

Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne

Zagoršćak, Ksenija

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:609155>

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

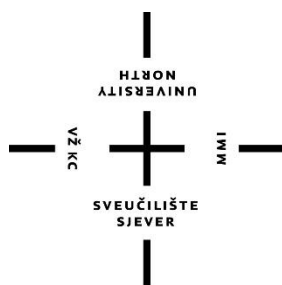
Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-27**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





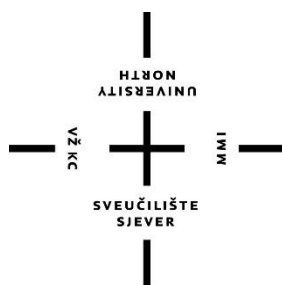
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 882/SS/2017

Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne

Ksenija Zagorščak, 0209/336

Varaždin, kolovoz 2017. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 882/SS/2017

Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne

Student

Ksenija Zagorščak, 0209/336

Mentor

Melita Sajko, dipl.med.tech.pred.

Varaždin, kolovoz 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Ksenija Zagorščak	MATIČNI BROJ	0209/336
DATUM	06.07.2017.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega starijih osoba
NASLOV RADA	Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Quality of life for Elderly in Nursing Homes		
MENTOR	Melita Sajko, dipl.med.techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Marijana Neuberger, mag.med.techn., predsjednik		
	2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor		
	3. Jurica Veronek, mag.med.techn., član		
	4. doc.dr.sc. Natalija Uršulin-Trstenjak, zamjenski član		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	882/SS/2017
OPIS	

Zahvaljujući porastu općeg životnog standarda i posljedici smanjenja prirodnog priraštaja, u razvijenim zemljama dolazi do produženja životnog vijeka, a s time i do većeg udjela starijih osoba u populaciji. Starenje predstavlja jedan od najvećih socijalnih, ekonomskih i zdravstvenih izazova 21. stoljeća. U posljednjih desetak godina u hrvatskoj populaciji (starijoj od 65 godina i više) pojavila se potreba za što boljom socijalnom i zdravstvenom skrbi što ujedno i potiče veći interes u istraživanju kvalitete života starijih osoba u domovima za starije i nemoćne. Domovi za starije i nemoćne su mjesta koja osobi sa znatno smanjenim fizičkim i ostalim mogućnostima osiguravaju život dostojan čovjeku. Cilj ovog rada je istražiti što o kvaliteti života u domu misle starije osobe smještene u domu, analizirati podatke koji će biti dobiveni istraživanjem, usporediti ih sa sličnim istraživanjima te izvući zaključke o kvaliteti života u domovima za starije i nemoćne osobe obuhvaćenim istraživanjem.

U ovom radu će se: *opisati teorije starenja
*definirati pojam kvalitete života
*opisati ustanove za starije i nemoćne
*prikazati i analizirati podatke dobivene istraživanjem

ZADATAK URUČEN

12.07.2017.



Melita Sajko

Zahvala

Zahvaljujem se mentorici Meliti Sajko, dipl. med. techn. pred., koja mi je svojim stručnim savjetima oblikovala ideju i pomogla oko izrade završnog rada. Zahvaljujem joj se na strpljenju, na svim savjetima i ponajviše na tome što me svojim radom inspirira i motivira za napredovanje.

Posebno se želim zahvaliti svojim roditeljima koji su mi bili podrška prilikom ove tri godine studiranja.

Sažetak

Starenje kao pojam možemo sagledati iz više aspekata primjerice, fizičkog, psihičkog i socijalnog. Ti svi aspekti utječu i na kvalitetu života starije osobe. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) kvalitetu života definira kao individualnu percepciju osobne pozicije u kontekstu vrijednosnog sustava i kulture u kojem pojedinci žive i na ciljeve, očekivane vrijednosti i želje, uključujući tjelesno zdravlje, psihološko stanje, razinu samostalnosti, društvene odnose, te osobna uvjerenja. Starost je često promatrana kao jedan stadij života, a sve osobe definirane „starima“ promatrane s istom mješavinom strahopoštovanja i sažaljenja. Naravno, ljudi se razlikuju u svakom stadiju života, pa tako i u ovom.

Cilj ovog istraživanja je istražiti što o kvaliteti života u domu za starije i nemoćne misle starije osobe, analizirati podatke koji će biti dobiveni istraživanjem, usporediti ih sa sličnim istraživanjima, te na samom kraju izvući zaključke o kvaliteti života u domovima za starije i nemoćne.

U istraživanju je sudjelovalo 51 ispitanika. Istraživanje je provedeno pomoću polustrukturirane ankete osmišljene od strane autora, a sadržavala je petnaest pitanja. Anketa je uključivala opće podatke, te podatke o zadovoljstvu smještajem, pružanim uslugama, aktivnostima u slobodno vrijeme, religijskim pristupom, sigurnosti u domu i prehranom. Postavljena je i jedna hipoteza koja nije potvrđena, a glasi „Kvaliteta života starijih osoba u domu vezana je uz njihovo zdravstveno stanje“.

Dobiveni rezultati prikazuju da ne postoji velika povezanost između kvalitete života starijih osoba u domu i njihovo zdravstveno stanje.

Zdravstveni djelatnici, uključujući i medicinske sestre mogu na različite načine utjecati na poboljšanje kvalitete života starijih osoba i da se osobe osjećaju kao u vlastitom domu.

Ključne riječi: starije osobe, kvaliteta života, domovi za starije i nemoćne

Popis korištenih kratica

WHO World Health Organization (Svjetska zdravstvena organizacija)

Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Demografski podaci starog stanovništva u Republici Hrvatskoj i u Svijetu	3
3.	Starenje i starost.....	5
4.	Teorije starenja.....	8
4.1.	Biološke teorije starenja	8
4.2.	Sociološke teorije starenja.....	8
4.3.	Psihološke teorije starenja.....	9
4.3.1.	Teorije životnog vijeka	9
4.3.2.	Teorije životnih razdoblja C.G. Junga	10
4.3.3.	Razvojni zadaci R. Havinghursta.....	10
4.3.4.	Teorija psihosocijalnih razvoja E. Eriksona	11
5.	Koncept kvalitete života	13
6.	Domovi za starije i nemoćne.....	15
7.	Zdravstvena njega osoba u domovima za starije i nemoćne.....	17
7.1.	Proces zdravstvene njege u osoba starije životne dobi	18
8.	Cilj istraživanja	20
9.	Metode istraživanja i ispitanici	21
10.	Rezultati	23
11.	Rasprava.....	33
12.	Zaključak.....	37
13.	Literatura.....	38
	Popis slika	39
	Prilozi.....	40

1. Uvod

Živimo u ostarjelom društvu, u kojem je sve više ljudi starijih od šezdeset i pet godina. Istodobno, pitanje društvene važnosti starenja postaje sve važnije. Stariji ljudi danas su puno manje skloni prihvatiti starenje kao neizbježan proces propadanja tijela.[1]

Zahvaljujući porastu općeg životnog standarda i posljedici smanjenja prirodnog priraštaja, u razvijenim zemljama dolazi do produženja životnog vijeka, a s time i do većeg udjela starijih osoba u populaciji.

Osobe starije životne dobi predstavljaju specifičnu, osjetljivu i ranjivu skupinu. U posljednjih desetak godina u hrvatskoj populaciji (starijoj od 65 godina i više) pojavila se potreba za što boljom socijalnom i zdravstvenom skrbi što ujedno i potiče veći interes u istraživanju kvalitete života starijih osoba u domovima za starije i nemoćne.

Domovi za starije i nemoćne su javne ustanove koje se baziraju na pružanju pomoći izvan doticanja vlastite obitelji, te osiguravaju smještaj. Također, osiguravaju cjelokupnu skrb koja obuhvaća prehranu, održavanje osobne higijene, brige o zdravlju, provođenju aktivnosti i osiguravanju slobodnog vremena. Glavni prigovor domskog smještaju je što se staru osobu izdvaja iz njene fizičke i socijalne sredine, te se tako izlaže pojačanom stresu.

Uloga medicinske sestre unutar doma je da prije svega svojim aktivnostima pomaže bolesnicima da razviju ili očuvaju za njih maksimalnu razinu samostalnosti, odnosno optimalnu razinu ovisnosti sukladno njihovom stanju. Pružanje skrbi temelji se na namjernom, točno utvrđenom i organiziranom pristupu zadovoljavanju potreba i rješavanju problema.

Kvaliteta života starijih osoba često i ne treba biti usko povezana sa zdravstvenim stanjem. Starije osobe mogu živjeti kvalitetno i zadovoljno usprkos narušenom vlastitom zdravstvenom stanju.

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, engl. World Health Organization) definira kvalitetu života kao percepciju vlastitog položaja u životu u samom kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojem pojedinac živi i njegovim odnosom prema vlastitim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesima.[2]

Danas postoji niz teorija, a posljedično i upitnika za mjerenje kvalitete života. Međutim, još uvijek ne postoji slaganje oko definicije kvalitete života, niti univerzalno prihvaćen "zlatni standard" mjerenja. S obzirom da ne postoji univerzalno prihvaćena definicija kvalitete života, ovdje će biti prikazane neke od najčešće citiranih.

Cummins (2000) kvalitetu života definira kao nešto multidimenzionalno, navodeći da kvaliteta života podrazumijeva i objektivnu i subjektivnu komponentu.[3]

Brajković definira objektivnu dimenziju kao mjerljive objektivne uvjete života (npr. bruto nacionalni dohodak, dostupnost raznih službi i usluga), dok se subjektivna kvaliteta života odnosi na osobnu procjenu zadovoljstva različitim dimenzijama kao što su zdravlje, socijalni odnosi, intimnost, materijalno blagostanje i sl.

Krizmanić i Kolesarić definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitoga života određenog objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njezina specifičnoga životnog iskustva.[3]

Također istraživanja provedena na temu kvalitete života u Dublinu i Wicklowu prikazuju kako je od velike važnosti da se starije osobe unutar svakog doma osjećaju sigurno, da imaju osjećaj udobnosti. Većina ispitanika navodi kako unutar doma uvijek stvore nova prijateljstva što ujedno pogoduje njihovoj kvaliteti života.[4]

2. Demografski podaci starog stanovništva u Republici Hrvatskoj i u Svijetu

Bitan čimbenik trajanja života jest kronološka dob, koja može biti u nerazmjeru sa samim starenjem ili biološkoj dobi. Većina razvijenih zemalja dob od 65 godina uzima kao referentnu vrijednost za stariju životnu dob koju obilježavaju brojne promjene kako u samom funkcioniranju organizma tako i u socijalno - ekonomskim relacijama.[5]

Očekivano trajanje života u Republici Hrvatskoj za rođene 1953.godine iznosilo je za žene 63,2 godine, za muškarce 59,1 godina. Procjena očekivanog trajanja života za rođene 2011. godine je: žene 79,9 godina, muškarci 73,8 godina.[6]

U Republici Hrvatskoj, prema najnovijem popisu stanovništva iz 2011. godine, živi 4.284.889 stanovnika. Demografska situacija u Republici Hrvatskoj prikazana je u Tablici 2.1., a iznosi 758.633 ili 17,7% ukupnog stanovništva starijeg od 65 godina, što je međunarodno prihvaćena dobna granica za ulazak u starost. U Tablici 2.1. vidimo da je ukupan udio starijeg stanovništva odnosno 462.425 žena i 296.208 muškaraca. Udio od 8% starih 65 i više godina opće prihvaćeni je pokazatelj da je neka populacija zakoračila u "demografsku starost".[6]

Starije stanovništvo u Tablici 2.1. se dijeli u sljedeće tri dobne skupine: mlađa (65 – 74 godine), srednja (75 – 84 godine) i stara (85 i više godina).

Dob	Ukupno	Muškarci	Žene
65-74	414 403	178 276	236 127
75-84	283 630	102 455	181 175
85 i više	60 600	15 477	45 123
Ukupno	758 633	298 208	462 425

Tablica 2.1. Udio starijeg stanovništva u Republici Hrvatskoj 2011.

Izvor: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/2015/237%20sjednica%20Vlade//237%20-%202010.pdf>

Gledajući promijenjene demografske statistike, neki sociolozi i gerontolozi govore o populaciji koja „slijedi“. Gotovo sve razvijene zemlje doživjeti će starenje stanovništva u sljedećim desetljećima. Peter Peterson je opisao taj pojam kao „sijedu zoru“. Trenutačno je svaki sedmi čovjek u razvijenom svijetu stariji od šezdeset i pet godina. Za trideset godina to će biti svaki četvrti čovjek. U Australiji će do 2030. biti 33% ljudi starijih od šezdeset i pet godina, a u

Njemačkoj gotovo 55%. Broj „starih osoba“ (onih starijih od osamdeset i pet godina) raste još brže nego broj „mlađih starih“. U sljedećih pola stoljeća bit će šest puta više starijih ljudi od osamdeset i pet godina nego danas. O tom procesu se katkad govori kao o „starenju starih“. Ovaj značajan pomak u raspodjeli starosti unutar populacije stvara specifične izazove za Britaniju i mnoge industrijalizirane zemlje. Jedan od načina da se razumije zašto je to tako jest shvatiti tzv. omjer ovisnosti – odnos između broja male djece i umirovljenika, s jedne strane, i ljudi u radnoj dobi s druge strane. I dok se starija populacija povećava, sve su veći zahtjevi koji se postavljaju socijalnim službama i zdravstvenom sustavu. Porast očekivane životne dobi znači i to da će se mirovine morati plaćati više godina nego sada.[1]

3. Starenje i starost

Svi ljudi stare bez obzira na trenutačnu dob. Danas shvaćanje pojma starenja je kao nešto što još uvijek ne treba shvaćati sa ozbiljnošću. Starenje i starost su dva pojma koja se često izgovaraju skupa, a da se pri tome i ne primjećuje razlika.

Prvi uspon u razvoju istraživanja starenja i starosti nastupio je sredinom 1940-ih godina, kad su se u Europi i Sjedinjenim Američkim Državama počeli razvijati instituti za gerontološka istraživanja, gerontološka udruženja te Odsjek za zrelost i starost Američkog psihološkog udruženja.[7]

Starenje je dio ljudskog života i ljudske prirode u kojem osoba s obzirom na prijašnje stanje gubi funkcije organizma, te svojstva i sposobnosti čovjeka. Također, starenje je definirano kao pojam koji tijekom života ireverzibilno prikazuje propadanje struktura i funkcija organizma, smanjenje psihofizičkih svojstava, te pad prilagodbe i odgovora.[8]

Starenje je proces tijekom kojega se događaju razne promjene u funkciji dobi. Razlikujemo tri osnovna pojma starenja:

- *biološko*, usporavanje i opadanja u funkcijama organizma s vremenom
- *psihološko*, promjene u psihičkim funkcijama i prilagodba ličnosti na starenje
- *socijalno*, promjene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi.[7]

Starenje je izrazito individualan proces, te nastupa kod svake osobe na drugačiji način, odnosno to je proces koji ne zahvaća istovremeno organske sustave i druge organe.

Na biološkoj razini osoba može biti puno mlađa ili starija od svoje dobne skupine. Biološku starost moguće je definirati kao individualnu sposobnost organizma da se adaptira na uvjete okoline, najčešće je izraženo izdržljivošću, jakošću, fleksibilnošću, koordinacijom i radnom sposobnošću. Kod nekih osoba događa se sporije, kod nekih brže. Niz je regresivnih promjena koje se događaju osobi na biološkoj razini u procesu starenja. Trajni gubitak velikog broja fizičkih sposobnosti, usporavanje reakcija na vanjske podražaje, smanjenje otpornosti i elastičnosti tkiva, povećanje krhkosti kostiju, itd. Takve promjene slabe otpornost i funkcionalnost organizma čime je povećana opasnost od oboljenja i ozljeda. Biološka starost prepoznatljiva je u nizu vanjskih pokazatelja: sijeda kosa, naborana i isušena koža, pogrbljeno hodanje, te teški i usporeni hod.[8] Kod starijih osoba najčešće su zastupljene kronične bolesti poput bolesti lokomotornog sustava, hipertenzije, dijabetesa, oštećenja središnjeg živčanog sustava i promjene na senzornim organima.[3]

Kada spominjemo nužno pojam starenja bitno je razlikovati pojam primarnog i sekundarnog starenja.

Primarno starenje, ponekad nazvana fiziološko starenje ili senescencija, a odnosi se na normalne, fiziološke procese koji su određeni unutarnjim, biološkim čimbenicima, koji su neizbježni i posljedica su sazrijevanja ili protoka vremena, kao npr. menopauza u žena ili uspostavljanje aktivnosti središnjeg živčanog sustava. Sekundarno starenje odnosi se na patološke promjene i opadanje s godinama koje je posljedica vanjskih čimbenika, uključujući bolest, okolinske utjecaje i ponašanje, primjerice, utjecaj buke na slabljenje sluha.[7]

Starost se ne može izjednačiti s lošim zdravljem i invalidnošću, premda starija dob znači i sve više zdravstvenih problema. Samo tijekom posljednjih dvadesetak godina biolozi su sustavno pokušavali razlikovati fizičke učinke starenja od osobina povezanih s bolestima. Nije riješeno pitanje koliko se tijelo neizbježno s godina troši. Učinke socijalnih i ekonomskih gubitaka također je teško odvojiti od učinaka fizičkog propadanja. Gubitak prijatelja i rođaka, razdvajanje djece koja žive drugdje i gubitak posla, sve to pogoršava fizičko zdravlje.[1]

Psihološka starost definira se s obzirom na mogućnost prilagodbe pojedinca promjena u životnoj okolini, starenje se odnosi na proces promjena u psihičkim funkcijama kao i na tijek prilagodbe. Tijekom starenja dolazi do promjena u psihičkom funkcioniranju stare osobe. Najčešće praćene promjene u psihologiji starih odnose se na pamćenje i inteligenciju. Starije osobe često se tuže na poteškoće u pamćenju, slabo zapamćivanje novih sadržaja, zaboravljanje podataka ili gubljenje predmeta.[8]

Socijalna starost se odnosi na izmijenjene socijalne uloge pojedinca u društvu, te je usko povezana s kronološkom dobi, iako i biološka i psihološka nisu nezavisne od kronološke starosti. Socijalna starost u kulturnom krugu kojemu i mi pripadamo je razdoblje iznad 65. godine života kad se iz radno aktivne faze prelazi u umirovljeničko razdoblje. To je zakonska norma koja se primjenjuje u najvišem broju zemalja u zapadnom, razvijenom svijetu. Kao i drugi vidovi, starost ima svoje negativne strane kako za osobu dospjelu u tu dob tako i za društvo u cjelini. Za osobu problem socijalne starosti pored ostalog znači socijalnu marginalizaciju, često osamljenost i smanjena sredstva za život, za društvo to je teret uzdržavanja starih neproduktivnih osoba, povećani izdaci, koji su nerijetko jedan od naglašenijih financijskih opterećenja državne blagajne u svim razvijenim zapadnim društvima.[8] Gubitak socijalnih uloga (prvenstveno radi odlaska u mirovinu) koje su u prvom redu djelovale na aktivnost pojedinca najčešće dovode do gubitka motivacije za bilo kakvu aktivnost. Što je socijalna motivacija bila veća, to je pojedincu teže naći sukladne motive nakon gubitka radne uloge odnosno socijalnog statusa.[3]

Starost je posljednje razvojno razdoblje u životnome vijeku pojedinaca, koje se može definirati prema kronološkoj dobi (npr. nakon 65. godine života), prema socijalnim uslugama ili u statusu

(npr. nakon umirovljenja) ili prema funkcionalnom statusu (npr. nakon određenog stupnja opadanja sposobnosti). Zajednička činjenica jest da je starost razdoblje prema kojem se odvija razvoj svakog pojedinca, bez obzira na njegov spol, rasu ili ekonomski status, u koje se ulazi u nekom trenutku.[7]

4. Teorije starenja

Iako ne postoji jedna sveobuhvatna teorija starenja koja bi objasnila svu složenost procesa starenja, ipak su istraživači pokušali objediniti i obrazložiti empirijske nalaze u okviru pojedinih disciplina koje se bave starenjem kao predmetom proučavanja.[8] Stoga, teorije starenja dijele se na biološke, sociološke i psihološke, te će kao takve biti navedene u nastavku poglavlja.

4.1. Biološke teorije starenja

Cilj biološki teorija starenja jest objasniti uzroke i proces starenja na razini stanica, organa i organizma kao cjeline. Biološke teorije starenja mogu se svrstati u dvije glavne skupine: **programirane teorije starenja** (naziva se još i razvojne ili genetičke) i **stohastičke ili slučajne teorije**.

Programirane teorije starenja polaze od pretpostavke da je starenje ugrađeno u genetski ustav, odnosno da je genetski određen svojevrсни plan starenja. Osnovna je ideja su specifični geni i njihove promjene odgovorni za dužinu života.[7]

Stohastičke teorije predstavljaju da je proces starenja rezultat samog života, odnosno rezultat akumuliranih oštećenja koja uzrokuju slučajni događaj iz svakodnevnog života, a mogu biti izazvani bilo vanjskim faktorima npr. bolestima, ozljedama, te štetnim tvarima i sl. Oštećenja se, primjerice, zbivaju u: promjenama molekula proteina, u promjenama DNA u tjelesnim stanicama.[7]

4.2. Sociološke teorije starenja

Cilj socioloških teorija starenja jest objasniti promjene u odnosu na pojedinca i društva do kojih dolazi u procesu starenja. Ove teorije također objašnjavaju utjecaje društva i kulture na starenja pojedinca te utjecaje starenja pojedinca na društvo.[7]

Navedeno se očituje u promjenama u socijalnim aktivnostima, socijalnim interakcijama i socijalnim ulogama starih osoba. Unutar socioloških teorija razlikuju se:

- *socijalne makroteorije*, promatraju starenje u svjetlu demografskih i socioloških promjena

- *socijalne mikroteorije*, objašnjavaju starenje na razini pojedinca, njegovog socijalnog statusa i uloga koje mu društvo dodjeljuje, a na temelju navedenog pojedinac određuje svoju vrijednost
- *socijalne povezujuće teorije*, nastoje povezati socijalnu strukturu s pojedincem, njihovim interakcijama koje mogu naglasiti društvenu aktivnost starijeg čovjeka ili mu je uskratiti, ili mu dodijeliti uloge na temelju njegove dobi.[5]

4.3. Psihološke teorije starenja

Većina članaka i knjiga iz područja gerontologije i psihologije starenja započinje navodom o rastućem broju starijih osoba, koji će se i dalje u budućnosti povećavati. Međutim, ono što ne prati porast zanimanja i istraživanja starenja jest teorija.

U nastavku teksta ćemo se osvrnuti na neke od psiholoških teorija starenja.

4.3.1. Teorije životnog vijeka

Danas postoji mnogo različitih modela psihičkog razvoja kroz životni vijek, da možemo govoriti o skupini teorija životnog vijeka ili životnog ciklusa. Iako je do naglog porasta popularnosti ovog teorijskog pristupa došlo 1970-ih godina, s Danielom Levinsonom kao jednim od začetnika novog pristupa razmatranju razvoja u odrasloj dobi, postoji nekoliko značajnih preteča teorije životnog vijeka.[7]

U Tablici 4.3.1.1. autorica Charlotte Büchler tridesetih je godina prošlog stoljeća u Beču na temelju prikupljenih biografija postavila model psihičkog razvoja kroz ljudski vijek, usporedan biološkom tijeku života, a odvija se kroz pet osnovnih razdoblja.

Godine	Razdoblje
0-15	Razdoblje progresivnog rasta, djetinjstvo
15-25	Razdoblje reprodukcije, početno samoodređivanje ciljeva
25-45	Razdoblje kulminacije, konačno samoodređivanje ciljeva
45-65	Razdoblje opadanja reprodukcije, samoprocjena u postizanju ciljeva
65 i više	Razdoblje opadanja, ostvarenje ciljeva ili osjećaj neuspjeha

Tablica 4.3.1.1. Teorija tijeka ljudskog života C. Büchler

Izvor: <https://core.ac.uk/download/pdf/11699863.pdf>

Teorija C.Büchler naglašava uporedan tijek između bioloških procesa rasta, stabilnosti i opadanja te psihosocijalnih procesa razvoja, kulminacije i sažimanja aktivnosti i postignuća. Stoga je bitno naglasiti da se biološki i psihički razvoji ne moraju odvijati usporedno, niti na jedan način kod različitih osoba.[7] Nadalje, ova teorija napominje da u starosti nužno dolazi do opadanja što se kosi s novijim psihologijskim spoznajama uz proces starenja.

4.3.2. Teorije životnih razdoblja C.G. Junga

Carl Gustav Jung 1930-ih godina je predložio svoju teoriju psihičkog razvoja koja se odnosi na čitav životni vijek. Carl Gustav Jung također promatra psihički razvoj u razdoblju mladosti, koje počinje nakon kraja puberteta i traje do srednjih godina (35-40), u kojem osoba širi horizont života. U nadolazećem razdoblju nakon 40.godine koju je nazvao „podnevom života“, smatrao je početkom tzv. procesa individuacije. To je razdoblje u kojem se osoba počinje okretati sebi, postaje svjesnija sebe i traži cilj, smisao i cjelovitost vlastitog života. Osoba, rješavajući unutarnje sukobe (maskulinitet – feminitet, kreativnost – destruktivnost, mladost – starost i separacija – privrženost) otkriva smisao vlastitog postojanja i lakše prihvaća vlastitu smrtnost.[5]

4.3.3. Razvojni zadaci R. Havighursta

Robert Havighurst je predložio model razvoja kroz životni vijek, koji je utemeljen 1950-ih godina na pojmu razvojnog zadatka. Razvojni zadatak je najvažnije postignuće koje se zahtjeva od osobe u pojedinim razdobljima života, o kojem ovisi zadovoljstvo i uspješnost u trenutnim i budućim razvojnim razdobljima. Razvojni zadaci starosti (60 godina i više) su:

- prilagodba na smanjenu tjelesnu snagu;
- prilagodba na umirovljenje i smanjeni prihod;
- prilagodba na smrt supružnika;
- uspostavljanje jasne pripadnosti vlastitoj dobnoj skupini;
- ispunjavanje socijalnih i građanskih obveza;
- uspostavljanje zadovoljavajućih uvjeta života.[7]

Glavna tema koja se provlači kroz Havighurstov popis je oslobađanje od obveza, voljno ili nevoljno smanjivanje aktivnog sudjelovanja u društvu. Umirovljenje je dio oslobađanja od obveza; opadanje snage i zdravlje čini aktivnosti težima; smrt supružnika oduzima osobi pratioca u prijašnjim aktivnostima i „isušuje“ emocionalne izvore. Oslobađanje od društvenih uloga

srednje životne dobi (npr. uloga radnika) nadomješta se usvajanjem nekih novih aktivnosti i prilagođavanjem starih (npr. umirovljene osobe mogu se početi baviti nekim novim hobijima, priključiti se nekoj društveno - rekreacijskoj skupini; mogu proširiti svoju obiteljsku ulogu – npr. druženje s unucima i sl.).

U usporedbi s mladim osobama, starije osobe češće razmišljaju o smrti, ali je se manje boje. Strah je vjerojatno manji jer su stare osobe „socijalizirane“ – društvo ih je naučilo da starost vrlo brzo dovodi do smrti te se i na taj način pripremaju i očekuju je.[5]

4.3.4. Teorija psihosocijalnih razvoja E. Eriksona

Erik Erikson ima jednu od najznačajnijih preteča suvremenih teorija životnog vijeka, a ona glasi teorija psihosocijalnog razvoja iz 1965.godine.

Erik, Freudov učenik proširuje teoriju psihoseksualnog razvoja na čitav životni vijek i uključuje kao bitan čimbenik socijalnu okolinu. Što je osoba starija, to je socijalna okolina šira. Psihički razvoj odvija se kroz osam razvoja. U svakom tom razdoblju osoba se suočava s određenom psihosocijalnom krizom, odnosno izazovom ili prekretnicom koja može biti pozitivna ili negativna.[7] Erikson smatra da što je više negativnih ishoda krize prethodnog razvojnog razdoblja, to će razvoj u narednim razdobljima biti teži. No, on napominje da period razrješavanja krize nije točno određen, ovisi o pojedincu i razlikuje se od pojedinca do pojedinca. Sukladno tome, niti svako pojedino razvojno razdoblje nema strogo određeno trajanje. Prijelaz iz jednog stadija u drugi ne podrazumijeva da taj stadij više ne djeluje. Njegov je utjecaj moguć jer je on integralni dio ličnosti. Erikson smatra važnim i način ritualizacije. Pod ritualizacijom podrazumijeva obrazac ili način na koji se odvija interakcija među pojedincima određene sredine. Cilj ritualizacije je da od pojedinca učini djelotvornog i familijarnog člana pojedine društvene sredine.[5]

Pet razvojnih razdoblja odnosi se na djetinjstvo i mladost, a tri na odraslu dob i starost:

	Dob	Razvojna razdoblja i krize
1.	0-1	Povjerenje nasuprot nepovjerenju
2.	1-3	Autonomija nasuprot sumnji
3.	3-6	Inicijativa nasuprot krivnji
4.	6-11	Poduzetnost nasuprot inferiornost
5.	11-18	Identitet nasuprot zbrci uloga
6.	20-40	Intimnost nasuprot izoliranosti
7.	40-60	Stvaralaštvo nasuprot samozaokupljenosti
8.	60-smrti	Integritet nasuprot očaju

Tablica 4.3.4.2. Razvojne faze prema Eriku Eriksonu

Izvor: <http://medlib.mef.hr/824/>

Erikson u Tablici 4.3.4.2. posebno ističe vrijednost ove teorije što naglašava da psihički razvoj traje sve do kraja života, kada možemo konačno sagledati svoje ukupno sazrijevanje. Da bi bolje razumjeli ljude u starosti, važno ih je sagledati u kontekstu čitavog životnog vijeka, uključujući uspješno i neuspješno razriješene probleme iz ranijih životnih razdoblja.[7] U osmom stadiju prema Eriksonu u Tablici 4.3.4.2. dolazi do retrospekcije cijelog života, svih postignuća i svih promašaja kao i cjelokupnog iskustva. Erikson napominje da to nije samo retrospekcija, nego i evaluacija životnog puta. To je period početka starosti u kojem dolazi do postupnog smanjivanja, odnosno degeneriranja brojnih tjelesnih funkcija i zdravlja. U ovoj fazi dolazi i do niza psihosocijalnih pitanja i problema (npr. smanjenje novčanih sredstava, gubitak (smrt) partnera, potreba da se izbjegne samoća ili osamljenost. Psihosocijalna kriza u ovom razdoblju proizlazi iz evaluacije vlastitog životnog puta. Takvom evaluacijom, ako je pozitivna, pojedinac zapaža da je u njegovom životu postojao red, da je on u svom životu našao svoje mjesto i da je tom životu dao određeni smisao. Iz navedenog se zaključuje da osjećaj integriteta ega proizlazi iz zadovoljstva onim što je pojedinac učinio i postigao.[5]

5. Koncept kvalitete života

Pojmom kvalitete života koriste se različite struke te mu daju i različita značenja. U psihologijskoj literaturi kvaliteta života tumači se kao svojevrsna trajna procjena zadovoljstva životom, a procjena zadovoljstva životom, opet, nastaje na osnovi evaluacije kvalitete življenja u različitim područjima primjerice posao, umirovljenje, socijalne aktivnosti, međuljudski odnosi, emocionalne vez i sl.[5]

U literaturi o kvaliteti života nalazimo stotinjak definicija i modela. I danas prisutan velik broj različitih definicija i modela kvalitete života govori o različitom poimanju tog koncepta. Također postoji niz teorija, a posljedično i upitnika za mjerenje kvalitete života. Međutim, još uvijek ne postoji slaganje oko definicije kvalitete života, niti univerzalno prihvaćen "zlatni standard" mjerenja. S obzirom da ne postoji jedna, univerzalno prihvaćena definicija kvalitete života, ovdje će biti prikazane neke od najčešće citiranih.

Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) definira kvalitetu života kao pojedinačnu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom, te okolišnom kontekstu (World Health Organization 1999). Jednu od sveobuhvatnijih definicija kvalitete života iznose Felce i Perry (1993) definirajući kvalitetu života kao sveukupno, opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući osobni razvoj i svrhovitu aktivnost, a sve promatrano kroz osobni sustav vrijednosti pojedinca. Cummins (2000) kvalitetu života također definira multidimenzionalno navodeći da kvaliteta života podrazumijeva i objektivnu i subjektivnu komponentu.[3]

Brajković definira objektivnu dimenziju kao mjerljive objektivne uvjete života (npr. bruto nacionalni dohodak, dostupnost raznih službi i usluga), dok se subjektivna kvaliteta života odnosi na osobnu procjenu zadovoljstva različitim dimenzijama kao što su zdravlje, socijalni odnosi, intimnost, materijalno blagostanje i sl.

Krizmanić i Kolesarić definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitoga života određenog objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njezina specifičnoga životnog iskustva.[5]

Kvaliteta života pojedinca ovisi o njegovoj mogućnosti nadoknađivanja nedostataka koji ga opterećuju i korištenju prednosti koje mu se pružaju, što omogućuje postizanje ravnoteže između očekivanja i realizacije. Sve navedeno jednostavno upućuje na to da je nemoguće procijeniti kvalitetu života pojedinca na osnovi poznavanja objektivnih uvjeta u kojima živi ili objektivnih poteškoća koje ga opterećuju kao što su starost, bolest ili briga o drugoj osobi.[5]

Povijesno gledano dva su osnovna pristupa u mjerenju kvalitete života. Jedan pristup podrazumijeva mjerenje kvalitete života u cjelini i on se naziva jednodimenzionalnim jer

promatra kvalitetu života kao jedinstven entitet. Prema drugom pristupu kvaliteta života se poima kao složena konstrukcija diskretnih domena. U mjerenju kvalitete života koriste se upitnici kojima se procjenjuje više različitih područja života. Unatoč izostanku slaganja oko definiranja kvalitete života, među istraživačima danas postoji slaganje oko dva osnovna aspekta koncepta kvalitete života: subjektivnost i multidimenzionalnost.[3]

S povećanjem životnog standarda istraživanja kvalitete života usmjerila su se i na opažanje zadovoljenja osobnih i društvenih potreba, a istraživanja su pretežito bila u području sociologije. Šezdesetih godina dvadesetog stoljeća počelo se jasno razlikovati subjektivne od objektivnih pokazatelja osobne kvalitete života. Sedamdesetih godina istraživanja kvalitete života usmjerila su se na subjektivne pokazatelje kvalitete života. To je koncept kvalitete života koji se razlikuje od prijašnjih po svojoj usmjerenosti na pojedinca. S vremenom su se razvila dva različita pristupa konceptualizaciji kvalitete života: skandinavski, koji uzima u obzir objektivne indikatore kvalitete života društva kao cjeline, te američki, u okviru kojega su naglašeni subjektivni indikatori kvalitete življenja.[3]

Nadalje, svjetska istraživanja ukazuju kako se osobe koje žive u većim staračkim domovima često žale na nižu kvalitetu života. Smatra se da bi medicinske sestre trebale više vremena posvetiti osobama koje su u rizičnim skupinama. Shippee još navodi kako je važnost medicinske sestre usmjeriti potrebe korisnika u društvene aktivnosti kako bi se poboljšala kvaliteta života.[9]

6. Domovi za starije i nemoćne

Domovi su nezamjenjive ustanove za zbrinjavanje vrlo starih osoba koje više nisu u mogućnosti brinuti o najosnovnijim životnim potrebama, a nemaju nikakvu pomoć svojih srodnika. To su mjesta koja osobi sa znatno smanjenim fizičkim i ostalim mogućnostima osiguravaju život dostojan čovjeka. U Hrvatskoj postoji 200-njak domova za starije i nemoćne, a većina ih je privatna. No, slobodnih mjesta nema dovoljno ni za domaće potrebe starije populacije ni za potencijalne nove korisnike izvan Hrvatske.[8]

Glavni prigovor domskog smještaja je što se staru osobu izdvaja iz njene fizičke i socijalne sredine, te se tako izlaže pojačanom stresu i nezadovoljstvu životom. Promjena boravišta uzrokuje neugodnosti u bilo kojoj životnoj dobi, ali je posebno teška u starosti. Za stariju osobu promjena mjesta boravišta često je praćena socijalnom izolacijom, problemima u prilagodbi i osjećajem da se nekome nameće ili da joj se netko nameće. Da bi stara osoba donekle ublažila stres zbog preseljenja u novu sredinu i bila zadovoljna nastavkom života u domu potreban je prvenstveno njen dobrovoljni pristanak. Izostane li, kraj je brz, a nezadovoljstvo ogromno.[8]

Oko polovice starijih ljudi koji primaju skrb u ustanovama nalazi se u domovima za njegu. U SAD-u ima oko 1,6 milijuna ljudi u više od 16 000 takvih domova. S obzirom na postojanje brojke mortaliteta, očekuje se da će se taj broj udvostručiti. Domovi za njegu najviše služe starim i vrlo starim osobama. U prošlosti, domovima za njegu uglavnom su upravljale državne ustanove ili dobrotvorne usluge, ali došlo je do dramatičnog pomaka prema uspostavljanju skrbi u domovima za njegu kao djelatnosti za ostvarivanje dobiti.[10]

Ljudi se u većini slučajeva, presele u domove za njegu zato što oni ili njihove obitelji osjete potrebu za okolinom koja može pružiti cjelodnevnu potporu i skrb koja se ne bi mogla osigurati kod kuće. Ako je osoba teško bolesna, vezana za krevet ili treba neprestano uzimati lijekove, preseljenje će vjerojatno biti dobrovoljno. Međutim, sami stari ljudi, slično kao i njihove obitelji, često poriču emocionalne probleme i duševno propadanje, tako da se, u nekim slučajevima ljudi smještaju u domove te nakon što je stručnom obradom utvrđeno da je osoba postala opasna za sebe i za druge.[10]

Većina ljudi dolazi u dom za njegu zato što više nisu potpuno sposobni za samozbrinjavanje, ali interakcije između osoblja i pacijenta često potiču nepotrebnu ovisnost i demotivaciju neovisnosti. U nekim slučajevima, ova tendencija posljedica najboljih namjera, ali češći je slučaj da njegovatelji izvršavaju zadatke umjesto korisnika zato što je to učinkovitije i „isplativije“ nego da puste korisnike da se sami bore. Osoblje također može imati negativne stavove prema starijim osobama, sve do toga da im se obraćaju tepanjem i na druge ih načine tretiraju kao

djecu. Pojedininim korisnicima potrebno je ograničiti kretanje zbog kognitivnog oštećenja, ali istraživanja pokazuju da korištenje ograničenja može dodatno ubrzati kognitivno propadanje.[10] Ulazak u dom ne znači prestanak interakcije s prijateljima, obitelji i drugim rođacima. Upravo obrnuto, može se uočiti vrlo veliki obrazac posjeta, pisama i telefonskih posjeta. Čvrste veze između rođaka i dalje ostaju.

Ako pretpostavimo da se dobrobit korisnika domova za njegu može poboljšati dopuštajući im više osobne kontrole nad vlastitim životom, to bi značilo da bi im trebalo dopustiti da odrede svoj dnevni raspored, kao i da sudjeluju u odlukama kojima se određuju neki vidovi programa i politike doma.[10]

7. Zdravstvena njega osoba u domovima za starije i nemoćne

Poznato je da je gerijatrijska zdravstvena njega u domovima za starije i nemoćne osobe specifična, te da zahtjeva uvođenje novih modela u sestrinskoj dokumentaciji i primjeni standard procesa gerijatrijske zdravstvene njege. Za provedbu četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom gerijatrijske zdravstvene njege uključeni su svi Domovi za starije u gradu Zagrebu i pojedini privatni Domovi po županijama Hrvatske. Početak je bio veliki izazov sa puno prepreka koje se nastojalo rješavati „u hodu“, a sve u cilju kontinuiranog poboljšanja kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege.[11]

Pristup zaštiti starijih ljudi je cjelovit (holistički pristup) i osigurava unapređenje svih oblika zdravstvene skrbi: od prevencije (sprečavanja), dijagnostike (otkrivanja), liječenja do rehabilitacije i evaluacije (fizičke, psihičke, socijalne) funkcionalno onesposobljenih starijih ljudi.

Jedne od najčešće prepreka pri planiranju i uvođenju sestrinske dokumentacije u domu su: tehnički nedostaci, nedostatak stručni djelatnika ili znanja ,nepoznavanje rada na računalu, nedostatak vremena, pristup novom načinu rada, nerazumijevanje medicinskih sestara za potrebom uvođenja sestrinske dokumentacije, različitost timova (sestre i njegovateljice), isključenost pojedinih članova tima, nedostatak motivacije te manjak pomoćnog osoblja.[11]

Primjena sestrinske dokumentacije za pružanje gerijatrijske zdravstvene njege u Domovima za starije i nemoćne omogućava praćenje kvalitete i količine provedenih postupaka, praćenje stanja korisnika, unapređuje kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege i povećava zadovoljstvo korisnika, pruža osnove za edukaciju medicinskih sestara te omogućava sestrinska istraživanja. Svaki postupak je evidentiran i potpisan (za što su medicinske sestre pokazale veliku motiviranost) što osigurava pravnu i zakonsku zaštitu i racionalizaciju troškova u zdravstvu. Uvođenje sestrinske dokumentacije u početku je bio dodatni posao za medicinske sestre, koji danas one same opisuju kao olakšanje u svakodnevnom radu.[11]

Sestrinska skrb za osobe starije životne dobi usmjerena je prema dvije glavne grupe rješavanja postavljenih zadataka: promicanje i očuvanje zdravlja i sprječavanje bolesti kod starijih i nemoćnih osoba te prepoznavanje, pravodobno otkrivanje i skrb za bolesne i nemoćne osobe. Medicinska sestra je često prva u prilici da primijeti koje potrebe za pomoći neka osoba ima. Zdravstvena njegu starijih osoba medicinska sestra provodi kroz individualan ili grupni rad u svrhu zdravog aktivnog starenja i očuvanja funkcionalne sposobnosti, što ujedno i uključuje:

- Zdravstveno prosvjećivanje oboljele osobe i članova njezine obitelji
- Edukacija o mjerama liječenja i njezi

- Kontrola primjene propisanih terapijskih postupaka (pravilno uzimanje propisanih lijekova, pridržavanje režima prehrane)
- Edukacija o načinima i potrebi praćenja vlastitog zdravstvenog stanja (mjerenje krvnog tlaka, šećera u krvi)
- Savjetovanje o pravima na određene oblike pomoći (ortopedska pomagala, pribor za njegu)

7.1. Proces zdravstvene njege u osoba starije životne dobi

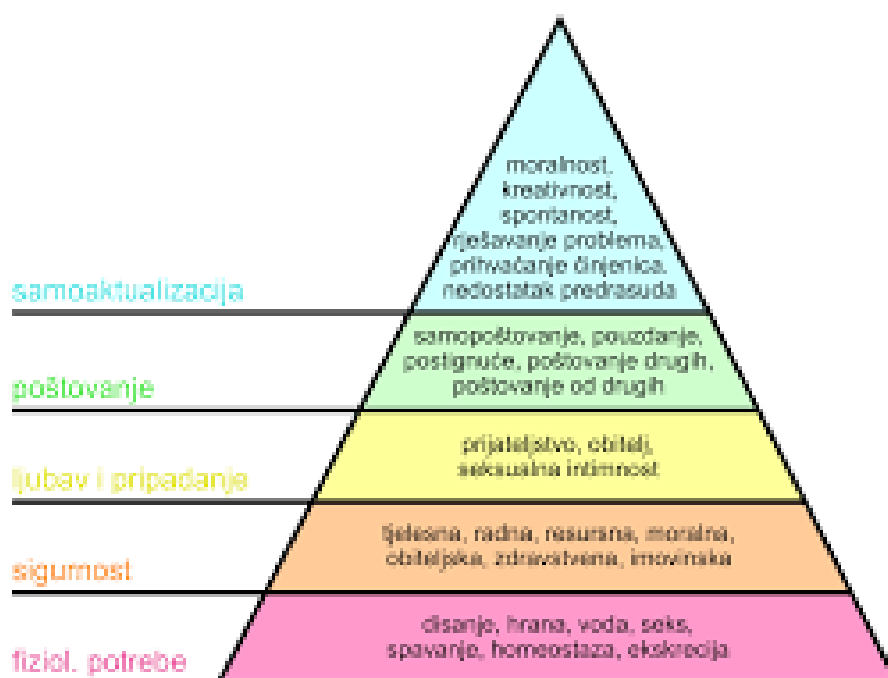
Proces zdravstvene njege starijih osoba ima iste faze kao i skrb za ostale kategorije korisnika. Medicinska sestra, voditeljica tima, najprije utvrđuje potrebe starijih osoba promatranjem, prikupljanjem podataka, provedbom intervjua, analizom podataka itd. Potom slijedi definiranje problema i utvrđivanje prioriteta. Nakon postavljanja ciljeva, planiraju se intervencije, izvedbeni program i način provjere uspješnosti. Evaluacija cilja i plana pokazat će uspješnost i potrebu za promjenom intervencija. Valja napomenuti da u procesu starenja postoje znatne individualne razlike, pa se prema tome često razlikuju potrebe, načini i stupnjevi stimulacije samopomoći ili pomoći drugih osoba, stupanj suradnje i postignuća ciljeva.[12]

Medicinska sestra prije svega svojim aktivnostima pomaže bolesnicima da razviju ili očuvaju za njih maksimalnu razinu samostalnosti, odnosno optimalnu razinu ovisnosti sukladno njihovom stanju. Medicinska sestra se treba aktivno zanimati za bolesnika, njegove potrebe i probleme. Treba imati dovoljno vremena za svakoga bolesnika i izbjegavati stvaranje ovisnosti bolesnika o sestri i težiti njegovom što većem osamostaljenju. Odnos prema bolesniku treba biti stručan i profesionalan. Pristup svakom bolesniku treba biti individualan, u skladu s njegovim posebnim potrebama. Medicinska sestra je u najbližem kontaktu s bolesnikom i njegovom obitelji pa može prva uočavati promjene i stručnom timu iznositi svoja zapažanja, vrlo značajna za daljnji postupak. Osnova je sestrinske skrbi skrb za čovjeka. Pružanje skrbi temelji se na namjernom, točno utvrđenom i organiziranom pristupu zadovoljavanju potreba i rješavanju problema. Može se reći da je medicinska sestra zamjena za ono što bolesniku nedostaje (snaga, volje, znanje), a što ga čini potpunom i neovisnom osobom.

Iz Maslowljeve piramide ljudskih potreba, možemo navesti neke od sestrinskih dijagnoza:

- Fiziološke potrebe
 - a. Visok rizik za dehidraciju
 - b. Visok rizik za oštećenje integriteta kože
 - c. Smanjeno podnošenje napora

- Sigurnosne potrebe
 - a. Visok rizik za pad
 - b. Neupućenost u bolest, terapiju
- Afilijativne potrebe
 - a. Poremećaj seksualnih odnosa
 - b. Visok rizik za socijalnu izolaciju
- Potrebe za samopoštovanjem
 - a. Smanjena mogućnost brige o sebi
- Samoaktualizacija
 - b. Poremećaj slike o sebi



Slika 7.1.1. Maslowljeva piramida ljudskih potreba

Izvor: https://sh.wikipedia.org/wiki/Maslowljeva_hijerarhija_potreba

8. Cilj istraživanja

Ciljevi ovog istraživačkog rada su:

- a) Istražiti što o kvaliteti života u domu misle starije osobe
- b) Istaknuti važnost utjecaja različitih životnih područja na kvalitetu života.

U radu je postavljena hipoteza a ona glasi:

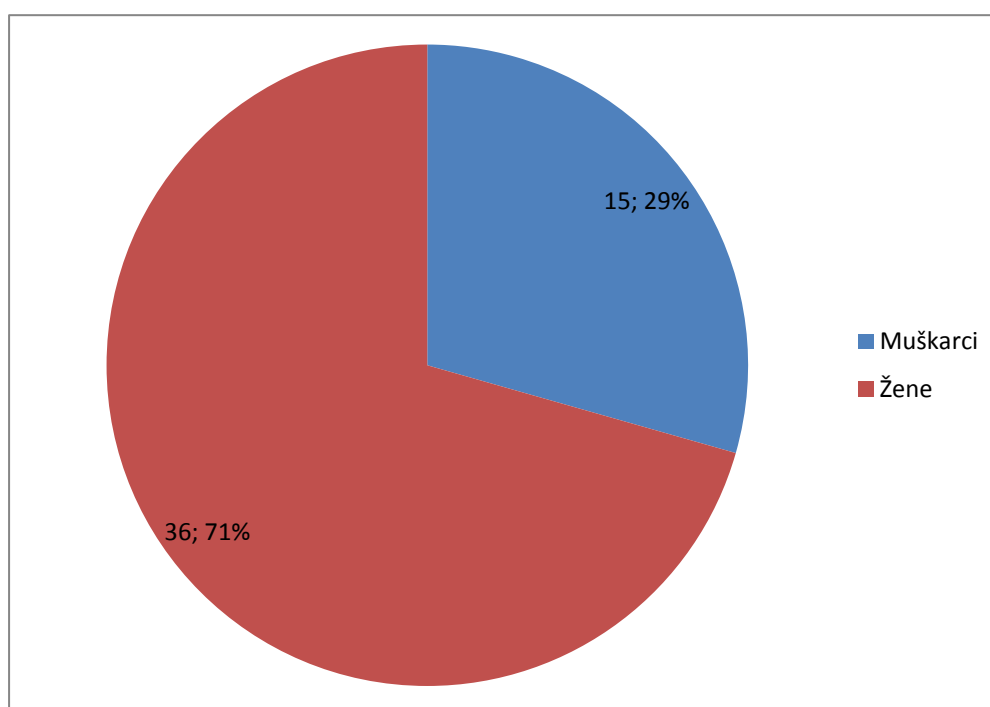
H1- Kvaliteta života starijih osoba u domu vezana je uz njihovo zdravstveno stanje.

9. Metode istraživanja i ispitanici

Podaci za ovo istraživanje prikupljeni su pomoću ankete u domovima za starije i nemoćne u razdoblju od 20.5. - 30.5.2017. Anketa je polustrukturiranog tipa i ukupno se sastoji od 15 pitanja osmišljenih od strane autora, te se nalazi u prilogu 1. Ispitanici su smješteni u domu za starije i nemoćne Caritas Sv. Ivan Krstitelj Ivanec i Rezidencija Kastelan Tuheljske Toplice.

Anketirano je 51 ispitanika u domovima za starije i nemoćne. Što se tiče demografskih podataka oni će biti prikazani u nastavku.

U uzorku većinom prevladavaju žene, dok su muškarci zastupljeni s nešto manje od trećine sudionika.



Graf 9.1. Prikaz zastupljenosti ispitanika po spolu

Izvor: autor K.Z.

Po dobi najzastupljenije su skupine od 70 do 80 godina, te 80 do 90 godine. Mlađe dobne skupine od 50 do 60 godina, 60 do 70 godina, kao i dobna skupina starijih od 90 godina koje su slabije zastupljene. Većina njih ima završenu Osnovnu školu, nešto manje njih Srednju stručnu spremu, dok troje ispitanika ima Visoku stručnu spremu.

Sudionici su informirani o cilju istraživanja te su dobrovoljno pristali na sudjelovanje u njemu. Svim sudionicima prilikom ispunjavanja ankete bila je potrebna pomoć. Ispitanici su na petnaest pitanja imali više ponuđenih odgovora, a u posljednja dva pitanja su imali slobodu izražavanja gdje su mogli iznijeti svoje prijedloge, dojmove i komentare vezane uz ustanovu u kojoj borave. Vrijeme potrebno za ispunjavanje ovog upitnika kretalo se otprilike oko 10 minuta. Ispitanicima

je objašnjeno da će dobiveni podaci biti povjerljivi i koristiti će se isključivo za potrebe izrade završnog rada.

U obradi i analizi podataka primijenio se Microsoft Office Excel. Odgovor na svako pitanje prikazan je u grafičkom obliku, a poslije svakog grafičkog prikaza opisana je analiza dobivenih rezultata.

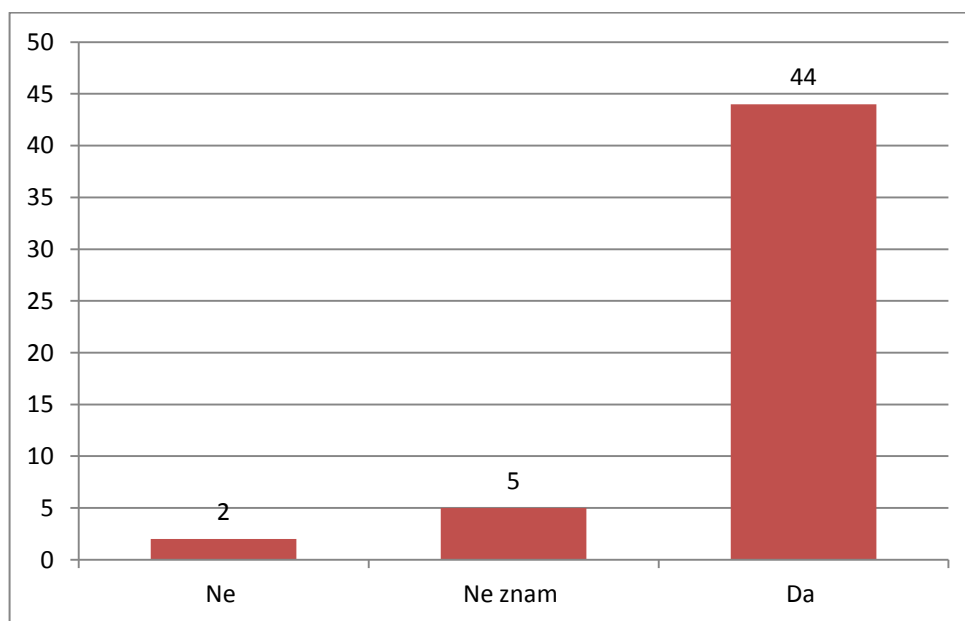
10. Rezultati

Podaci dobiveni anketom pod nazivom „Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne“ u nastavku teksta će biti prikazani u grafičkom obliku, a poslije svakog grafičkog prikaza opisani su dobiveni rezultati.

1) Pitanja o smještaju u domu

Pitanje [1]: Jeste li zadovoljni vlastitim smještajem u domu?; rezultati su prikazani u grafikonu

10.1.



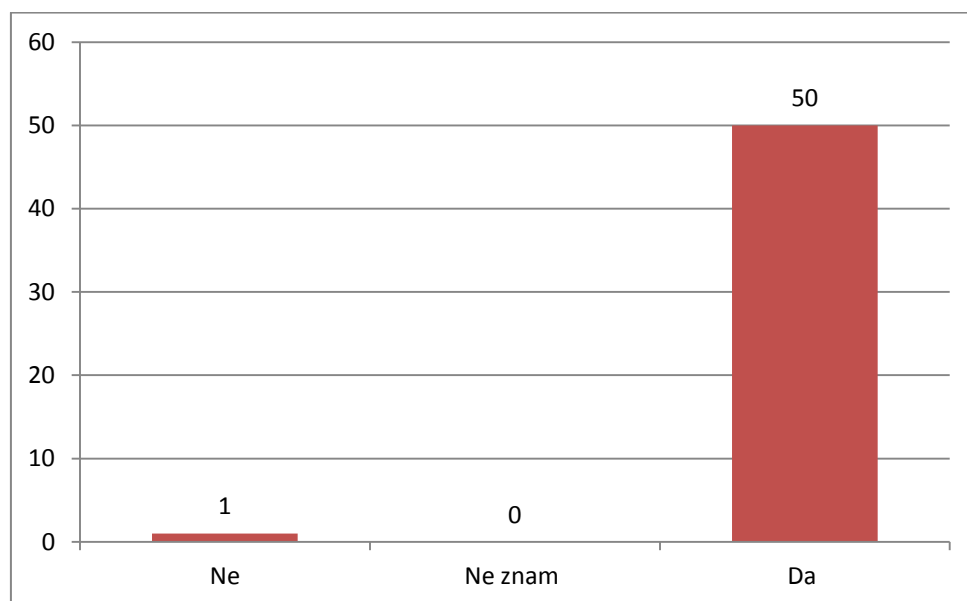
Graf 10.1. Prikaz odgovora na pitanje “Jeste li zadovoljni vlastitim smještajem u domu?”

Izvor: autor K.Z.

Prevladavajuća većina sudionika zadovoljna je smještajem u domu (44; 86.27%). Tek dvoje sudionika nije zadovoljno smještajem, dok njih petero nije sigurno.

Pitanje [2]: Jeste li zadovoljni pruženim uslugama doma?; rezultati su prikazani u grafikonu

10.2

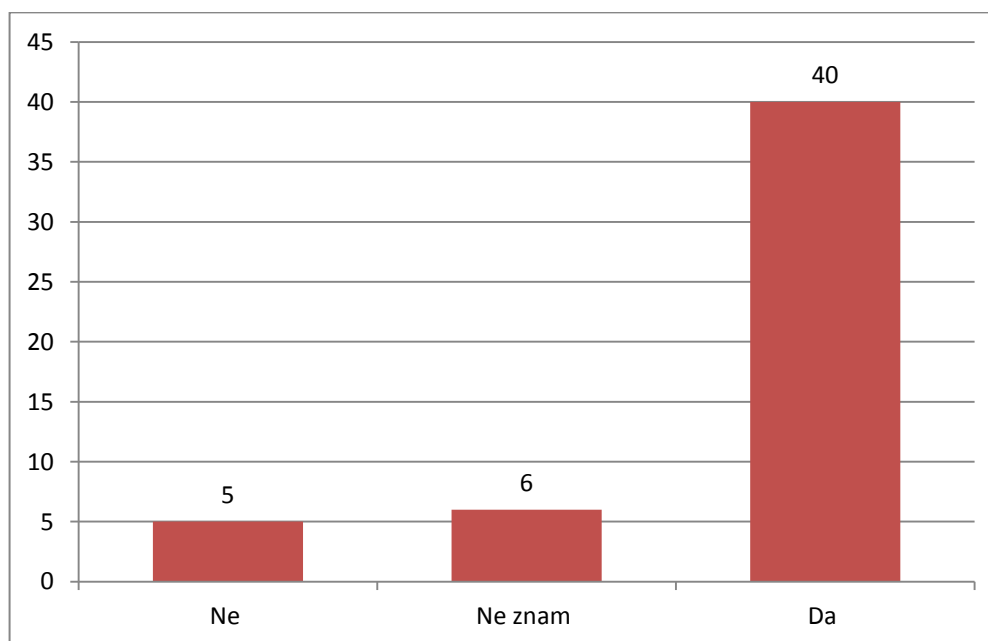


Graf 10.2. Prikaz odgovora na pitanje "Jeste li zadovoljni pruženim uslugama doma?"

Izvor: autor K.Z.

Svi sudionici osim jednog zadovoljni su pruženim uslugama doma (50; 98.04%).

Pitanje [3]: Jeste li zadovoljni svojim aktivnostima u slobodno vrijeme koje vam pruža ustanova?; rezultati su prikazani u grafikonu 10.3

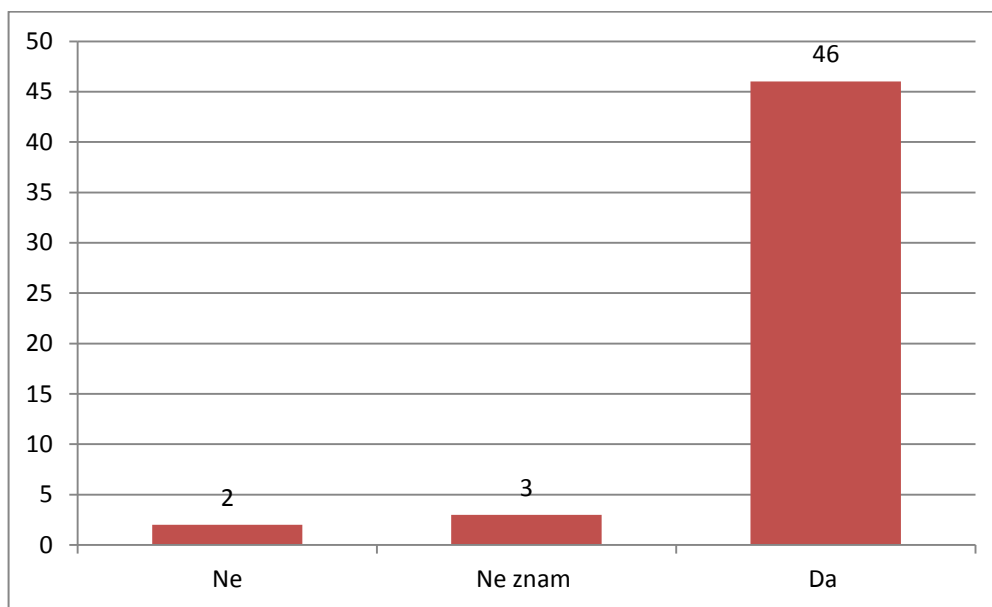


Graf 10.3. Prikaz odgovora na pitanje "Jeste li zadovoljni svojim aktivnostima u slobodno vrijeme koje vam pruža ustanova?"

Izvor: autor K.Z.

Nešto više od tri četvrtine sudionika zadovoljni su aktivnostima provođenja slobodnog vremena koje pruža ustanova (40; 78.43%). Od preostalih sudionika otprilike je jednako onih koji nisu sigurni koliko su zadovoljni aktivnostima (6; 11.76%), kao i onih koji nisu zadovoljni (5; 9.80%).

Pitanje [4]: Jeste li zadovoljni religijskim pristupom u sklopu ustanove neovisno o vašoj vjeroispovijesti?; rezultati su prikazani u grafikonu 10.4

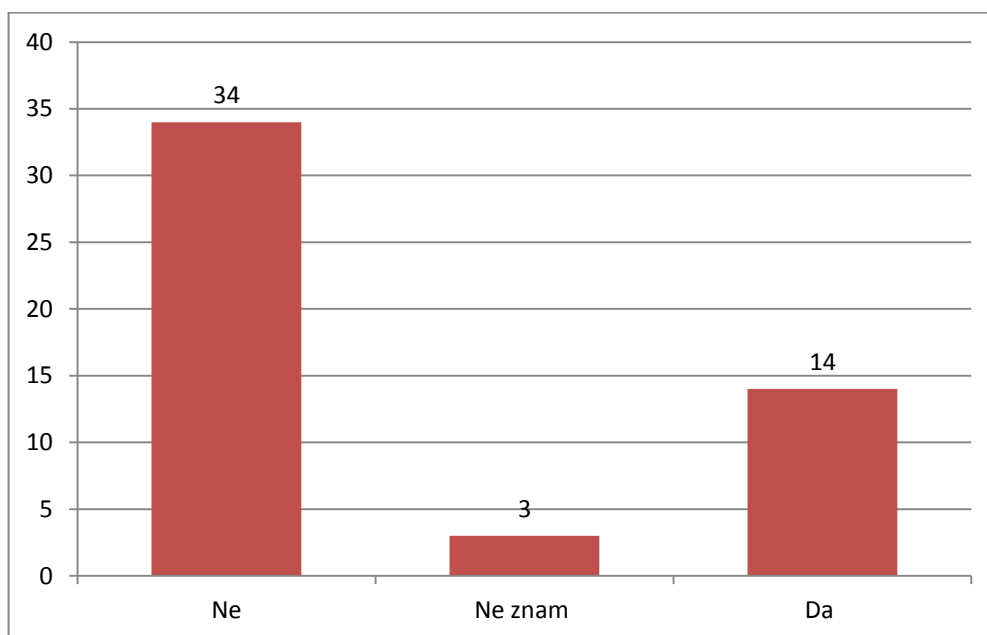


Graf 10.4. Prikaz odgovora na pitanje “Jeste li zadovoljni religijskim pristupom u sklopu ustanove neovisno o vašoj vjeroispovijesti?”

Izvor: autor K.Z.

Preko 90% sudionika zadovoljno je religijskim pristupom u sklopu ustanove (46; 90.20%), dok manjina od tri sudionika nije sigurna koliko je zadovoljna (5.88%), a dva sudionika nisu zadovoljna (2; 3.92%).

Pitanje [5]: Osjećate li se osamljeno unutar doma?; rezultati su prikazani u grafikonu 10.5

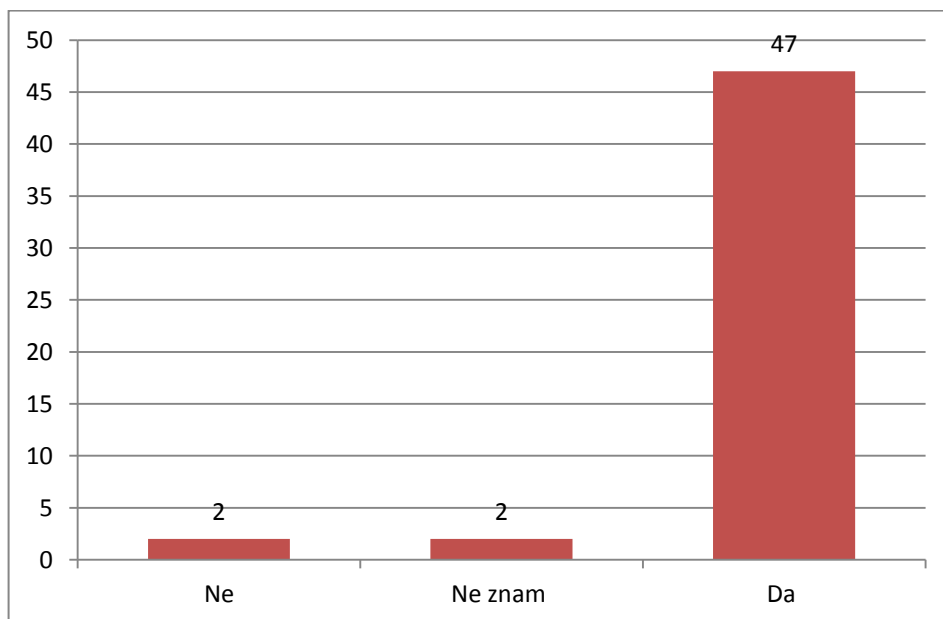


Graf 10.5. Prikaz odgovora na pitanje "Osjećate li se osamljeno unutar doma?"

Izvor: autor K.Z.

Većina od dvije trećine sudionika ne osjeća se usamljeno unutar doma (34; 66.67%). Ipak, mnogo je i sudionika koji se osjećaju usamljeno, njih otprilike četvrtina (14; 27.45%). Troje sudionika nije sigurno osjeća li se usamljeno (3, 5.88%). Uz samo pitanje o osamljenosti, sudionici su zamoljeni i da obrazlože svoj odgovor. Oni koji se ne osjećaju usamljeno najčešće navode odgovor "Ovdje imam novu obitelj, stalno se družimo i to je sve što mi treba." Oni koji nisu sigurni odgovaraju da "ovisi o vremenu i okolnostima." Sudionici koji nisu zadovoljni obrazlažu da im "Fale dom i obitelj."

Pitanje [6]: Osjećate li se sigurno unutar doma?; rezultati su prikazani u grafikonu 10.6

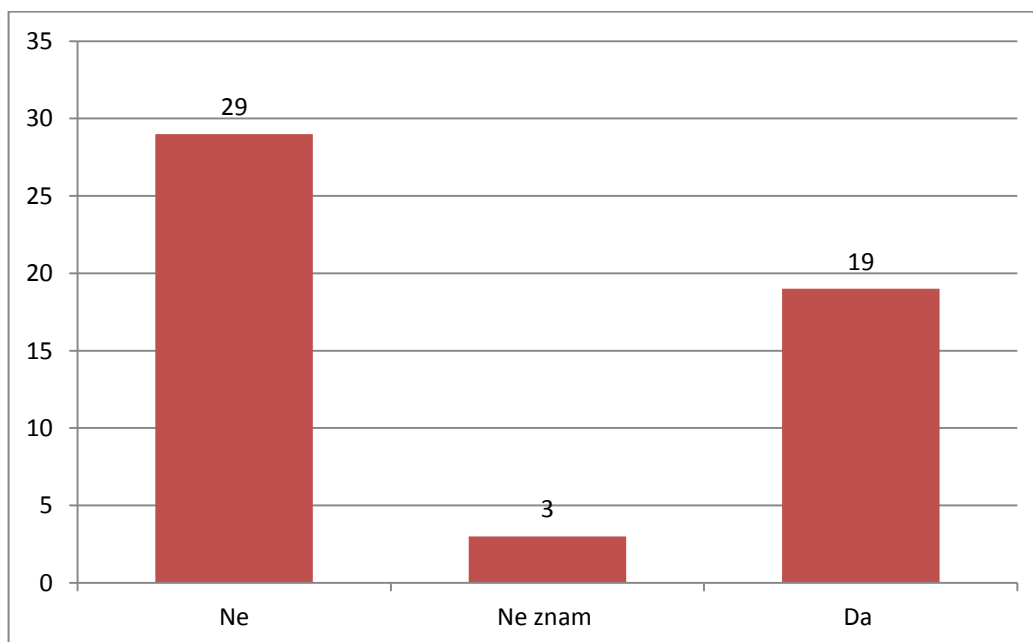


Graf 10.6. Prikaz odgovora na pitanje "Osjećate li se sigurno unutar doma?"

Izvor: autor K.Z.

Preko 90% sudionika osjeća se sigurno unutar doma (47; 92.16%), dok manjina od dva sudionika nije sigurna koliko se sigurno osjeća (3.92%), te se dva sudionika ne osjećaju sigurno (2; 3.92%).

Pitanje [7]: Jeste li zadovoljni trenutno Vašim zdravljem?; rezultati u prikazi u grafikonu 10.7

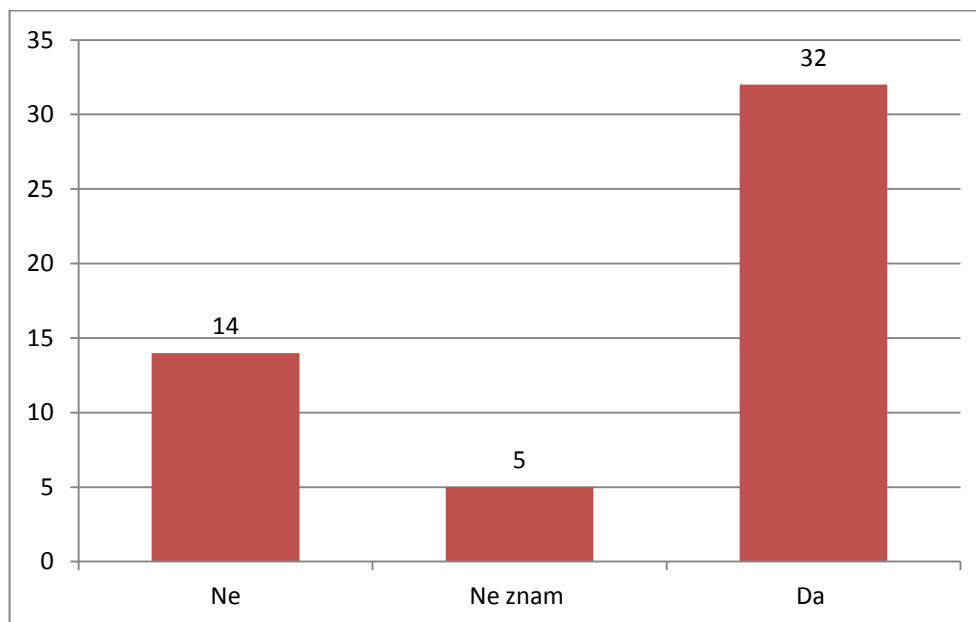


Graf 10.7. Prikaz odgovora na pitanje "Jeste li zadovoljni trenutno Vašim zdravljem?"

Izvor: autor K.Z.

Preko polovice sudionika nije zadovoljno svojim zdravljem (29; 56.86%). Nešto više od treći je nezadovoljno (19; 37.25%), dok tri sudionika nisu sigurni (3, 5.88%).

Pitanje [8]: Osjećate li da je vaše zdravstveno stanje bolje ili lošije od kada ste došli u dom?; rezultati su prikazi u grafikonu 10.8

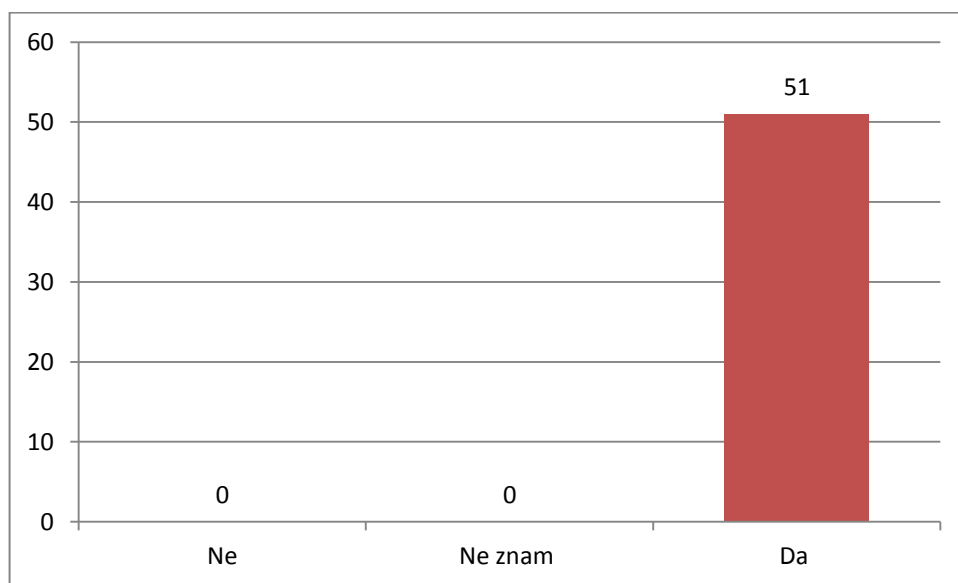


Graf 10.8. Prikaz odgovora na pitanje "Osjećate li da je vaše zdravstveno stanje bolje ili lošije od kada ste došli u dom?"

Izvor: autor K.Z.

Zdravstveno stanje sudionika otkako su došli u dom poboljšalo se za većinu sudionika (32; 62.75%). Otprilike četvrtina sudionika smatra da im je zdravstveno stanje sada lošije (14; 27.45%). Manjina koji sačinjava otprilike desetina uzorka nije sigurna (5; 9.80%). Uz samo pitanje o zdravlju, sudionici su zamoljeni i da obrazlože svoj odgovor. Oni koji smatraju da im je zdravstveno stanje lošije najčešće navode odgovor "Lošije sam svaki danom, starost nosi svoje." Oni koji nisu sigurni odgovaraju: "Moje zdravstveno stanje je isto, niti bolje, niti gore." Sudionici koji smatraju da im se zdravstveno stanje poboljšalo navode: "Ovdje imam uredan život i nekog tko brine o meni," te "Osjećam se bolje, sada mi je terapija pod kontrolom."

Pitanje [9]: Jeste li zadovoljni prehranom i brojem obroka u domu?; rezultati su prikazi u grafikonu 10.9

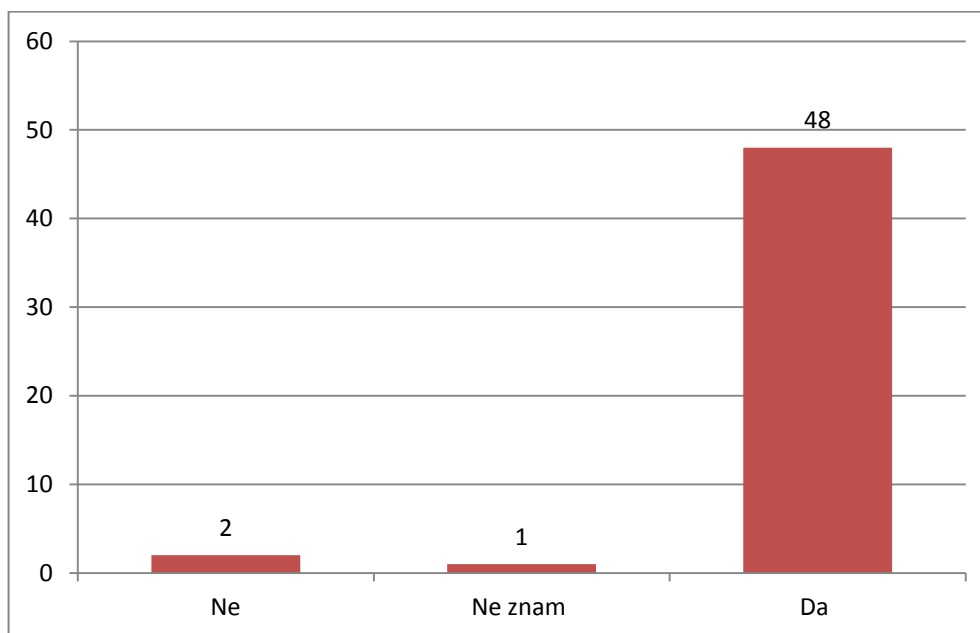


Graf 10.9. Prikaz odgovora na pitanje “Jeste li zadovoljni prehranom i brojem obroka u domu?”

Izvor: autor K.Z.

Svi sudionici jednoglasno su zadovoljni prehranom i brojem obroka u domu (51; 100%).

Pitanje [10]: Jeste li zadovoljni cjelokupnim životom u domu?; rezultati su prikazani u grafikonu 10.10

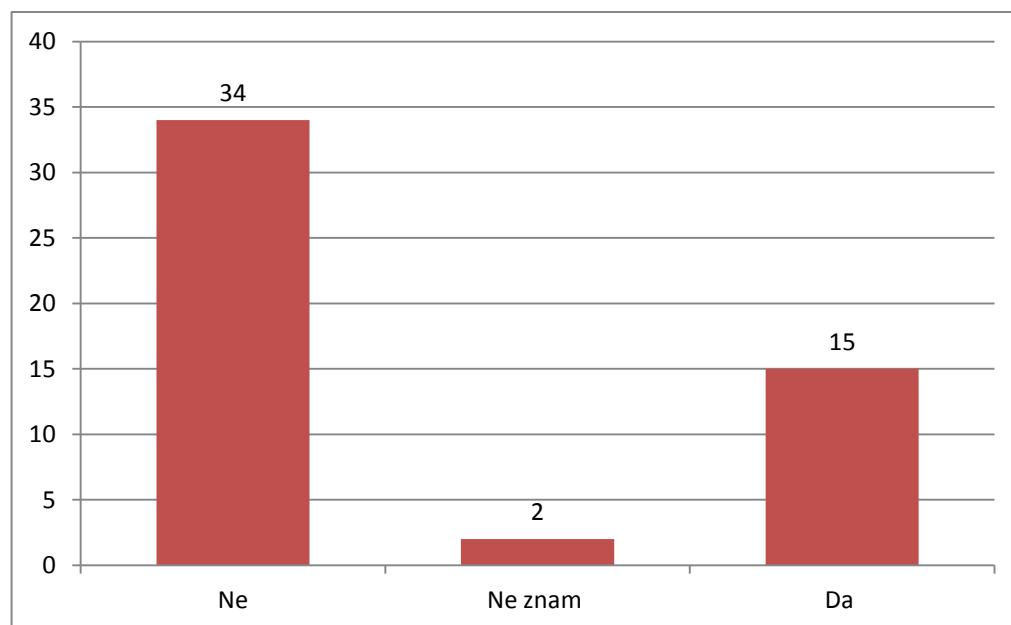


Graf 10.10. Prikaz odgovora na pitanje “Jeste li zadovoljni cjelokupnim životom u domu?”

Izvor: autor K.Z.

Većina od preko 90% sudionika zadovoljna je cjelokupnim životom u domu (48; 94.12%). Jedan sudionik nije siguran koliko je zadovoljan (1.96%), dok ih dvoje nije zadovoljno (3.92%).

Pitanje [11]: Jeste li nečim nezadovoljni u domu?; rezultati su prikazani u grafikonu 10.11



Graf 10.11. Prikaz odgovora na pitanje "Jeste li nečim nezadovoljni u domu?"

Izvor: autor K.Z.

Za dvije trećine sudionika, ne postoji ništa na što bi se mogli požaliti u domu (34; 66.67%). Dvoje sudionika nije sigurno jesu li ičime nezadovoljni (3.92%). Preostali sudionici, njih nešto manje od trećine, nezadovoljni su nečime u domu (15; 29.41%). Sudionici su također zamoljeni da napišu zbog čega nisu zadovoljni. Oni koji su nezadovoljni navode razloge: "Nezadovoljan/a sam zbog manjka medicinskih sestara," "Međuljudski odnosi su užasni," ili "Ponekad se osjećam zapostavljeno." Oni koji nisu sigurni navode: "Ne znam, trenutno je sve u redu." Zadovoljni sudionici odgovaraju: "Imam sve što mi treba, a zdravlje mi nitko ne može dati." "Sve mi se sviđa, osoblje je veoma uljudno."

Sudionicima je postavljeno i otvoreno pitanje "Da možete što biste promijenili u sklopu doma?" Kao najčešći odgovori pojavljivali su se: "Zaposlio/la bih više medicinskih sestara," "Omogućio/la bih svakom korisniku da ima svoju sobu," te "Zatražio/la bih više vremena da provodimo s volonterima, neki nemaju obitelj i fale nam ta druženja i "novi" ljudi u sklopu doma.

2) Provjera hipoteze

Tablica 10.1. Hi-kvadrat – Povezanost kvalitete života starijih osoba u domu s njihovim zdravstvenim stanjem

▽ Jeste li zadovoljni je zadovoljni cjelokupnim životom u domu?		Jeste li zadovoljni trenutno Vašim zdravljem?			Ukupno
		Ne	Ne znam	Da	Frekvencije
Ne	Frekvencije	2	0	0	2
	Očekivane frekvencije	1,1	0,1	0,8	
	Postotak	100,0 %	0,0%	0,0%	
Ne znam	Frekvencije	1	0	0	1
	Očekivane frekvencije	0,6	0,0	0,4	
	Postotak	100,0 %	0,0%	0,0%	
Da	Frekvencije	26	2	20	48
	Očekivane frekvencije	27,3	1,9	18,8	
	Postotak	54,2%	4,2%	41,7 %	
Ukupno	Frekvencije	29	2	20	51

Kako bi se provjerilo postoji li povezanost između kvalitete života starijih osoba u domu i njihovog zdravstvenog stanja, proveden je hi-kvadrat test. U obradu su uzeti u obzir odgovori na pitanja “Jeste li zadovoljni trenutno Vašim zdravljem?” i “Jeste li zadovoljni je zadovoljni cjelokupnim životom u domu?” U Tablici 10.1. odgovori na oba pitanja posloženi su redosljedom od manjeg stupnja slaganja s tvrdnjom da većeg stupnja slaganja.

Dobiveni rezultati ukazuju na to da ne postoji statistički značajna povezanost između kvalitete života starijih osoba u domu i njihovog zdravstvenog stanja ($\chi^2(4) = 2,418; p = ,659$).

Time je prva hipoteza, koja pretpostavlja da je kvaliteta života starijih osoba u domu vezana uz njihovo zdravstveno stanje odbačena. Sudionici zadovoljni trenutnim zdravljem, kao i oni koji su nezadovoljni, izvješćuju o zadovoljstvu cjelokupnim životom u domu.

11. Rasprava

U istraživanju „Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne“ sudjelovalo je 51 ispitanika. Iz općih podataka dobivenih anketiranjem može se zaključiti da u uzorku prevladavaju žene (71%), dok su muškarci zastupljeni u nešto manjem broju (29%). Najzastupljenija dobna granica je od 70-80 godina, a prema stupnju obrazovanja, velika većina ima osnovnoškolsko obrazovanje.

Na pitanje „Jeste li zadovoljni vlastitim smještajem u domu“ većina sudionika njih (86,27%) odgovara da je zadovoljna smještajem, dok njih (3,92%) nije zadovoljno vlastitim smještajem u domu. Također, u istraživanju „Kvaliteta života u domovima za starije i nemoćne osobe“ (Radman, 2015) provedenom u dva privatna i jednom državnim domu u Splitu u kojem je sudjelovalo 21 ispitanik. Radman navodi da su ispitanici ukupnu kvalitetu života u domu procijenili osrednjom, ni pretjerano dobrom ni pretjerano lošom.[13] Tako i Štambuk (1999) u ispitivanju zadovoljstva boravkom u domu u grupi ispitanika koji su u domu kraće od 6 mjeseci dobiva sljedeće rezultate: velika većina (88,8%) je vrlo zadovoljna i zadovoljna boravkom u domu, (2,5%) je nezadovoljno, a (8,7%) ne može procijeniti. Nešto je slabije zadovoljstvo boravkom u domu kod osoba koje u domu borave duže od tri godine, pa je (78,7%) zadovoljnih i vrlo zadovoljnih, (6%) je nezadovoljnih i vrlo nezadovoljnih, a (15,3%) nije moglo odlučiti jesu li zadovoljni ili nezadovoljni boravkom u domu. Tursan (1996) na uzorku od 200 ispitanika u jednom zagrebačkom domu umirovljenika na pitanje općenitog zadovoljstva boravkom u domu dobila je sljedeće rezultate: (1,5%) ispitanika odgovorilo je da je nezadovoljno, (5,5 %) nije moglo procijeniti, a (94%) ispitanika je vrlo zadovoljno ili zadovoljno boravkom u domu.[8]

Nadalje, na pitanje „Jeste li zadovoljni pruženim uslugama doma“ svi sudionici osim jednog navode kako su zadovoljni pruženim uslugama u domu (98,04%). Sljedeće pitanje odnosilo se na zadovoljstvo korisnika prema aktivnosti u slobodno vrijeme koje im pruža dom. Tri četvrtine sudionika odnosno (78,43%) su zadovoljni aktivnostima koje im pruža dom. Od preostalih sudionika otprilike je jednako onih koji nisu sigurni jesu li zadovoljni pruženim aktivnostima u slobodno vrijeme (11,76%) i onih koji nisu zadovoljni pruženim aktivnostima u slobodno vrijeme koje im pruža dom (9,80%). Rezultati se podudaraju sa istraživanjem „Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi“ gdje autorica Brajković (2010) navodi da su osobe smještene u domovima za starije i nemoćne osobe zadovoljnije društvenih aktivnostima. U domu u kojem je provedeno istraživanje stare se osobe potiče na niz društvenih aktivnosti, omogućavajući im na taj način uspostavljanje široke mreže socijalnih veza i odnosa. Tako se smanjuje mogućnost socijalne izolacije i osjećaja odbačenosti što je u negativnim korelacijama sa zadovoljstvom života.[5]

U istraživanju preko 90% sudionika je zadovoljno religijskim pristupom unutar doma, dok troje sudionika nije sigurno da li su zadovoljni religijskim pristupom unutar doma (5,88%), a dvojica sudionika nisu uopće zadovoljna (3,92%). Vjerojatan razlog tome je što je većina ispitanika kršćanske vjeroispovijesti, te im je omogućen svakodnevni odlazak u crkvu.

Prilikom postavljanja pitanja „Osjećate li se osamljeno unutar doma“ dvije trećine sudionika ističe da se ne osjeća osamljeno (66,67%). Ipak, postoje i oni sudionici koji se osjećaju osamljeno, otprilike četvrtina (27,45%). Troje ispitanika još uvijek nije sigurno da li se osjeća unutar doma osamljeno (5,88%). Usko povezano uz samo pitanje o osamljenosti, ispitanici su također zamoljeni da vlastito obrazlože odgovor. Oni ispitanici koji se nisu osjećali usamljeno najčešće su navodili odgovor „Ovdje imam novu obitelj, stalno se družimo i to je sve što mi treba“. Oni koji nisu sigurni navode odgovor „Ovisi o vremenu i okolnostima“, te sudionici koji se osjećaju usamljeno navode „Fali mi dom i obitelj“. Usamljenost je danas veliki problem unutar domova. Autorica Vuletić navodi istraživanja kojima se potvrđuje veća usamljenost žena, a takve nalaze objašnjavaju postojanjem stvarnih spolnih razlika koje su posljedica različitih socijalizacijskih zahtjeva s obzirom na spol. Žene su više introspektivne i orijentirane prema međuljudskim odnosima i prema njihovoj evaluaciji. Njihova socijalizacija je orijentirana na ulaganje i zadržavanje socijalnih veza (brak, roditeljstvo), tako da ih nedostaci u kontaktu s drugima čine usamljenijima i nezadovoljnijima nego muškarce. Očekivano, najvišu usamljenost iskazuju sudionici bez supružnika, a najmanju sudionici koji žive sa supružnikom i ostalim članovima uže obitelji. [3]

Preko 90% sudionika u domovima za starije i nemoćne se osjeća sigurno, dok manjina nije sigurna da li se osjeća sigurno (3,92%), te dva sudionika koji se ne osjećaju sigurno (3,92%). Mogući razlog takvim odgovorima je što većina starijih osoba živi sama, te im godi osjećaj sigurnosti kao u vlastitom domu.

Preko polovice sudionika na pitanje „Jeste li zadovoljni trenutno Vašim zdravljem“ navodi da nije zadovoljno trenutnim zdravljem, dok je trećina njih zadovoljna. U istraživanju Lovreković i Leutar ispitanici navode i smatraju da je njihovo zdravlje dobro i izrazito dobro.[8] Što smo stariji to imamo više problema sa zdravljem. Starije osobe koriste sve više lijekova, počinju ih boljeti koljena i leđa, sve slabije čuju, a ni vid nije najbolji. Na sve te probleme nailaze ljudi kroz život, a što je osoba starija to se problemi više gomilaju. Autorica Martinis (2005) navodi da je isti trend opadanja zadovoljstva tjelesnim zdravljem s dobi kao i kod zadovoljstva životom u cjelini.[14] U istraživanju autorice Radman (2015) većina ispitanika navodi da im zdravlje nije ni dobro ni loše. Trećina ispitanika navodi da je zdravlje najvažnije za bolju kvalitetu života. [13] Većini sudionika od kada su došli u dom navodi da se njihovo zdravstveno stanje poboljšalo

(62,75%). Četvrtina sudionika i dalje tvrdi kako je njihovo trenutno zdravstveno stanje loše (27,45%). Desetina sudionika u navedenom nije sigurna (9,80%). Uz samo pitanje o zdravlju, sudionici su zamoljeni i da obrazlože vlastiti odgovor. Oni koji smatraju da je njihovo zdravstveno stanje lošije često navode odgovor: „Lošije sam svakim danom, starost nosi svoje“. Oni koji nisu sigurno u odgovaraju: „Moje zdravstveno stanje je isto, niti bolje niti gore.“ Ipak, sudionici koji smatraju da je njihovo zdravstveno stanje poboljšalo navode: „Ovdje imam uredan život i nekog tko brine o meni“ i „Osjećam se bolje, sada mi je terapija pod kontrolom“.

Svi ispitanici jednoglasno su zadovoljni prehranom i brojem obroka u domu. Razlog tome je što svaki korisnik ima vlastito osmišljen plan prehrane, te dobiva sve potrebne nutrijente za vlastiti organizam. Prema istraživanju autorica Lovreković i Leutar ispitanici također navode da su vrlo zadovoljnih i zadovoljni prehranom i brojem obroka u domu (73,2%), nezadovoljnih i vrlo nezadovoljnih sudionika je (8,4%), dok je (18,4%) sudionika ispitivanja osrednje zadovoljno hranom u domu.[3] Preko 90% sudionika zadovoljna je cjelokupnim životom u domu. Pošto je u ovom istraživanju skupina starijih osoba homogena sa sigurnošću možemo tvrditi da se medicinske sestre u potpunosti trude da zadovolje potrebe korisnika i da je to veliki razlog zadovoljstva korisnika unutar doma.

Posljednja dva pitanja ankete omogućuju sudionicima da se izjasne jesu li nečime nezadovoljni u domu, te da li bi nešto promijenili u sklopu domu. Za dvije trećine sudionika, ne postoji ništa na što bi se mogli požaliti u domu (66.67%). Dvoje sudionika nije sigurno jesu li ičime nezadovoljni (3.92%), a preostali sudionici, njih nešto manje od trećine, nezadovoljni su nečime u domu (29.41%). Sudionici su također zamoljeni da napišu zbog čega nisu zadovoljni. Oni koji su nezadovoljni navode razloge: "Nezadovoljan/a sam zbog manjka medicinskih sestara," "Međuljudski odnosi su užasni," ili "Ponekad se osjećam zapostavljeno." Oni koji nisu sigurni navode: "Ne znam, trenutno je sve u redu." Zadovoljni sudionici odgovaraju: "Imam sve što mi treba, a zdravlje mi nitko ne može dati." "Sve mi se sviđa, osoblje je veoma uljudno."

Dok na otvoreno pitanje „Da možete što biste promijenili u sklopu doma“ kao najčešći odgovori pojavljivali su se: "Zaposlio/la bih više medicinskih sestara," "Omogućio/la bih svakom korisniku da ima svoju sobu," te "Zatražio/la bih više vremena da provodimo s volonterima, neki nemaju obitelji i fale nam ta druženja i "novi" ljudi u sklopu doma."

Tijekom prikupljanja podataka za navedeno istraživanje, većina korisnika u domovima za starije i nemoćne je bila nezainteresirana, zbog nezainteresiranosti ukupan broj ispitanika u ovom istraživanju je i malen.

Istraživanje je sadržavalo jednu hipotezu koja je odbačena. Hipoteza je glasila: "Kvaliteta života starijih osoba u domu vezana je uz njihovo zdravstveno stanje". Povezanost kvalitete života

starijih osoba u domu s njihovim zdravstvenim stanjem ukazuje da su sudionici zadovoljni trenutnim zdravljem, kao i oni koji su nezadovoljni. Jedan mogućih faktora ne povezanosti zdravstvenog stanja sa kvalitetom života je i to da su upitnik popunjavale osobe koje su relativnog dobrog zdravstvenog stanja.

12. Zaključak

Starenje je izrazito individualan proces, te nastupa kod svake osobe na drugačiji način, odnosno to je vrsta procesa koji ne zahvaća istovremeno organske sustave i ostale organe. Takav proces započinje rođenjem, a traje sve do smrti.

Porastom broja starijeg stanovništva u Hrvatskoj, ujedno se i povećala potreba za različitim oblicima skrbi. Unatoč neformalnoj skrbi koja je još najviše zastupljenija, pojavila se i sve veća potreba za formalnom skrbi, odnosno institucionalnom skrbi, kao što su državni i privatni domovi za starije i nemoćne.

Domovi za starije i nemoćne predstavljaju ustanove za zbrinjavanje vrlo starih osoba koje više nisu u mogućnosti brinuti o vlastitim najosnovnijim životnim potrebama, a nemaju nikakvu drugu pomoć. Pristup unutar doma mora biti sveobuhvatan, a medicinska sestra se treba aktivno zanimati za bolesnika, njegove potrebe i probleme. S time medicinska sestra uzdiže vlastitu sestrinsku profesiju jer je skrb prema pacijentima cjelovita u punom smislu te riječi, stručna i učinkovita, a pacijent je zadovoljan pruženom zdravstvenom njegom.

U sklopu rada provedeno je istraživanje u domovima za starije i nemoćne, koje se temeljilo na temi „Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne“. Ispitanici, odnosno starije osobe pojam kvalitete života unutra rada procjenjuju prilično dobro. Da bi kvaliteta života starijih osoba unutar doma bila uspješna moramo dopustiti i potaknuti starije osobe na što više osobne kontrole nad vlastitim životom, te da ne stvaraju osjećaj tjeskobe, potištenosti i bespomoćnosti. Hipoteza koja je postavljena u istraživanja je odbačena bez obzira na dob i spol.

Što se tiče zdravlja, sudionici su zadovoljni trenutnim zdravljem, kao i oni koji su nezadovoljni cjelokupnim životnim zadovoljstvom u domu.

Uspoređujući ostala istraživanja sa vlastitim, dolazim do spoznaje kako kvaliteta života starijih osoba često i ne treba biti usko povezana sa zdravstvenim stanjem.

U Varaždinu, _____ 2017.

Potpis:

13. Literatura

- [1] A. Giddenes, K. Birdsall: Sociologija, Nakladni zavod Globus, Zagreb, 2007.
- [2] R. Golubić: Domene kvalitete života kao prediktori radne sposobnosti bolničkih zdravstvenih djelatnika, Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu, 2010.
- [3] G. Vuletić i sur.: Kvaliteta života i zdravlje, Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku, Osijek, 2011.
- [4] S. Cahill, A. Diaz: Quality of Life The Priorities of Older People with a Cognitive Impairment, Trinity College Dublin, school of Social Work and Social Policy
- [5] L. Brajković: Pokazatelji zadovoljstva u trećoj životnoj dobi, Disertacija, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2010.
- [6] Ministarstvo socijalne politike i mladih: Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014. do 2016.
- [7] J. Despot Lučanin: Iskustvo starenja, Naklada Slap, 2003.
- [8] M. Lovreković, Z. Leutar: Kvaliteta života u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu, Socijalna ekologija, br. 1, ožujak 2010, str. 55 – 79
- [9] L. Herold: Improving quality of life in nursing homes, The University of Minnesota's Academic Health Center, Siječanj, 2014.
- [10] K. Warner Schaie Sherry, L. Willis: Psihologija odrasle osobe i starenje, Naklada Slap, 2001.
- [11] S. Tomek – Roksandić i sur: Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe, Zagreb, 2012.
- [12] B. Sedić: Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2010.
- [13] A. Radman: Kvaliteta života u domovima za starije i nemoćne osobe, Diplomski rad, Filozofski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2015.
- [14] T. Martinis: Percepcija kvalitete života u funkciji dobi, Diplomski rad, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2005.

Popis slika

Slika 7.1.1. Maslowljeva piramida ljudskih potreba; Izvor:

https://sh.wikipedia.org/wiki/Maslowljeva_hijerarhija_potreba str.19

Prilozi

Poštovani/e ovaj upitnik je izrađen za potrebe istraživanja u svrhu izrade završnog rada na studiju Sestrinstva, odjel Biomedicinske znanosti, Sveučilišni centar Varaždin. Tema je iz područja kolegija "Zdravstvena njega starijih osoba" pod vodstvom mentora Melite Sajko. Upitnik je u potpunosti anonim, a rezultati će se isključivo koristiti za potrebe izrade završnog rada.

Zahvaljujem se na Vašem vremenu i strpljenju kod rješavanja upitnika!

Ksenija Zagorščak, studentica studija Sestrinstva, Sveučilišni centar Varaždin

1. VAŠA DOB JE:

- a) 50 – 60
- b) 60 – 70
- c) 70 – 80
- d) 80 – 90
- e) 90 i više

2. VAŠ SPOL:

- a) M
- b) Ž

3. KOJU ŠKOLU STE ZAVRŠILI:

- a) Osnovna škola (OŠ)
- b) Srednja škola (SSS)
- c) Viša ili visoka škola (VSS)

4. JESTE LI ZADOVOLJNI VLASTITIM SMJEŠTAJEM U DOMU?

- a) da
- b) ne
- c) ne znam

5. JESTE LI ZADOVOLJNI PRUŽENIM USLUGAMA DOMA?

- a) da
- b) ne
- c) ne znam

6. JESTE LI ZADOVOLJNI SVOJIM AKTIVNOSTIMA U SLOBODNO VRIJEME KOJE VAM PRUŽA USTANOVA?

- a) da
- b) ne
- c) ne znam

7. JESTE LI ZADOVOLJNI RELIGIJSKIM PRISTUPOM U SKLOPU USTANOVE NEOVISNO O VAŠOJ VJEROISPOVIJESTI?

- a) da
- b) ne
- c) ne znam

8. OSJEĆATE LI SE OSAMLJENO UNUTAR DOMA? OBRAZLOŽITE VLASTITI ODGOVOR.

9. OSJEĆATE LI SE SIGURNO UNUTAR DOMA?

- a) da
- b) ne
- c) ne znam

10. JESTE LI ZADOVOLJNI TRENUTNO VAŠIM ZDRAVLJEM?

- a) da
- b) ne
- c) ne znam

11. OSJEĆATE LI DA JE VAŠE ZDRAVSTVENO STANJE BOLJE ILI LOŠIJE OD KADA STE DOŠLI U DOM? OBRAZLOŽITE VLASTITI ODGOVOR.

12. JESTE LI ZADOVOLJNI PREHRANOM I BROJEM OBROKA U DOMU?

- a) da
- b) ne
- c) ne znam

13. JESTE LI ZADOVOLJNI CIJELOKUPNIM ŽIVOTOM U DOMU?

- a) da
- b) ne
- c) ne znam

14. JESTE LI S NEČIM NEZADOVOLJNI U DOMU? ZBOG ČEGA JE TO TAKO?

15. DA MOŽETE, ŠTO BISTE PROMJENILI U SKLOPU DOMA?

LIBRARI
ALISBRANO



SVEUČILIŠTE
SJEVER

Sveučilište
Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU

SUGLASNOST ZA JAVNU OBRANU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Ksenija Zagorščak pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog rada pod naslovom „Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne“ te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
Ksenija Zagorščak

Ksenija Zagorščak
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Ksenija Zagorščak neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog rada pod naslovom „Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne“ čiji sam autor/ica.

Student/ica:
Ksenija Zagorščak

Ksenija Zagorščak
(vlastoručni potpis)