

Zdravstvena skrb u obiteljskim domovima

Dukarić, Nedeljka

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:859556>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-27**

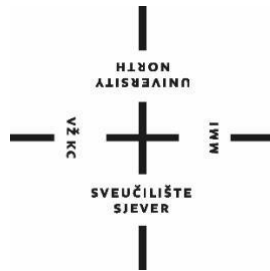


Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR
VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br. 145/SSD/2021

**Zdravstvena skrb u obiteljskim
domovima**

Nedeljka Dukarić

Varaždin, rujan 2022.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

**Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u
sestrinstvu**



DIPLOMSKI RAD br. 145/SSD/2021

**ZDRAVSTVENA SKRB U OBITELJSKIM
DOMOVIMA**

Student:
Nedeljka Dukarić

Mentor:
doc.dr.sc. Tomislav Novinščak

Varaždin, rujan 2022.

Predgovor

Zahvaljujem se svojem mentoru doc.dr.sc. Tomislavu Novinščaku na bezuvjetnoj i nesebičnoj pomoći prilikom izrade ovog diplomskog rada.

Zahvaljujem se svojoj obitelji na pruženoj podršci i razumijevanju tijekom mojeg studiranja.

Sažetak

Obiteljski domovi su oblik smještaja korisnika u manju sredinu i uz udomiteljstvo vid su izvaninstitucionalnog smještaja. Udomiteljstvo je poznata praksa u raznim europskim zemljama te se u načelu odnosi na udomiteljstvo djece. Udomiteljstvo u obiteljskim domovima, kao oblik profesionalne djelatnosti fizičke osobe, je specifičnost hrvatskog socijalnog sustava. Prednosti ovakvog sustava udomljavanja je više, od fleksibilnijeg smještaja za razliku od institucionalnog do financijski povoljnijeg smještaja. Ovakav način skrbi za potrebite je i u skladu s europskom praksom o preferiranju izvaninstitucionalne skrbi o starijima. Razlika od europske prakse se očituje u nepostojanju gerontoloških centara kao pomoći starijim osobama u vlastitom domu, čemu se u Hrvatskoj tek teži. U ovom radu će se istraživati stav opće populacije vezan za smještaj bližnjih u obiteljski dom te koja je skrb u radu obiteljskih domova važnija, zdravstvena ili socijalna.

Uzorak sudionika činile su 145 osoba dobne skupine od 20 do 65 godina. Najviše sudionika je bilo u dobnom rasponu od 20 do 30 godina, od ukupnog broja sudionika njih 145 odgovorilo je potpuno na anketni upitnik te su samo ti odgovori uzeti u obradu podataka. Dobiveni podatci se na žalost nisu mogli usporediti s drugim istraživanjima srodne tematike, jer istraživanja o pružanju zdravstvene skrbi u obiteljskim domovima nema, ali ovim se istraživanjem ostavlja dovoljno prostora za daljnja istraživanja bazirana na ovoj studiji. Dobiveni rezultati ukazuju da opća populacija ima pozitivan stav oko smještaja svojih bližnjih u obiteljski dom te da im je važnije pružanje zdravstvene skrbi u odnosu na socijalnu skrb što možemo objasniti da su oblici skrbi općoj populaciji i dalje nedovoljno poznati.

Ključne riječi: obiteljski dom, zdravstvena skrb, medicinska sestra, gerontologiji

Summary

Family homes are a form of accommodation for users in a smaller environment and, in addition to foster care, they are a form of non-institutional accommodation. Foster care is a well-known practice in various European countries and in principle refers to the foster care of children. Foster care in family homes, as a form of professional activity of a natural person, is a specific feature of the Croatian social system. The advantages of such a foster care system are more, from more flexible accommodation as opposed to institutional to more financially affordable accommodation. This way of caring for the need is also in line with European practice of preferring non-institutional care for the elderly. The difference from European practice is manifested in the lack of gerontological centers to help the elderly in their own homes, which is still being sought in Croatia. This paper will investigate the attitude of the general population regarding the accommodation of loved ones in the family home and which care in the work of family homes is more important, health or social.

The sample consisted of 145 people aged 20 to 65 years. Most respondents were in the age range of 20 – 30 age out of the total number of respondents, 145 of them responded completely to the survey questionnaire and only these answers were taken into data processing. Unfortunately, the obtained data could not be compared with other research on related topics, because there is no research on the provision of health care in family homes, but this research leaves enough room for further research based on this study. The obtained results indicate that the general population has a positive attitude about the placement of their loved ones in the family home and that it is more important to provide health care than social care, which can be explained by the fact that forms of care are still insufficiently known to the general population.

Key words: family home, health care, nurse, gerontology

Popis korištenih kratica

DNA	Deoksiribonukleinska kiselina
EU	Europska Unija
SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
ŠB	Šećerna bolest

Sadržaj

1. Uvod	Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.
2. Zdravstvena skrb za odrasle osobe u obiteljskim domovima	Pogreška! Knjižna oznaka nije definirana.
2.1. Skrb za osobe starije životne dobi.....	5
2.2. Fiziologija starenja	6
2.3. Promjene koje dolaze sa starenjem	6
2.3.1. Gubitak sluha.....	7
2.3.2. Oštrina vida	7
2.3.3. Snaga mišića i promjene masnog tkiva	7
2.3.4. Imunosescencija	8
2.3.5. Urološke promjene	8
2.3.6. Kardiovaskularnih bolesti	8
2.3.7. Hipertenzija	9
2.3.8. Osteoartritis	9
2.3.9. Šećerna bolest.....	9
2.4. Genetika starenja	10
3. Organizacija rada u obiteljskim domovima.....	12
4. Cilj istraživanja.....	13
5. Ispitanici i metode istraživanja	14
5.1. Ustroj studije	14
5.2. Ispitanici	14
5.3. Instrument istraživanja	14
5.4. Statistička analiza.....	14
6. Rezultati.....	16
6.2. Zaključci u vezi s istraživačkim pitanjima.....	24
7. Rasprava	25
8. Zaključak	30
9. Literatura	31

1. Uvod

Demografski trend u Hrvatskoj nalikuje najnovijim trendovima kao i u drugim europskim zemljama. U Hrvatskoj starije osobe starije od 65 godina sada čine više od 17 posto ukupnog stanovništva [1]. Udio ove dobne skupine raste od 1990 -ih. To je u skladu s demografskim fenomenom koji se javlja u drugim europskim zemljama gdje starije osobe u dobi od 65 i više godina čine između 17 posto (EU-25) i 17,2 posto (EU-15) stanovništva. Slično, udio vrlo starih, u dobi od 80 i više godina, također se povećava od 1990 -ih u Hrvatskoj [2]. Ovaj trend je također sličan općem trendu u zemljama EU-27 i EU-15. Udio starijih osoba rastao je dok je ukupni rast stanovništva opadao. Nadalje, sve je starije stanovništvo i 65 i više i 80 i više godina, dok je radno sposobno stanovništvo u opadanju u dobi od 15-64 godina. Projekcija pokazuje da će u budućnosti udio starijih osoba nastaviti rasti, dok će se udio radnog i mlađeg stanovništva nastaviti smanjivati. U sljedećih 40 godina hrvatsko će se stanovništvo smanjiti s približno 4,5 milijuna u 2010. na 3,9 milijuna u 2050. godine. Radno sposobno stanovništvo, u dobi od 15 do 64 godine, 2050. će se smanjiti za 30 posto s približno 3 milijuna na 2,1 milijun [1,3]. Ove će se promjene dogoditi dok će se starije osobe u dobi od 65 i više godina povećati za 41 posto sa 764.000 na 1.080.000; i dok se vrlo stariji ljudi u dobi od 80 i više godina povećavaju za 100 posto sa 170.000 na 354.000. Svjetska zdravstvena organizacija napravila je procjenu da u 2020. godini 20,4 posto hrvatskog stanovništva ima 65 i više godina. To znači da više od jedne od pet osoba u Hrvatskoj ima 65 ili više godina [4]. Dugotrajna skrb uglavnom se organizira u sustavu socijalne skrbi. Trenutno se uglavnom pruža u institucionalnim okvirima. Postoji značajan jaz u obuhvatu u pogledu procijenjenog broja uzdržanih osoba i onih koji su zaista primili neku vrstu skrbi, s nedostatkom formalnih usluga u institucionalnom kontekstu.

Hrvatska je među tri vodeće zemlje u Europi s najvećom ljestvicom neformalne skrbi, a dobna skupina od 50 do 64 godine nosi najveći teret brige o starijim osobama. Gotovo nikakve usluge nisu dostupne za neformalne njegovatelje. Liste čekanja za županijske domove za starije osobe duge su, dok su privatni pružatelji financijski nedostupni mnogima. Zakon o skrbi uključuje odredbe o generacijskoj solidarnosti čiji je cilj zadržati starije osobe u vlastitim domovima i sa svojom obitelji; promicati njihovu društvenu uključenost; te poboljšati njihovu kvalitetu života razvijanjem i proširivanjem izvaninstitucionalnih usluga i volontiranjem. U izvaninstitucionalne usluge ubrajaju se i obiteljski domovi. To je vrsta skrbi koju pruža obitelj, broj korisnika je ograničen, a zagovara se obiteljsko okruženje, što je i financijski dostupnije.

Zdravstvena skrb u obiteljskim domovima nije lošija niti manja u odnosu na domove za starije i nemoćne institucijskog tipa. Stalni problem takve skrbi u Hrvatskoj je što je raštrkan između zdravstvenog i sustava socijalne skrbi, što negativno utječe na pristupačnost, prepoznatljivost i primjerenost pruženih usluga. Prema Svjetskoj banci, dugotrajno osiguranje za mnoge starije osobe osigurava se po visokim troškovima, uključujući dugačke liste čekanja u bolnicama i drugim ustanovama unutar zdravstvenog sustava iako bi socijalne usluge bolje zadovoljile potrebe takvih osoba nego medicinske usluge. Postoji značajan jaz u obuhvatu u pogledu procijenjenog broja uzdržavanih osoba i onih koji su zaista primili neku vrstu njege te nedostatka formalnih usluga u institucionalnom kontekstu. To će vjerojatno povećati potražnju za izvaninstitucionalnim vrstama skrbi, a moglo bi se povećati i teret koji snose njegovatelji obitelji.

Prema nekim istraživanjima provedenim prije nekoliko godina, Hrvatska je među tri vodeće zemlje u Europi (nakon Italije i Estonije) s najvećom ljestvicom obiteljske skrbi. Dobna skupina 50–64 nosi najveći teret brige o starijim osobama u Hrvatskoj: 24% ženskih sudionika i 13% muških sudionika u toj dobnoj skupini prijavilo je da se moraju brinuti o starijoj rodbini barem nekoliko puta tjedno (Europska zaklada za poboljšanje životnih i radnih uvjeta, 2010.) Stariji i nemoćni glavni su primatelji dugotrajne skrbi, paralelno s trendom starenja hrvatskog stanovništva, dok su starije osobe činile 17 posto ukupnog stanovništva u 2011. godini, očekuje se da će se njihov omjer povećati na 26,8 posto u 2050. godini, uključujući 9,7 posto starijih osoba starijih od 80 godina [4]. Međutim, postotak starijih Hrvata koji primaju institucionalnu socijalnu skrb je niži od europskog prosjeka (2 posto, odnosno 5,1 posto) [5]. Istodobno, obiteljski domovi za starije i nemoćne osobe najbrže su rastuća vrsta ustanova za dugotrajnu izvaninstitucionalnu skrb, a izazivaju znatan interes privatnog sektora u posljednjih pet godina. U Hrvatskoj (2015. godine) bilo je 295 obiteljskih domova za starije osobe. Najveći broj domova nalazi se u Zagrebačkoj županiji (56 obiteljskih domova za starije osobe), Gradu Zagrebu (25 obiteljskih domova za starije osobe) i Karlovačkoj županiji (22 obiteljska doma za starije osobe) [6].

U prvom dijelu rada iznijet će se činjenice o obiteljskim domovima, način pružanja skrbi, važnost kvalitete zdravstvene skrbi u obiteljskim domovima. Za potrebe ovog rada pretraživana je stručna i znanstvena literatura na domaćem i stranom jeziku, uz raspoloživu knjišku literaturu. Pretraživane su stručne baze podataka kao Medline, Hrčak, PubMed i Google znalac koristeći ključne riječi obiteljski dom, zdravstvena skrb, socijalno i zdravstveno zbrinjavanje starijih i nemoćnih osoba. U drugom dijelu rada je provedeno istraživanje o pružanju zdravstvene skrbi u obiteljskim domovima te koji segmenti pružanja skrbi su

sudionicima važniji prilikom zbrinjavanja najbližih kroz izvaninstitucionalnu skrb. Istraživanje je provedeno putem Google Forms ankete zbog epidemioloških mjera te se rezultati neće koristiti u druge svrhe. Nakon prikaza dobivenih rezultata izvest će se zaključci koji će biti od koristi budućim generacijama.

2. Zdravstvena skrb za odrasle osobe u obiteljskim domovima

Definiranje obiteljskih domova koji skrbe za odrasle korisnike izazovno je uglavnom zbog mnogo različitih naziva kojima se to naziva i nedostatka nacionalnog standarda. Za potrebe ovog rada, udomiteljstvo odraslih odnosi se na skrb koja se pruža odraslim osobama u okruženju sličnom kućnom. Razlažući to dalje, briga je medicinske prirode, uključuje pomoć u aktivnostima svakodnevnog života te uključuje stalni nadzor. Okruženje poput doma znači kuća sa zajedničkim dnevnim boravkom i blagovaonicom u kojoj se pomoć pruža manjem broju pojedinaca. Stvarni broj varira od države do države, ali većina država ima ograničen broj korisnika koji primaju skrb. Obiteljski dom obično je sinonim za brigu o odraslim osobama za koje skrbi obitelj kao pružatelj skrbi [7]. No, skrb o odrasloj osobi može se odnositi i na situaciju udomiteljstva u kojoj je skrbnik u srodstvu s primateljem skrbi. Ne postoji čvrsto i isto pravilo za sve korisnike. Treba napraviti razliku između obiteljskih domova i potpomognutog života. Domovi za potpomognuti život služe više štićenika nego udomitelji za odrasle. Obično se četiri osobe smatraju razdjelnicom između njih dvoje, ali to opet ovisi o državi. Još jedna važna razlika je da u obiteljskom domu pružatelj skrbi obično žive u zajedno u istom kućanstvu. To nije slučaj s potpomognutim stanovanjem [8]. Potpomognuti život češći je u područjima s većom gustoćom naseljenosti, dok se obiteljski domovi češće viđaju u ruralnim područjima.

Razina skrbi koja je dostupna u obiteljskim domovima kreće se od onoliko koliko pruža dom za starije i nemoćne osobe do onoliko malo koliko se pruža u zajednici neovisnog življenja. Unatoč tome, u većini domova razina skrbi jednaka je onoj koja se pruža u domovima za nemoćne osobe i uključuje pomoć u kupanju, hranjenju, mobilnosti, rekreaciji, održavanju zdravog načina života te medicinskog nadzora. Redovito se provodi propisano pridržavanje redovitog uzimanja lijekova [9]. Kada se uspoređuje skrb u obiteljskom domu i život uz pomoć osobe, razlika je u pristupu osoblju. U obiteljskom domu za odrasle dostupan je 24-satni pristup pomoći.

Većina država zahtijeva procjenu skrbi i planiranje skrbi za korisnike pri ulasku u obiteljski dom. Zanimljivo je da mnoge ustanove za potpomognuti život nemaju isti zahtjev. Zbog većeg broja zaposlenih, domovi za potpomognuti život mogli bi pružiti veći raspon mogućnosti pomoći od obiteljskih domova, iako skrb u obiteljskom domu je jednaka kao u domu za starije i nemoćne osobe samo s manjim brojem korisnika. Ali u stvarnosti,

korporativna struktura potpomognutog stanovanja obično sprječava ovu opciju. Većina obitelji pronalazi veću fleksibilnost pomoći u okruženju obiteljskih domova, posebno kako se mijenjaju potrebe za štíćenike s progresivnim stanjima, kao što je Alzheimerova bolest [10].

2.1. Skrb za osobe starije životne dobi

Gerontologija je znanstveno proučavanje procesa i problema starenja sa svih aspekata, biološkog, kliničkog, psihološkog, sociološkog, pravnog, ekonomskog i političkog. Gerijatrija je grana medicine koja se bavi dijagnosticiranjem, upravljanjem i sprječavanjem medicinskih problema povezanih sa starenjem. Iako se izrazi "starost" i "starenje" ponekad koriste kao sinonimi, biolozi ih često razlikuju. Starenje se sastoji od procesa povezanih s nagomilavanjem zrelosti u vremenu, dok se starenje može definirati kao pogoršani procesi koji su prirodni uzroci smrti. Implikacija je da starenje počinje rođenjem. Većina gerontologa zabrinuta je prvenstveno zbog dobnih promjena u strukturi i funkciji koje se javljaju nakon sazrijevanja [8]. Sazrijevanje se obično definira kao postizanje spolne zrelosti i odrasle faze morfologije i fiziologije. Osim toga, većina gerontologa ne bi smatrala pojave koje su bile strogo povezane s kronološkim vremenom kao temeljne, unutarnje procese starenja [5]. Na primjer, promjene (racemizacija) aminokiselina u očnoj leći otkrivaju koliko je stara životinja, ali ne prave razliku između brzine starenja kratkotrajnog sisavca, poput miša, i brzine starenja sisavaca, poput čovjeka. Nitko ne poriče da su razvojni događaji prije sazrijevanja neizmjerljivo važni u postavljanju pozornice za obrasce postmaturacijskog starenja. Stoga je moguće zamisliti da bi poremećaj određenog aspekta razvoja (npr. modifikacija nekih matičnih stanica sredstvima okoliša) imao drastične učinke na neke procese starenja desetljećima kasnije [11]. Na primjer, iscrpljivanje prekursora neurona moglo bi povećati vjerojatnost ranog početka Parkinsonove bolesti. Promjena prividnih pragova za mnoge druge patofiziološke pojave koje prate starenje mogla bi djelomično imati takvu etiologiju. Starosna populacija, međutim, primarni je fokus gerontologije i ovog rada, jer bi mogla biti posebno osjetljiva na mnoge čimbenike okoliša kao rezultat normalnih promjena u staničnoj strukturi i funkcijama povezanih sa starenjem, općenito smanjenje sposobnosti održavaju fiziološku homeostazu i promjene nastale kao posljedica izloženosti okolišu.

2.2. Fiziologija starenja

Iako je starenje gotovo univerzalna istina koju svi doživljavamo tijekom života, ključno je da zdravstveni djelatnici razumiju i kliničku i epidemiološku važnost ovog procesa. Starenje donosi niz promjena u čitavom spektru tjelesnih sustava, koje zahtijevaju posebnu njegu i zbrinjavanje. Procjene su da će broj odraslih starijih od 65 godina do 2050. dosegnuti 88,5 milijuna, što će zasigurno dovesti do veće potražnje za pružateljima zdravstvenih usluga i bolničkim sustavima [12]. Iako je tehnologija omogućila golemo proširenje mogućnosti moderne medicinske znanosti, s vremenom su se pojavile mnoge nuspojave, od kojih se nisu sve razvijale istom brzinom kao medicinska znanost općenito - među kojima nije najmanje važno produljenje našeg života očekivanja. To podrazumijeva poseban poticaj za razvoj novih metoda probira, suočavanje s dugotrajnim liječenjem bolesti koje su se mogle pokazati fatalnim vrlo brzo prije pojave određenih biomedicinskih tehnologija, te za promicanje i razvoj mjera zdravog i dobrog načina života u ranoj dobi kako bi se izbjegle zamke kronične bolesti kasnije u životu.

Biološki govoreći, starost ili starenje, što točnije opisuje procese koji se odvijaju s biološkog stajališta - kronična je, normalna kulminacija gubitka specifičnih regenerativnih i biozaštitnih mehanizama koji se tijekom vremena javljaju u organizmu. Proširujući ovu ideju na ljudsko biće, možemo jasno početi utvrđivati da starenje zahtijeva stanje koje je naklonjeno bolesti. Moguće manifestacije koje starost donosi odnose se na organski sustav - uobičajeni medicinski i kirurški problemi povezani sa starenjem, neurološki - cerebrovaskularni infarkt, Alzheimerova bolest i druge demencije, Parkinsonova bolest, kardiovaskularni - bolest koronarnih arterija i ateroskleroza, zatajenje srca, hipertenzija, hematološka malignost, plućni - kronična opstruktivna plućna bolest, rak pluća, upala pluća, mišićno-koštani sustav - osteoporoza, osteoartritis, prijelomi, zloćudni tumori kostura, endokrini (dijabetes melitus,) urološki/ginekološki - infekcije urinarnog trakta, urogenitalni rak, rak vrata maternice, rak dojke, rak prostate, posebna osjetila - presbiakuzija, presbiopija, katarakta, makularna degeneracija, glaukom, gastrointestinalni - malapsorpcija, maligne bolesti probavnog sustava, opstrukcija crijeva, divertikularna bolest uz neovisnost, padovi, zlostavljanje i zanemarivanje starijih osoba, psihijatrijski problemi i oštećenje kože [13].

2.3. Promjene koje dolaze sa starenjem

Proces starenja trenutačno traje više od jedne generacije i prelazi tri desetljeća. Zajednički okvir za opisivanje različitih starijih odraslih populacija je "mladi-stari", "stari" i "stari-stari". „Mladi-stari” su ljudi u 60-ima i ranim 70-ima koji su aktivni i zdravi. „Stari” su ljudi u 70-im i

80-im godinama koji imaju kronične bolesti i usporavaju s nekim neugodnim simptomima. „Stari-stari” ili “najstariji-stari” često su bolesni, osobe s invaliditetom, a možda čak i na samrti [14]. Kada se kao zdravstveni djelatnici ili njegovatelj skrbe za starije odrasle osobe, ključni su koraci predviđanje budućnosti i zatim planiranje najvjerojatnijih stanja koje starost donosi.

2.3.1. Gubitak sluha

Gubitak sluha (presbiakuzija) i povećana proizvodnja cerumena sa starenjem pridonose otežanom sluhu. Prevalencija gubitka sluha raste kao funkcija dobi i akumuliranih čimbenika rizika i ima visoku povezanost sa smanjenom kvalitetom života. Otprilike polovica odraslih osoba starijih od 85 godina ima oštećenje sluha. Blagi gubitak sluha može oslabiti obradu govora, osobito ako je govor brz ili ako više govornika u velikim prostorijama stvara buku koja odjekuje. Stoga su poteškoće verbalne komunikacije najizraženije u sredinama gdje se ljudi okupljaju. Povećana socijalna izolacija posreduje u opaženoj povezanosti između gubitka sluha i depresije, kognitivnog pada i smanjene kvalitete života. Korištenje slušnih pomagala moglo bi poništiti štetne učinke na kvalitetu života i kognitivnu funkciju kod starijih odraslih osoba. Nažalost, među osobama s oštećenjem sluha u jednoj studiji, samo 14,6% je izjavilo da trenutno koristi slušni aparat [12].

2.3.2. Oštrina vida

Oštrina vida normalno opada s godinama (prezbiopija). Starije odrasle osobe često će imati problema sa blještavilom, zbog čega je noćna vožnja riskantnija. Longitudinalno istraživanje provedeno u Ujedinjenom Kraljevstvu na populaciji u dobi od 75 i više godina pokazalo je da je prevalencija ozbiljnog oštećenja vida bila 23% u dobi od 85 do 89 godina i porasla na 37% u dobi iznad 90 godina. Oštrina vida brže opada u višoj dobi [15]. Operacija katarakte obično je sigurna i ponekad pomaže funkcioniranju.

2.3.3. Snaga mišića i promjene masnog tkiva

Mišićna masa i snaga padaju počevši od četvrtog desetljeća života. Do dobi od 85 godina otprilike 20% ljudi ispunjava kriterije za sarkopeniju (značajan gubitak mišićne mase i snage) [14]. Kronična upala, pad razine hormona, poremećena mitohondrijska funkcija mišića i poremećena funkcija mišićnih matičnih stanica vjerojatno pridonose sarkopeniji. Ovo smanjenje

mišićne mase i povećanje masne mase doprinosi važnim promjenama u farmakokinetici. Starije odrasle osobe mogu trebati niže doze lijekova od mlađih odraslih osoba. Slabost mišića i brzi pad snage predviđaju narušavanje kvalitete života.

2.3.4. Imunosescencija

Postoji širok izbor promjena imunološkog sustava povezanih sa starenjem, od kojih su neke posredovane kroničnom upalom i kroničnim proupalnim stanjem. Postoji pad u funkciji B stanica, pad u stvaranju T stanica, promijenjena aktivacija T stanica i disfunkcija urođenog imuniteta (uključujući oslabljenu funkciju neutrofila i kemotaksiju i disregulirani proupalni monocitni odgovor). Ove promjene slabe sposobnost tijela da se bori protiv infekcije. Na primjer, infekcije gripe su češće i ozbiljnije kod starijih osoba, dok je cjepivo manje učinkovito. Disfunkcija stanične imunosti također doprinosi prevalenciji herpes zostera među starijim osobama [13]. Cjepiva općenito nisu tako učinkovita za starije osobe. Visoke doze cjepiva protiv gripe mogu biti korisnije od standardnih doza. Kronično usporeni upalni procesi također doprinose sporom cijeljenju rana kod starijih osoba.

2.3.5. Urološke promjene

Mokraćni mjehur često nije sterilan kod starijih osoba, već je naseljen bakterijama koje ne uzrokuju infekciju. Asimptomatska bakteriurija češća je u žena nego u muškaraca i najčešća je među hospitaliziranim pacijentima i korisnicima u obiteljskim domovima kao i u domovima za starije i nemoćne osobe (do 50% žena u tim visokorizičnim skupinama) [16]. Korištenje antibiotika u ovoj situaciji je neprikladno i može pridonijeti antimikrobnoj rezistenciji.

2.3.6. Kardiovaskularnih bolesti

Kardiovaskularne bolesti i dalje su najčešći uzrok smrti starijih osoba, iako je stopa smrtnosti pala u posljednjih 20 godina. Ova kategorija uključuje kroničnu ishemijsku bolest srca, kongestivno zatajenje srca i aritmiju. Ishemijska bolest srca može biti nedovoljno dijagnosticirana kod osoba starijih od 85 godina [15]. Normalno starenje uključuje vaskularnu pregradnju i vaskularnu krutost. Ateroskleroza uzrokuje upalu i daljnje vaskularne promjene povećavajući rizik od srčanih događaja, cerebrovaskularnih događaja, periferne vaskularne bolesti, kognitivnog oštećenja i drugih oštećenja organa.

2.3.7. Hipertenzija

Hipertenzija, glavni uzrok ateroskleroze, najčešća je kronična bolest starijih osoba. Izolirana sistolička hipertenzija osobito je česta među starijim osobama i povezana je sa smrtnošću čak i u starijoj dobi. Vrijednost intenzivne farmakoterapije za hipertenziju u osoba starijih od 75 godina ostaje kontroverzna [14]. Čini se da dokazi upućuju na to da treba ponuditi agresivno liječenje i nastaviti sve dok se dobro podnosi i u skladu je s ciljevima pacijenta.

2.3.8. Osteoartritis

Osteoartritis je drugo najčešće kronično stanje među starijim odraslim osobama u čest uzrok kronične boli i invaliditeta. 52% 85-godišnjaka imalo je dijagnozu osteoartritisa u jednoj studiji [16]. Čini se da je prevalencija osteoartritisa veća među ženama nego među muškarcima. Pretilost je čimbenik rizika za osteoartritis i kako populacija stari (a posebno kako populacija s prekomjernom težinom stari), stopa ozbiljnog artritisa kuka i koljena će se povećavati. Upravljanje boli i dalje će biti veliki problem kliničke i zdravstvene skrbi budući da gotovo svi analgetici imaju značajne rizike kod starijih osoba. Liječenje osteoartritisa također uključuje skupu operaciju zamjene zgloba, koja je često popraćena intenzivnim rehabilitacijskim terapijama. Bol u donjem dijelu leđa je sama po sebi čest simptom, osobito kod starijih žena, a uzrok je često višestruki. Nefarmakološki tretmani mogu pomoći.

2.3.9. Šećerna bolest

Stope šećerne bolesti (ŠB) rastu kako populacija stari i postaje sve gojaznija. Prevalencija ŠB među starijim odraslim osobama mogla bi porasti za više od 400% do 2050. godine. Šećerna bolest ostaje snažan faktor rizika za kardiovaskularne bolesti u dobi od 85 godina. Dijabetes je također povezan s perifernom arterijskom bolešću i perifernom neuropatijom, pridonoseći dijabetičkim ulkusima stopala i amputacijama. Dijabetički ulkusi stopala godišnje se javljaju kod 6% dijabetičara, a amputacije kod oko 0,5% [9]. Pristup liječenju dijabetesa treba biti individualiziran. Sulfonilureje i inzulin nose znatan rizik od hipoglikemije i njihovu upotrebu treba pažljivo odvagati kod ranjivih starijih osoba. Prijelazi iz bolnice u obiteljski dom ili nakon akutne njege rizični su trenuci za pacijente liječene hipoglikemijskim lijekovima budući da potrebe za doziranjem mogu varirati. Redoviti pregledi stopala ključni su za osobe s ŠB-i kako

bi se spriječile amputacije. Redovito hodanje može poboljšati cirkulaciju u nogama ako je osoba u mogućnosti se kretati.

2.4. Genetika starenja

Starenje utječe na fiziološke funkcije i može se definirati kao nakupljanje oštećenja u molekulama, stanicama i tkivima tijekom života; to često smanjuje sposobnost organizma da održi homeostazu u uvjetima stresa i povlači za sobom veći rizik za mnoge bolesti (rak, kardiovaskularne i neurodegenerativne bolesti) i preuranjenu smrtnost. Identifikacija čimbenika koji reguliraju starenje ograničena je složenošću procesa i znatnom heterogenošću među pojedincima, pa čak i među tkivima unutar tijela. Na staničnoj razini, najistaknutiji događaj u tkivu koje stari je starenje stanice, posljedica izloženosti intrinzičnim i ekstrinzičnim čimbenicima starenja; karakteriziran je postupnim nakupljanjem oštećenja DNA i epigenetskim promjenama u strukturi DNA koje utječu na ispravnu ekspresiju gena i dovode do promjene funkcije stanice [17].

Starenje je višefaktorski proces koji je određen genetskim i okolišnim čimbenicima. Genotip određuje varijacije u životnom vijeku među vrstama ili jedinkama; na ovu varijaciju ozbiljnije utječe tendencija nakupljanja molekularnih pogrešaka koje kompromitiraju funkciju odraslih matičnih stanica nego specifični genetski program [7]. Glavni čimbenik starenja je eksponencijalni porast incidencije i stope smrtnosti od raka i nekancerogenih bolesti, kao i progresivna degeneracija i atrofija tkiva, uzrokovana smanjenjem funkcije odraslih ili somatskih matičnih stanica [4].

Stanice su tijekom života neprestano izložene štetnom okruženju. Sve veće oštećenje stanica pridonosi disfunkciji koja karakterizira tijelo koje stari. Najbolji primjer oštećenja DNK kao uzroka starenja su progeroidni sindromi, koji su uzrokovani nedostatkom mehanizama uključenih u popravak DNK i čiji simptomi počinju rano u životu [5,6]. Mutacije u određenim genima daju veću otpornost na stres i smanjenu stopu akumulacije oštećenja, povećavajući dugovječnost. Na primjer, mutacija u genu koji kodira protein odgovora na oksidativni stres, koji produljuje život i štiti od raznih bolesti povezanih sa starenjem kod miševa, povećava otpornost na apoptozu nakon oksidativnog stresa u vitro kultiviranim stanicama.

Starenje je složen proces koji se može opisati kao skup staničnih funkcija koje integrirano sudjeluju u procesu starenja. Velika varijabilnost u dugovječnosti između jedinki iste vrste sugerira da na proces starenja duboko utječu procesi koji dovode do nakupljanja grešaka koje oštećuju sustave popravka i ugrožavaju funkciju matičnih stanica [7]. Te promjene mogu biti

uzrokovane genetskim i epigenetskim mehanizmima, na koje utječu geni, okolišni i stohastički čimbenici; budućim studijama tek treba utvrditi doprinos svakog od ovih čimbenika.

Starenje karakterizira progresivno opadanje tjelesne, mentalne i reproduktivne sposobnosti, kao i povećanje morbiditeta i mortaliteta. Oštećenja se neizbježno nakupljaju s godinama i pridonose disfunkciji stanica koja karakterizira ovaj proces, a na njih očito utječu genetski i okolišni čimbenici. Učinci niza čimbenika uključenih u starenje rezultat su ravnoteže između naših obrambenih sustava i sustava za popravak oštećenja i agresije kojoj smo izloženi [10]. Sustavi obrane i popravka uvelike ovise o enzimima; odsutnost ili neispravnost gena potrebnog za proizvodnju i aktivnost ovih enzima može dovesti do nakupljanja oštećenja stanica, kao što pokazuju sindromi progerije. Sve je više dokaza da, osim o genetskim čimbenicima, promjene funkcije gena povezane sa starošću također mogu ovisiti o epigenetskim čimbenicima. Primjeri epigenetskih promjena s godinama uključuju globalnu hipometilaciju DNK i hipermetilaciju promotora. Dakle, starenje vjerojatno nije posredovano jednim genom ili glavnim mehanizmom. Veličina doprinosa gore navedenih putova nastanku i napredovanju starenja i bolesti povezanih sa starenjem ostaje nejasna [18]. Mnoga pitanja u vezi s epigenetikom i njezinom ulogom u bolestima povezanim sa starenjem još uvijek ostaju otvorena, ali bi mogla objasniti mnoge fenotipske promjene povezane s procesom starenja.

Potrebna su daljnja istraživanja kako bi se opisali putovi uključeni u fiziološke promjene povezane sa starenjem (hipertenzija, inzulinska rezistencija) i predispozicija za patološke promjene povezane sa starenjem (rak, neurodegenerativna bolest). Istraživanje ovih funkcionalnih veza moglo bi pružiti mogućnosti za razvoj učinkovitijih strategija protiv starenja za ublažavanje bolesti povezanih sa starenjem.

3. Organizacija rada u obiteljskim domovima

Organizacija i koordinacija skrbi u obiteljskim domovima usko je vezana uz termin izvaninstitucionalne skrbi. Obiteljski domovi funkcioniraju kao smještaj korisnika u manjoj sredini. Uz obiteljske domove često se spominje i udomiteljstvo. Udomiteljstvo je termin koji koristimo i povezujemo najčešće sa djecom, ali sve češće tu pripadaju i odrasle osobe za koje se nema više tko brinuti te država osigura smještaj kroz udomiteljstvo. Udomiteljstvo i obiteljski domovi se bitno ne razlikuju u pružanju zdravstvene skrbi te je reguliran Zakonom o socijalnoj skrbi. Oba smještaja pripadaju socijalnoj skrbi više nego zdravstvenoj iako se pruža kroz smještaj. Smještaj u obiteljskom domu je fleksibilniji za razliku od institucijskog smještaja te samim time je i jeftiniji za financiranje. Kada se kaže jeftiniji za financiranje znači da dio troškova može snositi država ako korisnik nema bližih članova obitelji koji bi snosili trošak. Ono što se bitno razlikuje od domova za starije i nemoćne osobe je u broju korisnika koji je manji u odnosu na klasične domove pa samim time možemo reći da je individualni rad sa svakim korisnikom i kvalitetniji i dostupniji.

Zakonom je propisano da pružatelj usluge u obiteljskom domu može biti punoljetni član obitelji kao predstavnik obiteljskog doma koji može zaposliti i druge radnike ovisno o broju i vrsti korisnika u skladu s propisanim uvjetima. Ono što pravilnik propisuje je 1 medicinska sestra i 2 njegovateljice za 10 korisnika te 3 njegovateljice i 1 medicinska sestra srednje stručne spreme do 20 korisnika obiteljskog doma u kategoriji starih i teško bolesnih odraslih osoba. Osim toga u djelokrugu radnih aktivnosti potreban je angažman socijalnog radnika i to 1/5 radnog vremena tjedno [11]. Pravilnik o načinu pružanja usluga obiteljskoga doma te uvjetima opreme, prostora stručnih i drugih radnika jasno opisuje usluge obiteljskoga doma. [19] Ono što je svakako prednost obiteljskih domova je što imitiraju kućnu/domaću atmosferu, nema razlike i odvajanja tko je član obitelji, a tko nije, korisnicima se omogućuje izlazak kada požele i ako su u mogućnosti jer nije nužno da je korisnik osoba starije životne dobi nego korisnik može biti i mlađa osoba koja nema adekvatnu zdravstvenu skrb, a u potrebi je za stalnim nadzorom. Jedini uvjet koji je reguliran zakonom da pružatelji skrbi obiteljskog doma moraju i sami biti dio tog kućanstva što znači da ne smiju živjeti izvan 100 metara od samog smještaja korisnika.

4. Cilj istraživanja

Cilj ovog rada bio je opisati zdravstvenu skrb u obiteljskim domovima i važnost provođenja iste u svrhu pružanja kvalitetne njege i očuvanja kvalitete života korisnika. Provedeno je istraživanje kojim se odgovorilo na istraživačka pitanja:

- kakvi su kriteriji obitelji starije osobe za smještaj korisnika u obiteljski dom
- stav sudionika prema cijepljenju protiv Covid-19 bolesti
- da li je važnija kvaliteta zdravstvene ili socijalne zdravstvene skrbi prilikom smještaja osobe u obiteljski dom.

5. Ispitanici i metode istraživanja

5.1. Ustroj studije

Provedeno je presječno istraživanje na području cijele Republike Hrvatske kroz kolovoz 2021. godine. Sudionici su bili svih dobnih skupina.

5.2. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo 145 sudionika, svih dobnih skupina. Istraživanju je pristupilo svih 145 sudionika koji su na postavljena pitanja odgovorili u cijelosti. Sudionici su bili svih zanimanja, različitih dobnih skupina kao i razina obrazovanja. Istraživanje je provedeno putem Google Forms ankete zbog trenutnih epidemioloških mjera koje su bile na snazi.

5.3. Instrument istraživanja

Kao instrument ovog istraživanja korišten je anketni upitnik koji je sastavljen samo za potrebe ovog istraživanja (Prilog 1.). anketni upitnik se sastojao od 17 pitanja zatvorenog tipa. Prvi dio upitnika, pitanja od 1 do 4 odnosila su se na sociodemografske podatke. Pitanja od 5 do 10 odnosila su se saznanja o radu obiteljskim domovima kao i zadovoljstvo pruženom skrbi u istima. Pitanja od 11 do 13 odnosila su se na utjecaj ugroze koronavirusa na obiteljske domove kao i stavovima o cijepljenju. Pitanja od 14 do 17 odnosila su se na stručnost i važnost pružanja zdravstvene i socijalne skrbi u obiteljskim domovima. Kako su pitanja u anketnom upitniku bila zatvorenog tipa bilo je moguće zaokružiti samo jedan ponuđeni odgovor. Za ovo istraživanje poštivala su se etička načela, poštivana su opća načela istraživačkog postupka, te važnost informiranosti o svrsi, povjerljivosti podataka i postupcima provedbe istraživanja.

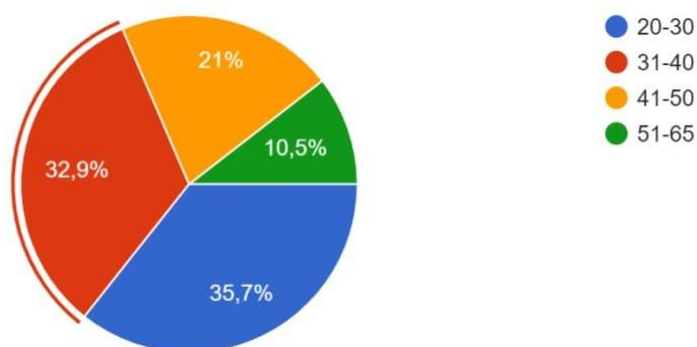
5.4. Statistička analiza

Zbog epidemioloških okolnosti u kojima se trenutno nalazi Republika Hrvatska, kao i cijeli svijet, rezultati su prikupljeni anketnim upitnikom koji je napravljen samo u svrhe ovog istraživanja te kreiran putem Google Forms obrasca te distribuiran ispitanicima online. Anketni

upitnik je bio u potpunosti anonimn. Dobiveni podatci koriste se samo za izradu ovog diplomskog rada i u druge svrhe se neće koristiti. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 145 sudionika, od kojih je 143 potpuno odgovorilo na sva postavljena pitanja. U analizi dobivenih rezultata korištena je deskriptivna statistika obrađena u Microsoft Office Excel programu. Rezultati će se prikazivati u grafičkom prikazu.

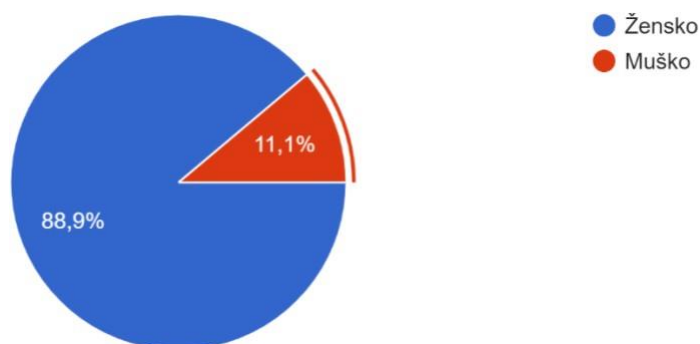
6. Rezultati

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 145 sudionika, od kojih je 145 potpuno odgovorilo na sva postavljena pitanja. Prva četiri pitanja bila su općeg karaktera te su se odnosila na sociodemografske podatke. Najviše sudionika (51) bilo je između 20 -30 godina (35,7%), potom između 31 – 40 godina (32,9%) i 41 – 50 godina (21%) dok je najmanje sudionika bilo u dobi od 51 – 65 godina (10,5%). Distribucija je prikazana na grafu 6.1.

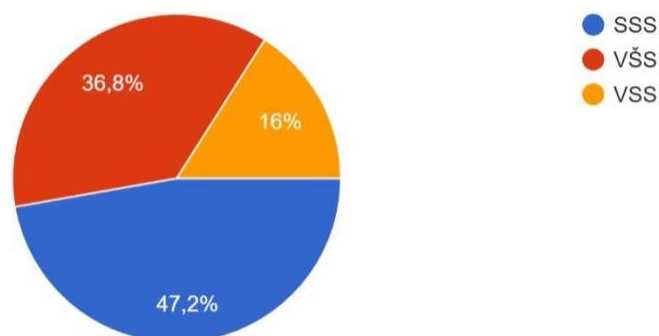


Grafikon 6.1. Distribucija sudionika u odnosu na dob (Izvor: autor N.D.)

Distribucija sudionika prema spolu (Grafikon 6.2.) rezultirala je statistički značajnom razlikom gdje je najviše sudionika bilo ženskog spola njih 129 ispitanih (88,9%), dok se na mušku populaciju odnosi njih 16 ispitanih (11,1%).

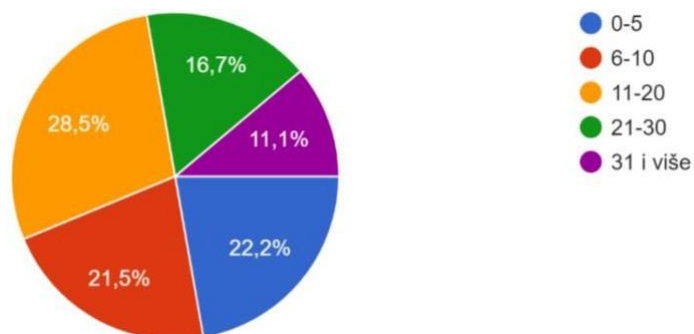


Grafikon 6.2. Distribucija sudionika prema spolu (Izvor: autor N.D.)



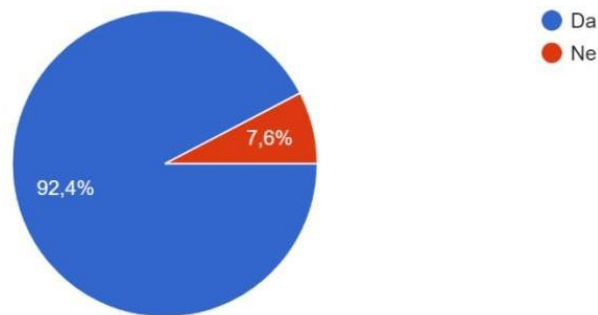
Grafikon 6.3. Distribucija odgovora sudionika prema razini obrazovanja (Izvor: autor N.D.)

U grafikonu 6.3. prikazana je usporedba sudionika prema razini završenog obrazovanja dobivena je statistički značajna razlika. Najviše sudionika bilo je sa završenom srednjoškolskom razinom obrazovanja, njih 68 sudionika (47,2%), njih 55 bilo je s višom stručnom spremom (36,8%), dok njih 23 je bilo visoko obrazovanih (16%).



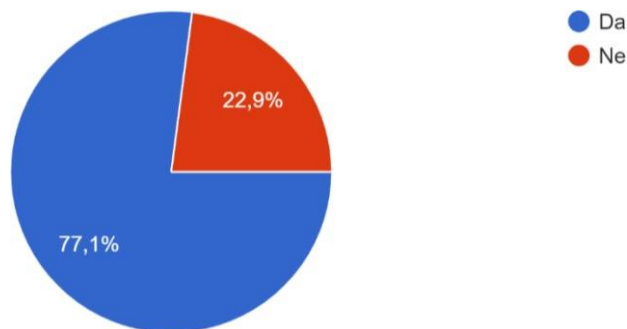
Grafikon 6.4. Distribucija odgovora s obzirom na ukupne godine radnog staža (Izvor: autor N.D.)

Distribucija sudionika prema duljini radnog staža (Grafikon 6.4.) bila je otprilike podjednaka. Najviše sudionika ima 11 – 20 godina radnog staža, njih 41 (28,5%), njih 34 ima od 0 – 5 godina radnog staža (22,2%), njih 31 ima 6 – 10 godina radnog staža (21,5%), njih 24 ima 21 – 30 godina radnog staža (16,7%) dok njih 16 ima 31 i više godina radnog staža (11,1%) što je ujedno i najmanji broj sudionika kako je prikazano u grafikonu 6.4.



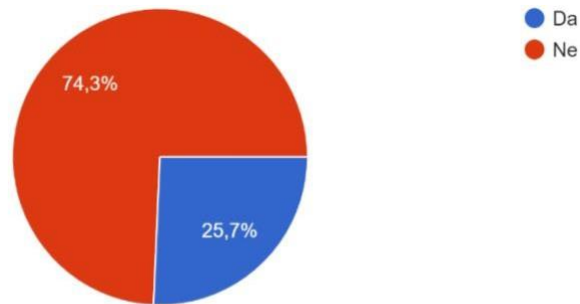
Grafikon 6.5. Prikaz odgovora o znanju kakva se skrb pruža u obiteljskim domovima (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.4. prikazuje analizu odgovora koji su se odnosili na saznanje kakva se skrb pruža u obiteljskim domovima, dobiveni su rezultati koji ukazuju da većina sudionika, njih 135 (32,4%) zna kakva se skrb pruža, dok njih 11 ispitanih ne zna o kakvoj je skrbi riječ (7,6%).



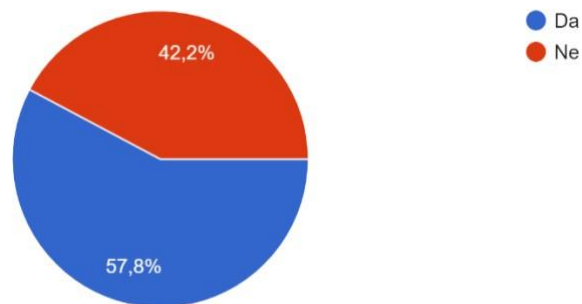
Grafikon 6.6. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Jeste li se na koji način susretali s radom u obiteljskom domu?“ (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.6. prikazuje frekvenciju dobivenih podataka na pitanje da li su se sudionici susretali s radom u obiteljskom domu, njih 112 je odgovorilo da je (77,1%), dok njih 33 je odgovorilo da nije (22,9%).



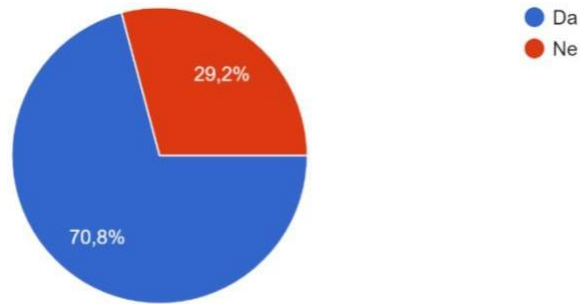
Grafikon 6.7. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „ Imate li nekoga od bližnjih smještenog u obiteljskom domu?“ (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.7. prikazuje usporedbu dobivenih rezultata na pitanje da li sudionici imaju nekog od bližnjih smještenog u obiteljskom domu, većina sudionika, njih 108 je odgovorilo da nema (74,3%), dok njih 37 je potvrdno odgovorilo (25,7%).



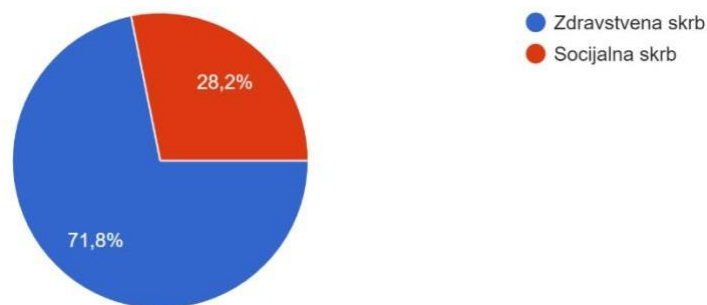
Grafikon 6.8. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „ Da li ste zadovoljni zdravstvenom skrbi o njima?“ (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.8. prikazuje usporedbu dobivenih podataka na pitanje da li su sudionici zadovoljni sa pruženom skrbi o bližnjima smještenim u obiteljskom domu, njih 145 je odgovorilo potvrdno da je zadovoljno (57,8%), dok njih 49 odgovorilo je da nije zadovoljno pruženom skrbi (42,2%).



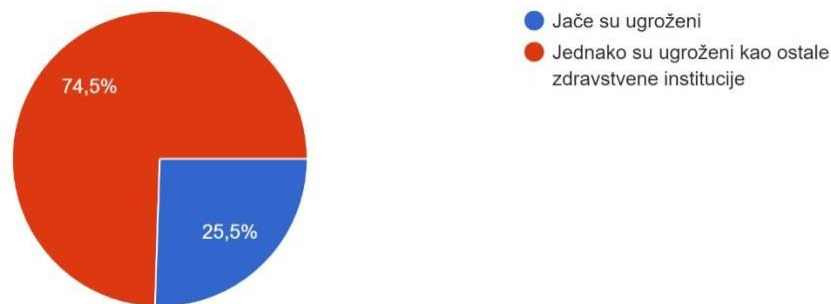
Grafikon 6.9. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Biste li u budućnosti ako bude potrebe smjestili nekog od svojih bližnjih u obiteljski dom?“ (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.9. prikazuje analizu dobivenih rezultata na pitanje da li bi u budućnost sudionici smjestili svoje bližnje u obiteljski dom, njih 102 ispitanih odgovorilo je potvrdno (70,8%), dok njih 42 odgovorilo je da ne bi (29,2%).



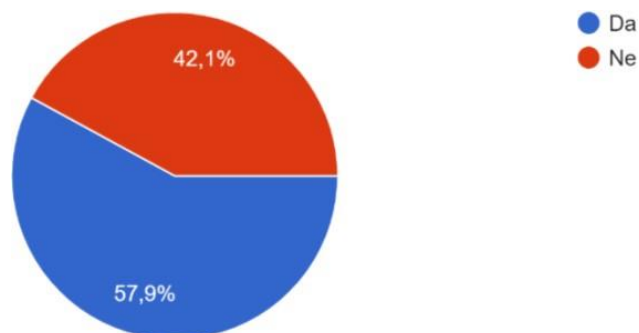
Grafikon 6.10. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Smatrate li da je s radom u obiteljskim domovima važnija zdravstvena ili socijalna skrb?“ (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.10. prikazuje usporedbu dobivenih rezultata na pitanje što je sudionicima važnije u radu obiteljskih domova, većina sudionika je odgovorila da im je važnija zdravstvena skrb, njih 102 sudionika (71,8%), dok njih 40 sudionika smatra da je socijalna skrb važnija u radu obiteljskih domova (28,2%).



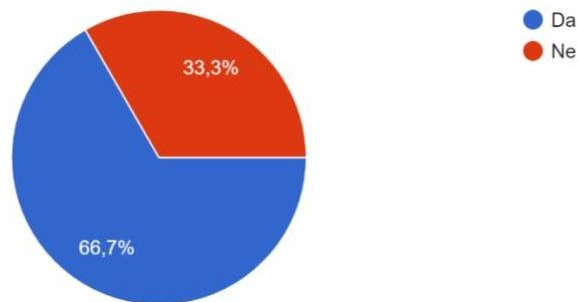
Grafikon 6.11. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Jesu li prema Vama obiteljski domovi jače ugroženi u zdravstvenim ugrozama poput ove koronavirusom?“ (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.11. prikazuje analizu dobivenih rezultata na pitanje da li su obiteljski domovi u većoj ugrozi koronavirusom, većina sudionika smatra da su jednako ugroženi kao i ostale zdravstvene institucije, njih 108 ispitanih (74,5%), dok njih 37 ispitanih smatra da su obiteljski domovi jače ugroženi (25,5%).



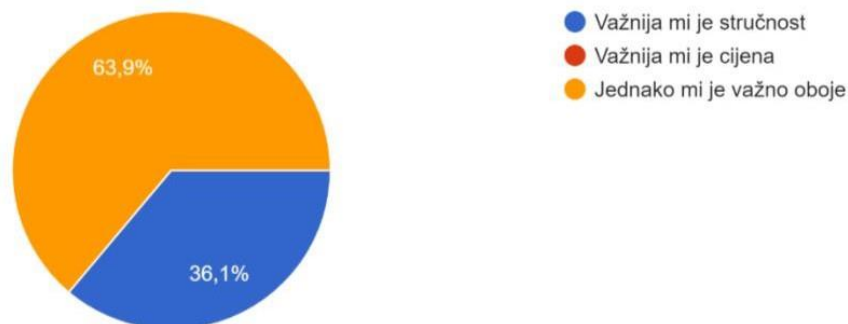
Grafikon 6.12. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Smatrate li da bi se svi korisnici i djelatnici trebali cijepiti protiv Covid-19 bolesti?“ (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.12. prikazuje usporedbu dobivenih rezultata na pitanje da li bi se svi korisnici i djelatnici obiteljskog doma trebali cijepiti protiv Covid-19 bolesti dobiveni su gotovo podjednaki rezultati. Njih 84 sudionika smatra da bi se trebali cijepiti (57,9%), dok njih 61 smatra da se ne bi trebali cijepiti protiv Covid-19 bolesti (42,1%).



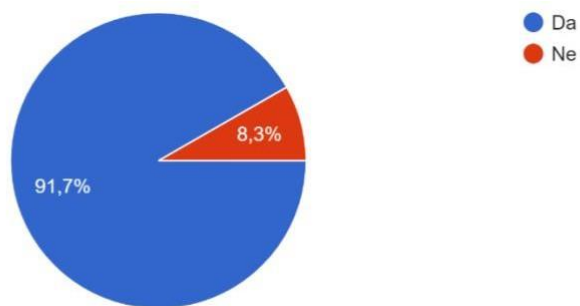
*Grafikon 6.13. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Podržavate li cijepljenje?“
(Izvor: autor N.D.)*

Grafikon 6.13. prikazuje analizu dobivenih rezultata na pitanje da li sudionici podržavaju cijepljenje protiv Covid-19 bolesti, većina sudionika, njih 96 iznosi da podržava (66,7%), dok njih 48 ispitanih ne podržava cijepljenje (33,3%).



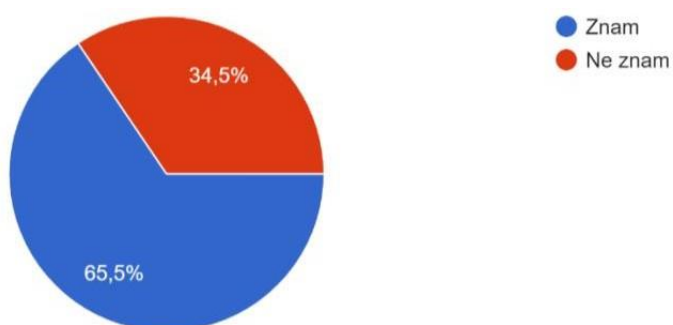
Grafikon 6.14. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Je li Vam u odabiru zdravstvene skrbi važnija stručnost ili cijena?“ (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.14. prikazuje usporedbu dobivenih rezultata na pitanje da li je u odabiru zdravstvene skrbi važnija stručnost ili cijena, većina sudionika, njih 92 iznosi da im je jednako važnije oboje, njih 52 ispitanih iznosi da im je važnija stručnost, dok ni jedan sudionik nije naveo da mu je važnija cijena u odabiru zdravstvene skrbi (0%).



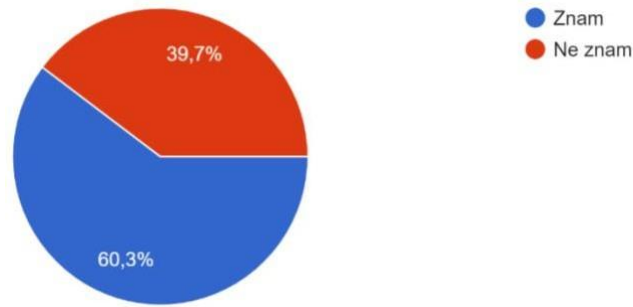
Grafikon 6.15. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Smatrate li da bi domovi trebali biti kvalificiran prema stručnosti?“ (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.15. prikazuje frekvenciju dobivenih rezultata na pitanje kako bi domovi trebali biti kvalificirani prema stručnosti, većina sudionika, njih 133 je odgovorilo potvrdno da im je važnija stručnost (91,7%), dok njih 12 iznosi da ne bi trebali imati takvu kvalifikaciju (8,3%).



Grafikon 6.16. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Znate li koji sve oblici pružanja zdravstvene i socijalne skrbi postoje u Hrvatskoj?“ (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.16. prikazuje frekvenciju dobivenih rezultata na pitanje da li sudionici znaju kakvi oblici zdravstvene i socijalne skrbi postoje u Hrvatskoj, većina sudionika, njih 95 iznosi da je upoznata s oblicima pružanja skrbi (65,5%), dok njih 50 nije upoznata s pružanjem zdravstvene i socijalne skrbi u Hrvatskoj (34,5%).



Grafikon 6.17. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Znate li na koji način se financiraju obiteljski domovi za starije u Hrvatskoj?“ (Izvor: autor N.D.)

Grafikon 6.17. prikazuje frekvenciju dobivenih rezultata na pitanje da li sudionici znaju na koji se način financiraju obiteljski domovi za starije u Hrvatskoj, 88 sudionika iznosi da zna (60,3%), dok njih 58 ne zna načine financiranja (39,7%).

6.2. Zaključci u vezi s istraživačkim pitanjima

U ovom su radu postavljena istraživačka pitanja gdje se u nastavku prikazuju dokazi o njihovoj točnosti odnosno netočnosti te zaključak o njihovom prihvaćanju odnosno neprihvaćanju. Deskriptivna statistika je obuhvaćala postupke uređivanja grafičkog prikazivanja podataka. Temeljem rezultata dobivenih provedenim istraživanjem postavljenih hipoteza došlo se do zaključka da bi sudionici smjestili svoje bližnje u obiteljski dom te je potvrđena statistički značajna razlika. Što se tiče pružanja zdravstvene i socijalne skrbi, analizom dobivenih podataka potvrđeno je da je sudionicima bitnija kvaliteta pružanja zdravstvene u odnosu na socijalnu skrb u obiteljskim domovima. Analizom dobivenih podataka potvrđeno je da sudionici smatraju da su obiteljski domovi jednako ugroženi ugrozom koronavirusa kao i ostale zdravstvene ustanove.

7. Rasprava

Provedeno je istraživanje kojim se željelo ispitati da li bi sudionici željeli smjestiti svoje bližnje u obiteljski dom te koja kvaliteta skrbi im je važnija, zdravstvena ili socijalna skrb. U istraživanje se uključilo 145 sudionika od kojih su svi u potpunosti odgovorili na postavljena pitanja. S obzirom na epidemiološku situaciju istraživanje nije bilo moguće provesti standardnim putem nego putem Google Forms platforme. U istraživanje su bili uključeni sudionici raznih zanimanja, kao i iz svih dijelova Hrvatske. S obzirom da je Covid-19 pandemija utjecala na sve zdravstvene oblike zbrinjavanja bolesnika i korisnika istraživanje se baziralo i na utjecaju ugroze na obiteljske domove kao i o stavovima o cijepljenju protiv Covid-19 bolesti, uz sociodemografske faktore. Cilj rada je bio ispitati stavove vezane uz smještaj bližnjih u obiteljske domove, kao i o važnosti pružanja zdravstvene skrbi. Najzastupljeniji su bili sudionici u dobi od 20 – 30 godina starosti (35,4%), uz dobnu skupinu od 31 – 40 godina starosti (33,3%). Postotak ostalih dobnih skupina može se objasniti manjom dostupnosti elektroničnih oblika sudjelovanja u istraživanjima, tako da je 30 sudionika (20,8%) bilo u dobi od 41 – 50 godina starosti i samo mali postotak u dobi od 51 – 65 godina starosti, njih 15 sudionika (10,4%). Vezano za spol sudionika, većina je bila ženskog spola, njih 89%, a samo 11% sudionika bilo je muškog spola, što se može objasniti da je i dalje ženski spol zadužen za zbrinjavanje bližnjih i skrbi vezanu za njih. Istraživanjem se potvrdilo da je većina sudionika imalo srednju stručnu spremu, njih 46,9%, 37,2% sudionika je viša stručna sprema uz 15,9% visoke stručne spreme što zapravo potvrđuje raznolikost u obrazovanju te samim time i možemo dobivenim rezultatima pripisati određeno neznanje u pružanju zdravstvene skrbi. Za sada nema ni jedno dostupno istraživanje na temu pružanja zdravstvene skrbi u obiteljskim domovima, pa nedostaje podataka za usporedbu.

U istraživanju Stavljenić-Rukavina i Roksandić o kvaliteti integrirane skrbi za starije osobe iznose da koncept „kvalitete skrbi” još uvijek teško mjerljiv, prije svega u kontekstu skrbi u domovima za starije osobe. Tradicionalno, tri područja skrbi temeljem kojih je moguće procijeniti kvalitetu u institucijskom smještaju su: struktura, proces i ishod. Struktura se odnosi na smještajne kapacitete uključujući fizičko okruženje i opremu. Proces, vidljivo iz imena, bavi se provođenjem skrbi, a ishod označava krajnji rezultat skrbi. Ta tri područja međusobno su povezana u pružanju skrbi. Smještajni kapaciteti olakšavaju bolje provođenje procesa skrbi, što u konačnici daje bolji ishod skrbi. Analiza i evaluacija svih triju

područja kvalitete (strukture, procesa i ishoda) neophodni su za donošenje mjera za poboljšanje kvalitete [20].

Analizom dobivenih rezultata o godinama radnog staža dobiveni su raznoliki podatci, od kojih najviše sudionika ima 11 - 20 godina radnog staža (29%), njih 22,1% ima 0 – 5 godina radnog staža, nadalje njih 21,4% ispitanih ima 6 – 10 godina radnog staža, njih 16,6% ispitanih ima 21 – 30 godina radnog staža, a najmanje sudionika ima 31 i više godina radnog staža (11%). Time možemo potvrditi da su podjednako zastupljeni sudionici na početku ranog vijeka, pa sve do onih sudionika koji su pri kraju istog. Poznavanje načina skrbi koju pružaju obiteljski domovi, gotovo svi ispitanici su odgovorili da su upoznati o istoj, njih 92,4%, samo mali dio sudionika nije upoznat s tom činjenicom (7,6%). Nadalje, vezano za poznavanjem načina rada u obiteljskom domu dobiveni su rezultati da se većina sudionika susrela s nekim načinom rada (77,2%) dok samo mali dio sudionika nije bio upoznat s načinima rada u obiteljskom domu (22,8%). Kroz frekvenciju odgovora da li sudionici imaju nekog od bližnjih smještenog u obiteljskom domu njih 74,5% odgovorilo je da nema, dok samo mali dio sudionika iznosi da imaju bližnjeg smještenog u obiteljskom domu (25,5%). Tim podacima možemo zaključiti da samo poimanje obiteljskog doma kao i njegov rad nije većini poznat. Time dolazimo do sljedećih rezultata vezanih za zadovoljstvo zdravstvene skrbi o bližnjih smještenih u obiteljskim domovima, gdje su dobiveni gotovo podjednako zastupljeni, njih 57,3% sudionika je zadovoljno dok njih 42,7% sudionika nije zadovoljno.

Istraživanjem kvalitete života osoba starije životne dobi smještenih u domove za starije osobe iz 2019. godine autorica Glavina S. [21] dobiva podatke da je kvalitetnija skrb u privatnim domovima u odnosu na državne, čime se mogu potvrditi i naši podatci vezani za zadovoljstvo pružene skrbi u obiteljskom domu, jer obiteljski dom i sam spada u privatni sektor. Temeljem dobivenih podataka o budućim potrebama za smještajem bližnjih u obiteljski dom, većina sudionika iznosi da bi smjestili svoje bližnje u izvaninstitucionalni oblik skrbi (70,8%), dok samo mali dio sudionika ne bi (29,2%). Tim rezultatima možemo potvrditi prvu postavljenu hipotezu. O važnosti pružanja zdravstvene i socijalne skrbi u obiteljskim domovima frekvencijom dobivenih rezultata većina sudionika je odgovorila da im je važnija zdravstvena skrb (71,8%) u odnosu na socijalnu skrb (28,9%), čime možemo potvrditi drugu postavljenu hipotezu. Na temelju analize mnogih anketa i podataka i studija objavljenih 2005. - 2013. godine pokazano je da je korisnicima najvažnije pravo izbora svog liječnika,

odgovarajuća prehrana, mobilnost i stomatološka zdravstvena zaštita [22]. Svjetska zdravstvena organizacija (SZO) također naglašava važna područja kvalitete života u domovima za starije osobe [23]. SZO definira kvalitetu života kao percepciju pojedinaca o njihovom položaju u životu kroz kontekst kulturoloških i vrijednosnih sistema u kojem žive te u odnosu na njihove ciljeve, standarde i potrebe. Definicija uključuje u osam domena fizičko zdravlje, psihološki status, razinu neovisnosti, pravilnu prehranu, socijalne kontakte, faktore okoliša, zdravstveno ponašanje i duhovne potrebe. Zadnjih skoro 2 godine svjedočimo velikoj ugrozi koronavirusom koja pogađa svijet, tako je i naš zdravstveni sustav narušen kvalitetnom pružanju zdravstvene skrbi. Obiteljski domovi kao izvaninstitucionalni oblik skrbi ne zaostaje time. Da li su obiteljski domovi jače ugroženi ovom ugrozom većina sudionika iznosi da su jednako ugroženi kao i ostale zdravstvene institucije (74,5%), dok njih 25,5% smatra da su jače ugroženi. Ove rezultate možemo objasniti tezom da bez obzira na mjesto i način pružanja zdravstvene skrbi, obiteljski domovi su dio zdravstvenog sustava, pa samim time zaposlenici imaju kompetenciju u pružanju iste kao i osiguranju zaštite da do ugroze ne dođe. Imunizacija je jedna od najuspješnijih javnozdravstvenih intervencija u ljudskoj povijesti. Mnoge zarazne bolesti mogle bi se kontrolirati cijepljenjem. Štoviše, oklijevanje ili odbacivanje cjepiva postalo je jedan od najvažnijih problema, a posljednjih su godina započele mnoge polemike. Oklijevanje s cjepivom znači "kašnjenje u prijemu unatoč dostupnosti usluga cijepljenja". Rasprava o prihvatanju cjepiva, posebno za cjepiva koja se proizvode dugi niz godina, postala je važna prepreka u borbi protiv zaraznih bolesti [24]. Od zdravstvenih djelatnika očekuje se da budu svjesni rizika i koristi cijepljenja, rizika od bolesti koje se mogu spriječiti cijepljenjem i da na najbolji način prenose te podatke svojim pacijentima.

Prethodne studije pokazale su da postoji snažna veza između znanja i stavova zdravstvenih djelatnika o cjepivima i njihovih preporuka cjepiva za njihove pacijente [25]. Zdravstveni djelatnici smatraju se najpouzdanijim izvorom informacija o cjepivima. Radnici u zdravstvenom sektoru koji oklijevaju s cijepljenjem mogu donekle oslabiti povjerenje i imati snažan utjecaj na neodlučnost cjepiva u općoj populaciji. Raspravljalo se o prisutnosti onih koji se nisu dobrovoljno prijavili na cijepljenje protiv gripe posljednjih godina. Nekoliko dostupnih studija o stavovima zdravstvenih djelatnika prvenstveno se odnosi na cjepiva protiv sezonske ili pandemijske gripe. Utvrđeno je da većina zdravstvenih radnika nije primila cjepivo protiv gripe zbog nedostatka vremena, osjećaja rizika

od gripe ili zabrinutosti za sigurnost i učinkovitost [26]. U Turskoj je otkriveno da se 6,7% zdravstvenih radnika godišnje redovito cijepi protiv gripe, dok 55% njih nikada prije u životu nije imalo. Utvrđeno je da najveća prepreka cijepljenju nije vjerovanje u nužnost cijepljenja [27]. Danas su studije cijepljenja protiv Covid -19 došle do izražaja zbog pandemije Covid -19, posebno za zdravstveno osoblje koje radi na prvoj liniji fronta i ima mnogo veći rizik. Utvrđivanje prihvaćanja cjepiva protiv Covid -19 od strane zdravstvenog osoblja također će biti vodič za nadolazeće studije cijepljenja. Tako i kroz naše istraživanje željeli smo se dotaknuti stavova cijepljenja od strane sudionika. Kako je obiteljski dom dio zdravstvenog sustava također ima rizik od ulaska ovakve pandemijske ugroze. Željeli smo saznati koliki postotak sudionika smatra da bi se trebali cijepiti djelatnici i korisnici protiv Covid-19 te rezultati koje smo dobili su zapravo poražavajući. Iako većina sudionika smatra da bi se trebali cijepiti, njih 57,9%, opet veliki postotak smatra da cijepljenje nije potrebno, njih 42,1%. Nastavno na prethodno pitanje slijedi tvrdnja da li ispitanici podržavaju cijepljenje gdje su dobiveni podaci da njih 66,7% podržava cijepljenje, dok njih 33,3% smatra da ne podržava cijepljenje. Ovim rezultatima dokazujemo da je mišljenje opće populacije i dalje podijeljeno oko cijepljenja i zaštite od Covid-19 bolesti, bez obzira što su korisnici obiteljskog doma rizična skupina i što su djelatnici upravo ti koji rizičnu skupinu izlažu ovoj ugrozi. U dijelu istraživanja gdje smo htjeli saznati koji su kriteriji važni za smještaj osobe u obiteljski doma, frekvencijom dobivenih odgovora dobili smo rezultate da većina sudionika i dalje smatra da za smještaj jednaku važnost ima i cijena i kompetencija djelatnika, njih 63,9%, 36,1% sudionika smatra da im je i dalje važna stručnost, dok ni jedan ispitanik nije naveo da mu je samo važna cijena (0%).

Nadalje, po pitanju kompetencija, kroz kriterij da li ispitanici smatraju da bi domovi trebali biti klasificirani po stručnosti, gotovo svi ispitanici smatraju da bi trebali, njih 91,7%, dok samo mali dio sudionika smatra da ne treba takva klasifikacija (8,3%). Time možemo potvrditi da je općoj populaciji i dalje bitna stručnost u pružanju njege i skrbi korisnicima domova. Kako svjedočimo događajima kojima se kroz medije prikazuje da danas bilo tko bez obzira na stručnost može biti vlasnik/voditelj institucionalnih/izvaninstitucionalnih ustanova, pa tako i saznanjem koje sve vrste zdravstvene i socijalne skrbi postoje u Hrvatskoj, frekvencijom dobivenih odgovora malo više od polovice sudionika iznosi da zna, njih 65,5%, dok njih 34,5% ne zna. Time možemo zaključiti da opća populacija i dalje ne zna u dovoljnom postotku koje su sve vrste zdravstvenog i socijalnog zbrinjavanja, čime se dokazuje da ne znaju ni koja prava imaju potrebite osobe. Kroz način financiranja domova za starije,

frekvencijom odgovora smo dobili rezultate da većina sudionika ne zna koji su načini financiranja, njih 60,3%, dok njih 39,7% ima ta saznanja. Ovi podatci su zabrinjavajući kako za pružatelje usluga, jer zbog financijske situacije u Hrvatskoj sve je manje onih koji si to mogu priuštiti, ali isto tako podatci djeluju poražavajuće jer i sami pružatelji takvih usluga se ne mogu adekvatno naplatiti.

8. Zaključak

Perspektiva ljudskih sustava koristan je pristup razumijevanju pružanja zdravstvene skrbi u obiteljskom domu. Ovakav pristup naglašava interakciju između pojedinih komponenti sustava, posebno osoba, zadataka, opreme/tehnologije i okruženja - kao i interakciju između ovih komponenti. Perspektiva ljudskih sustava također uzima u obzir sigurnost, djelotvornost i djelotvornost sustava u cjelini, što je posebno primjenjivo zbog složenosti komponenti koje čine zdravstvenu skrb u obiteljskom domu.

U ovom istraživanju, i u kontekstu pružanja zdravstvene skrbi, poglavito u kriznim vremenima kao što je pandemija koronavirusom, medicinske sestre rade u međusobno ovisnim, ali stresnim zdravstvenim sredinama moraju osigurati da pružena skrb uvijek bude najkvalitetnija. U samoj srži sestrinske profesije i razlog njenog postojanja je bolesnik. Ovim istraživanjem nastojalo se ispitati kakav je stav opće populacije vezan za smještaj osoba/bližnjih u obiteljske domove. Dobivenim rezultatima smo potvrdili tezu da većina sudionika rado prihvaća takvu vrstu pružanja zdravstvene skrbi. Ovim se istraživanjem također potvrdila teza da je ispitanoj populaciji i dalje važnija zdravstvena skrb od socijalne skrbi u obiteljskim domovima. To možemo argumentirati na način da je i dalje socijalna skrb nepoznanica općoj populaciji, jer se smatra da starijim i potrebitim bolesnicima zdravstvena skrb je prioritet, ali nije nužno da je starija osoba i nemoćna osoba, pa samim time njoj je potrebitija socijalna skrb više nego zdravstvena. Ovim istraživanjem su se potvrdila istraživačka pitanja koja ostavljaju puno prostora za daljnja istraživanja s obzirom da tema zdravstvene skrbi i obiteljski domovi i dalje premalo istražena.

9. Literatura

- [1.] Gavazzi G, Mallaret MR, Couturier P, Iffenecker A, Franco A. Bloodstream infection: differences between young-old, old, and old-old patients. *J Am Geriatr Soc.* 2002;50:1667–73.
- [2.] Davis A, McMahon CM, Pichora-Fuller KM, Russ S, Lin F, Olusanya BO, et al. Aging and hearing health: the life-course approach. *Gerontologist.* 2016;56(2):256–67.
- [3.] Amieva H, Ouvrard C, Giulioli C, Meillon C, Rullier L, Dartigues JF. Self-reported hearing loss, hearing aids, and cognitive decline in elderly adults: a 25-year study. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63:2099–104.
- [4.] Evans JR, Fletcher AE, Wormald RP, Ng ES, Stirling S, Smeeth L, et al. Prevalence of visual impairment in people aged 75 years and older in Britain: results from the MRC trial of assessment and management of older people in the community. *Br J Ophthalmol.* 2002;86:795–800.
- [5.] Zalewski CK. Aging of the human vestibular system. *Semin Hear.* 2015;36:175–96.
- [6.] Dodds RM, Granic A, Davies K, Kirkwood TB, Jagger C, Sayer AA. Prevalence and incidence of sarcopenia in the very old: findings from the Newcastle 85+ study. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2017;8:229–37.
- [7.] Walston JD. Sarcopenia in older adults. *Curr Opin Rheumatol.* 2012;24:623–7.
- [8.] Newman AB, Kupelian V, Visser M, Simonsick EM, Goodpaster BH, Kritchevsky SB, et al. Strength, but not muscle mass, is associated with mortality in the health, aging and body composition study cohort. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2006;61:72–7.
- [9.] Xue QL, Beamer BA, Chaves PH, Guralnik JM, Fried LP. Heterogeneity in rate of decline in grip, hip, and knee strength and the risk of all-cause mortality: the women’s health and aging study II. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58:2076–84.
- [10.] Bandaranayake T, Shaw AC. Host resistance and immune aging. *Clin Geriatr Med.* 2016;32:415–32.
- [12.] Raviotta JM, Smith KJ, DePasse J, Brown ST, Shim E, Nowalk MP, et al. Cost-effectiveness and public health effect of influenza vaccine strategies for U.S. elderly adults. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64:2126–31.
- [13.] Gould L, Abadir P, Brem H, Carter M, Conner-Kerr T, Davidson J, et al. Chronic wound repair and healing in older adults: current status and future research. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63:427–38.

- [14.] Collerton J, Davies K, Jagger C, Kingston A, Bond J, Eccles MP, et al. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study. *BMJ*. 2009;339:4904.
- [15.] Wang JC, Bennett M. Aging and atherosclerosis mechanisms, functional consequences, and potential therapeutics for cellular senescence. *Circ Res*. 2012;111:245–59.
- [16.] Butler AA, Menant JC, Tiedemann AC, Lord SR. Age and gender differences in seven tests of functional mobility. *J Neuroeng Rehabil*. 2019;6:31.
- [17.] Jagger C, Arthur AJ, Spiers NA, Clarke M. Patterns of onset of disability in activities of daily living with age. *J Am Geriatr Soc*. 2021;49:404–9. 10.
- [18.] Bandeen-Roche K, Seplaki CL, Huang J, Buta B, Kalyani RR, Varadhan R, et al. Frailty in older adults: a nationally representative profile in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015;70:1427–34.
- [19.] Puts MTE, Toubasi S, Andrew MK, Ashe MC, Ploeg J, Atkinson E, et al. Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age Ageing*. 2017;46:383–92.
- [20.] Stavljenić-Rukavina A, Tomek Roksandić S. Kvaliteta integrirane skrbi za osobe starije dobi, Zbornik sveučilišta Libertas, 2017.
- [21.] Glavina S: Kvaliteta života osoba starije životne dobi smještenih u domovima za starije osobe na području istarske županije, Završni rad, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Medicinski fakultet Osijek, 2019.
- [22.] Arling G, et al. Future development of nursing home quality indicators. *Gerontologist*, 2015; 45 (2): 147–156.
- [23.] Tomek-Roksandić S. Strategija zdravog starenja i akcijski plan primjenjiv za Europu u razdoblju od 2012. – 2016. U: Četiri stupa gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe, Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Zagreb, 2017.
- [24.] Neumann-Böhme S, Varghese NE, Sabat I, et al. Once we have it, will we use it? A European survey on willingness to be vaccinated against COVID-19. *Eur J Heal Econ*. 2020;21:977-982.
- [25.] MacDonald NE, Dubé E. Enpacking vaccine hesitancy among healthcare providers, *EBioMedicine*, 2015;2:792-793.
- [26.] Thoon KC, Chong CY. Istraživanje stavova, uvjerenja i spremnosti zdravstvenih radnika za primanje cjepiva protiv pandemije gripe (H1N1) 2009. godine i utjecaja obrazovnih

kampanja . Ann Acad Med Singapore, 2010; 39 : 307-312.

- [27.] Korkmaz N, Nazik S, Şule Gümüştakım R, et al.: Stope cijepljenja protiv gripe, znanje, stavovi i ponašanje zdravstvenih radnika u Turskoj: multicentrična studija, Int J Clin Pract, 2020: 13659.

Popis grafikona

6.1. Distribucija sudionika u odnosu na dob	16
6.2. Distribucija sudionika prema spolu.....	16
6.3. Distribucija odgovora sudionika prema razini obrazovanja.....	17
6.4. Distribucija odgovora s obzirom na ukupne godine radnog staža:	17
6.5. Prikaz odgovora o znanju kakva se skrb pruža u obiteljskim domovima	18
6.6. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Jeste li se na koji način susretali s radom u obiteljskom domu?	18
6.7. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „ Imate li nekoga od bližnjih smještenog u obiteljskom domu?	19
6.8. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „ Da li ste zadovoljni zdravstvenom skrbi o njima?“	19
6.9. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Biste li u budućnosti ako bude potrebe smjestili nekog od svojih bližnjih u obiteljski dom?“	20
6.10. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Smatrate li da je s radom u obiteljskim domovima važnija zdravstvena ili socijalna skrb?“	20
6.11. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Jesu li prema Vama obiteljski domovi jače ugroženi u zdravstvenim ugrozama poput ove koronavirusom?“	21
6.12. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Smatrate li da bi se svi korisnici i djelatnici trebali cijepiti protiv Covid-19 bolesti?“	21
6.13. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Podržavate li cijepljenje?“	22
6.14. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Je li Vam u odabiru zdravstvene skrbi važnija stručnost ili cijena?“	22
6.15. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Smatrate li da bi domovi trebali biti kvalificiran prema stručnosti?“	23
6.16. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Znate li koji sve oblici pružanja zdravstvene i socijalne skrbi postoje u Hrvatskoj?“	23
6.17. Prikaz frekvencije odgovora na pitanje: „Znate li na koji način se financiraju obiteljski domovi za starije u Hrvatskoj?“	24

Prilozi

Prilog 1- Izjava o autorstvu i suglasnosti za javnu objavu

HERON
UNIVERSITY
SIEVER

Sveučilište
Sjever



SVEUČILIŠTE
SIEVER

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, NEDEJKJA ĐUKARIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRAV. SKRB U ODITEJSKOM DOMU (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Đukarić N.

(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, NEDEJKJA ĐUKARIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasni/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom ZDRAV. SKRB U ODIT. DOMOVINA (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:

(upisati ime i prezime)

Đukarić N.

(vlastoručni potpis)

Prilog 2 – Anketni upitnik

Poštovane/i,

Molim Vas da izdvojite malo vremena i ispunite ovaj upitnik. Upitnik je izrađen za potrebe istraživanja u svrhu izrade diplomskog rada na studiju Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu pri Sveučilištu Sjever. Upitnik je anonimn i dobrovoljan, a rezultati će se koristiti isključivo a izradu diplomskog rada. Vaš doprinos je iznimno značajan za istinitost i stvarni prikaz trenutne situacije.

Unaprijed zahvaljujem na vremenu i strpljenju prilikom ispunjavanja upitnika.

Nedeljka Dukarić, bacc. med. techn.

1. Životna dob
 - a. 20 – 30
 - b. 31 – 40
 - c. 41 – 50
 - d. 51 – 65
2. Spol
 - a. Žensko
 - b. Muško
3. Završeno obrazovanje
 - a. SSS
 - b. VŠS
 - c. VSS
4. Ukupne godine radnog staža
 - a. 0 – 5
 - b. 6 – 10
 - c. 11 – 20
 - d. 21 – 30
 - e. 31 i više
5. Znaete li kakvu skrb pružaju obiteljski domovi?
 - a. Da
 - b. Ne
6. Jeste li se na koji način susretali s radom u obiteljskom domu?
 - a. Da

- b. Ne
7. Imate li nekoga od bližnjih smještenog u obiteljskom domu?
- a. Da
 - b. Ne
8. Da li ste zadovoljni zdravstvenom skrbi o njima?
- a. Da
 - b. Ne
9. Biste li u budućnosti ako bude potrebe smjestili nekoga od svojih bližnjih u obiteljski dom?
- a. Da
 - b. Ne
10. Smatrate li da je s radom u obiteljskim domovima važnija zdravstvena ili socijalna skrb?
- a. Zdravstvena skrb
 - b. Socijalna skrb
11. Jesu li prema Vama obiteljski domovi jače ugroženi u zdravstvenim ugrozama poput ove koronavirusom?
- a. Jače su ugroženi
 - b. Jednako su ugroženi kao ostale zdravstvene institucije?
12. Smatrate li da bi se svi korisnici i djelatnici trebali cijepiti protiv Covid-19 bolesti?
- a. Da
 - b. Ne
13. Podržavate li cijepljenje?
- a. Da
 - b. Ne
14. Je li Vam u odabiru zdravstvene skrbi važnija stručnost ili cijena?
- a. Važnija mi je stručnost
 - b. Važnija mi je cijena
 - c. Jednako mi je važno oboje
15. Smatrate li da bi domovi trebali biti kvalificirani prema stručnosti?
- a. Da
 - b. Ne
16. Znete li koji sve oblici pružanja zdravstvene i socijalne skrbi postoje u Hrvatskoj?
- a. Znam

b. Ne znam

17. Znete li na koji način se financiraju obiteljski domovi za starije u Hrvatskoj?

a. Znam

b. Ne znam.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu		
PRISTUPNIK	Nedeljka Dukarić	JMBAG	
DATUM	18.11.2021	KOLEGIJ	Organizacija zdravstvenih i socijalnih ustanova
NASLOV RADA	Zdravstvena skrb u obiteljskim domovima		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Health care in family homes		
MENTOR	doc.dr.sc. Tomislav Novinščak	ZVANJE	dr.med., spec. opće kirurgije
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, predsjednik		
	2. doc.dr.sc. Tomislav Novinščak, mentor		
	3. doc.dr.sc. Ivo Dumić Čule, član		
	4. izv.prof.dr.sc. Rosana Ribić, zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak diplomskog rada

BROJ: 145/SSD/2021

OPIS

Skrb za starije i nemoćne je u današnje moderno doba poseban društveni i socijalni izazov. Promjene u životnim navikama kao i dinamika suvremenog načina življenja zajedno s porastom životne dobi i sve brojnijim kroničnim bolestima predstavljaju poseban izazov naročito kad je u pitanju zdravstvena skrb za starije i nemoćne sugrađane. Kako je europska praksa da se potiče sve više izvaninstitucionalizacija skrbi za starije, udomiteljstvo starijih u obiteljskim domovima, kao oblik profesionalne djelatnosti fizičke osobe, svojevrsna je specifičnost hrvatskog socijalnog sustava. Stoga je zadaća ovog diplomskog rada predstaviti obiteljske domove kao socijalni instrument u skrbi za starije i nemoćne sa svim prednostima i nedostacima. Opisati zakonsku regulativu i ulogu sestriinske profesije u zdravstvenoj skrbi starih osoba u obiteljskim domovima. Provesti istraživanje putem anketnog upitnika o svijesti stanovništva o obiteljskim domovima, kriterijima na temelju kojih bi odabrali takav smještaj svojih starijih ukućana i druga relevantna pitanja.

ZADATAK URUČEN

04. 11. 2022

