

Kvaliteta života starijih osoba i korištenje usluga skrbi u zajednici

Stiplošek Horvat, Brigita

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:122:580165>

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

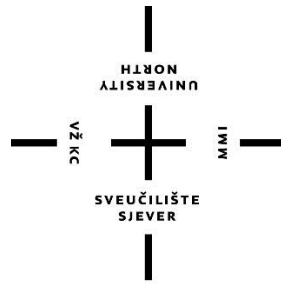
Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-23**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





Sveučilište Sjever

Završni rad br. 916/SS/2017

Kvaliteta života starijih osoba i korištenje usluga skrbi u zajednici

BRIGITA STIPLOŠEK HORVAT, 0255/336

Varaždin, rujan 2017. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 916/SS/2017

Kvaliteta života starijih osoba i korištenje usluga skrbi u zajednici

Student

BRIGITA STIPLOŠEK HORVAT, 0255/366

Mentor

Vesna Sertić, dipl. med. techn.

Varaždin, rujan 2017. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za biomedicinske znanosti		
PRISTUPNIK	Brigita Stiplošek Horvat	MATIČNI BROJ	0255/336
DATUM	23.08.2017.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega u zajednici
NASLOV RADA	Kvaliteta života starijih osoba i korištenje usluga skrbi u zajednici		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	The quality of life of elderly people and the use of community care services		
MENTOR	Vesna Sertić, dipl. med. techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. Marijana Neuberg, mag. med. techn., predsjednik 2. Vesna Sertić, dipl. med. techn., mentor 3. Ivana Živoder, dipl. med. techn., član 4. Jurica Veronek, mag. med. techn., zamjenski član 5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	916/SS/2017
OPIS	<p>Starost je posljednje razvojno doba u životnom vijeku osobe, te se kao takvo može definirati kao doba nakon 65. godine života, doba nakon umirovljenja i kao doba kada dolazi do određenog stupnja opadanja funkcionalne sposobnosti. Svim navedenim kriterijima zajedničko je da je starost vrijeme kada dolazi do promjena pojedinaca bez obzira na spol, rasu ili socioekonomski status. Kada govorimo o dobi, potrebe starijih osoba bitno se razlikuju od onih mlađe dobne skupine, no ne samo iz kvantitativne perspektive (korištenjem više zdravstvenih usluga) već i kvalitativne. Njihove zdravstvene i socijalne potrebe odražavaju složenu interakciju fizioloških promjena s dobi, psihosocijalnim i različitim patološkim procesima koji se učestalije javljaju u procesu starenja. S obzirom na povećanje broja starijih osoba u populaciji Republike Hrvatske, povećavaju se i potrebe. Sukladno tome javlja se potreba za istraživanjem kvalitete života i stupnju informiranosti o vrsti i dostupnosti usluga skrbi, kako bi se dobivenim rezultatima moglo djelovati na razvoju i dostupnosti izvora podrške starijim ljudima u zajednici.</p> <p>U redu je potrebno:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Definirati starenje i teorije starenja2. Objasniti kvalitetu života3. Objasniti vrste skrbi u zajednici4. Prikazati rezultate provedenog istraživanja5. Citirati korištenu literaturu

ZADATAK URUČEN

01. 09. 2017.



Handwritten signature: Vesna Sertić

Zahvala

Zahvaljujem mojoj dragoj mentorici, Vesni Sertić, na prijateljskom pristupu, svoj stručnoj pomoći i uloženom trudu prilikom izrade završnog rada.

Posebno želim zahvaliti svom suprugu Stjepanu i kćerci Gabrieli, koji su mi bili motivacija da upišem i završim ovaj studij.

Također veliko hvala mojim roditeljima i bratu na bezuvjetnoj pomoći i podršci.

Zahvaljujem svim dragim kolegicama, kolegama i prijateljima na pomoći i podršci tijekom svih mojih godina školovanja, na svim lijepim trenucima koje smo proveli zajedno.

Sažetak

“Starenje ne znači izgubljenu mladost, nego nove prilike i snagu.” Bob Hope

Posljednjih 100 godina životni se vijek značajno produžio. U populaciji ima sve veći postotak osoba starije životne dobi opterećenih raznim kroničnim bolestima. Padom funkcionalne sposobnosti starijih osoba, uviđamo da je potreba za njegom i pomoći sve veća. Sa ciljem i željom da se što veći broj starijih osoba zadrži kod kuće u svom poznatom okruženju, razvijeni su mnogi oblici skrbi i pomoći iz socijalno-zdravstvenog aspekta. Samim time uloga patronažne sestre je izrazito bitna, jer omogućava edukaciju i pružanje informacija o uslugama skrbi koje su dostupne starijim osobama u njihovoj zajednici. U istraživanju koje je provedeno u lokalnoj zajednici mjesta Desinić u Krapinsko-Zagorskoj županiji cilj je bio utvrditi potrebu starijih osoba za uslugama skrbi u zajednici, te utvrditi informiranost starijih osoba o uslugama koje se pružaju. U istraživanju je sudjelovalo 50 sudionika osoba starijih od 65 godina. Istraživanje je provedeno putem ankete koja se sastojala od 30 pitanja. Prvih nekoliko pitanja je bilo vezano za opće podatke, dok je ostatak ankete povezan sa kvalitetom života i usluge korištenja skrbi. Rezultati istraživanja prikazani su u radu, no veoma bitan zaključak je da su sudionici najveći broj informacija o uslugama skrbi dobili upravo od patronažne sestre.

Skrb za stariju populaciju odgovoran je i častan posao, jer se bavi procesom starenja kojeg nitko ne može zaustaviti ni izbjeći.

Ključne riječi: starije osobe, zajednica, skrb, patronažna sestra

Abstract

"Aging does not mean lost youth, but new opportunities and strength." Bob Hope

For the last 100 years, life has been prolonged considerably. In the population there is an increasing percentage of elderly people burdened with various chronic diseases. With the decline in the functional abilities of the elderly, we find that the need for care and assistance is increasing. With the goal and the desire to keep as many of the elderly at home as possible in its well-known environment, many forms of care and socio-medical assistance have been developed. As such, the role of the health visitor is extremely important, as it enables the education and provision of information on care services available to the elderly in their community. In the research conducted in the local community of Desinić in the Krapina-Zagorje County, the aim was to identify the need for older people for community care services and to establish the information of the elderly about the services they provide. The study involved 50 participants of the age of 65. The survey was conducted through a survey consisting of 30 questions. The first few questions were related to general data, while the rest of the survey was related to the quality of life and care services. The results of the research are presented in the paper, but it is a very important conclusion that the participants received the largest number of information on the care services from the health visitor.

Care for the elderly is a responsible and honorable job because it is an aging process that nobody can stop or avoid.

Key words: elderly people, community, care, health visitor

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Starost i starenje	3
3. Kvaliteta života starijih osoba	5
4. Usluge skrbi u zajednici	7
4.1. Vrste sestrinske skrbi u zajednici	9
4.1.1. Patronaža sestrinska skrb	9
4.1.2. Zdravstvena njega u kući	9
4.1.3. Uloge sestre u zajednici	10
4.1.4. Sestrinska skrb o starijim ljudima u zajednici	10
4.2. Socijalne usluge	11
4.2.1. Usluga pomoć u kući	11
4.2.2. Usluga smještaja	12
4.3. Usluge koje se pružaju starijim osobama u Krapinsko Zagorskoj županiji	12
5. Empirijski dio	15
5.1. Cilj istraživanja	15
5.2. Uzorak istraživanja	15
5.3. Metodologija	15
5.4. Rezultati istraživanja	16
5.5. Rasprava	31
6. Zaključak	33
7. Literatura	34

1. Uvod

Starenje djeluje na svakog muškarca, ženu i dijete čak i nerođeno. Ono utječe na ekonomsku, gospodarstvenu, socijalnu strukturu cjelokupne populacije i na sustav zdravstva svake nacije. Spoznaje o starenju i starosti neprestano se i vrlo ubrzano u razvijenim zemljama povećavaju i mijenjaju [1].

U svijetu se iz dana u dan povećava udio starijeg stanovništva. Razlog tomu jesu sve bolji uvjeti života na Zemlji i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene skrbi koja produljuje životni vijek. U 20. stoljeću je dužina života iznosila oko 47 godina, a danas za muškarce iznosi 74 godina, a za žene 79 godina [2].

Hrvatska se svrstava među deset zemalja u svijetu s najstarijim stanovništvom. Ovaj fenomen je uzrokovan povećanjem kvalitete života i ukupnog životnog vijeka ljudi te kontinuiranim padom stope fertiliteta. Demografske projekcije pokazuju da će i u sljedećih trideset godina starenje i depopulacija biti glavno obilježje stanovništva Hrvatske. Pored demografskih, brojne su ekonomske i socijalne kao i druge posljedice ovakvih pokazatelja [3].

Mnoge znanstveno potvrđene činjenice ukazuju da su stariji ljudi osjetljiva skupina pučanstva i to zbog učestalije pojave poremećaja zdravlja, oslabljene funkcionalne sposobnosti, zbog nižeg ekonomskog statusa, socijalne izoliranosti uz restrikciju mogućnosti slobodnog vlastitog izbora u zadovoljenju javnozdravstvenih potreba. Fizički dulji život često je povezan s gubitkom digniteta i socijalnom „smrcu“, što dovodi do većeg poremećaja zdravstvenog stanja i oslabljene funkcionalne sposobnosti starijeg čovjeka [4].

Tradicionalna obitelj koja se najviše brinula o ostarjelim članovima društva danas se gotovo raspala. Dio te uloge preuzele su institucije. Upravo je institucionalni smještaj starijih osoba, kao dominantan oblik skrbi za starije osobe, često jedina alternativa. Posljednjih godina različiti oblici izvaninstitucionalne skrbi dobivaju sve značajniju ulogu (gerontološki centar, udomiteljstvo, programi međugeneracijske solidarnosti). Izvaninstitucionalno zbrinjavanje starijih i nemoćnih osoba ima mnoge prednosti u odnosu na smještaj u ustanovama, omogućujući starijim osobama duži ostanak u vlastitom domu kao i zadovoljenje specifičnih potreba u lokalnoj sredini [3].

Većina starih ljudi koji trebaju socijalno-zdravstvenu skrb u svojoj kući po procjeni liječnika opće medicine treba pomoć pri obavljanju težih kućanskih poslova. Mnoge bolesti koje se sada

čak i dugotrajno liječe u bolnicama mogu se dakle liječiti i u kući bolesnika ili u dnevnoj bolnici ili u dnevnom centru domova umirovljenika i zavoda za socijalno-zdravstvenu zaštitu odraslih osoba. Poželjno je da stari ljudi što duže žive u vlastitom domu sa svojom obitelji. To bi ostvarili uz primjerenost osiguranja kućnog liječenja, njege i rehabilitacije kao otvorenih oblika socijalne skrbi u kući čija je potreba znatno veća u odnosu na procjenjenu potrebu za kućnim liječenjem i rehabilitacijom. Važna smjernica u zdravstvenoj skrbi za starog čovjeka je utvrđivanje vodeće (glavne) bolesti u gerijatrijskog pacijenta jer je ona dominantna značajka njegovog zdravstvenog stanja. Njezina analiza uz analizu funkcionalne sposobnosti starog čovjeka je osnova za definiranje potrebnih zdravstvenih mjera u zaštiti zdravlja starije populacije. Najprisutnije vodeće bolesti unutar multimorbiditeta gerijatrijskog pacijenta su: esencijalna hipertenzija, hipertenzivna bolest srca, diabetes mellitus, osteoartroza, neurotični i psihotični poremećaj, ateroskleroza, reumatoidni artritis, glaukom, hiperplazija prostate te kronični bronhitis. Potrebno je opet naglasiti da bolest starijeg čovjeka nije jedini kriterij za utvrđivanjem njegovih zdravstvenih potreba nego poznavanje triju dimenzija (bio-psiho-socijalne) funkcionalne sposobnosti bolesnika i to prije svega zbog nesklada između zahtjeva i zdravstvenih potreba starijih ljudi [4].

Međutim kao „vrlo staro društvo“ uz očekivanja da će se starenje pučanstva Hrvatske u budućnosti ubrzano nastaviti moramo prvenstveno opovrgnuti još uvijek raširene neke pogrešne pretpostavke o starenju i starosti, a čija su proučavanja u prioritetu mnogih znanstvenih istraživanja. Jedna od pogrešnih pretpostavki je mišljenje da je starenje nužno povezano sa bolešću, ovisnošću, nesamostalnošću i onesposobljenosti. Ovoj pogrešnoj pretpostavci najviše pridonosi činjenica da se starenjem stvarno povećavaju rizici mnogih bolesti povezanih s funkcionalnom onesposobljenošću starih ljudi. Zbog tog treba znati da je starenje dio životnog vijeka svakog čovjeka koje može ali ne mora pratiti bolest. Važno je također znati da je starenje individualni proces što znači da ono kod svakog čovjeka i kod svakog organskog sustava posebno nastupa i napreduje različito te da najveći dio ljudi starijih od 65 godina može samostalno obavljati sve svakodnevne aktivnosti. Najviše jedan od pet starih ljudi treba pomoć. Među starim ljudima koji trebaju pomoć najčešće su gerijatrijski bolesnici koji boluju od dugotrajnih bolesti jer su nemoć i nesamostalnost starih ljudi uglavnom povezane s bolešću u starosti, a ne sa starenjem [4].

2. Starost i starenje

Na pojmovnoj razini, nužno je razlikovati starenje od starosti. Pod starenjem se podrazumijeva proces tijekom kojega se događaju promjene u funkciji dobi. Obično se grubo razlikuju tri osnovna vida starenja:

- biološko: odnosno promjene, usporavanje i opadanje u funkcijama organizma s vremenom;
- psihološko: odnosno promjene u psihičkim funkcijama i prilagodba ličnosti na starenje;
- socijalno: odnosno promjene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi [5].

Starost je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku pojedinca, koje se može definirati prema kronološkoj dobi (npr. nakon 65. godine života), prema socijalnim ulogama ili statusu (npr. nakon umirovljenja) ili prema funkcionalnom statusu (npr. nakon određenog stupnja opadanja sposobnosti). Zajednička svim navedenim kriterijima jest činjenica da je starost razdoblje prema kojem se odvija razvoj svakog pojedinca, bez obzira na spol, rasu ili ekonomski status, u koje se ulazi u nekom trenutku [5].

U definiranju starenja postoje mnoge teškoće, najviše zbog pomanjkanja konačnog odgovora o biti starenja. Zato se brojne definicije starenja pojedinca razlikuju, kako zbog usmjerenosti istraživača na određeno znanstveno područje (biološko, psihološko, sociološko), tako i zbog razlika među društvima i kulturama [5].

Pojam starenje obično izaziva dvije osnovne negativne konotacije. Jedna je propadanje, slabljenje, a druga je starost, odnosno kronološka dob kao glavna odrednica promjena u procesu starenja (Baltes i Willis, 1977.). Da bi se izbjeglo poistovjećivanje starenja s propadanjem, bilo bi bolje povezati pojam starenja s pojmom razvoja ili promjene, naglašavajući tako proces. Promjena se može u svakom razdoblju životnog vijeka očitovati različitom u smislu smjera, raspona ili intenziteta, ovisno o kojoj se pojavi radi npr. o inteligenciji ili o zadovoljstvu životom. Prema tome, kad se opisuje proces starenja, poželjno je suzdržati se od primjene strogih

kriterija kao npr. jednosmjernosti, nepovratnosti i općenitosti, iako se oni mogu primijeniti na neke promjene, u nekim povijesnim razdobljima, u nekih pojedinaca. Na primjer, danas znamo da određeni vidovi inteligencije u starosti ne moraju opadati, nego mogu rasti. Uzrok opadanja inteligencije u nekim se slučajevima može otkloniti, npr. ako sposobnost slabi zbog smetnji u optoku krvi u mozgu. Povijesno gledano, moguće je da je inteligencija u prijašnjim generacijama opadala u starosti zbog slabih mogućnosti obrazovanja tih generacija ili zbog očekivanja tadašnjeg društva da stara osoba odustane od intelektualnih aktivnosti [5].

Što se tiče druge negativne konotacije, starenje podrazumijeva povezanost s kronološkom dobi, ali se ne može poistovjetiti s njom. Prije svega, ne može se točno odrediti u kojoj dobi počinje starenje. Osim što postoje velike razlike među pojedincima u procesu starenja, postoje i velike razlike unutar svakog pojedinca. Na fiziološkoj razini, ne stare svi organski sustavi od istog trenutka, ni istim slijedom, niti istom brzinom. Na psihološkoj razini, razlike su još veće, bilo unutar pojedinca, bilo među raznim pojedincima. Na socijalnoj razini, postoje velike kulturne i povijesne razlike u odvijanju procesa starenja. Kronološka dob je koristan organizirajući pokazatelj samo ako su intraindividualne promjene, u samom pojedincu, dovoljno homogene da pokažu visoku korelaciju između kronološke dobi i promjene koju istražujemo [5].

3. Kvaliteta života starijih osoba

Kvaliteta života je postala predmetom interesa brojnih područja znanosti: psihologije, biometrije, filozofije, socijalnih znanosti, medicine i drugima. Pitanje što čini osobnu kvalitetu života vrlo je aktualno u posljednjih deset godina i plijeni pažnju brojnih istraživača iz više razloga. Prvo, porastom osoba treće životne dobi javlja se potreba za reorganizacijom zdravstvene pomoći i skrbi tih osoba. Drugo, medicinske znanosti uspjele su produljiti životni vijek pojedinca, ali ne nužno i njegovu kvalitetu života. Treće, globalizacija je povećala razinu natjecanja među državama na raznim područjima pa tako i oko ispitivanja kvalitete života njihovih građana (Smith:2000) [2].

Kvalitetu života nemoguće je jednoznačno i sigurno definirati. U literaturi nailazimo na veliki broj definicija kvalitete života. Kvaliteta života često se izjednačava s pojmovima subjektivnog blagostanja, zadovoljstva životom, subjektivnom kvalitetom (Penezić: 1999, Vuletić:1999, Schilling:2003 i dr. prema Leutar, Lovreković:2010). Osim toga, kvaliteta života treće dobi se povezuje s pojmovima „uspješno starenje“, „pozitivno starenje“ i „zdravo starenje“ ((Baltes:1993, Johnson: 1995, Rowe, Kahn:1997 prema Walker:2007) [2].

Autori Leutar i Lovreković (2010) u svom radu donose prikaz većeg broja autora i njihovih definicija kvalitete. Tako se kvaliteta prema Poredošu (2002) shvaća kao ono što je pojedincu važno iz bilo kojeg razloga. To nam govori da je kvaliteta za svaku osobu posebno određena i samo pojedinac može točno odrediti što je za njega kvaliteta [3].

Naime, treća životna dob nije čekaonica vlaka bez povratka, već vrijeme za smiren i zadovoljan život, za životne aktivnosti i kreativnosti primjerene toj životnoj dobi [6].

Život starijih ljudi mora biti dostojan čovjeka. Briga o zaštiti zdravlja starih traži multidisciplinarni pristup stručnjaka, jer kvaliteta njihova života ovisi ne samo o zdravstvenom sustavu već i o socijalnoj skrbi. prosvjeti i znanosti, mirovinsko-invalidskom osiguranju, gospodarstvu, o radu raznih udruga umirovljenika, mladih, vjerskih i humanitarnih organizacija [6].

Voljeti i biti voljen, biti koristan, ali priznat, sudjelovati u nečemu što je zajedničko svim ljudima, usvajati nove spoznaje, radovati se i zabavljati- porivi su duboko ukorijenjeni u bitku svakog čovjeka, mladića i starca. Zato cilj i smisao svake društvene skrbi o starim osobama mora biti održavanje kvalitete življenja, a što se na najbolji način može provoditi u vlastitoj obiteljskoj sredini. Dakle, osnovna jedinica skrbi za stare treba biti njihov obiteljski dom, jer se time

produžava vrijeme njihove neovisnosti i potiče ih se na brigu „o sebi samima“. Te obitelji, pak, moraju imati stalnu društvenu podršku u ovisnosti o njihovim potrebama [6].

4. Usluge skrbi u zajednici

Izvaninstitucionalni modeli skrbi za starije ljude u Hrvatskoj potpuno su nerazvijeni iako su u zapadnim zemljama odavno poznati i preporučeni u gerontološkoj teoriji a i dosta dugo utemeljeni u svakodnevnoj skrbi [7].

Još se uvijek teško oslobađamo nasljeđa prošlog sustava čije je obilježje bio centralizirani način odlučivanja. Na području skrbi za starije ljude bio je usmjeren pretežno institucionalnoj skrbi gdje je uloga samog starijeg čovjeka, njegove obitelji i lokalne zajednice marginalizirana u korist tzv. društvene brige čija su načela i način provođenja gotovo u potpunosti određivala nadležna državna tijela, hijerarhijski kruto poredana od ministarstva do izvršne vlasti u lokalnoj zajednici [7].

Izvaninstitucionalni modeli skrbi za starije naglašavaju važnost jačanja sposobnosti samog pojedinca da se brine za sebe, jačanje uloge obitelji a sve to uz jaku podršku starijem čovjeku i njegovoj obitelji putem razvijenog sustava servisa za pružanje brojnih i raznolikih vrsta pomoći i podrške u lokalnoj zajednici [7].

Institucije, posebice domovi umirovljenika i dalje bi imali važno mjesto za manji broj starijih ljudi kojima će takovi oblici skrbi uvijek biti nužni. Međutim njihovu ulogu trebalo bi proširiti kroz veću uključenost u koordinaciju djelatnosti kao i pružanju stručne i informacijske podrške budućim lokalnim servisima [7].

Izvaninstitucionalni programi skrbi za starije ljude koji se oslanjaju na aktivnu ulogu obitelji u podršci starijim ljudima imaju slijedeće prednosti:

1. Omogućuju zadovoljavanje potreba najvećeg broja starijih ljudi. Dakle, za zadovoljavanje njihovih potreba veću pozornost treba posvetiti jačanju uloge raznih oblika skrbi u lokalnoj zajednici i pomaganju obitelji.
2. Potiču aktivnost starijeg čovjeka i time usporavaju proces starenja
3. Odvijaju se u prirodnoj obiteljskoj sredini, te su prihvatljiviji i dostupniji kako za starije ljude tako i za članove njihove obitelji a prilagođeni su i velikim individualnim razlikama među starijim ljudima.
4. Potiču korištenje postojećih i razvijaju nove oblike obiteljskih i lokalnih izvora pomoći i podrške.

5. Ne zahtijevaju ulaganje velikih novčanih sredstava jer se dobrim dijelom osnivaju na dobrovoljnom radu i podršci članova obitelji, dobrosusjedske pomoći i malim privatnim servisima u lokalnoj zajednici [7].

Pružanje servisnih i drugih usluga starijoj osobi u njenom domu ne mora nužno biti jeftinije od institucionalne skrbi (ali u pravilu i jest), no ono je nesporno humanije, omogućava dulji i kvalitetniji boravak u vlastitom domu, te pored ostalog daje starijoj osobi mogućnost izbora o načinu i sredini življenja [13].

U „Povelji o pravima obitelji“ koju je Sveta stolica predložila svim osobama, ustanovama i predstavnicima vlasti nadležnih za poslanje obitelji u suvremenom svijetu kaže da: „Starije osobe imaju pravo da u krugu svoje obitelji ili, ako je to nemoguće, u prikladnim ustanovama, nađu takvu sredinu u kojoj će svoju starost moći preživjeti u miru i vedrini tako da obavljaju poslove koji su spojivi s njihovom dobi i koji im omogućuju da sudjeluju u društvenom životu“ [7].

Jedan od uzroka javljanja zdravstvenih potreba za kućnim ili bolničkim, a ne samo ambulantnim liječenjem često nisu bolesti, već nemogućnost starijih ljudi ili njihovih bližnjih da starijim ljudima osiguraju sve što je neophodno za svakodnevni život. U nas otprilike svaki šesti stariji čovjek treba takve usluge. Razumljivo je da je udio starijih koji trebaju usluge u kući različit u ranijoj, srednjoj i dubokoj starosti i dvostruko je veći u dubokoj starosti od 85 i više godina. To je zbog toga što je među najstarijima najveći udio onih kojima trebaju zdravstvene usluge u kući i zbog sniženja njihove funkcijske sposobnosti te zbog veće učestalosti usamljenosti [8].

Mnoge bi se bolesti koje se sada bolnički liječe mogle liječiti i u domu gerijatrijskog bolesnika kada bi u kući postojali zadovoljavajući uvjeti i dobra organizacija kućnog liječenja liječnika opće/obiteljske medicine s navedenom legislativom označenom stručno-komunikacijskom suradnjom konzilijarnih liječnika različitih specijalnosti koji aktivno sudjeluju u liječenju bolesnika starije dobi. Podaci o zdravstvenim potrebama za zdravstvenim uslugama u kući pokazuju da su potrebe mnogo veće od usluga koje se u nas stvarno pružaju starijim ljudima [8].

4.1. Vrste sestrinske skrbi u zajednici

Sestrinsku skrb u zajednici u nas pružaju dvije sestrinske službe, patronažna služba i služba zdravstvene njege bolesnika u kući. Službe se razlikuju po ciljevima i načinu rada, ustroju i načinu djelovanja [9].

4.1.1. Patronaža sestrinska skrb

Nazivi patronaža, patronažna služba, patronažni rad sestara, tradicionalno su prisutni u sestrinstvu i zdravstvenoj službi na ovim prostorima. Iz naziva se ne može razabrati mjesto djelovanja patronažne sestre, ali od samoga početka rada službe, patronaža je značila i posjećivanje, tj. pružanje zaštite izvan zdravstvenih institucija [9].

Patronažne sestre i sestre kućne njege bolesnika pružaju sestrinsku skrb tamo gdje korisnici žive ili borave, pa se najveći dio njihovih profesionalnih aktivnosti odvija u domu korisnika. Patronažna sestra oko 70% radnog vremena radi u obiteljima, a oko 30% tog vremena obavlja aktivnosti u zajednici i u ustanovi. Kućni posjet je njihov ključni oblik rada i bit kućnog zbrinjavanja. Kućni posjeti pružaju jedinstvenu priliku da se dobiju šire informacije o potrebama korisnika i obitelji, financijskim mogućnostima i sredini u kojoj obitelj živi. To pomaže u individualizaciji njege, a dobivene informacije služe i drugim stručnjacima u njihovu planu zbrinjavanja [9].

4.1.2. Zdravstvena njega u kući

Danas je produžetak životne dobi, promjene stila života, ubrzan ritam života, promjene socijalnog i ekonomskog stanja stanovništva, uzrokovao veliki porast kroničnih bolesti i različitih vrsta malignih oboljenja pa su pred društvenu zajednicu postavljeni ozbiljni zahtjevi za pružanje cjelovite, organizirane, sustavne i integrirane skrbi za oboljele i nemoćne. Kako se veliki broj bolesnika, nakon liječenja u bolnicama, vraća u svoju obitelj, ali još uvijek s potrebom za nastavkom liječenja ili pomoći u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba, pojavilo se veliko pitanje: kako i tko će nastaviti skrbiti za bolesnika u njegovoj kući. Vrijeme je pokazalo da je model stvaranja mreže ustanova za zdravstvenu njegu u kući jedan od najboljih

oblika pružanja skrbi koji pretpostavlja integrirani, multisektorski pristup u kojem je bolesnik centralni fenomen u procesnom krugu izvrsnosti [10].

Pružajući zdravstvenu njegu medicinska sestra/tehničar uspostavlja interakciju s bolesnom osobom i njenim članovima obitelji i pruža pomoć sve dok im je pomoć potrebna. Oni u dogovoru s timom i bolesnikom, odlučuju kako se može pomoći, udovoljava objektivnim zahtjevima, željama i potrebama te osigurava vezu sa drugim djelatnostima u sustavu zdravstvene zaštite. Svaka medicinska sestra/tehničar koji provode zdravstvenu njegu u kući imaju jasan cilj: poticati bolesnika na što veću samostalnost u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba te očuvati i unaprijediti kvalitetu života [10].

Ustanove za zdravstvenu njegu u kući, ako se promatraju kao centri izvrsnosti, svojim korisnicima trebaju pružati kontinuiranu i integriranu skrb bilo kroz prevenciju komplikacija kod kroničnih bolesti, poboljšanje ili očuvanje kvalitete života kroz nastavak njege nakon otpusta iz bolnice, provođenje njege u recidivu bolesti ili njege u terminalnim stanjima kroz palijativnu ili hospicijsku skrb [10].

4.1.3. Uloge sestre u zajednici

Uloge sestre u zajednici slične su i različite od sestrinske uloge u tradicionalnim bolničkim institucijama [9].

Sestrinska skrb u zajednici usmjerena je na korisnike, a korisnik može biti pojedinac i/ili obitelj tamo gdje živi, radi ili boravi. Korisnik može biti i zajednica. Svima njima sestra pruža pomoć u zadovoljavanju osnovnih ljudskih i životnih potreba s ciljem unapređenja zdravlja, sprečavanja gubitka zdravlja, očuvanjem zdravlja i vraćanja poremećenog zdravlja. Sestra to čini kroz mnoge i raznovrsne uloge primjenjujući razne profesionalne vještine [9].

4.1.4. Sestrinska skrb o starijim ljudima u zajednici

Plan sestrinske skrbi treba sadržavati odgovore na specifične potrebe staroga čovjeka. Potrebe se utvrđuju procjenom. Procjena se temelji na anamnestičkim podacima, ispitavanju tjelesnog stanja i funkcionalnih mogućnosti i kapaciteta, psiholoških čimbenika, socijalnog integriteta, te učestalosti i kakvoći brige za samog sebe. Izvor podataka je korisnik, članovi njegove obitelji, članovi zdravstvenog tima i njihova dokumentacija, a neki puta susjedi i prijatelji [11].

Podaci potrebni za planiranje sestrinske skrbi moraju biti prikupljeni uz punu profesionalnu odgovornost, jer se temeljem tih podataka planiraju mjere kojima se unapređuje, čuva i odražava

dobrobit starijeg pojedinaca/obitelji. Procjenom se prepoznaju i medicinski, psihički i socijalni problemi i tako se otvara put njihova bržeg i lakšeg rješavanja [11].

4.2. Socijalne usluge

Socijalne su usluge one usluge koje nudi vlada i nevladine organizacije sa ciljem da odgovore na potrebe pojedinaca i skupina korisnika, kao što su djeca i obitelji, starije osobe i osobe s fizičkim i mentalnim hendikepom. Te se usluge mogu davati u domicilu osoba, u dnevnim centrima i domovima, a pružaju ih socijalni radnici i drugi stručnjaci iz srodnih područja. Volonteri, također, u velikoj mjeri doprinose u davanju većine socijalnih usluga. Te usluge nisu iste kao zdravstvene i obrazovne [14].

4.2.1. Usluga pomoć u kući

Usluga pomoć u kući obuhvaća organiziranje prehrane, obavljanje kućanskih poslova, održavanje osobne higijene i obavljanje ostalih svakodnevnih potreba [15].

Usluga pomoć u kući se priznaje:

- osobi kojoj je zbog tjelesnog, mentalnog, intelektualnog ili osjetilnog oštećenja ili trajnih promjena u zdravstvenom stanju prijeko potrebna pomoć druge osobe
- osobi kojoj je zbog privremenih promjena u zdravstvenom stanju prijeko potrebna pomoć druge osobe
- starijoj osobi kojoj je prema procjeni centra za socijalnu skrb potrebna pomoć druge osobe [14].

Pomoć u kući obuhvaća:

- organiziranje prehrane (nabava i dostava gotovih obroka u kuću)
- obavljanje kućnih poslova (dostava živežnih namirnica, pomoć u pripremanju obroka, pranje posuđa, pospremanje stana, donošenje vode, ogrjeva i slično, organiziranje pranja i glačanja rublja, nabava lijekova i drugih potrepština i dr.)
- održavanje osobne higijene (pomoć u oblačenju i svlačenju, u kupanju i obavljanju drugih higijenskih potreba) zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba [15].

Prema statističkim podacima Ministarstva, stanje na dan 31.12.2015.g., 3.328 osoba starih 65 i više godina je dobivalo uslugu pomoć u kući temeljem rješenja centra za socijalnu skrb [16].

4.2.2. Usluga smještaja

Usluga smještaja je usluga skrbi izvan vlastite obitelji, koja se ostvaruje kao institucijska skrb u domovima ili drugim pravnim osobama ili kao izvaninstitucijska skrb u udomiteljskoj obitelji, obiteljskom domu, organiziranom stanovanju ili u zajednici stambenih jedinica. Usluga smještaja može biti privremena i dugotrajna [16].

Starijoj osobi kojoj je zbog trajnih promjena u zdravstvenom stanju i nemoći prijeko potrebna stalna pomoć i njega druge osobe priznaje se dugotrajni smještaj [16].

4.3. Usluge koje se pružaju starijim osobama u Krapinsko Zagorskoj županiji

Prema podacima iz Popisa stanovništva provedenog 2011. godine, na području Krapinsko-zagorske županije živjelo je 132.892 stanovnika. Došlo je do pada dobne skupine 65-74 godine za 2.640 osobe (gotovo 2%), dok su se ostale dobneskupine povećale. Dolazi do porasta dobne skupine 45-54 godine za 1.307 osoba (nešto manje od 1%), do porasta dobne skupine 55-64 za 1.199 osoba (nešto manje od 1%), do porasta dobne skupine 75-84 za 2.152 osobe (1,6%) te povećanje dobne skupine 85+ za 448 osoba (0,33%) [12].

Iako na području županije nema javnih domova za starije i nemoćne osobe (kojima je osnivač županija ili jedinice lokalne samouprave), ipak postoji niz programa i usluga za starije i nemoćne osobe. Županija je dobro pokrivena uslugama pomoći u kući te organiziranja dostave toplih obroka koje provode domovi socijalne skrbi i privatni pružatelj [12].

Potražnja za uslugama u ruralnim područjima, kao i u gradovima, visoka je te uključuje: pomoć pri kupnji; pomoć u kući i izvan kuće; spremanje obroka; dostavu gotovih obroka, potrebu za razgovorom i socijalizacijom itd. Starije osobe općenito žele ostati u vlastitim domovima koliko god je to moguće, a razvijene usluge u zajednici im to i omogućuju [12].

Prema podacima Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje, stanje na dan 31. ožujka 2014. godine, prosječna mirovina umirovljenika na području Krapinsko-zagorske županije bila je niža za 334,09 kn ili 14%, u odnosu na prosječnu mirovinu u Republici Hrvatskoj te je to dodatni

čimbenik ranjivosti onog dijela starije populacije, čije mirovine nisu dostatne za plaćanje skrbi u privatnim domovima socijalne skrbi, u slučajevima kada nemaju obiteljsku podršku [12].

Socijalne usluge koje se pružaju starijim i nemoćnim osobama [12]:

a) Naknade

Ne postoje posebne novčane naknade za starije osobe. Međutim, gradovi i županije daju jednokratne novčane pomoć i starijim osobama za Božić, Uskrs i druge prigode.

b) Usluge informiranja i savjetovanja

Usluge savjetovanja uglavnom provode Centri za socijalnu skrb i Podružnica Obiteljski centar. Matica umirovljenika Krapinsko-zagorske županije i gradske organizacije Crvenog križa u gradovima županije organizira niz aktivnosti kojima podiže kvalitetu života starijima, organiziraju se aktivnosti slobodnog vremena i sl.

c) Usluge skrbi u ustanovama

U županiji ne postoji niti jedan dom kojem je osnivač županija. No, postoje četiri privatna doma socijalne skrbi za starije, kapaciteta 265 osoba na stalnom smještaju.

U županiji postoji i 7 obiteljskih domova, koji se ubrajaju u oblike izvaninstitucijske skrbi, gdje je predstavnik obitelji odgovoran za pružanje usluga u obiteljskom okruženju. Ovaj oblik skrbi razvijen je nakon što je 2007. godine promijenjena pravna odredba za udomiteljsku obiteljsku skrb i ograničena na maksimalno troje djece ili maksimalno četiri starije osobe. Obiteljskih domovi imaju kapacitet skrbi za ukupno 92 korisnika.

d) Usluge dnevne skrbi

Na području županije djeluju dva dnevna kluba za starije koje vode gradska društva Crvenog križa. Dnevni klub u Krapini ima 3.700 posjeta godišnje, a dnevni klub 60+ u Pregradi broji 16 redovnih korisnika. Usluge dnevnih klubova su uglavnom orijentirane ranom prepoznavanju bolesti i kvalitetnom provođenju slobodnog vremena starijih osoba. Udruga LOHUD također organizira dnevni klub za starije koji okuplja 50-ak korisnika. Niti jedan dom za starije i nemoćne osobe nema organiziran Dnevni klub ili dnevni boravak.

e) Usluga pomoć u kući i dostava obroka

Pilot program Ministarstva socijalne politike i mladih pod nazivom Pomoć u kući starijim osobama prestao je 30. travnja ove godine. Usluga se priznaje rješnjem centra za socijalnu skrb

uz mogućnost sufinanciranja i samofinanciranja korisnika koji ne udovoljavaju uvjetima Zakona o socijalnoj skrbi. Do 30. travnja 2014. godine Županija i gradovi pružali su mrežu usluga pomoći i njege u kući za 725 korisnika, županije i gradova, općina, a uslugu pomoći u kući pružaju gradska društva Crvenog križa, udruga LOHUD, Udruga Zlatna dob iz Zagorskih Sela i obrt Moj dom iz Pregrade. Od 01. svibnja 2014. godine usluga se pruža za ukupno 191 korisnika.-Gradsko društvo Crvenog križa Krapina–200 korisnika (grad Krapina,općine: Đurmanec, Petrovsko, Radoboj i Jesenje) do 30. travnja 2014., a od 01. svibnja 2014.godine 20 korisnika-Udruga Zlatna dob, Zagorska Sela - 150 korisnika do 30. travnja 2014. Godine (općine: Desinić, Kumrovec i Zagorska Sela).

Programom dostave toplih obroka obuhvaćeno je 157 korisnika, a uslugu pružaju 3 Doma za psihički bolesne odrasle osobe i jedan privatni pružatelj. Za 79 korisnika ovo je pravo priznato rješenjem centra za socijalnu skrb. Dostava toplih obroka vrši se na slijedećim područjima:-Dom za psihički bolesne odrasle osobe Zagreb, Podružnica Mirkovec: Sveti Križ Začretje, Bedekovčina, grad Zabok - 36 korisnika-Dom za psihički bolesne odrasle osobe Bidružica: općina Desinić, dio grada Pregrade, dio općina Hum na Sutli, Kumrovec i Tuhelj- 36 korisnika

f) Usluge udomiteljske skrbi

Na području Krapinsko-zagorske županije na dan 31. prosinca 2014. godine bilo je ukupno 78 udomiteljskih obitelji od kojih njih 59 smještava odrasle i starije osobe.

g) Ostale usluge

'Halo pomoć'

– program 24 satne pomoći putem socijalnih alarmnih uređaja i telefona za starije osobe i osobe s invaliditetom koje žive same ili su veći dio dana same, kojeg provodi udruga Prisutnost iz Zagreba za ukupno 37 korisnika [12].

Krapinsko-zagorska županija svojim starijim stanovnicima nudi širok raspon usluga usmjerenih na zadovoljavanje njihovih životnih potreba. S kapacitetom od oko 300 kreveta u domovima socijalne skrbi, 191 korisnika usluge pomoći u kući i 157 korisnika dostave obroka, ova županija ostvaruje pozitivnu prevagu usluga u zajednici za starije i nemoćne (unatoč tome potrebe korisnika su i dalje veće od postojećeg obuhvata usluga). Županija je prilično razvedena te je potrebno posebnu pozornost usmjeriti na zadovoljavanje jednake razine kvalitete usluga u cijeloj županiji [12].

5. Empirijski dio

5.1. Cilj istraživanja

U općini Desinić, prema popisu stanovništva iz 2011. godine živjelo je 2.935 stanovnika. Prema sastavu stanovništva prevladava stanovništvo zrele dobi, dok će u budućnosti zbog niskog nataliteta i procesa starenja stanovništva prevladavati staro stanovništvo.

Cilj ovog istraživanja je:

1. Utvrditi potrebu starijih osoba za uslugama skrbi u zajednici
2. Utvrditi informiranost starijih osoba o uslugama skrbi u zajednici

5.2. Uzorak istraživanja

U ispitivanju je sudjelovalo 50 sudionika stariji od 65 godina. Od toga je samo 15 muških i 35 ženskih sudionika. Istraživanje je provedeno na području općine Desinić u Krapinsko-zagorskoj županiji.

5.3. Metodologija

Istraživanje sam provela u lokalnoj zajednici općine Desinić, koja je ujedno i bila moje mjesto stanovanja. Dobro poznavajući strukturu i oblik domaćinstva obilazila sam staračka kućanstva, te uz njihov pristanak anonimno prikupila potrebne podatke. Sudionici su upoznati sa metodom prikupljanja i anonimnošću podataka. Podaci su prikupljeni tokom mjeseca kolovoza 2017. godine. Anketa se sastoji od 30 pitanja. Prva tri pitanja se odnose na opće podatke, dok se ostatak ankete odnosi na pitanja vezana za ocjenu kvalitete života i usluge korištenja skrbi.

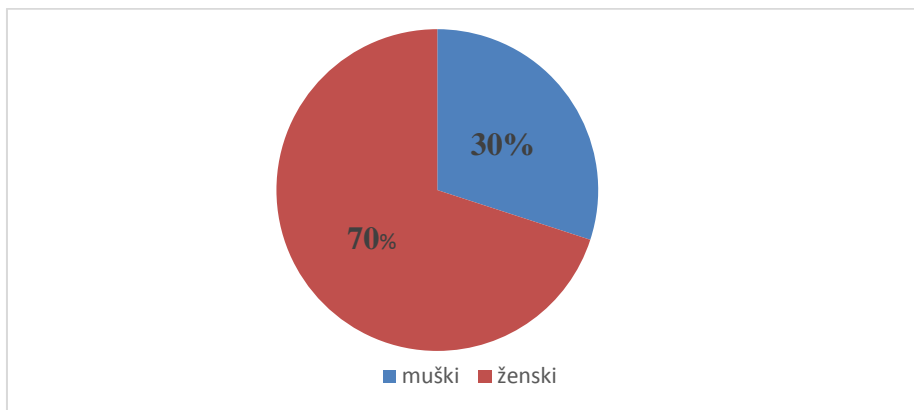
5.4. Rezultati istraživanja

1. Deskriptivni prikaz parametara ispitivanog uzorka

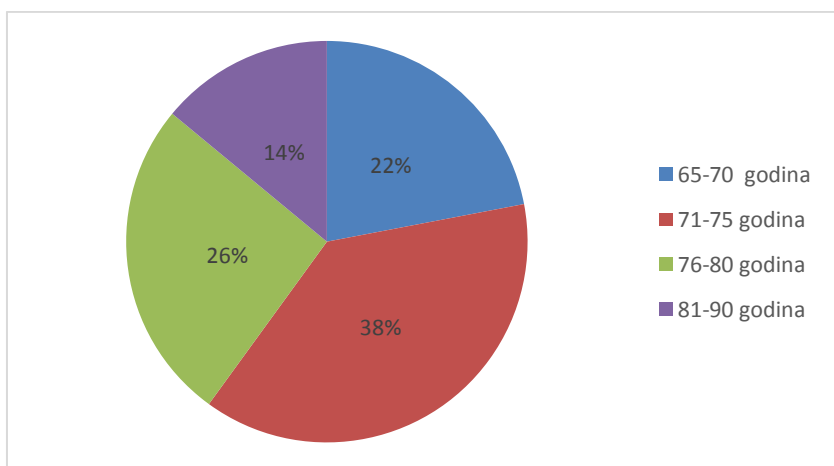
Varijabla		<i>N</i> (%)
Spol	Muški	15 (30%)
	Ženski	35 (70%)
Dob	65-70 godina	11 (22%)
	71-75 godina	19 (38%)
	76-80 godina	13 (26%)
	81-90 godina	7 (14%)
Obrazovanje	bez osnovne škole	9 (18%)
	osnovna škola	32 (64%)
	srednja škola	8 (16%)
	fakultet	1 (2%)

Tablica 5.4.1. Prikaz deskriptivnih parametara sudionika izražen u postocima ($N=50$)

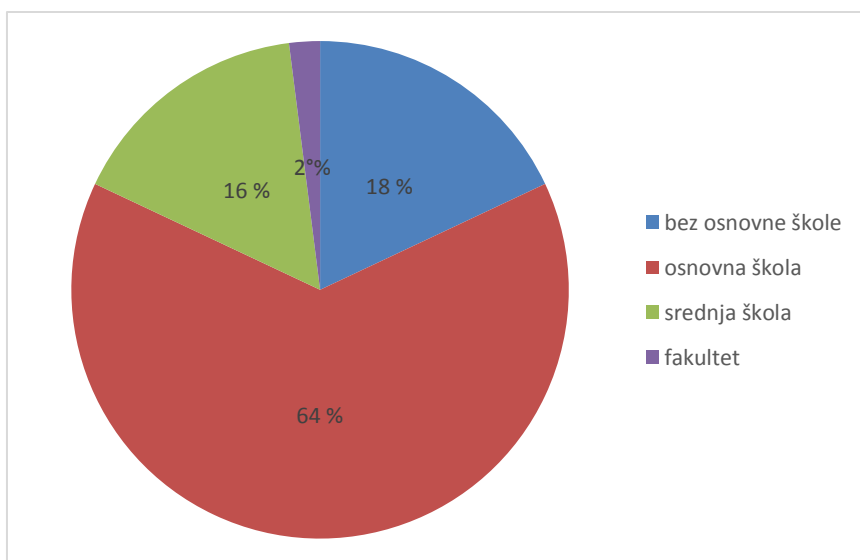
Iz Tablice 5.4.1. može se vidjeti da uzorak sačinjavaju uglavnom ženske ispitanice (70%). Dob ispitanika u uzorku bila je u rasponu od 65 do 90 godina. najviše ispitanika bilo je u dobnom rasponu od 71 do 75 godina, a najmanji broj ispitanika bio je dobi iznad 81 godine. Nadalje, najveći broj ispitanika ima završenu osnovnu školu (oko 2/3 uzorka). Grafički prikaz može se vidjeti u nastavku.



Grafikon 5.4.2. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na spol ($N=50$)



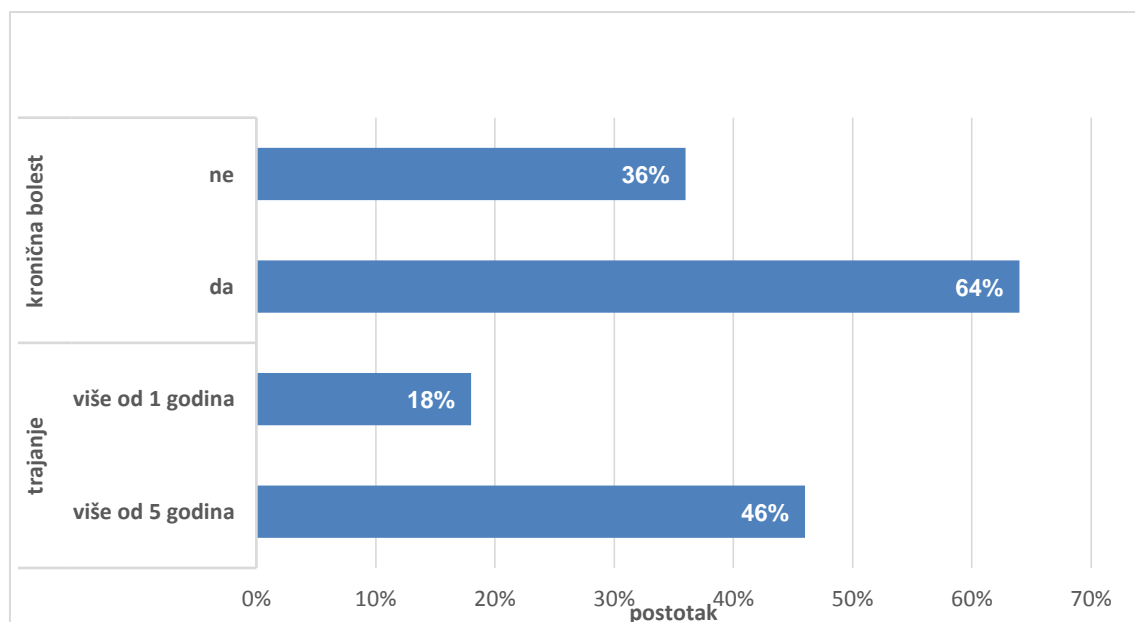
Grafikon 5.4.3. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na dob ($N=50$)



Grafikon 5.4.4. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na razinu obrazovanja ($N=50$)

2. Deskriptivni parametri korištenih mjera kvalitete života starijih osoba

1. Kronične bolesti

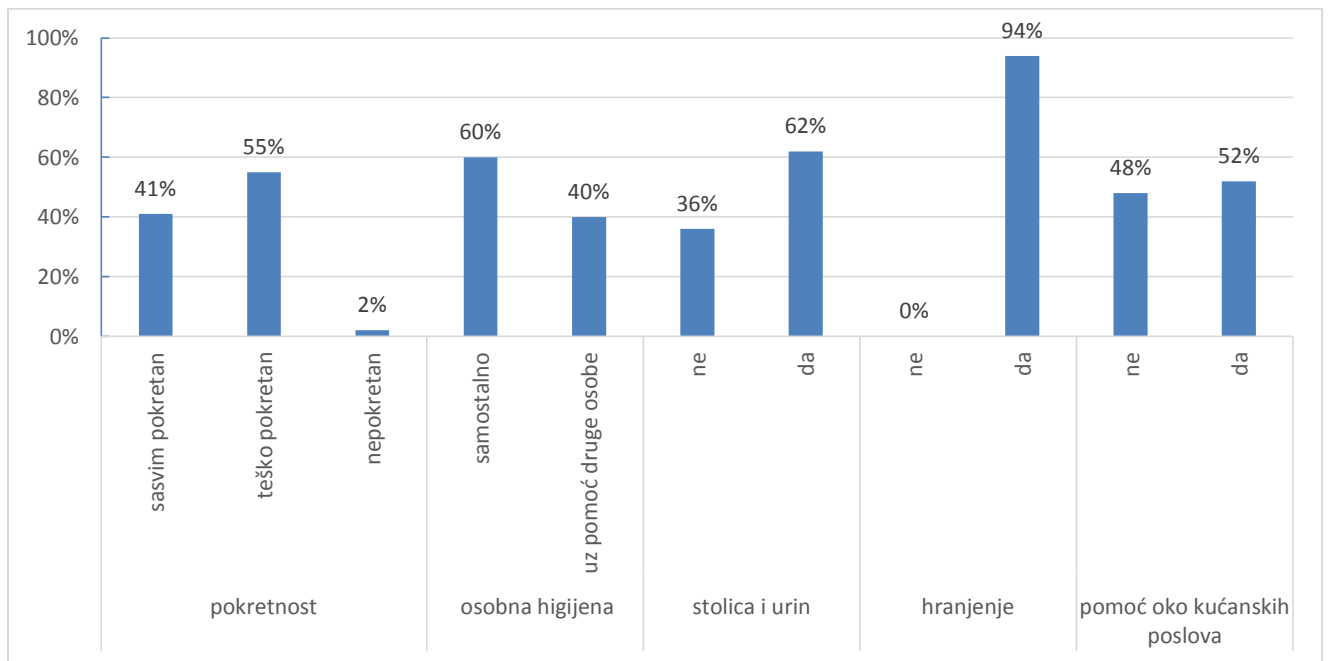


Grafikon 5.4.6. Grafički prikaz pojave i trajanja kroničnih bolesti

Iz grafikona 5.4.6. vidi se da 64% ispitanika navodi kako boluje od neke kronične bolesti, a onih koji su oboljeli 18 % procjenjuje da od te bolesti boluje više od godinu dana, a 46 % ih navodi kako boluju više od pet godina. U upitniku je također bila ponuđena manje od godinu dana, no nijedan od ispitanika ne iskazuje da je trajanje bolesti ispod jedne godine.

2. Samostalnost

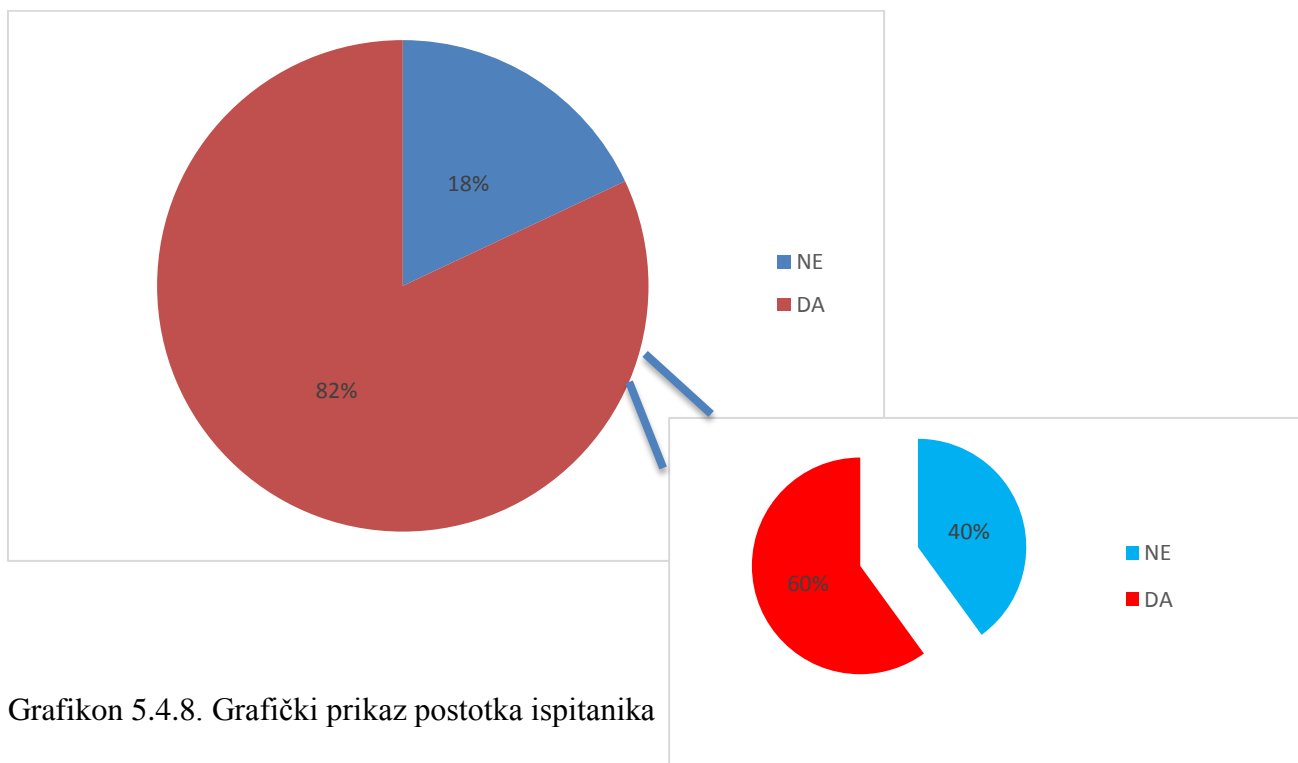
U samostalnost smo uvrstili pitanja koja se odnose na pokretnost, obavljanje fizioloških potreba, hranjenje i pomoć prilikom obavljanja kućanskih poslova.



Grafikon 5.4.7. Grafički prikaz postotka parametara samostalnosti ispitanika

Iz grafikona 5.4.7. vidi se kako je nešto manje od polovine ispitanika sasvim pokretno (41%), nešto više od polovine ispitanika (55%) teško pokretno te 2 % nepokretno. Ipak, sukladno s (ne)pokretnošću ispitanika 60% ih osobnu higijenu obavlja potpuno samostalno, a njih 40% je obavlja uz pomoć druge osobe. Više od polovine ispitanika (62%) starije dobi iskazuje poteškoće sa stolicom i urinom. Skoro cjelokupan uzorak ispitanika (94%) hrani se samostalno. Što se tiče pomoći oko kućanskih poslova njih nešto manje od polovine ne treba pomoć drugih osoba.

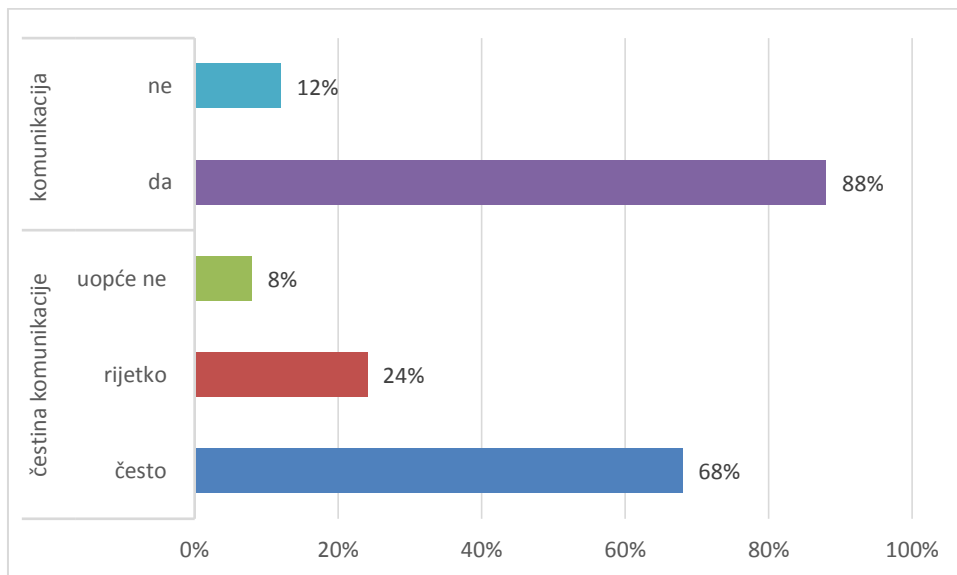
3. Socijalna podrška



Grafikon 5.4.8. Grafički prikaz postotka ispitanika

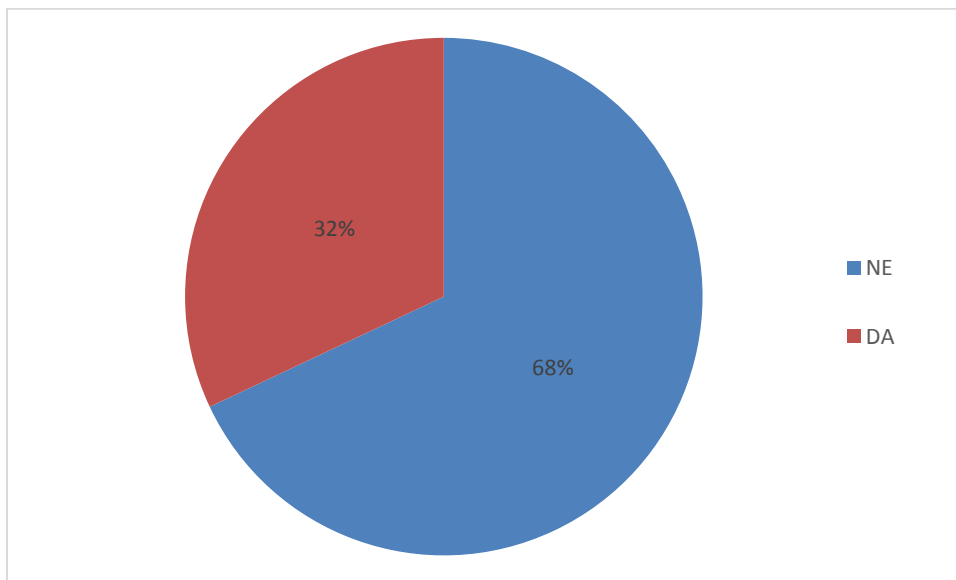
koji imaju djecu i koja im pružaju pomoć

Iz grafikona 5.4.8. vidi se kako 82% starijih ima djecu. Od onih koji imaju djecu 60% ih navodi kako im djeca pružaju pomoć.



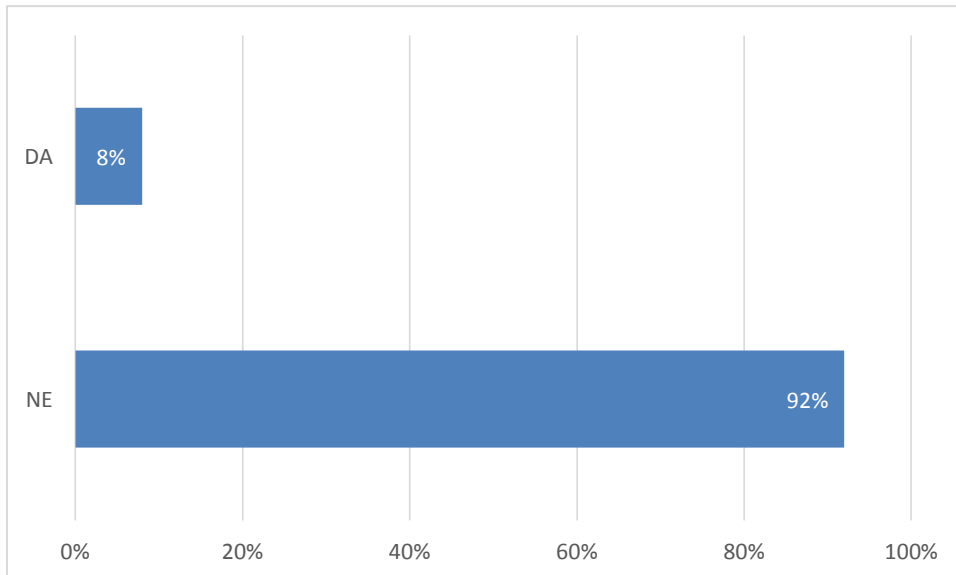
Grafikon 5.4.9. Grafički prikaz postojanja ostvarivanja komunikacije sa obitelji, susjedima i prijateljima te čestina ostvarivanja te komunikacije

Iz Grafikona 5.4.9 se vidi kako većina uzorka (88%) komunicira sa susjedima, prijateljima, rodbinom i djecom, a to ostvaruju često (68%). Ipak, vidi se kako 12% starijih osoba nema komunikaciju s drugima. Također, i od onih koji ostvaruju tu komunikaciju 24% ih to čini rijetko.



Grafikon 5.4.10. Grafički prikaz postotka ispitanika koji (ne)izražavaju osjećaj napuštenost i osamljenost

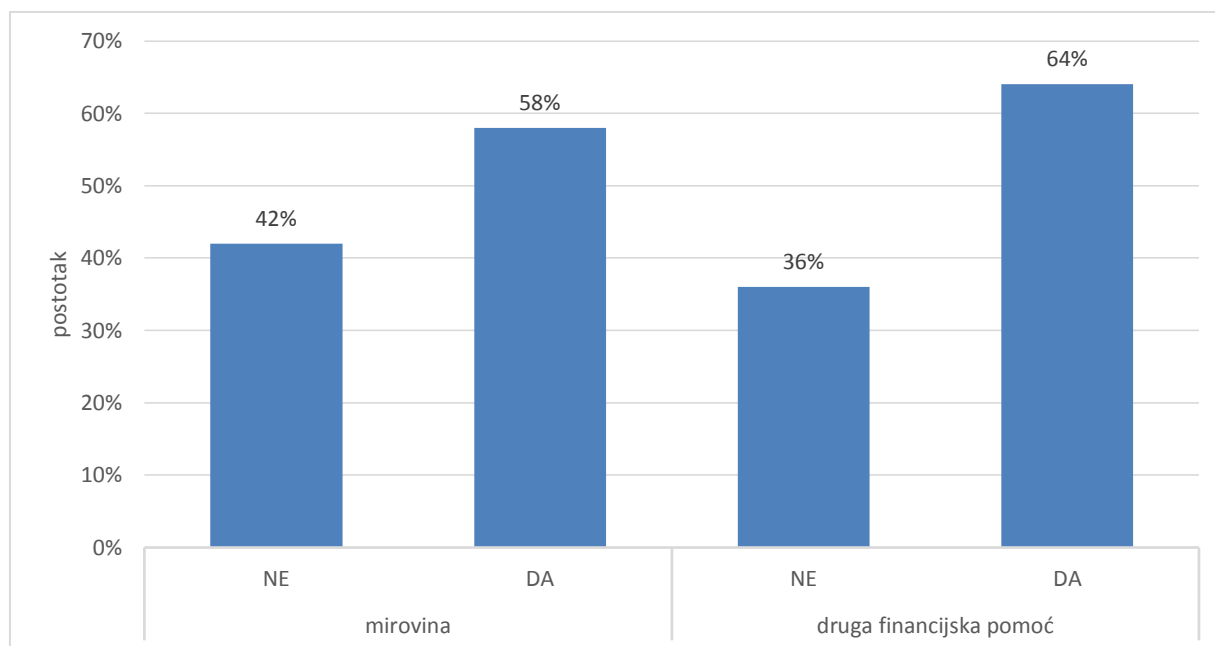
Više od dvije trećine uzorka (68%) starijih osoba iskazuje da se ne osjeća napušteno i usamljeno (Grafikon 5.4.10.).



Grafikon 5.4.11. Grafički prikaz postotka ispitanika s obzirom na izražavanje želje za životom u Domu starijih i nemoćnih

Iz grafikona 5.4.11. vidi se kako bi svega 8% starijih htjelo živjeti u domu dok 92% starijih ipak ne bi željelo živjeti u Domu za starije i nemoćne.

4. Financijski status



Grafikon 5.4.12. Grafički prikaz postotka ispitanika s obzirom na primanje mirovine i druge financijske pomoći

Iz grafikona 5.4.12. se vidi kako nešto više od polovine ispitanika (58%) prima mirovinu, a nešto manje od dvije trećine (64%) ih prima drugu financijsku pomoć.

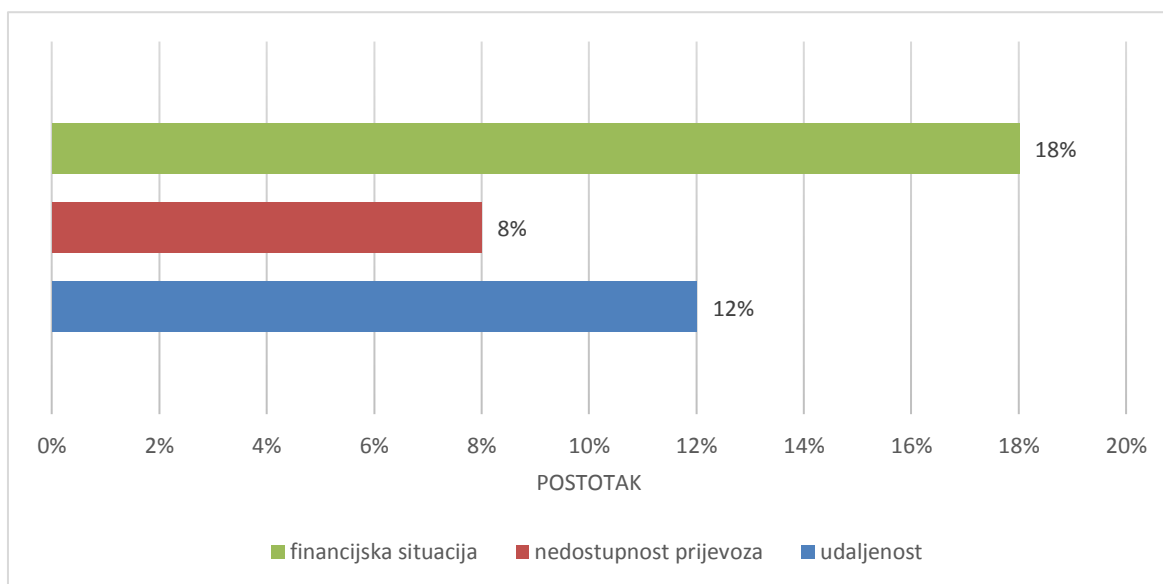
Varijable	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Zadovoljstvo kvalitetom života	6,06	1,77	2	10

Tablica 5.4.13. Prikaz aritmetičkih sredina i standardnih devijacija za zadovoljstvo kvalitetom života

Legenda: M- aritmetička sredina, SD- standardna devijacija, min- najniži rezultat ispitanika, max-najviši rezultat ispitanika

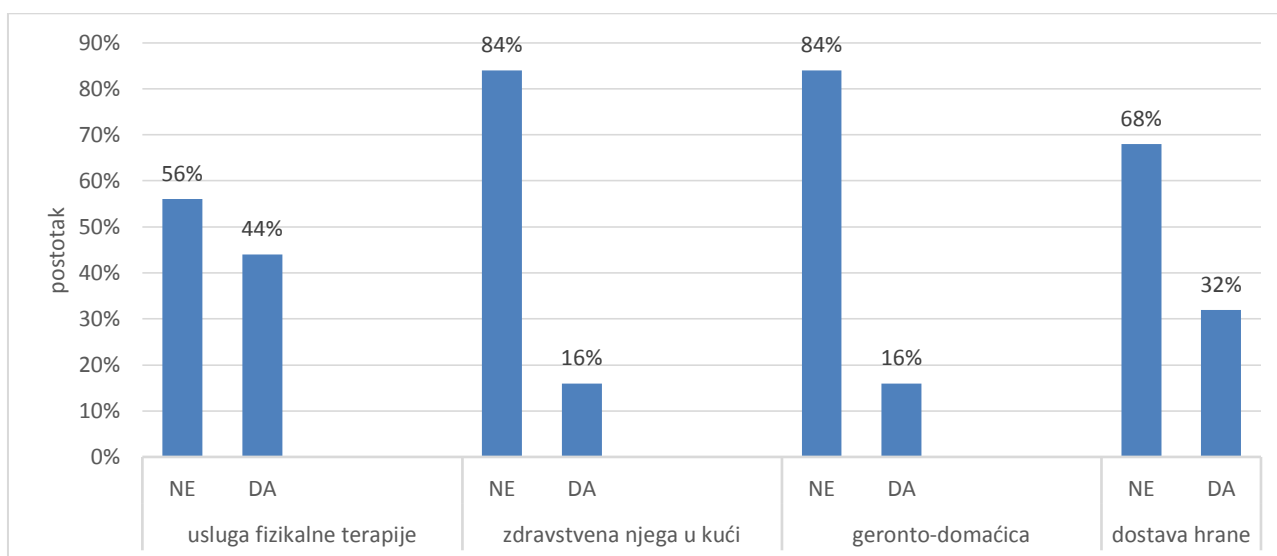
Prosječne vrijednosti iz Tablice 5.4.13. pokazuju kako ispitanici izražavaju umjereno zadovoljstvo kvalitetom života.

3. Deskriptivni parametri korištenih mjera korištenja usluga skrbi u zajednici



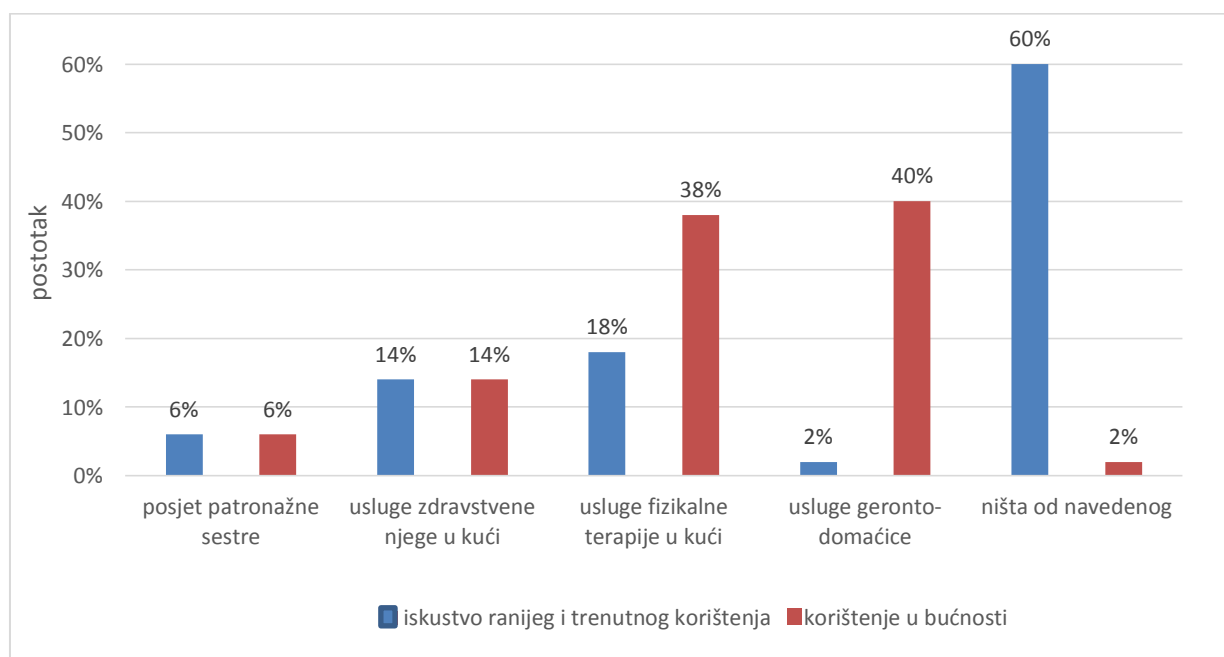
Grafikon 5.4.14.. Grafički prikaz procjene mogućih poteškoća za dolazak u ambulantu

Od onih ispitanika koji navode da imaju poteškoće najveći postotak (18%) ih navodi da im financija sredstva predstavljaju problem za dolazak u ambulantu, kod 12% ispitanika problem je udaljenost do ambulante a 8% starijih navodi kako im je nedostupan prijevoz (Grafikon 5.4.14.).



Grafikon 5.4.15. Grafički prikaz postotka ispitanika s obzirom na upoznatost s pojedinim uslugama zajednice

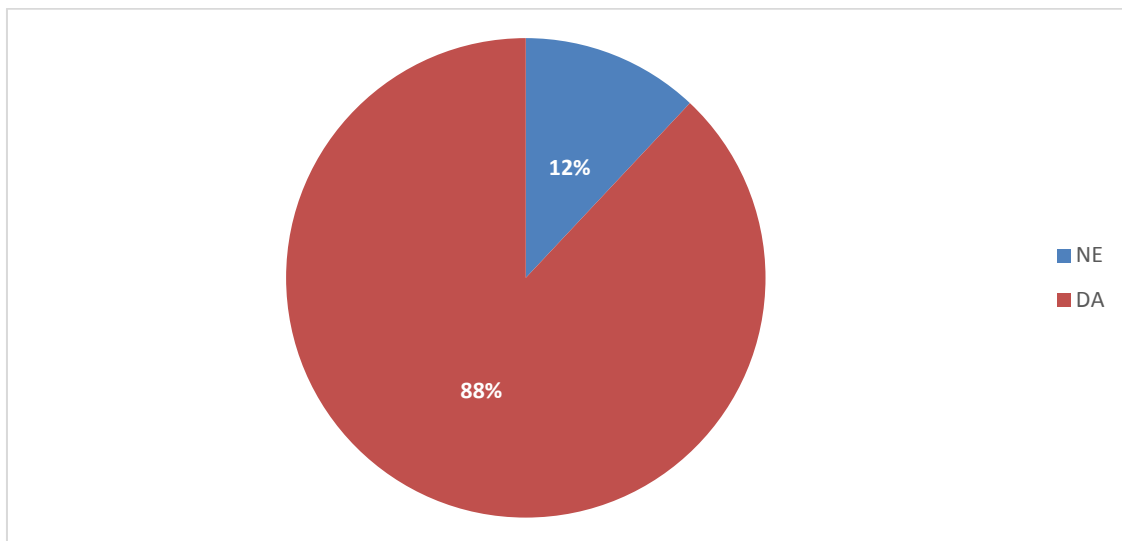
Iz grafikona 5.4.15. može se vidjeti kako je nešto više od polovina uzorka starijih nije upoznato s mogućnošću korištenja fizikalne terapije. Nadalje, čak 84% starijih ne zna da mogu koristiti uslugu zdravstvene njege u kući. Isto tako, 84% ih ne zna da postoji usluga geronto-domaćice, a nešto više od dvije trećine starijih (68%) nije upoznato sa uslugom dostave hrane.



Grafikon 5.4.16. Grafički prikaz postotka ispitanika s obzirom na ranije i trenutno korištenje te želju korištenja usluga u budućnosti

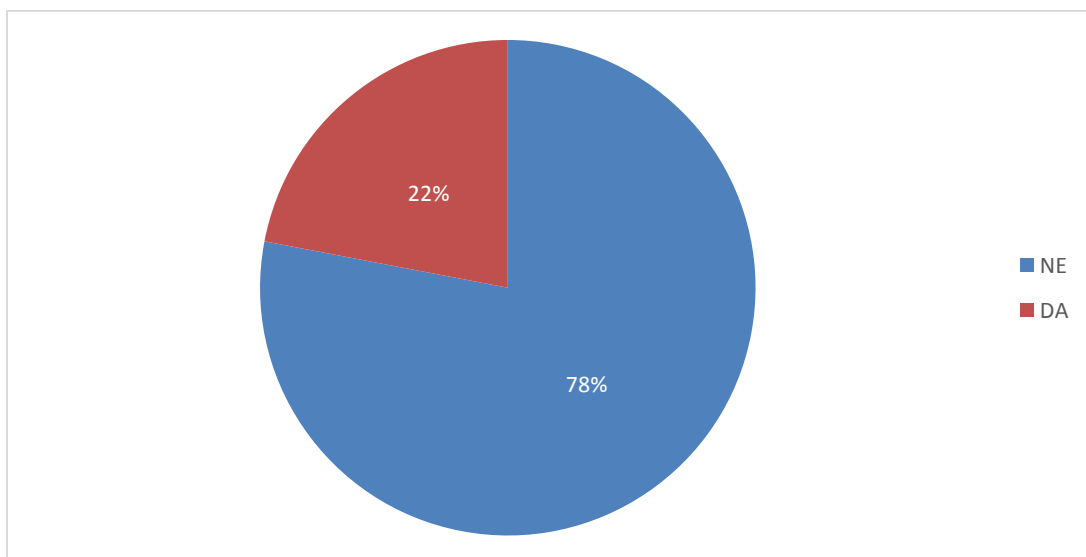
Iz grafikona 5.4.16. jasno se mogu vidjeti prilično niski postoci ranijeg i trenutnog korištenja usluga zajednice. Najviše starijih osoba koristi usluge fizikalne terapije i zdravstvene njege u kući. Kako se vidi najveći broj starijih zapravo ne koristi ništa od navedenog. Vezano za korištenje usluga u budućnosti, najveći broj starijih bi koristilo uslugu geronto-domaćice i fizikalne terapije. Jasno se vidi pad u postotku odgovora za nijednu od navedenih usluga.

Važno je napomenuti da je u ovim pitanjima postojala i ponuđen odgovor usluga dostave hrane, no nijedan ispitanik nije je naveo ni u pitanju za ranije i trenutno, a ni za buduće korištenje.



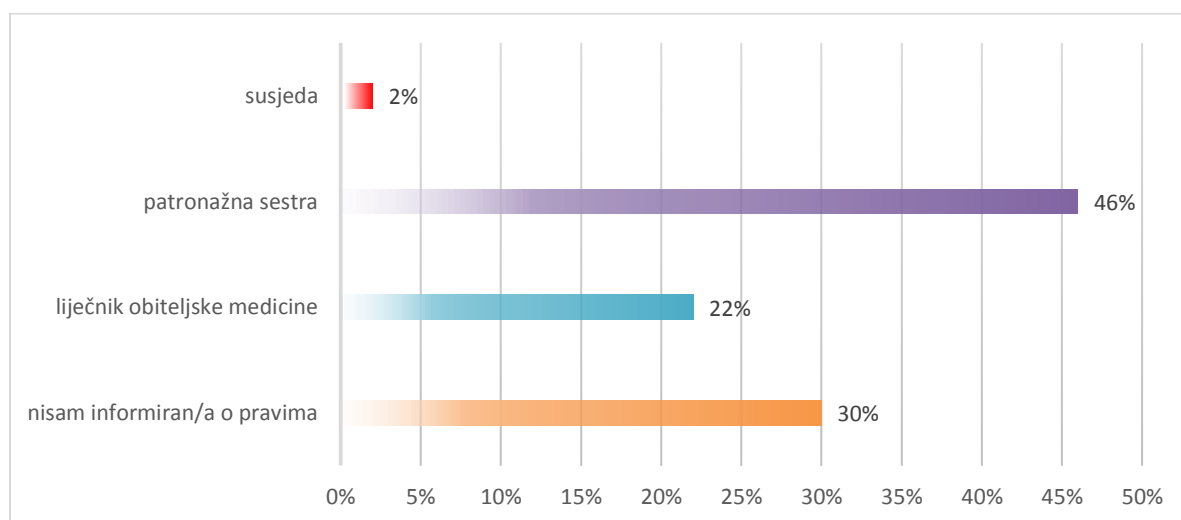
Grafikon 5.4.17. Grafički prikaz ispitanika s obzirom na izražavanje zadovoljstvo oblicima pomoći

Iz grafikona 5.4.17. se vidi kako većina ispitivanog uzorka starijih iskazuje zadovoljstvo pruženim oblicima pomoći.



Grafikon 5.4.18. Grafički prikaz postotka ispitanika s obzirom na dojam od dovoljno informiranosti o ostvarivanju prava na usluge u zajednici

Iz grafikona 5.4.18. se vidi kako 78% starijih misli da nisu dovoljno informirani o ostvarivanju prava na usluge u zajednici.



Grafikon 5.4.19. Grafički prikaz postotka ispitanika o izvoru informacija o pravima u zajednici

Iz grafikona 5.4.19. može se vidjeti da najveći broj ispitanika iskazuje kako su informacije o pravima dobili od patronažne sestre, zatim liječnika obiteljske medicine i najmanje od susjeda. Ipak, skoro trećina uzorka uopće nije informirana o pravima.

4. Testiranje razlika u korištenim mjerama s obzirom na spol i dob ispitanika

Spol	Kronična bolest		χ^2	<i>p</i>
	Da	Ne		
	<i>f</i>	<i>f</i>		
Muškarci	10	5	0,06	,797
Žene	22	13		

Legenda: *f* frekvencija, χ^2 – vrijednost hi kvadrat testa, *p* – razina značajnosti

Tablica 5.4.20. Testiranje razlika u oboljenju od kronične bolesti s obzirom na spol ispitanika

Hi kvadrat testom utvrđeno je kako nema razlika u oboljenju od kronične bolesti s obzirom na spol ispitanika.

Spol	Pomoć djece		χ^2	<i>p</i>
	Da	Ne		
	<i>f</i>	<i>f</i>		
Muškarci	10	5	0,40	,529
Žene	20	15		

Legenda: *f* frekvencija, χ^2 – vrijednost hi kvadrat testa, *p* – razina značajnosti

Tablica 5.4.21. Testiranje razlika u dobivenoj pomoći od djece s obzirom na spol ispitanika

Nije utvrđena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u pružanju pomoći od djece, odnosno i starijim muškarcima i ženama djeca pomažu jednako.

Spol	Mirovina		χ^2	<i>p</i>
	Da	Ne		
	<i>f</i>	<i>f</i>		
Muškarci	7	8	1,13	,288
Žene	22	13		

Legenda: *f* frekvencija, χ^2 – vrijednost hi kvadrat testa, *p* – razina značajnosti

Tablica 5.4.22. Testiranje razlika u primanju mirovine s obzirom na spol ispitanika

Nije utvrđena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u primanju mirovine.

Spol	Druga financijska pomoć		χ^2	<i>p</i>
	Da	Ne		
	<i>f</i>	<i>f</i>		
Muškarci	9	6	0,149	,700
Žene	23	12		

Legenda: *f* frekvencija, χ^2 – vrijednost hi kvadrat testa, *p* – razina značajnosti

Tablica 5.4.23. Testiranje razlika u primanju druge financijske pomoći

Nije utvrđena statistički značajna razlika između muškaraca i žena u primanju druge financijske pomoći.

Spol	Muški	Ženski	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>		
Zadovoljstvo kvalitetom života	5,80 (2,08)	6,17 (1,64)	-6,78	,501

Legenda: M- aritmetička sredina, SD- standardna devijacija t – t-omjer, p - razina značajnosti

Tablica 5.4.24. Rezultati t-testa u procjeni zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na spol

Nije utvrđena statistički značajna razlika u procjeni kvalitete života između muškaraca i žena, odnosno jednako su zadovoljni kvalitetom svog života u starijoj životnoj dobi.

Dob	65-70	71-75	76-80	81-90	<i>F</i>	<i>p</i>
	godina	godina	godina	godina		
	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>		
Zadovoljstvo kvalitetom života	6,00 (1,41)	6,11 (1,97)	5,77 (1,54)	6,57 (2,30)	,308	,820

Legenda: M- aritmetička sredina, SD- standardna devijacija F – f-omjer, p - razina značajnosti

Tablica 5.4.25. Rezultati jednosmjerne analize varijance u procjeni zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na dob

Nije utvrđena statistički značajna razlika u procjeni zadovoljstva kvalitetom života s obzirom na dobnu skupinu starijih osoba.

5.5. Rasprava

U istraživanju je sudjelovalo je 50 sudionika s mjestom stanovanja u Općini Desinić. Iz općih podataka možemo zaključiti da su svi ispitanici u dobi iznad 65 godina, no najveći udio je u dobi od 71 -75 godina. Sudionici su većim dijelom ženskog spola (70 %), te manjim muškog spola (30 %). Prema stupnju obrazovanja najveći udio iznosi osnovnoškolsko obrazovanje (64 %), a najmanje je visokoobrazovanih (2%). S obzirom na dob i ruralno mjesto stanovanja takvi podaci nisu iznenađujući.

Na četvrto i peto pitanje vezano za oboljenje od kroničnih bolesti, dobili smo rezultat da njih 64 % boluje od neke kronične bolesti, te da 46 % boluje više od pet godina. Testom je utvrđeno kako nema razlika u oboljenju od kronične bolesti s obzirom na spol ispitanika.

Odgovori na pitanja koja su povezana sa funkcionalnom sposobnosti razlikuju se među korisnicima zbog njihove pokretljivosti koja im onemogućava da samostalno obavljaju osnovne dnevne aktivnosti. Sukladno tome njih 52 % procjenjuju da im je potrebna pomoć pri obavljanju kućanskih poslova.

Ocjena kvalitete života se ne razlikuje s obzirom na dob, a na devetnaesto pitanje koliko ste zadovoljni kvalitetom svog života na skali sa ocjenama od 1 do 10 dobiveni su rezultati aritmetičke sredine 6,06, što bi odgovaralo srednjoj ocjeni. Najniži rezultat ispitanika je 2, a najviši 10.

Na pitanje “Smatrate li da bi Vam bilo bolje u Domu umirovljenika?” sa najviše odgovora (92%) odgovoreno je da ne. Što nam daje naslutiti da sudionici smatraju kako im je bolje u njihovom domu i lokalnoj zajednici.

Odgovori na pitanja o financijskoj ne/ovisnosti daju nam rezultate da su sudionici ovisni i o nekim drugim oblicima financijske pomoći, osim mirovine. Sukladno tom rezultatu najviše odgovora je dobiveno u tom kontekstu na pitanje “Da li Vam nešto od slijedećeg navedenog stvara problem da dođete u ambulantu?” Njih 18 % odgovara da je upravo financijska situacija najveći problem da dođu u ambulantu po potrebitu skrb.

Na pitanja koja su povezana sa mogućnošću korištenja usluga skrbi (zdravstvene njege u kući, fizikalne terapije, usluge gerontodomačice, dostava hrane), njih najviše odgovara kako nisu upoznati sa tim uslugama ili ih ne koriste. Čak 84% starijih ne zna da mogu koristiti uslugu zdravstvene njege u kući. Isto tako, 84% ih ne zna da postoji usluga geronto-domačice, a nešto više od dvije trećine starijih (68%) nije upoznato sa uslugom dostave hrane.

Pitanjima 28. i 29. pokušali smo doznati koliko sudionika je koristilo ili koristi neke od usluga, te koje od njih bi željelo ili trebalo koristiti. Dobiveni su prilično niski postoci ranijeg i trenutnog korištenja usluga zajednice. Najviše starijih osoba koristi usluge fizikalne terapije i zdravstvene njege u kući. Kako se vidi najveći broj starijih zapravo ne koristi ništa od navedenog. Vezano za korištenje usluga u budućnosti, najveći broj starijih bi koristilo uslugu geronto-domačice i fizikalne terapije. Jasno se vidi pad u postotku odgovora za nijednu od navedenih usluga.

Važno je napomenuti da je u ovim pitanjima postojala i ponuđen odgovor usluga dostave hrane, no nijedan ispitanik nije je naveo ni u pitanju za ranije i trenutno, a ni za buduće korištenje.

Nadalje možemo vidjeti kako 78% starijih misli da nisu dovoljno informirani o ostvarivanju prava na usluge u zajednici, te da su informacije o pravima dobili od patronažne sestre, zatim liječnika obiteljske medicine i najmanje od susjeda. Ipak, skoro trećina uzorka uopće nije informirana o pravima.

6. Zaključak

Prema zadnjem popisu stanovništva 2011. godine, u Krapinsko-zagorskoj županiji vidljivo je povećanje broja osoba starijih od 65 godina. Sukladno tome, intenzivirana je potreba za pojačanom socijalno-zdravstvenom skrbi. Većina starijih ispitanika u provedenom istraživanju žive u samačkim kućanstvima, te su lošeg socioekonomskog statusa. Loša prometna povezanost, nedostupnost prijevoza, financijska situacija te otežana pokretljivost i kronična stanja dodatno pridonose riziku za socijalnu izolaciju i razvoju psihičkih oboljenja. Svi navedeni čimbenici razlozi su za većom potrebom usluga u zajednici. Starije osobe iskazuju potrebe za pomoći u obavljanju kućanskih poslova, no osim toga da bi im bila potrebita usluga zdravstvene njege i fizikalne terapije u kući.

Zbog nedovoljne razvijene prometne infrastrukture sela s većim mjestima zdravstvena zaštita je nažalost većini teško dostupna, a zdravstvene usluge koriste se tek onda kada su prijeko potrebne i kada je zdravlje već narušeno. Tako stanovnici ruralni područja nisu u mogućnosti ostvariti jedno od temeljnih načela zdravstvene zaštite pravo svakog čovjeka na zdravlje, jer ih ekonomske neprilike i izoliranost stavljaju u neravnopravan položaj vezano uz korištenje zdravstvene zaštite.

Osim toga dostupnost informacijama o pravima korištenja usluga skrbi je minimalna ili skoro nikakva. Najviše informacija o pravima korištenja sudionici su dobili upravo od patronažne sestre, pa se stoga daje naslutiti da se o ovoj populaciji i njihovom zdravlju te dobrobiti najviše brine upravo patronažna sestra.

Kako bi se poboljšala informiranost pacijenta o pravima i vrsti usluga u zajednici koje su im dostupne, prvensteno bi bilo poželjno da se o njima pravilno educiraju svi zdravstveni i nezdravstveni djelatnici koji skrbe ili koji su u kontaktu sa starijim osobama. Ukoliko bih pacijent bili pravilno informirani o pravima, koristili bi dostupne usluge više a samim time povećali kvalitetu življenja. Promatrajući starije osobe u ambulanti doktorice opće medicine, uočila sam da starije osobe uopće ne žele pogledati ponuđene brošure, dok komunikacijom i usmenom predajom usvajaju i prihvaćaju daleko više informacija. Brošure bi imale smisla, ako oni prethodno dobiju informaciju od osoba kojima vjeruju.

7. Literatura

- [1] S. Tomek-Roksandić, A. Budak: Zašto zaštita zdravlja starijih ljudi, Smjernice za zaštitu starijih ljudi 1999., Lovran, 1999., str. V-VII
- [2] D. Kuzma: Kvaliteta života osoba treće životne dobi, Diplomski rad, Filozofski fakultet u Rijeci, Rijeka, 2016.
- [3] Jedvaj, S., Štambuk, A., Rusac, S. (2014). Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. Socijalne teme : Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti, 1(1), 135-154. Preuzeto s <http://hrcak.srce.hr/177570>, dostupno 22.08.2017.
- [4] S.Tomek-Roksandić: Javnozdravstveni pristup u zaštiti zdravlja starijih ljudi, Smjernice za zaštitu starijih ljudi 1999., Lovran, 1999., str.1-12
- [5] M. Havelka: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998.
- [6] D.Droždjek, S.Tomek-Roksandić, A.Budak, B.Skupnjak, S. Krajačić: Rezultati dijela istraživačke studije o zdravstvenom i funkcionalnom stanju umirovljenika u gradu Zagrebu u 1998. godini, Smjernice za zaštitu starijih ljudi 1999., Lovran, 1999., str. 138
- [7] M. Havelka, J.Despot-Lučanin: Potrebe i mogućnosti razvoja novih modela cjelovite skrbi za starije ljude u Hrvatskoj, Smjernice za zaštitu starijih ljudi 1999., Lovran, 1999., str. 31-32
- [8] Z.Duraković i suradnici:Gerijatrija medicina starije dobi, C.T.- Poslovne informacije d.o.o., Zagreb,2007. str.547-548
- [9] Z. Mojsović i suradnici: Sestrinstvo u zajednici, Priručnik za studij sestrinstva,prvi dio, Visoka zdravstvena škola, Zagreb, 2004. str. 25-30
- [10] V. Mrzljak, Zdravstvena njega bolesnika u kući, Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, Zagreb, 2016.
- [11] Z. Mojsović i suradnici: Sestrinstvo u zajednici, Priručnik za studij sestrinstva,drugi dio: Korisnici u zajednici, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2007. str. 468
- [12]http://www.kzz.hr/sadrzaj/natjecaji/poziv-savjet-donosenje-socijalnog-plana/KZZ_Nacrt_prijedloga_socijalnog_plana.pdf, dostupno 27.08.2017.
- [13] http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2007_08_90_2739.html, dostupno 29.08.2017.

[14] <http://hrcak.srce.hr/file/47434>, dostupno 29.08.2017.

[15] <https://gov.hr/moja-uprava/obitelj-i-zivot/treca-dob/pomoc-u-kuci/498>, dostupno 29.08.2017.

[16] <https://esavjetovanja.gov.hr/Econ/MainScreen?EntityId=5171>, dostupno 29.08.2017.

Prilog

Poštovani/ne,

u svrhu izrade završnog rada pod temom “ KVALITETA ŽIVOTA STARIJIH OSOBA I KORIŠTENJE USLUGA SKRBI U ZAJEDNICI“ na Studiju Sestrinstva, Sveučilišta Sjever, pod mentorstvom Vesne Sertić, dipl. med. techn., provodi se upitnik čiji je cilj dobiti uvid u razinu kvalitete života starijih osoba ,te njihovom saznanja o uslugama skrbi u zajednici. Sudjelovanje u istraživanju je anonimno i dobrovoljno što znači da će se podaci koristiti isključivo u skupnom obliku za statističku obradu i neće se analizirati na razini pojedinačnih odgovora.

Ispunjavanjem i predajom upitnika, dajete svoj pristanak da se podaci koriste isključivo u navedene svrhe. Za popunjavanje upitnika potrebno je oko 10 minuta. Unaprijed zahvaljujem na Vašem doprinosu!

MOLIM VAS DA UPITNIK RIJEŠAVAJU SAMO OSOBE STARIJE OD 65 GODINA,TE DA NA NJEGA ISKRENO ODGOVORE KAKO BI PODACI BILI ŠTO TOČNIJI. HVALA

1. SPOL: M Ž

2. DOB:

- a) 65-70
- b) 71-75
- c) 76-80
- d) 81-90

3. OBRAZOVANJE:

- a) bez školovanja
- b) osnovna škola
- c) srednja škola
- d) visokobrazovan/a

4. Da li ste oboljeli od neke kronične bolesti? DA NE

5. Koliko dugo bolujete od kronične bolesti?

- a) manje od 1 godine
- b) više od 1 godine
- c) više od 5 godina

6. Kako obavljate osobnu higijenu?

- a) samostalno
- b) uz pomoć druge osobe

7. Koliko ste pokretni?

- a) sasvim pokretan/a
- b) teško pokretan/a
- c) nepokretan/a

8. Da li se hranite sami? DA NE

9. Imate li problema sa stolicom i urinom? DA NE

10. Komunicirate li sa svojim susjedima, prijateljima, rodbinom, djecom? DA NE

11. Koliko često? a) često b) rijetko c) uopće ne

12. Osjećate li se napušteno, osamljeno? DA NE

13. Da li Vam je potrebna pomoć pri obavljanu kućanskih poslova? DA NE

14. Imate li djece? DA NE

15. Pomažu li Vam djeca? DA NE

16. Smatrate li da bi Vam bilo bolje u Domu umirovljenika? DA NE

17. Primate li mirovinu? DA NE

18. Jeste li ovisni o tuđoj financijskoj pomoći? DA NE

19. Molim Vas da ocjenite ocjenom od 1-10 koliko ste zadovoljni kvalitetom svog života.

20. Da li su Vam dostupni zdravstveni djelatnici Vaše ambulante? DA NE

21. Da li Vam nešto od slijedeće navedenog stvara problem da dođete u ambulantu?

- a) udaljenost
- b) nedostupnost prijevoza
- c) financijska situacija

22. Jeste li zadovoljni oblicima pomoći koju Vam pružaju ? DA NE

23. Da li znate da postoji usluga fizikalne terapije u kući? DA NE

24. Koristite li usluge zdravstvene njege u kući? DA NE

25. Da li znate da postoje usluge geronto-domaćice (pospremanje stana,nabava namirnica,lijekova) DA NE

26. Jeste li upoznati da na našem području postoji usluga dostave hrane? DA NE

27. Koju od navedenih usluga ste koristili ili ju koristite?

- a) posjet patronažne sestre
- b) usluge zdravstvene njege u kući
- c) usluge fizikalne terapije u kući
- d) usluge geronto-domaćice
- e) dostava hrane
- f) ništa od navedenog

28. Koju od navedenih usluga bi trebali/željeli koristiti?

- a) posjet patronažne sestre
- b) usluge zdravstvene njege u kući
- c) usluge fizikalne terapije u kući
- d) usluge geronto-domaćice
- e) dostava hrane
- f) ništa od navedenog

29. Da li ste dovoljno informirani o ostvarivanju prava na usluge u zajednici? DA NE

30. Informacije o pravima dobili ste od?

- a) susjeda
- b) patronažne sestre
- c) liječnika obiteljske medicine
- d) nisam informiran/a o pravima

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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, STIPLIŠEK HORVAT BRIGITA (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KVALITETA ŽIVOTA STARIJIH OSOBA I KORIŠTENJE USLUGA SKRBI U ZAJEDNICI (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Stiplišek Horvat Brigita
(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, STIPLIŠEK HORVAT BRIGITA (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom KVALITETA ŽIVOTA STARIJIH OSOBA I KORIŠTENJE USLUGA SKRBI U ZAJEDNICI (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Stiplišek Horvat Brigita
(vlastoručni potpis)