetu. Luojuš in sodelavci (2017) pa so se osredotočili na skupne dejavnike tveganja štirih vrst demenc pri moških, in sicer AD, VD, demence Lewyevih telesc in FTD, kjer so proučili, da so najpogostejši skupni dejavniki tveganja pri navedenih vrstah demence, srčne ali možganske kapi, hipertenzija, sladkorna bolezen, kajenje in z njim povečan holesterol. Za slednje dopolnjujemo, da holesterol z ustvarjanjem plakov na stenah oži ožilja vitalnih organov, kot so srce, ledvice in možgani. Avtorji torej z navedenimi dejavniki tveganja dokazujejo, da imajo bolezni srca in ožilja velik vpliv pri nastanku demence pri moških in navajajo, da sta pomembna dejavnika tveganja nastanka demence pri moških tudi depresija in alkoholizem. Domnevamo, da so k uživanju alkohola in drugih psihoaktivnih substanc na splošno bolj nagnjeni moški, katerim učinki motijo fiziološke procese v možganih, predvsem dovajanje kisika, hranil in izločanje nevrotrosmitejev, ki so pomembni za prenašanje informacij v možganih. Poleg tega avtorji omenjajo tudi sedeč in nedejaven način življenja, za katerega smo mnenja, da takšen življenjski slog vpliva na splošno zdravstveno stanje posebej pri moških nad 50. letom starosti. Raziskovalci Luojuš, et al. (2017) opozarjajo še na motnje spanja in poudarjajo, da se slabša kakovost spanja, prebujanje in dnevna zaspanost že na splošno povezuje z motnjami kognitivnih funkcij moških starejših let, kar v nadaljevanju predstavlja večje tveganje za nastanek demence, zlasti pri moških srednjih let, za katere je značilno večje tveganje nastanka demence v poznejšem obdobju življenja. Jin Jee in avtorji (2020) dokazujejo, da poleg drugih vzrokov, motnje spanja lahko vplivajo na demenco in zmanjšajo kognitivne sposobnosti. Ugotovljeno je bilo prav tako, da parasomnija napoveduje demenco z Lewyevimi telesci, ki prizadene 50 % moških z PB in povečuje nastanek demence zaradi PB. Podobno ugotavljajo Luojuš, et al. (2017), ki dodajajo, da so poleg omenjenih motenj spanja, nočno prebujanje, kratko ali dolgotrajno spanje, nagle spremembe trajanja spanca in uporaba hipnotikov, lahko predhodni kazalniki nastanka katerekoli vrste demence.

Ugotovili smo, da so najpogostejši dejavniki tveganja, ki spremljajo moške z demenco, razne bolezni srca in ožilja. Poleg tega je vredno omeniti tudi nižji status izobrazbe, ki se

pogostokrat pojavlja pri moških in se kasneje ob demenci znatno izrazi v slabših rezultatih testov, ki zajemajo spremljanje kognitivnih sposobnosti. Pogostokrat jih spremljajo tudi razne motnje spanja ter psihološke in vedenjske motnje. Menimo, da je opredelitev dejavnikov tveganja pri moških z demenco zahteven proces, kajti pri ugotavljanju le teh moramo biti osredotočeni na vrsto demence, pridružene bolezni, socialni status, poklic, kulturo življenja in samo zmožnost posameznika za skrb za lastno zdravje.

Tretje raziskovalno vprašanje se glasi: »Kakšne so posebnosti zdravstvene nege moških obolelih z demenco?« in enega od odgovorov našli v raziskavi, kjer Moga, et al. (2017) ugotavljajo razlike v rabi zdravil med ženskimi in moškimi z demenco. Avtorji proučujejo, da hipnotike in druga psihotropna sredstva bolj pogosto uživajo ženske, katere že na splošno uporabljajo več zdravil kakor moški; nasprotno pa so starejši moški z AD bolj nagnjeni k jemanju velikih odmerkov in uporabi predpisanih petih zdravil ali več, pogostejši rabi kognitivnih ojačevalcev in uživanju antipsihotikov. Zhu, et al. (2019) so na področju posebnosti razlik v rabi zdravil proučili, da je uporaba zaviralcev holinesteraze pri moškem spolu večja. Mnenja smo, da je raba tovrstnih zdravil pri moških pričakovana, glede na to, da so moški z demenco nagnjeni k hitrejšemu upadu kognitivnih funkcij. Moga, et al. (2017) dopolnjujejo, da je večja raba antipsihotikov pri moških povezana z demenco in vedenjskimi ter psihološkimi zapleti, ki se kažejo z apatijo, regresijo in fizično agresijo. Z opredeljenimi ugotovitvami se strinjamo, kajti moški z demenco velikokrat ne želijo sodelovati pri aktivnostih ZN in se proti njim običajno ščitijo z oporekanjem in agresivnim upiranjem.

Posebnosti v ZN pri moških smo torej našli tudi v zvezi z njihovimi vedenjskimi in psihološkimi motnjami, katere predstavljajo Kolanowski, et al. (2017), ki poudarjajo na pomembnost prepoznavanja vedenjskih in psiholoških simptomov demence (agresija, vznemirjenost, depresija, apatija, psihoza), pomembnih za podporo in razvoj nefarmakoloških ukrepov, usmerjenih na osebo. Avtorji ugotavljajo, da se agresija najpogosteje pojavlja znotraj nudenja neposredne ZN ter sodi med najzahtevnejše vidike oskrbovanja oseb z demenco. Najpogosteje se pojavi pri moških z AD, katere spremlja višja resnost v zgodnjem ali poznem začetku demence, z zmanjšanimi funkcionalnimi sposobnostmi in žalostjo. Ugotovljeno je bilo, da so moški poleg verbalne agresije nagnjeni tudi k nasilnemu fizičnemu vedenju. Schnell, et al. (2020) na tem področju

ugotavljajo, da se takšno vedenje lahko pojavi tudi kot odgovor na neprepoznane in nezadovoljene potrebe, kot so bolečina, nujna potreba po uriniranju, pomanjkanje socialne vključenosti in sodelovanju pri aktivnostih, vzrok agresivnega vedenja pa je lahko tudi v nezadostnih okoljskih razmerah, kot so slabe možnosti za gibanje, okoljski stresorji in aktivnosti ZN. Menimo, da je zelo pomembno, da ZD opazujejo in spremljajo spremembe v vedenju, s čimer prepoznajo in ugotovijo zahtevano nezadovoljeno potrebo. Sposobnost razumevanja in prepoznavanja določenega vedenja pripomore k uresničitvi zahtevane potrebe s primerno intervencijo ZN. Kolanowski, et al. (2017) ugotavljajo, da se odziv na neprepoznane potrebe lahko izraža kot vznemirjenost, ki je pogosto zaznana pri moških ne glede na vrsto demence, vendar pa je njena izrazitost najbolj opažena pri moških z AD. Poleg tega pa avtorji omenjajo še pojav apatije, ki se najpogosteje odraža pri moških z AD v zgodnji fazi in moških s FTD, katerim se lahko pridruži še depresija. Mnenja smo, da ne glede na vrsto demence in spremljajoče se motnje, ZD morajo biti primerno usposobljeni za kakršnokoli prepoznavanje potreb pacienta z demenco in imeti dovolj znanja za nudenje intervencij ZN.

Schnelli, et al. (2020) ugotavljajo, da so negovalci, ki nudijo pomoč pri kopanju, oblačenju in gibanju ter premikanju, najbolj izpostavljeni posledicam agresivnega vedenja moških pacientov, zlasti zato, ker pacienti negovalne dejavnosti napačno razumejo. Menimo, da je vzrok tovrstnega vedenja potrebno iskati tudi v pomanjkanju primernih informacij ob izvedbi in upoštevanju prilagojene komunikacije osebam z demenco ob nudenju podpore. Avtorji dodajajo, da se približno 60 % agresivnih incidentov pojavlja zgodaj zjutraj, med aktivnostmi ZN, ki vključujejo dotike telesa. Avtorja Ward & Manchip (2013) v tem primeru napačno razumevanje nudenja negovalnih dejavnosti predstavljata z neprimernim spolnim vedenjem starejših moških z demenco. Raziskovalca omenjata primer neprimernega spolnega vedenja pri moškem z AD, ki je božal oprsja svojega sostanovalca. Ugotavljata, da se neprimerno spolno vedenje pojavi tudi pri moških z VD, katerega predstavljata s primerom moškega z napredovano VD, kjer je nenehno uporabljal nespodobne spolne besede, ob tem pa poskušal prijeti druge oskrbovance in ZD za prsi. Ugotavljata prav tako, da se neprimerno spolno vedenje pojavlja pri moških z demenco zaradi PB, kjer sta našla primer moškega, ki je pri zagotavljanju osebne nege negovalcem vzbujal neprijetnost, ker si je medtem ogledoval pornografske revije. Avtorja proučujeta, da bi bila takšna hiperseksualnost pri

opisanih vrstah demence lahko rezultat raznih stranskih učinkov zdravil, ki povzročajo povečan libido, povečano spolno aktivnost, čustvene spremembe in agresijo, drugi možni vzroki pa so lahko tudi sočasnost delirija, bipolarnih motenj, vključno z drugimi motnjami osrednjega živčnega sistema. Kljub temu smo mnenja, da s pravo izbiro zdravil, ustreznimi nefarmakološkimi pristopi, preživljanjem prostega časa s pacientom, prilagojeno komunikacijo, prepoznavanjem potreb takšnih pacientov in z izvajanjem primernih intervencij, lahko preprečimo neprimerno spolno vedenje. Avtorja sta tako iskala rešitve za preprečevanje takšnega spolnega vedenja in ugotovila, da sta največkrat uporabljena pristopa obvladovanja spolnosti kombinacija uporabe pripomočkov, kot je npr. uporaba hlač, ki se odpirajo na zadnji strani in s tem preprečujejo slačenje, ter uporaba primernih zdravil, pomembno pa je, da ZD zagotovijo strpno okolje, kjer se osebe z demenco spoštuje in podpira pri varnem izpolnjevanju spolnih potreb tako, da se zagotovi zasebnost in intimnost.

Schenelli, et al. (2020) poudarjajo, da je zelo pomembno, da ZD in negovalci prepoznajo nezadovoljene potrebe pacienta z demenco in primerno ukrepajo, opominjajo pa prav tako, da so potrebe moških z VD lahko drugačne, kakor od tistih, ki so ključne za splošno demenco. Jhang, et al. (2020) so na podlagi 389 moških oseb z VD ugotavljali najbolj pogoste potrebe v okviru ZN, ki so bile pomembne za moške z VD in pa tudi za njihove negovalce. Avtorji so ugotovili šest osnovnih potreb, ki so bile ključne za moške z VD. Vključevale so ustrezen in reden urnik dejavnosti ter aktivnosti, redno spremljanje bolezni, uvedbo nadaljnjih napotitev socialnih dejavnosti, napotitve na skupine, ki nudijo podporo družinam in negovalcem, kjer nudijo tudi usposabljanje za nego, vzdrževanje razpoloženja ter dobro počutje negovalca in zdravstvena vzgoja v okviru demence ter psihološke in vedenjske simptome demence. Predpostavljamo, da so omenjene potrebe temeljne tako za paciente z demenco kot tudi za ZD, katerim usposabljanje na tem področju olajša delo s takšnimi pacienti in omogoča strokovno, učinkovito in varno ZN.

Posebnosti v ZN moških smo tako iskali tudi v nefarmakoloških pristopih in našli raziskavo na tem področju, kjer Gitlin, et al. (2012) prikazujejo primer nefarmakološkega zdravljenja, ki je bil uporabljen pri moškem z AD. Napredovanje njegove bolezni je povzročilo hujše okvare izvršilnih funkcij, težave v iskanju besed, prostorsko neorientiranost, halucinacije, umikanje od dejavnosti, občutke negotovosti in osamljenosti, prekomerno dremanje čez dan in nemirnost ponoči. Uporaba ciljno

usmerjenega nefarmakološkega pristopa, kot je izogibanje kofeina do popoldneva, dnevna aktivnost in sprehodi (s tem tudi odprava dolgčasa, osamljenosti in negotovosti), preprečevanje dremanja podnevi, so negovalci uspešno odpravili nočni nemir, poleg tega pa preprečili tudi morebiten padec iz postelje ali nočno tavanje. Avtorji s tem primerom dokazujejo, da nefarmakološki pristopi tako prinašajo zadovoljstvo pacientov in njihovih negovalcev, izboljšajo kakovost življenja ter zmanjšajo vedenjske simptome brez uporabe zdravil, zato je pomembno, da so del zdravljenja demence.

Kolanowski, et al. (2017) so tako iskali rešitve proti psihološkim in vedenjskim motnjam pri moških z demenco ter ugotovili, da izboljšana komunikacija med negovalci in osebami z demenco zmanjša vznemirjenost pacientov, terapijska komunikacija in kognitivna stimulacija zmanjšujeta apatično vedenje in depresijo, medtem ko intervencija, namenjena uravnavanju stanj agitacije in zagotovitvi individualne senzorične stimulacije s poslušanjem glasbe, učinkovito vpliva na starejše odrasle z demenco. Ugotovljeno je bilo, da akupresura in metoda Montessori učinkovito zmanjšata vznemirjeno in nasilno vedenje moških z demenco. Glede na to, da so takšni nefarmakološki pristopi zelo učinkoviti pri obvladovanju pacienta z demenco smo mnenja, da se ZD morajo čim bolj nagibati k takšni vrsti zdravljenja demence in ne takoj posegati k zdravilom, katerih stranski učinki lahko pacientovo stanje in vedenje le poslabšajo.

Kljub pomanjkanju raziskav, kar zadeva tretje raziskovalno vprašanje, menimo, da smo s členjenjem na dva dela, torej na posebnosti opažene v ZN moških z demenco in na posebnosti v intervencijah in nudenju ZN obolelih moških z demenco, nanj odgovorili uspešno. Poudarjamo dejstvo, da je pri nudenju ZN moškim z demenco nujno potrebno pozornost nameniti tudi samim izvajalcem ZN. Raziskavi Kolanowski, et al. (2017) in Schnell, et al. (2020) ugotavljata, da neučinkovito ukrepanje pri vedenjskih in psiholoških simptomih, ki spremljajo moške z demenco, poveča stres in obremenitve negovalca pri nudenju neposredne ZN. Povzroča tudi negativne posledice samemu pacientu z vedenjskimi motnjami, drugim pacientom in ZD ali negovalcem, katerim povzročajo jezo, strah, anksioznost ter stres. Predpostavljamo, da obremenitve ZD puščajo nejevoljnost do dela, posledično nekakovostno nudenje ZN, kar pa lahko prizanese še k hujšemu vedenju in težjemu obvladovanju moškega z demenco. Posledično stremimo k potrpežljivosti ZD in k na dokazih preizkušenim ukrepom ter intervencijah

ZN, s katerimi večino uspeha dosežemo optimalne izide obravnave. Schnell, et al. (2020) poudarjajo, da morajo biti ZD za prepoznavanje nezadovoljenih potreb pacientov z demenco ustrezno izobraženi, usposobljeni, stremeti morajo k uporabi posebnih negovalnih veščin ter priskrbeti jasno ravnovesje v komunikaciji.

2.5.1 Omejitve raziskave diplomskega dela

Pri pregledu literature smo naleteli na številne ovire, ki so oteževale izdelavo našega diplomskega dela. Prva ovira je bila pomanjkanje literature v slovenskem jeziku, ki se nanaša na pojav demence v Republiki Sloveniji, zlasti glede na spolno identiteto. Naslednja omejitev našega raziskovanja je bila nejasna definicija same besede spol. Ugotovljeno je bilo, da raziskave med seboj besedo spol opredeljujejo različno, se osredotočajo na med seboj drugačne razlike, ki razlagajo biološki spol določen z rojstvom. To lahko povzroči nerazumljivost in otežuje samo raziskovanje na področju iskanja razlik po spolu pri določenih boleznih, v našem primeru obolelih moških za demenco. Vzrok težkega pridobivanja raziskav na našo temo pa je bila tudi omejena dostopnost brezplačnih raziskovalnih člankov v polnem besedilu, ki opredeljujejo pojav, vzroke in dejavnike tveganja ter nudenje ZN po spolu pri demenci, prav tako pa je malo raziskav o posebnih nefarmakoloških metodah dela, ki so uporabne v ZN moških z demenco, zlasti v slovenski pa tudi v tuji literaturi.

2.5.2 Doprinos diplomskega dela za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovanje

Menimo, da smo v našem diplomskem delu prikazali, da obstajajo razlike med spoloma pri vrstah, vzrokih in dejavnikih tveganja nastanka demence. Pri nudenju ZN pa bi bilo potrebno bolj upoštevati vedenjske in psihološke simptome, ki se pri vsakem spolu odražajo drugače. Nudenje kvalitetne in varne ZN bi se povečalo, če bi ZD hitreje prepoznali in se bolj osredotočali na motnje in simptome pacientov po spolu. Na podlagi razlik bi tako posebej pri ženskem in posebej pri moškem spolu nudili še boljše, za to

ustrezne ukrepe, pristope in intervencije ZN, posledično še bolj celostno ZN. Poleg tega bi bil pomemben tudi razvoj novih planov oz. načrtov, ki bi se posebej osredotočal na spol obolele osebe za demenco. Diplomsko delo bi zato lahko doprineslo k nadaljnjemu raziskovanju, ki se osredotoča na točen določen spol pri katerikoli vrsti demence. Na podlagi tega, bi se iskalo boljše rešitve v učinkovitosti procesa ZN, namenjene demenci. Takšne raziskave bi se lahko povečale po svetu, zlasti pa v Republiki Sloveniji, kjer je opaženo veliko pomanjkanje literature o demenci osredotočeni na točen določen spol. Poleg tega pa bi lahko z našim diplomskim delom dali povod za sistematično spremljanje demence, s katerim bi imeli boljši vpogled na stanje razširjenosti demence pri nas. Medicinske sestre bi bile lahko pobudnice raziskovalnih in razvojnih projektov ter nenazadnje bi lahko sodelovale pri oblikovanju smernic, standardov in protokolov za delo z zelo zahtevano populacijo ljudi, torej oseb, ki zbolijo za demenco.

3 ZAKLJUČEK

V našem diplomskem delu smo kljub pomanjkanju raziskav v okviru demence po spolu, s pregledom literature ugotovili, da večina vrst demenc, razen AD, pogosteje prizadenejo moške. Menimo, da takšna ugotovitev ni presenetljiva, glede na dejstvo, da večina demenc spremljajo bolezni srca in ožilja, katerim dejavnikom tveganja so na splošno bolj dovzetni moški. Najpogostejše vedenjske in psihološke motnje, ki spremljajo moške z demenco so agresija (najpogosteje fizična), apatija, vznemirjenost in neprimerno spolno vedenje. Spremenjeno psihično in fizično vedenje moških lahko vpliva na težje izvajanje aktivnosti in intervencij ZN ter povzroča stres ZD. Pomembno je, da jih ZD pravočasno opazijo, primerno ukrepajo in z uporabo zdravil le po potrebi, bolj pa smo privrženi k posluževanju nefarmakoloških posegov, s katerimi lahko dosežemo večjo učinkovitost preprečevanja neprimerne vedenja kot z ukrepanjem z zdravili. Prepoznavanje potreb, zlasti moških z demenco ter nudenje učinkovitih ukrepov na tem področju zahteva strokovno izobražen kader, primerno komunikacijo med pacientom in ZD, rabo načrtov usmerjenih na točno določen spol in na točno določeno vrsto demence, kakovosten načrt ZN, dobro psihično in fizično pripravljenost ter spretnost ZD. Medicinske sestre s pridobljenim znanjem, ustreznimi kompetencami na področju ZN starostnikov in še posebej na specialnem področju demenc bi z naprednimi znanji izboljšale izide zdravstvene obravnave, zmanjšale varnostne zaplete, zmanjšale stres zaposlenih in povečale zadovoljstvo, tako pacientov kot tudi njihovih bližnjih.

4 LITERATURA

Andrews, J., 2019. *Dementia in men: some useful non-pharmacological solutions*. [pdf] Trends in Urology & Men's Health. Available at: <https://wileymicrositebuilder.com/trends/wp-content/uploads/sites/13/2019/05/Men-and-Dementia.pdf> [Accessed 9 September 2021].

Baron, S., Ulstein, I. & Werheid, K., 2014. Psychosocial Interventions in Ailsheimer's disease and amnesic mild cognitive impairment: evidence for gender bias in clinical trias. *Aging & Mental Health*, 19(4), pp. 290–302. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.938601>

Bilban, M., 2018. Demenca. *Delo in varnost*, 63(1), pp. 30–32.

Bron, E.E., Smits, M., Papma, M.J., Steketee, E.M.R., Meijboom, R., de Groot, M., van Swieten, C.J., Niessen, J.W. & Klein, S., 2016. Multiparametric computer – aided differential diagnosis of Alzheimer's disease and frontotemporal dementia using structural and advanced MRI. *European Radiology*, 27(8), p. 3373. 10.1007/s00330-016-4691-x

Cerri, S., Mus, L. & Blandini, F., 2019. Parkinson's Disease Women and Men: what's the Difference? *Journal of Parkinson's Disease*, 9(3), pp. 502–507. 10.3233/JPD-191683

Darovec, J., Kogoj, A., Plesničar Kores, B., Muršec, M., Pišljarič, M., Pregelj, P. & Stoklin, G.B., 2014. Smernice za obravnavo bolnikov z demenco. *Zdravniški vestnik, Kakovost in varnost*, 83(7/8), pp. 499–503.

Fink, A., Jurič, J.J. & Kolar, J., 2013. Demenca. In: A. Fink, J.J. Jurič & J. Kolar, eds. *Zdravstvena nega starostnika: učbenik za izbirni modul Zdravstvena nega v geriatrični dejavnosti v programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer založba d. o. o., pp. 180–184.

Felc, Z., Felc, B., Oset, M., Antolin, U. & Kolenko, M., 2020. Poznavanje demence med mladostniki v starajoči se družbi: pilotna študija. *Teorija in praksa*, 75(1), p. 327.

Gaugler, J., James, B., Johnson, T., Reimer, J. & Weuve, J., 2021. Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimer's & Dementia, The journal of the Alzheimer's association*, 17(3), p. 343. 10.1002/alz.12328

Gitlin, L.N., Kales, H.C. & Lyketsos, C.G., 2012. Managing Behavioral Symptoms in Dementia Using Nonpharmacologic Approaches: An Overview, *JAMA*, 308(19), pp. 1–19. 10.1001/jama.2012.36918.

Jhang, K.M., Wang, W.F., Chang, H. F., Liu, Y.H., Chang, M.C. & Wu, H.H., 2020. Care Needs of Community-Residing Male Patients with Vascular Cognitive Impairment. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Dovepress*, 16(2), pp. 2613–2620. <https://doi.org/10.2147/NDT.S277303>

Jin Jee, H., Shin, W., Joong Jung, H., Kim, B., Kyung Lee, B. & Jung, Y., 2020. Impact of Sleep as a Risk Factor of Dementia in Men and Women. *Biomolecules & Therapeutics*, 28(1), pp. 59–67. <https://doi.org/10.4062/biomolther.2019.192>

Katsaouni, P., Papamichail, E. & Maillis, A., 2017. Exploring Dementia in Primary Health Care: Comorbidities and Diagnostic Tools. *International Journal Of Caring Sciences*, 10(1), pp. 110–114.

Kazui, H., Yoshiyama, K., Kanemoto, H., Suzuki, Y., Sato, S., Hashimoto, M., Ikeda, M., Tanaka, H., Hatada, Y., Matsushita, M., Nishio, Y., Mori, E., Tanimukai, S., Komori, K., Yoshida, T., Shimizu, H., Matsumoto, T., Mori, T., Kashibayashi, T., Yokoyama, T., Shimomura, T., Kabeshita, Y., Adachi, H. & Tanaka, T., 2016. Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias. *Plos One*, 11(8), p. 2. 10.1371/journal.pone.0161092

Kim, M.J., Kim, K., Hong, C.H., Lee, S.Y. & Jung, Y.S., 2018. Sex Differences in Cardiovascular Risk Factors for Dementia. *Biomolecules & Therapeutics*, 26(6), pp. 521–524. <https://doi.org/10.4062/biomolther.2018.159>

Kolanowski, A., Boltz, M., Galik, E., Gitlin, L.N., Kales, C.H., Resnick, B., Van-Haitsma, S.K., Knehans, A., Sutterlin, E.J., Sefcik, S.J., Liu, W., Petrovsky, V.D., Massimo, L., Gilmore Bykovsky, A., MacAndrew, M., Brewster, G., Nalls, V., Jao, Y.-L., Duffort, N. & Scerpella, D., 2017. Determinants of behavioral and psychological symptoms of dementia: a scoping review of the evidence. *Nurse Outlook*, 65(5), pp. 5–13. 10.1016/j.outlook.2017.06.006.

Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Koper: Založba Univerze na Primorskem.

Kuhn, C., 2017. *Kann eine Demenz männlich oderweiblich sein? Einblick in geschlechtsspezifische Unterschiede*. [pdf] Demenz Support Stuttgart, Zentrum für Informationstransfer. Available at: <https://www.franz-hitze->

haus.de/fileadmin/backenduser/download/Vortrag_Christina_Kuhn.pdf [Accessed 30 November 2020].

Lovrečič, B., Jelenc, M., Korošec, A., Vidovič, M., Lovrečič, M., 2018. The Prevalence of Dementia in Europe and in Slovenia: The Review and Estimate of Dementia for Slovenia for 2018 and Projection for 2030. *Collegium Antropologicum*, 44(1), pp. 55–57. <https://doi.org/10.5671/ca.44.1.8>

Luojus, K.M., Lehto, M.S., Tolmuenen, T., Brem, A.K., Lönnroos, E. & Kauhanen, J., 2017. Self-reported sleep disturbance and incidence of dementia in ageing men. *Epidemiol Community Health*, 71(4), pp. 329–333. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2016-207764>

Moga, C.D., Taipale, H., Tolppanen, A., Tanskanen, A., Tihonen, J., Hartikainen, S., Wu, Q., Jicha, A.G. & Gnjjidic, D., 2017. A Comparison of Sex Differences in Psychotropic Medication Use in Older People with Alzheimer's Disease in the US and Finland. *Drugs & Aging*, 34(1), pp. 55–62. 10.1007/s40266-016-0419-5

Moheb, N., Mendez, F.M., Kremen, A.S. & Teng, E., 2017. Executive Dysfunction and Behavioral Symptoms Are Associated with Deficits in Instrumental Activities of Daily Living in Frontotemporal Dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 43(1-2), pp. 90–96. <https://doi.org/10.1159/000455119>

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2020. *Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih pblemov za statistične namene, Avstralska modifikacija (MKB-10-AM). Pregledni seznam bolezni. Šesta izdaja.* [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at:

https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/mkb/mkb10-am-v6_v04_splet-04112020.pdf [Accessed 28 November 2020].

Noale, M., Limongi, F., Zambon, S., Crepaldi, G. & Maggi, S., 2013. Incidence of dementia: evidence for an effect modification by gender. The ILSA Study. *International Psychogeriatrics*, 25(11), pp. 1869–1873. 10.1017/S1041610213001300

Podcasy, L.J. & Epperson, N.C., 2016. Considering sex and gender in Alzheimer disease and other dementias. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 18(4), pp. 438–443. 10.31887/DCNS.2016.18.4/cepperson.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Prelog Rus, P. & Palandačić Kokalj, A., 2021. *Skrb za duševno zdravje starostnikov z demenco in njihovih svojcev v času pandemije covida-19*. [pdf] Gerontološko društvo Slovenije. Available at: <http://posvet.gds.si/wp-content/uploads/Rus-Prelog-Kokalj-Palandacic.pdf> [Accessed 5 September 2020].

Rus, T., Jamšek, T., Berlot, R., Popovič – Šurlan, K., Grmek, M. & Trošt, M., 2019. Nuklearnomedicinske preiskave pri diagnosticiranju demence in parkinsonizmov. *Zdravniški vrstnik*, 89(3-4), pp. 209–211.

Salminen, E.L., Tubi, A.M., Bright, J., Thomopoulos, I.S., Wieand, A. & Thompson, M.P., 2021. Sex is a defining feature of neuroimaging phenotypes in major brain disorders. *Human Brain Mapping*, 43(1), pp. 16–24. <https://doi.org/10.1002/hbm.25438>

Schnelli, A., Karrer, M., Mayer, H. & Zeller, A., 2020. Aggressive behaviour of persons with dementia towards professional caregivers in the home care setting – a scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1), pp. 2–15. [10.1111/jocn.15363](https://doi.org/10.1111/jocn.15363)

Sindi, S., Kåreholt, I., Ngandu, T., Rosenberg, A., Kulmala, J., Johansson, L., Wetterberg, H., Skoog, J., Sjöberg, L., Wang, H-W., Fratiglioni, L., Skoog, I. & Kivipelto, M., 2021. Sex differences in dementia and response to a lifestyle intervention: evidence from Nordic population-based studies and a prevention trial. *Alzheimer's & Dementia, The journal of the Alzheimer's association*, 17(7), pp. 1167–1176. [10.1002/alz.12279](https://doi.org/10.1002/alz.12279)

Sourial, N., Arsenault-Lapierre, G., Margo-Dermer, E., Henein, M. & Vedel, I., 2020. Sex differences in the management of persons with dementia following a subnational primary care policy intervention. *International Journal for Equity in Health*, 19(175), pp. 2–5. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01285-2>

Tierney, M.C., Curtis, A.F., Chertkow, H. & Rylett, R.J., 2017. Integrating sex and gender into neurodegeneration research: a six-component strategy. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 3(4), p. 660. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2017.10.006>

Trenaman, C.S., Rideout, M.A. & Andrev, K.M., 2019. Sex and gender differences in polypharmacy in persons with dementia: a scoping review. *Sage Open Medicine*, 7(1), pp. 4–7. [10.1177/2050312119845715](https://doi.org/10.1177/2050312119845715)

Ward, F.R. & Manchip, S., 2013. 'Inappropriate' sexual behaviours in dementia. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2(3), pp. 76–81. [10.1017/S0959259812000196](https://doi.org/10.1017/S0959259812000196)

World Health Organization (WHO), 2012. *Dementia: a public health priority*. [pdf] World Health Organization. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75263/9789241564458_eng.pdf?sequence=1 [Accessed 30 November 2020].

World Health Organization (WHO), 2017. *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. [pdf] World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259615/9789241513487-eng.pdf?sequence=1> [Accessed 15 April 2020].

Zhu, L., Rochon, A.P., Gruneir1, A., Wu, W., Giannakeas, V., Austin, C.P., Stall, M.N., McCarthy, L., Alberga, A., Herrmann, N., Gill, S.S. & Bronskill, E.S., 2019. Sex Differences in the Prevalent Use of Oral Formulations of Cholinesterase Inhibitors in Older Adults with Dementia. *Drugs & Aging*, 36(9), pp. 875–882. <https://doi.org/10.1007/s40266-019-00690-9>

Zweig, R.Y. & Galvin, E.J., 2014. Lewy body dementia: the impact on patients and caregivers. *Alzheimer's Research & Therapy*, 21(6), pp. 3–4. [10.1186/alzrt251](https://doi.org/10.1186/alzrt251)