

Autonomija osoba starije dobi u institucijama

Ceglec, Karolina

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:883769>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-24**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





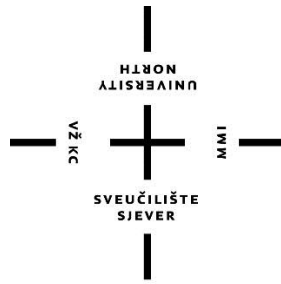
**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1098/SS/2019

Autonomija osoba starije dobi u institucijama

Karolina Ceglec 1868/336

Varaždin, kolovoz 2019. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Sestrinstvo

Završni rad br. 1098/SS/2019

Autonomija osoba starije dobi u institucijama

Student

Karolina Ceglec, 1868/336

Mentor

Doc.dr.sc. Marijana Neuberg

Varaždin, kolovoz 2019. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJI	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Karolina Ceglec	MATIČNI BROJ	1868/336
DATUM	15.07.2019.	KOLEGIJ	Zdravstvena njega starijih osoba
NASLOV RADA	Autonomija osoba starije dobi u institucijama		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Autonomy of the elderly in the institutions		

MENTOR	dr.sc. Marijana Neuberg	ZVANJE	docent
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. dr.sc. Irena Canjuga, predsjednik		
	2. doc.dr.sc. Marijana Neuberg, mentor		
	3. doc.dr.sc. Marin Šubarić, član		
	4. Melita Sajko, mag.soc.geront., zamjenski član		
	5. _____		

Zadatak završnog rada

BROJ	1098/SS/2019
------	--------------

OPIS

Sinonim za autonomiju jest sloboda življenja po vlastitim zakonima. Kada ljudi počnu stariti i ovise o pomoći drugih, autonomija i samokontrola u većini slučajeva nisu zajamčene posebno ukoliko je osoba institucionalizirana. U institucijama se traži od osobe da se prilagode njihovim pravilima i kućnom redu, te da napuste svoje dosadašnje navike. Ovim istraživanjem želi se prikazati kakav utjecaj imaju kontrola i utjecaj drugih na zadovoljstvo starenja, kako se osobe starije dobi nose s gubitkom autonomije, te u kojoj mjeri napuštanje osobnih rituala te slobode volje utječe na samostalnost i odlučivanje osobe.

U ovom radu će se:

- definirati pojam autonomije
- istražiti dolazi li kod starijih osoba do gubitka autonomije
- prikazati utjecaj kontole na zadovoljstvo starenja
- prikazati kako gubitak slobode volje utječe na samostalnost osobe

ZADATAK URUČEN

21. 08. 2019.



Zahvala

Veliko hvala mentorici, doc.dr.sc. Marijani Neuberg na prihvaćenom mentorstvu, te na svom strpljenju, vremenu, stručnom vodstvu i nesebičnom davanju savjeta koji su mi pomogli pri izradi ovog završnog rada.

Također želim zahvaliti svim cijenjenim profesorima, predavačima i mentorima studija sestrinstva Sveučilišta Sjever na uloženom trudu pri prenašanju vlastitog znanja.

Hvala svim prijateljima, prijateljicama, kolegicama i kolegama na pružanju podrške, te na pomoći i obostranoj suradnji tijekom studiranja.

Najveća Hvala mojim roditeljima, bratu i Luki. Nikad vam neću moći dovoljno zahvaliti što ste mi čvrst oslonac i bezuvjetna podrška tijekom života, te u svim mojim stresnim i turbulentnim trenucima. Hvala na vašem razumijevanju, ljubavi i vjeri u mene. Hvala što ste uvijek tu kad je najpotrebnije.

„ Postignuća u životu sastoje se od vjere u samoga sebe i predanog rada.“

Sažetak

Autonomija proizlazi od grčke riječi "Autonomia" ili sloboda življenja po vlastitim zakonima. Samokontrola i autonomija nisu zajamčene kad ljudi stare i kad im je potrebna pomoć drugih, osobito kod osoba u institucijama. Sama pravila, kućni red te nadzor osoblja mogu utjecati na slabljenje autonomije kod starijih osoba. Cilj ovog rada jest prikazati kakav utjecaj imaju kontrola i utjecaj drugih na zadovoljstvo starenja, kako se osobe starije dobi nose s gubitkom autonomije, te u kojoj mjeri napuštanje osobnih rituala te slobode volje utječe na samostalnost i odlučivanje osobe. U istraživanju su sudjelovala 102 ispitanika koji su korisnici četiriju domova za starije i nemoćne osobe. Istraživanje je provedeno pomoću ankete koja se sastoji od 14 pitanja. Prva tri pitanja su sociodemografskog tipa, zatim slijede pitanja o samostalnom obavljanju aktivnosti korisnika, jesu li samostalno došli u instituciju te kako su se prilagodili na život u domu i koliko su očuvali obavljanje rituala koje su provodili kod kuće; to pitanje sastojalo se od 6 potpitanja kod kojih su označavali koji ritual su zadržali dolaskom u dom, a koji nisu. Nadalje, ispitivala se komunikacija korisnika domova sa osobljem, te njihova spremnost da kažu kad im se nešto ne sviđa. Na kraju su tri pitanja u kojem daju svoj stav o postojanju kućnog reda i pravila u domovima, te njihova percepcija nadzora od strane osoblja i zadovoljstvo starenjem u instituciji. Postavljene su tri hipoteze. Istraživanje nije pokazalo značajnu razliku kako kod starijih institucionaliziranih osoba dolazi do gubitka autonomije, no u institucijama je moguće zadržati mali broj rituala koji su se provodili kod kuće, što ometa samostalnost osobe starije dobi. Hipoteza koja govori kako kontrola i utjecaj drugih imaju negativan utjecaj na zadovoljstvo starenja, nije potvrđena.

KLJUČNE RIJEČI: autonomija, starije osobe, institucionalizacija

1. Sadržaj

1.	Uvod.....	1
2.	Starenje i osobitosti starenja	4
2.1.	Teorije starenja	5
3.	Institucionalna skrb za osobe starije životne dobi	7
4.	Autonomija u starijoj dobi	9
4.1.	Kulturološke razlike u potpori autonomije.....	11
4.2.	Uloga obrazovanja medicinske sestre u očuvanju autonomije.....	13
4.2.1.	Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj o gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi.....	15
5.	Empirijski dio.....	17
5.1.	Cilj i hipoteze istraživanja.....	17
5.2.	Metode istraživanja	17
5.3.	Uzorak istraživanja.....	18
5.4.	Rezultati istraživanja	19
5.5.	Rasprava	32
6.	Postupci za održavanje i povećanje autonomije osoba starije dobi	38
7.	Zaključak.....	39
8.	Literatura.....	41
	Prilog 1	43

1. Uvod

Samokontrola i autonomija nisu zajamčene kad ljudi stare i kad im je potrebna pomoć drugih, osobito kod osoba u institucijama. Mnogi izazovi uzrokovani sve većim udjelom osoba starije dobi dobro su poznati fenomen u zapadnom svijetu, a Hrvatska, s jednim od najvećih udjela starijeg stanovništva u Europi, svrstava se među 10 zemalja u svijetu s najstarijim stanovništvom. U današnje vrijeme sve je popularnije smještavanje ili odlazak starijih osoba u institucije te se to smatra jednim od najboljih rješenja za samu osobu, ali i za obitelj. Odlaskom u instituciju mijenja se cjelokupni bioritam osobe, te se od njih traži da se prilagode određenim pravilima i kućnom redu institucije. Sama pravila, kućni red te nadzor osoblja mogu utjecati na slabljenje autonomije kod starijih osoba. Osnovno pitanje zdravstvene, ali i socijalne skrbi je kako organizirati skrb starijim osobama te im pružiti mogućnost da zadrže najveću razinu kontrole, čak i kada su ovisni o drugima za pomoć u aktivnostima svakodnevnog života.

Cilj ovog rada jest prikazati kakav utjecaj imaju kontrola i utjecaj drugih na zadovoljstvo starenja, kako se osobe starije dobi nose s gubitkom autonomije, te u kojoj mjeri napuštanje osobnih rituala te slobode volje utječe na samostalnost i odlučivanje osobe.

Doyal i Goughova teorija ljudske potrebe naglašava kako je osobna autonomija univerzalna potreba i ljudsko pravo, bitno za dobrobit čovjeka [1]. Pri dolasku u instituciju osoba mora napustiti dosadašnje rituale koje je provodila kod kuće te prihvatiti kućni red institucije i naučiti neke nove obrasce ponašanja. Osoba nema pravo sama odabrati kada i što će doručkovati ili kada će ići u šetnju, već je to određeno kućnim redom. Osoba starije dobi je pod cjelodnevnim nadzorom od strane osoblja, u nekim domovima čak i kroz videonadzor, dok u svima kroz dokumentiranje života korisnika. Uz sve to osobe starije dobi doživljavaju višestruke gubitke u svom životu i percipiraju nedostatak izbora i samopouzdanja, na primjer, kada su prisiljeni živjeti tamo gdje ne žele ili kada ovise o njegovateljima. Stoga bi pružatelji zdravstvenih usluga trebali pomoći osobama starije dobi da prepoznaju raspoložive izbore te da im pruže resurse ili mogućnosti za donošenje odluka. Razvijanje kompetencija, kao što su komunikacija, asertivnost i vještine odlučivanja, bitne su za promicanje donošenja odluka u starijih osoba.

Također javlja se fenomen gubljenja ili slabljenja društvenih uloga u starijoj dobi koji je direktno povezan sa institucijom i društvom nadzora. Kako bi udovoljile pravilima i nadzoru u instituciji, starije osobe počinju „igrati uloge“, odnosno ponašati se kao u kazalištu. Autor Goffman spominje interakcijske rituale te kaže da svakodnevni život - to jest pravila, ponašanja i razgovor možemo promatrati kao skup rituala. Sukladno tome, obraćanje korisnika medicinskoj sestri odvija se kao mala predstava. »Dobar dan sestro, oprostite ako smetam, imate li možda

malo vremena? Znam da ste u gužvi, no ja bi rado da me izvedete u kolicima van da sjedim na suncu. Lijepo bih Vas molila!« [2].

Pitanja osobne autonomije i individualne slobode izbora ključna su za dugotrajnu skrb osoba starije dobi čije samoodređenje može biti ograničeno medicinskim problemima, funkcionalnim ograničenjima i fizičkom nesposobnošću. Percepcija osobne kontrole igra ključnu ulogu u zdravlju i dobrobiti starije osobe [3]. Čak i sposobnost donošenja prilično malih odluka o svakodnevnim aktivnostima u institucionalnoj skrbi ima značajan utjecaj na osjećaj kontrole osobe starije dobi. U povezanosti slobodne volje i jednakih odnosa, autonomija se često brka s "neovisnošću". Neovisnost je povezana s fizičkim funkcioniranjem i sposobnosti pojedinca da obavlja aktivnosti svakodnevnog života bez pomoći [4]. Neovisnost se shvaća kao sposobnost pojedinca da samostalno funkcionira i donosi odluke (funkcionalna neovisnost) ili usmjerava brigu te dogovara zahtjeve za njegu. Otkriveno je da neovisnost ne sadrži sve attribute autonomije i stoga postoji razlika između neovisnosti i autonomije. Naposljetku, još jedan koncept s kojim se često povezuje ili se miješa autonomija u svim disciplinama je "dostojanstvo". Dostojanstvo je stanje fizičke, emocionalne i duhovne udobnosti, gdje je svaki pojedinac cijenjen zbog svoje jedinstvenosti i njegove ili njezine proslavljene individualnosti [4]. Pružatelji zdravstvene skrbi u staračkom domu imaju vrlo jak osjećaj neadekvatnosti, te su svakodnevno izloženi moralno i etički diskutabilnim situacijama u kojima se u pitanje dovodi ravnoteža između autonomije i dostojanstva pacijenta. Na primjer, u ponekad obitelj misli da bi pacijent trebao sam odlučivati, a zdravstveni djelatnici shvaćaju da to nisu u stanju, možda će se morati poslužiti trikovima kako bi osigurali da su potrebe pacijenata zadovoljene. Također u nekim drugim situacijama, kada je obitelj ta koja potpuno ignorira autonomiju pacijenata, pružatelji skrbi su naučili koristiti uvjeravanje i pronaći pravo vrijeme za poduzimanje mjera, čime se čuva samoodređenje pacijenata. U akutnim i dramatičnim situacijama može biti teško podržati odluke pacijenata, a kao posljedica toga pati i savjest pružatelja skrbi. Zahtjev za autonomijom zauzima dominantan položaj u društvenoj etici u zapadnim zemljama. Ona također utječe na etičke kodekse nekih skupina zanimanja. U idealnom slučaju, autonomija se temelji na načelu ljudske neovisnosti i individualne slobode, a često se predstavlja kao temeljno i apsolutno etičko načelo. Ovisnost o drugim ljudima stoga predstavlja ograničenje i slobode i idealne autonomije, unatoč općem razumijevanju činjenice da je biti čovjek - u različitim stupnjevima u različitim vremenima - također i biti ovisan o drugima. Suprotno od autonomije je heteronomija, to jest, biti kontroliran od drugih ili drugim čimbenicima nego što oni smatraju ispravnim. Koncept autonomije zahtijeva da se osoba doživljava kao osjetljivo biće koje čini moralne izbore. U mnogim ustanovama za njegu ovisnost pacijenata može se činiti češća od njihove neovisnosti te je fokus skrbi obično usmjeren na snažnu ovisnost pacijenata o pomoći drugih [5].

Prilikom dolaska u institucionalnu skrb vrlo je bitno za osobu da se što brže prilagodi i prihvati samu institucionalizaciju. Također, značajan aspekt prihvaćanja jest taj da se osoba imala vremena već kod kuće prilagoditi na dolazak, sama se spremi i oprostiti sa sadašnjim životom. Jednako tako, dodatna je prednost ako je odluka o dolasku donesena svojevrijem. Prilikom dolaska potrebno je smanjiti stres uzrokovan samim dolaskom. Poznato je da je institucionalizacija vrlo česti i veliki uzrok stresa za osobu starije dobi. Preseljenje u „novi dom“ je samo po sebi stresno, a dodatno ga pojačavaju uvjeti življenja. Kako bi zdravstveno osoblje u domovima što više ublažilo stres kod starijih osoba bitno je da potiče samozbrinjavanje te da pomaže osobi u očuvanju kontrole nad vlastitim životom i donošenju odluka.

Za rad medicinske sestre bitno pružiti osjećaj zaštite i sigurnosti, te poticati neovisnost kod onih kod kojih je to moguće, a pomoći onima koji su onesposobljeni. Nadalje, bitno je da se pruži socijalna i emocionalna podrška te da se poštuje osoba u cijelosti, iskustvo starijih osoba (kod nekih i mudrost) te naravno njihova različitost.

Rad je strukturiran na način da su najprije pojašnjeni pojmovi autonomije, starenja te institucionalizacije, također su prikazana različita pojašnjenja autonomije od strane raznih autora koji su je proučavali, te su nakon toga malo razjašnjena različita kulturološka shvaćanja autonomije. Obrazovanje medicinskih sestara ključan je faktor u očuvanju autonomije osoba starije dobi, u radu je prikazana struktura i način obrazovanja medicinskih sestara na području Republike Hrvatske. Prikazani su i načini kojima je moguće poticati ili očuvati osjećaj autonomije u osoba starije dobi. Svrha provedenog istraživanja i ovog rada jest prikazati kakav utjecaj imaju kontrola i utjecaj drugih na zadovoljstvo starenja, dolazi li kod institucionaliziranih osoba starije dobi do gubitka autonomije, te u kojoj mjeri napuštanje osobnih rituala te slobode volje utječe na samostalnost i odlučivanje osobe.

2. Starenje i osobitosti starenja

Starenje je normalan životni proces koji može i ne mora biti praćen raznim bolestima. Karakterizira ga ireverzibilno propadanje struktura i funkcija organizma, smanjenje psihofizičkih svojstava te pad prilagodbe i odgovora (adaptacije i reakcije) [6]. Taj proces je izrazito individualan te ne zahvaća istovremeno sve organe ili organske sustave. Kod svakog čovjeka nastupa drugačije, kod nekih osoba se događa brzo, kod nekih sporije. Handler navodi da je starenje propadanje zrelog organizma kao posljedica promjena, vremenski ovisnih i uglavnom nepovratnih, koje su prirodene svim članovima neke vrste, tako da, s prolaskom vremena, oni mogu postajati sve nesposobniji suočiti se s okolinskim stresom i tako povećavaju vjerojatnost smrti [7].

Postoje tri aspekta starenja: biološko, psihološko i socijalno [7]. Gledajući s biološkog aspekta, starenje se može definirati kao sposobnost organizma da se adaptira na uvjete okoline. U biološkom aspektu uočava se niz regresivnih promjena kao što su trajni gubitak velikog broja fizičkih sposobnosti, usporavanje reakcija na izvanjske podražaje, smanjenje otpornosti i elastičnosti tkiva, povećanje krhkosti kostiju, itd. Neki od vanjskih pokazatelja biološke starosti su sijeda kosa, naborana i isušena koža, pogrbljeno držanje, teški i usporeni hod [6].

Tijekom procesa starenja dolazi i do psihičkih promjena u funkcioniranju osobe starije dobi. Psihički aspekt definira se s obzirom na mogućnost prilagodbe pojedinca promjenama u životnoj okolini. Najčešće promjene koje se događaju odnose se na pamćenje i inteligenciju.

Socijalna starost se odnosi na izmijenjene socijalne uloge u društvu, napuštaju se dosadašnje uloge koje je osoba imala te se preuzimaju nove, koje su primjerene dobi, te je samim time socijalno starenje usko povezano s kronološkom dobi. Neugarten ovu pojavu naziva "socijalni sat" [6]. Ljudi su svjesni kad im je vrijeme da završe školovanje, zasnuju brak, imaju djecu, prestanu se ponašati na određeni način, itd. Socijalnom starošću se smatra razdoblje iznad 65. godine života kada se iz radne prelazi u umirovljeničku fazu.

Postoji i podjela starenja na primarno i sekundarno, kako bi se pokušala odrediti prava priroda starenja. Primarno starenje, koje se još naziva i fiziološko ili senescencija, odnosi se na normalne, fiziološke procese koji su određeni unutarnjim, biološkim čimbenicima, koji su neizbježni i posljedica su sazrijevanja ili protoka vremena. Dok se sekundarno starenje odnosi se na patološke promjene i opadanje s godinama koje je posljedica vanjskih čimbenika, uključujući bolest, okolinske utjecaje i ponašanje [9].

Kada govorimo o starenju, bitno je spomenuti i starost. Te dvije riječi često se smatraju sinonimima, pa je važno naglasiti razliku. Dakle, starenje je životni proces, dok je starost

posljednje životno razdoblje u životu čovjeka. U odnosu na prijašnje to je ono razdoblje života u kojemu je očito propadanje struktura i funkcija organizma, svojstava i sposobnosti čovjeka, dosegnuto stanje [6]. Starost se može definirati prema kronološkoj dobi, socijalnim ulogama ili prema funkcionalnom statusu [7]. U razvojnoj psihologiji ovo se razdoblje često označava kao kasna odrasla dob. Određenja prema kronološkoj dobi uobičajeno navode donju granicu od 60 ili 65 godina za ovu dob. Ovo je dob promjene socijalnih uloga (npr. umirovljenje) a u pogledu funkcionalnog statusa postoje velike individualne razlike. Uobičajeno je da se uz ovo razdoblje ljudskog života povezuje smanjena tjelesna snaga i slabije zdravlje. Međutim, treba imati na umu velike individualne razlike među osobama u kasnoj odrasloj dobi. Ove se razlike mogu uočiti u stupnju zadovoljstva životom, kvaliteti života, aktivnosti, socijalnoj uključenosti i razini doživljenog stresa. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji starost dijelimo u tri skupine, pa se onda razdoblje u dobi od 65 – 74 godine naziva rana starost, razdoblje od 75 – 84 srednja starost, a razdoblje iznad 85 godina smatra se dubokom starošću. [7]

Definiranje starosti ipak nije isključivo pitanje nečije kronološke dobi i funkcionalnih sposobnosti već i odnos kvalitete nečijeg života, sustava vrijednosti i obilježja sredine u kojoj neka osoba živi. Stariji ljudi nisu homogena skupina i ne doživljavaju sebe kao odvojenu populacijsku skupinu, nego su integralni dio zajednice u kojoj aktivnim uključivanjem žive, rade i stvaraju. Starost je vrijeme kad život dobiva nove duhovne dimenzije i prednosti kojih nije bilo u mladosti. Otvaraju se šanse razvoja i mogućnosti ostvarenja preorijentacije radnih aktivnosti. Aktivno, zdravo starenje uključuje prilagodbu novim okolnostima, spoznajama te stalno učenje i otkrivanje prednosti starenja i starosti [10].

2.1. Teorije starenja

Proces starenja može se obrazložiti brojnim postojećim teorijama koje objedinjuju biološke, psihološke i socijalne promjene u starosti. Teorije su uglavnom usredotočene na usmjerenost istraživača na određeno područje. Dijele se na: biološke, psihološke i socijalne teorije starenja.

Biološke teorije naglašavaju kako postoji određeni genetski plan starenja, odnosno da je starenje ugrađeno u genetski sustav [7]. Taj genetski plan aktivira se nakon reproduktivne zrelosti, ali ga varijable iz okoline mogu modificirati. Među biološkim teorijama su i one koje naglašavaju da je starenje rezultat akumuliranih oštećenja koja uzrokuju slučajni događaji iz svakodnevnog života, a mogu biti izazvani unutarnjim ili vanjskim faktorima (npr. bolesti, ozljede, štetne tvari).

Psihološke teorije objašnjavaju psihički razvoj čovjeka kroz životni vijek te faktore koji utječu na psihički razvoj [11]. Jedinственe, široko prihvaćene, integrativne teorije u psihologiji starenja koja bi odgovorila na pitanja o organizaciji i dezorganizaciji ponašanja tijekom ljudskog vijeka nema što se može razumjeti s obzirom da starenje predstavlja izrazito složen fenomen. Dijele se na teoriju tijeka ljudskog života C. Bühler, teoriju životnih razdoblja C.G.Junga, razvojne zadatke prema R. Havighurstu, teoriju psihosocijalnog razvoja E.Eriksona, teoriju životnog ciklusa D. Levinsona, dijalektičku te psihosocijalnih procesa razvoja, sažimanja aktivnosti i postignuća [11].

Sociološke teorije starenja objašnjavaju promjene u odnosu pojedinca i društva do kojih dolazi u procesu starenja (promjene u socijalnim aktivnostima, promjene socijalnih interakcija i socijalnih uloga u funkciji starenja) kao i utjecaj društva i kulture na starenje pojedinca i utjecaje starenja pojedinaca na društvo [7].

3. Institucionalna skrb za osobe starije životne dobi

Promjene koje donosi proces starenja, kao što su odlazak u mirovinu, funkcionalna nesposobnost, povećani rizici od bolesti i invalidnosti, financijska ovisnost, socijalna isključenost, gubitak bliskih osoba i sl., rezultiraju potrebom starih ljudi za potporom obitelji, zajednice, ali i organizirane mjere lokalne i šire društvene zajednice, odnosno razvijenost mreža i oblika pristupanja brizi i skrbi o starijim i nemoćnim osobama [10].

U posljednjih nekoliko desetljeća društvo je pretrpjelo velike i nagle promjene u strukturi i oblicima obitelji. Tadašnju tradicionalnu, patrijarhalnu i ruralnu obitelj koja je bila karakteristična za hrvatsko društvo, zamijenila je industrijski razvijena obitelj. Ta je promjena ujedno donijela i mnoge probleme, posebno u pogledu odnosa prema starijim članovima društva. Dotadašnje velike ruralne obitelji pružale su adekvatnu zaštitu i brigu za svoje starije članove. Nasuprot tome, moderne obitelji, s istovremenim procesom svakodnevnog smanjivanja, sve se više suočavaju s poteškoćama pružanja skrbi i zaštite starijim osobama, te danas više ne možemo očekivati da su obitelji u mogućnosti samostalno pružati adekvatnu skrb starijim osobama. Stoga je sve više na djelu proces prenošenja brige o starijima izvan obitelji [8]. Takvu skrb sve češće pružaju domovi za starije i nemoćne gdje su smještene osobe starije dobi koje se nisu u mogućnosti brinuti za sebe ili obitelj nema adekvatne resurse i uvjete za pružanje njege osobi starije dobi.

Domovi socijalne skrbi za obavljanje institucionalnog zbrinjavanja odraslih osoba dijele se na domove za odrasle tjelesno ili mentalno oštećene osobe, domove za starije i nemoćne osobe i domove za psihički bolesne odrasle osobe. U Hrvatskoj djeluje 46 domova za starije i nemoćne čiji su osnivači jedinice regionalne samouprave te oko 70 domova čiji su osnivači privatne osobe, nevladine ili religijske organizacije ili domaće i strane pravne osobe [10]. Podaci pokazuju da je u domovima za starije i nemoćne smješteno tek oko 2% populacije starije od 65 godina čemu uvelike pridonosi manjak kapaciteta u domovima kao i relativno visoka cijena domova koji djeluju na tržištu. Usporedni podaci iz većine zapadnoeuropskih zemalja pokazuju viši stupanj institucionalnog smještaja starih i nemoćnih koji se u nekim zemljama penje i do 5% [10]. Unatoč činjenici da postoje brojni prigovori na domski smještaj i brigu o starim osobama ovakvog tipa, potražnja za domovima je uvijek aktualna. Pa je tako krajem 2004. godine broj zahtjeva za smještaj u domove za starije i nemoćne iznosio oko 18 tisuća, a istovremeno je razvijeni kapacitet iznosio oko 13 tisuća mjesta [10]. Ovi podaci ukazuju na veliku potražnju smještajnih kapaciteta, ali i na potrebu organiziranja nekih oblika izvaninstitucionalne skrbi.

Negativna strana smještavanja osobe starije dobi u domove za starije i nemoćne jest što se ju odvajaju iz njezine socijalne i fizičke sredine u kojoj je boravila do trenutka smještavanja te se

samim time uzrokuje stres i nezadovoljstvo. Ta promjena mjesta boravišta kod osobe starije dobi može uzrokovati socijalnu izolaciju, razne probleme kod prilagodbe, ali i osjećaj da se nekome nameće ili da se njoj nešto nameće. Iz tog je razloga potreban dobrovoljan pristanak osobe kako bi se ublažio stres, ali i kako bi se osoba osjećala zadovoljnom nastavkom svog života u domu.

Dakle, ustanove za starije i nemoćne osobe pružaju skrb starijim i nemoćnim osobama izvan vlastite obitelji, a u sklopu stalnog smještaja. Osigurava im se cjelovita skrb, koja obuhvaća stanovanje, prehranu, održavanje osobne higijene, brigu o zdravlju, njegu, radne aktivnosti i korištenje slobodnog vremena.

4. Autonomija u starijoj dobi

Autonomija proizlazi od grčke riječi "Autonomia" ili sloboda življenja po vlastitim zakonima - 'autos', što znači 'sam' i 'nomos' što znači "pravilo" [4]. Autonomija se definira kao vrlo je širok pojam, stoga treba značenje biti povezano sa konceptom. Rodgers i Neville tvrde: „uspješno starenje temelji na autonomiji odnosno, starija populacija mora biti u stanju donositi vlastite odluke o svom životu“. Isti autori navode četiri točke kao sastavni dio autonomije:

- „biti slobodan od kontrole i utjecaja drugih
- slobodan od ograničenja koja sprečavaju izbor
- slobodan od neodgovarajućeg razumijevanja
- i biti u stanju slobodno djelovati u skladu sa planom odabranog za sebe“ [2].

Postoje dokazi da je autonomija važna za kvalitetu života starijih osoba u ustanovama. Osim toga, autonomija može biti prediktor očekivanog životnog vijeka za starije osobe s kroničnim bolestima koje žive kod kuće, a trajna osobna autonomija može se primijeniti za mjerenje uspješnog starenja među neinstitucionaliziranim starijim osobama. Teoretski, autonomija je usko povezana s dobrobiti i osnaživanjem. Pojmovna provedba autonomije je prvotni faktor za djelovanje u samopomoći, model skrbi predložen od teorije sestrinstva [12]. Što više starije osobe percipiraju donošenje autonomije, to dulje mogu obavljati akcije samopomoći. Stoga se pitanje osobne autonomije smatra fokusom unutar zdravstvene skrbi. Zdravstveni stručnjaci trebaju promicati osjećaj autonomije kod starijih osoba kako bi održali i promicali samopomoć i kvalitetu života.

U filozofiji Kant vjeruje da postoji razlika između "osnovne autonomije" i "idealne autonomije". Osnovna autonomija omogućuje minimalni status odgovornosti, neovisnosti i sposobnosti govora za samog sebe, dok idealna autonomija omogućuje osobi da bude maksimalno autentična i bez manipulativnih utjecaja. Drugim riječima, autonomija u svojoj najosnovnijoj razini omogućuje osobi da govori slobodno, dok idealno stanje omogućuje osobi da djeluje na taj govor izbora [4]. Nadalje prema Hoflandovoj konceptualizaciji autonomija obuhvaća dvije dimenzije: (1) psihološka, koje se odnosi na kontrolu nad vlastitim okruženjem i izbor mogućnosti i (2) duhovna, koje se odnosi na kontinuitet u smislu osobnog identiteta tijekom vremena donošenje odluka u skladu s dugoročnim vrijednostima pojedinca [13]. Dakle, autonomija se sastoji od niza društveno stečenih praktičnih kompetencija u samootkrivanju, samoodređenju, samospoznaji i samousmjeravanju.

Glavni filozofski pogled na autonomiju možda je najpoznatiji i artikuliran u radu teoretičara kao što su Gerald Dworkin, Gary Watson i Harry Frankfurt, koji dijele zajedničku liberalnu baštinu. Slučaj autonomije, kao što se općenito razumije danas izradio je John Stuart Mill 1859.

godine [14]. Mill je vjerovao u koncept zajedničke ljudskosti: svi se odrasli i racionalni pojedinci trebaju smatrati moralnim i politički jednakima. Na temelju njihovih jednakih racionalnosti, sve takve osobe trebaju biti slobodne (tj. da ih nitko ili država ne prisiljava) da same odlučuju kako da žive i što da rade (čak i ako to uzrokuje pojedinačnu štetu), a jedina granica te osobne slobode treba biti da njezino vježbanje ne ometa identičnu slobodu druge osobe. Nadalje, autor Collopy razlikuje "autonomiju izvršenja" i "autonomiju odlučivanja". On ju je definirao kao sposobnost donošenja odluka, za osobne izbore i vrijednosti, bez obzira na sposobnost samostalnog izvršenja odluka (tj. izvršne autonomije). No, uz to razna literatura utvrđuje da je funkcionalna sposobnost jedna od najznačajnijih jedinica za razumijevanje zdravlja. Pojam "funkcionalna sposobnost" Caldas definira kao sposobnost pojedinaca da obavljaju aktivnosti koje se od njih zahtijevaju u njihovom neposrednom okruženju i da se prilagode rutinskim problemima. Prema Caldasu, te su aktivnosti podijeljene u tri osi: osnovne svakodnevne životne aktivnosti (zadaci samopomoći); instrumentalne svakodnevne životne aktivnosti, što znači indikacije neovisnog života u zajednici (obavljanje kućanskih poslova, kupnja, upravljanje vlastitim lijekovima, rukovanje novcem); i napredne svakodnevne životne aktivnosti (rad, aktivnosti u slobodno vrijeme, društveni kontakti, fizičke vježbe) [15]. Pa s obzirom na to, starije osobe s tjelesnim invaliditetom često su doživljavane kao ne autonomne, iako imaju očuvanu „autonomiju odlučivanja“. Prema tome, Wright objašnjava postojanje unutarnjih i vanjskih ograničenja autonomije pojedinca. Na razvoj, održavanje i ostvarivanje autonomije vjerojatno će utjecati interakcija i unutarnjih i vanjskih čimbenika [3]. Unutarnji čimbenici povezani s starenjem, kao što je smanjenje vida i sluha, mogu pridonijeti smanjenoj autonomiji, smanjenjem fizičkih i / ili mentalnih sposobnosti. Vanjska ograničenja, kao što je određeno vrijeme obroka u instituciji te pravila određena kućnim redom, izravno utječu na ostvarivanje autonomije.

Doyal i Gough navode da se ljudima mora dati materijalni i emocionalni resurs koji im omogućuje da budu autonomni. Objektivne mogućnosti za ostvarivanje autonomije odnose se na prilike za sudjelovanje u obliku društveno značajne aktivnosti i za donošenje značajnih odluka o životu pojedinca. Iako se značajno donošenje odluka u okviru dugoročne skrbi odnosi na kontrolu nad donošenjem odluka u svakodnevnom životu, starije osobe koje žive u takvim okruženjima često smatraju da su njihove mogućnosti za ostvarivanje autonomije ograničene. Posebno, studija kvalitete života u Belfastu utvrdila je da je samo 52% stanovnika u ustanovama i 30% klijenata u privatnim kućanstvima doživjelo relativno visoku razinu autonomije, tj. da su imali visok stupanj percipiranog izbora u svakodnevnom životu. Ipak, studija u Belfastu također je pokazala da starije osobe u dugotrajnoj skrbi često nemaju kontrolu nad svakodnevnim životom, bilo u ustanovi ili privatnom kućanstvu. U toj istoj studiji stariji ljudi kojima je

nedostajala izvršna autonomija utvrdili su da je njihova autonomija odlučivanja dodatno ograničena ovisnošću o osoblju i neformalnim njegovateljima za izvršavanje svojih odluka [1]. Percepcija osobne kontrole ima ključnu ulogu u zdravlju i dobrobiti starije osobe. Čak i sposobnost donošenja prilično malih odluka o svakodnevnim aktivnostima u institucionalnoj skrbi ima značajan utjecaj na osjećaj kontrole starije osobe. Također moguće je usporiti gubitak sposobnosti pacijenata ako im se omogući izbor i neovisnost. Za neke je gubitak neovisnosti najgori aspekt ulaska u ustanovu za dugotrajnu skrb. Richter i sur. utvrdili da što je veća važnost koju medicinske sestre pridaju željama pacijenata, češće su pacijenti suradljiviji te je osoblju lakše pružiti adekvatnu zdravstvenu njegu [3]. U različitim kulturama autonomija može imati različite konotacije, a percepcija pacijenata i osoblja vjerojatno nije ista. To su razlozi da se pobliže sagledaju percepcije o autonomiji dugoročno institucionaliziranih starijih osoba i osoblja koje za njih brine.

4.1. Kulturološke razlike u potpori autonomije

Postoje kulturološke razlike u liječenju starijih pacijenata, kao i u vrijednosti koja se daje za poštivanje individualne autonomije. Institucionalne kulture mogu varirati i tako utjecati na potporu autonomiji pacijenata. Erlander i sur. intervjuirali su medicinske sestre u Švedskoj i na jugu Engleske [3]. Otkrili su da atmosfera bolnice, bolnička organizacija, pravila i rutine te stavovi medicinskog osoblja pridonose mjeri u kojoj pacijenti mogu zadržati svoju autonomiju. Općenito, pacijenti se žele ponašati i uklapati u bolnički sustav; oni se boje "prouzročiti nevolje" i tako potiskuju svoju želju za samoopredjeljenjem. Čini se da su različiti čimbenici povezani s percepcijom pacijenata i medicinskih sestara o autonomiji. Želja za kontrolom odluka o osobnoj zdravstvenoj zaštiti niža je kod starijih osoba u odnosu na mlađe odrasle osobe. Na primjer, Ende i sur. otkrili su da je samo 3% ispitanika željelo same donositi odluke o zdravstvenoj skrbi, dok polovica njih nije htjela imati nikakvu ulogu u donošenju odluka [3]. Može se zaključiti kako su individualne karakteristike važnije od varijabli sociodemografskog i zdravstvenog statusa u predviđanju sklonosti pacijenta. Na istraživanje provedeno na području pet zemalja Europe rezultati skreću pozornost na neke probleme u održavanju autonomije pacijenata, privatnosti i informiranog pristanka u Europi, kao i na neke razlike među zemljama. Međutim, te razlike nisu vrlo dosljedne. Na primjer, što se tiče starijih pacijenata, čini se da se autonomija najbolje ostvaruje u Španjolskoj, dok se privatnost najbolje ostvaruje u Velikoj Britaniji i informirani pristanak u Finskoj. Što se tiče podataka o osoblju najbolji se rezultati odnose na Veliku Britaniju, a najniže razine realizacije zabilježene su u Grčkoj. Varijacije mogu biti uzrokovane

širokim rasponom razloga, uključujući razlike u zdravstvenim organizacijama, obrazovanjem u sestrinstvu, kulturnim vrijednostima i ulozi pacijenata [16].

Nadalje, nacionalna studija temeljena na popisu japanskih stogodišnjaka utvrdila je da su 10,4% stogodišnjaka autonomni stogodišnjaci, drugim riječima, sačuvane su aktivnosti svakodnevnog života, kognitivni status i psihosocijalni status. U ovom istraživanju, takvi stogodišnjaci smatrani su modelima uspješnog starenja [17]. Naime, evidentirano je da određeni broj stogodišnjaka ima ograničenu funkcionalnu sposobnost ili kognitivnu sposobnost, kao što je ležanje u krevetu ili značajno uznapredovala demencija, iako su preventivna medicina i zdravstvena zaštita pomogli u postizanju dugovječnosti u Japanu. S obzirom na ubrzano starenje stanovništva, sprječavanje starijih osoba da ovise o uslugama skrbi jedan je od najvažnijih nacionalnih ciljeva. Prethodne dvije studije na nacionalnoj razini koje su se fokusirale na autonomne stogodišnjake, izvijestile su da je prevalencija autonomnih stogodišnjaka 12% u Danskoj, a 39% u Mađarskoj [17]. Kriteriji za autonomne stogodišnjake u danskom istraživanju sastojali su se od očuvanog fizičkog i kognitivnog statusa te da starije osobe nisu bile institucionalizirane. Definicija mađarskog istraživanja uključivala je stogodišnjake koji nisu bili vezani za krevet, bili su relativno aktivni, bili su neovisni u svakodnevnim aktivnostima i nisu imali nikakvih pritužbi ili napora u istim.

Također, sve je veće zanimanje za istraživanja o globalnoj dobrobiti starijih osoba i / ili njihovih invaliditeta unutar podsaharske Afrike. Postoji malo podataka o njihovom funkcionalnom statusu, a zdravlje osoba starije dobi usko je povezano s funkcionalnim statusom. Provedeno istraživanje pokazalo je umjerenu do tešku funkcionalnu nesposobnost, s potrebom za nadzorom ili potrebom za pomoći u 32% slučajeva, što je relativno visoko u usporedbi s prethodnim istraživanjima provedenim u Africi. Samo dvije glavne skupine pridonose održavanju osoba starije dobi u funkcionalnoj autonomiji: same stare osobe (68%) i njihova obitelj, uključujući prijatelje, susjede (32% starijih osoba ili 100% starijih osoba s umjerenim do teškim funkcionalnim invaliditetom). Zajednice, privatne ili javne strukture za održavanje starijih osoba u funkcionalnoj autonomiji ne postoje, pa tako u slučaju funkcionalnog hendikepa starije osobe kod kuće, koja nema adekvatnu podršku i pomoć bližnjih, očito je da osoba umire. No, u Bobo-Dioulasso i / ili u Burkini Faso, korisnici nisu dovoljno svjesni ove situacije [18].

Zanimljivo je primijetiti da, iako je skrb o starijim osobama organizirana na različite načine u različitim okruženjima i temelji se na različitim prostorima, još uvijek postoje slični problemi u okruženjima koja se tiču autonomije starijih osoba u svakodnevnom životu u odnosu na ono što je propisano zakonima propisima i što je preporučeno smjernicama.

4.2. Uloga obrazovanja medicinske sestre u očuvanju autonomije

Za rad medicinske sestre vrlo je bitno da je u mogućnosti odgovoriti na sve profesionalne izazove suvremene sestrinske prakse te da svoj rad zasniva na novim spoznajama i saznanjima. Osnovno obrazovanje za medicinsku sestru stvara čvrste temelje za etičku profesionalnu skrb. Od ključne je važnosti da medicinske sestre budu svjesne kako se pojedinačni pacijenti i skupine pacijenata mogu prilično razlikovati u smislu njihove percepcije. Iako su obrazovane da poštuju individualna prava pacijenata, medicinske sestre moraju također cijeniti ulogu konteksta i kulture, kao i potrebu da se podrže prava obitelji kao ključni sustav podrške pacijentima. Posebno je važno identificirati i prepoznati perspektivu najranjivijih pacijenata, kao što su oni koji ne uživaju nužno punu kognitivnu funkciju. Vrlo je značajno pružiti cjelovitu skrb za starije osobe kojoj je glavni cilj postizanje optimalnog starenja kroz poboljšanje kvalitete života zdravih i bolesnih starijih osoba. Cjelovita skrb za starije ljude trebala bi uključivati:

- preventivno djelovanje u lokalnoj zajednici radi poticanja aktivnosti i povoljnog zdravstvenog ponašanja starijih osoba da bi se povećala kvaliteta njihovog života i spriječila prerana pojava bolesti i nemoći
- pružanje potrebne usluge skrbi osobama narušenog zdravlja u njihovu domu kako bi što duže ostali kod kuće
- uključivanje dopunske usluge doma za starije osobe u lokalnoj zajednici (poludnevni ili cjelodnevni boravak) za one osobe koje ne mogu biti same kod kuće
- smještaj u dom za starije osobe o kojima nema tko skrbiti kod kuće, po mogućnosti što bliže njihova doma
- usluge izvaninstitucionalne skrbi osobama smještenim u ustanovu, kao npr. savjetovalište, posjete volontera i sl. [7].

Promatrajući zdravstvene djelatnike u svakodnevnim situacijama jasno je da se poštivanje dostojanstva pacijenta treba temeljiti na poštivanju autonomije. Davies i sur. govore da na autonomiju utječe sposobnošću medicinske sestre da pregovara o skrbi, daje informacije pacijentima, potiče pacijente da održe fizičku neovisnost te prepoznaju osobnost i individualnost, bude oprezna prema znakovima i promiče individualiziranu zdravstvenu njegu. Zaključuje se da je autonomija ovisna o kontekstu, multidimenzionalna i uključuje dobrovoljnost, individualnost i samo-usmjeravanje[4]. Zakonodavni okviri sestrinske prakse u Australiji, Velikoj Britaniji, zapadnoj Europi i Sjevernoj Americi temelje se na liberalnoj koncepciji autonomije kao informiranom i nepopustljivom izboru racionalnih korisnika koji koriste svoju individualnu slobodnu volju [14]. Praktični nedostaci ovog tradicionalnog koncepta kod autonomnog

pojedince su vrlo poznati. Na primjer, s početkom demencije, osoba može zadovoljiti kriterije racionalnog u nekim trenucima, ali u drugima ne.

S profesionalnog stajališta, pronađene su pozitivne povezanosti između autonomije stanovnika doma za starije i obrazovne pripreme osoblja. Jang je istražio razlog zbog kojeg se percepcije stanovnika i osoblja o autonomiji stanovnika razlikuju. U svom uzorku istraživanja, sestrinsko osoblje (n = 45) imalo je malo formalnog obrazovanja za gerontološku skrb. Nekoliko godina su radili u ustanovama za dugotrajnu skrb, što je predstavljalo njihovu percepciju o tome što se tiče gerontološke skrbi, što je još jednom pokazalo da obrazovna razina osoblja može biti značajan čimbenik u zaštiti autonomije pacijenata [3].

Istraživanje provedeno u pet zemalja (Finska, Španjolska, Grčka, Njemačka, Ujedinjeno Kraljevstvo – Škotska) pokazuje značajne razlike u obrazovanju sestara u tim zemljama, u smislu trajanja, razine i sadržaja, osobito među starijim radnicima na terenu. Razlike su posebno u gerijatrijskoj njezi Grčke gdje je razina obrazovanja niža je nego u drugim zemljama sudionicama [16].

Obrazovanje sestara znatno se razlikuje u tih pet zemalja, u smislu trajanja, razine i sadržaja, osobito među starijim radnicima na terenu. U Grčkoj, posebno u gerijatrijskoj njezi, razina obrazovanja niža je nego u drugim zemljama sudionicama, čime se mogu objasniti rezultati dobiveni u istoj. No, još je nejasno da li će povećanje edukacije u medicinskoj etici zapravo utjecati na percepciju medicinskih sestara, kao što se čini da neki rezultati sugeriraju. Pojedine zemlje u Europi pokušale su svoje načine rješavanja tih poteškoća. U nekim obrazovnim ustanovama, pitanja etike se rješavaju kao sastavni dio drugih kolegija; u drugima se podučavaju kao zasebni moduli; u nekim su mješoviti sustavi [16].

Medicinske sestre moraju dobro poznavati razlike i sličnosti među zemljama, ne samo s obzirom na njihovu organizacijsku strukturu, nego i na njihovu vrijednost. To predstavlja veliki izazov za predavače koji rade s medicinskim sestrama, koji trebaju uključiti međunarodne elemente u svoje etičke programe. To se može učiniti u međunarodnim multiformalnim nastavnim programima na europskoj ili globalnoj razini. Međutim, najvažnije od svega je imati jasan, sustavan sadržaj etike na različitim razinama nastavnog programa sestrinstva u svakoj zemlji [16]. Također autori Neuberg i sur. navode kako „U edukacijskim programima nije dovoljna samo formalna edukacija o starenju i osobama starije dobi već je potrebno razvijati kod studenata komponente emocionalne inteligencije, empatije, te mehanizme zaštite od sagorijevanja na poslu kako ne bi imali u zdravstvenim ustanovama negativne rezultate o zlostavljanju starijih osoba.“ [2].

Percepcija medicinskih sestara u Ujedinjenom Kraljevstvu (Škotskoj) o učestalosti davanja informacija i olakšavanju donošenja odluka od strane pacijenata bile su najpozitivnije, dok su

percepcije grčkih medicinskih sestara o učestalosti davanja informacija bile najmanje pozitivne. Međutim, treba primijetiti da su percepcije španjolskih medicinskih sestara o učestalosti davanja informacija također bile primjetno pozitivne, a percepcija medicinskih sestara u Finskoj o donošenju odluka kod pružanja medicinskih usluga pacijentima bila je najmanje pozitivna. Te razlike u percepciji medicinskih sestara mogu biti uzrokovane razlikama u razini obrazovanja medicinskih sestara u europskim zemljama. Razlog pozitivne percepcije britanskih medicinskih sestara može biti povezan s njihovom općom razinom obrazovanja ili etičkim sadržajem njihovih programa stručnog obrazovanja. Također možemo sugerirati da je obrazovni sadržaj, a ne razina, najvažniji čimbenik koji utječe na percepciju osoblja o autonomiji pacijenata [3].

U zdravstvenoj skrbi je najbitnije da se sagleda percepcija sa pacijentovog gledišta. Kada govorimo o starijim osobama primanje skrbi je jedan od ključnijih faktora u zdravstvenoj njezi. Pacijentima je vrlo bitno da se savjetuje sa medicinskom sestrom te sa s njome izmjene svoje osjećaje i stavove. Bolesnici se aktiviraju i postaju suradljivi u liječenju kada im se ukaže mogućnost vrednovanja i povjerenja te samim time oni stječu i samopouzdanje. Odlučivanje, djelovanje i ciljevi svih koji sudjeluju u procesu liječenja i skrbi za bolesnika neosporno moraju biti autonomni, ali istovremeno i komplementarni s jednim jedinstvenim ciljem: najvišom razinom dobrobiti za bolesnika [19].

4.2.1. Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj o gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi

Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj sastoji se od temeljne izobrazbe tijekom petogodišnjega srednjoškolskog strukovnog obrazovanja i visoke izobrazbe koja uključuje sveučilišni preddiplomski studij ili stručni preddiplomski studij te sveučilišni diplomski studij ili specijalistički diplomski stručni studij [20]. Razina sveučilišnoga diplomskog studija sestrinstva omogućila je medicinskim sestrama u Hrvatskoj daljnju vertikalnu izobrazbu na razini doktorskih studija.

Za adekvatno pružanje njege vrlo je bitna količina znanja koju posjeduje medicinska sestra koja je pruža. Edukacijom bi trebalo podići razinu autonomije osoba starije dobi u odlučivanju o njima važnim stvarima. Studenti studija sestrinstva uče o njezi osoba starije dobi kroz kolegij Zdravstvena njega starijih osoba, no taj kolegij nije dovoljan za izazivanje promjene na području senzibilnosti za neadekvatnim postupanjem nad starijima. U edukacijskim programima nije dovoljna samo formalna edukacija o starenju i osobama starije dobi već je potrebno razvijati kod studenata komponente emocionalne inteligencije, empatije, te mehanizme zaštite od

sagorijevanja na poslu kako ne bi imali u zdravstvenim ustanovama negativne rezultate o zlostavljanju starijih osoba. Potrebno je u nastavni proces uključiti edukaciju o prevenciji sagorijevanja na poslu, prepoznavanju istog te proširiti edukaciju studenata od prve do treće godine kroz druge kolegije [2].

Zbog multimorbiditeta gerijatrijskoga korisnika u aspektima tjelesnog, duhovnog i psihičkoga zdravlja, u domovima o njima brine multidisciplinarni tim stručnjaka od kojih najveći značaj za kvalitetu svakodnevnoga života korisnika imaju medicinske sestre i njegovateljice koje s njima provode najveći dio vremena. Kompetencije gerijatrijske medicinske sestre su brojne te uključuju holistički pristup u radu kao i specijalnu edukaciju iz gerijatrijske zdravstvene njege koja omogućava individualni pristup i planiranje njege usmjerene na individualne potrebe korisnika. Medicinske sestre brinu o održavanju tjelesnih i psihičkih sposobnosti u okviru gerijatrijske zdravstvene njege i gerontofizijatrijske rehabilitacije, educiraju i savjetuju gerontološkog korisnika o prehrani, životnom stilu, zakonskim pravima, održavanju odnosa s obitelji, skrbe o dementnim i umirućima, vode sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege, nadgledavaju rad pomoćnoga osoblja u njezi i sl. Zadaci njegovateljica u domovima za starije i nemoćne osobe, kao pomoćnoga osoblja u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi, uključuju primjenu odgovarajućih postupaka u njezi starijih bolesnih osoba pod nadzorom medicinske sestre, primjenu standardiziranih pravila higijene prostora i pribora, te izvješćivanje medicinskih sestara o uočenim promjenama kod korisnika. Kompetentna gerijatrijska zdravstvena njega uključuje cjeloživotno usavršavanje znanja i vještina svih zaposlenika. Osim profesionalnih znanja i vještina, na kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege utječe i zadovoljstvo poslom [21].

Također, i kontinuirano obrazovanje medicinskih sestara ima važnu ulogu u razvoju biomedicinske znanosti, stjecanju novih vještina i vrstama ponašanja zdravstvenih djelatnika.

5. Empirijski dio

5.1. Cilj i hipoteze istraživanja

Cilj ovog istraživanja bio je uvidjeti stanje autonomije kod osoba starije dobi u institucijama, kako su oni očuvali svoje rituale koje su provodili kod kuće, te sama prilagodba i utjecaj kućnog reda i pravila na autonomiju osoba starije dobi. Prema tome postavljene su tri hipoteze:

H1 – Kod institucionaliziranih osoba starije dobi dolazi do gubitka autonomije.

H2 – Kontrola i utjecaj drugih imaju negativan utjecaj na zadovoljstvo starenja.

H3 – Napuštanje osobnih rituala i slobode volje negativno utječu na samostalnost osobe starije dobi.

5.2. Metode istraživanja

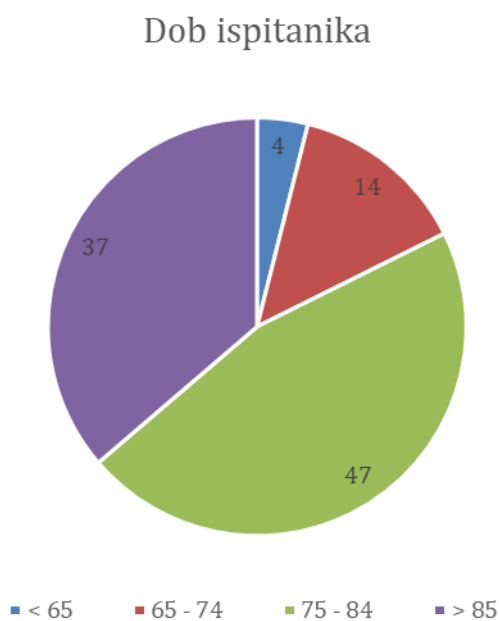
Podaci za ovo istraživanje prikupljeni su pomoću anketnog upitnika (Prilog1). Anketu su ispunjavali korisnici četiriju domova za starije i nemoćne osobe na području Varaždinske županije u razdoblju od 08. do 19. travnja 2019. godine. Anketu su ispunila 102 ispitanika. Sastoji se od 14 pitanja binarnog i nebinarnog tipa, obuhvaćajući nominalnu, ordinalnu i omjernu skalu pitanja. Prva tri pitanja su sociodemografskog tipa, zatim slijede pitanja o samostalnom obavljanju aktivnosti korisnika, jesu li samostalno došli u instituciju te kako su se prilagodili na život u domu i koliko su očuvali obavljanje rituala koje su provodili kod kuće; to pitanje sastojalo se od 6 potpitanja kod kojih su označavali koji ritual su zadržali dolaskom u dom, a koji nisu. Nadalje, ispituje se komunikacija korisnika domova sa osobljem, te njihova spremnost da kažu kad im se nešto ne sviđa. Na kraju su tri pitanja u kojem daju svoj stav o postojanju kućnog reda i pravila u domovima, te njihova percepcija nadzora od strane osoblja i zadovoljstvo starenjem u instituciji.

Statistička obrada podataka napravljena je u programu LimeSurvey u kojem je istraživač po prikupljanju anketa unosio odgovore sa ispravno popunjenih anketa. U radu su se za prikaz rezultata koristili vertikalni stupci prikaza podataka koji su na x-osi prikazivali varijable mogućih odgovora za pojedino pitanje dok na y-osi ukupan broj ispitanika koji je odabrao određeni odgovor. Rezultati obuhvaćaju numeričke i kategorijalne varijable (npr. spol muško-žensko). Podaci su obrađeni u postotni dio koji govori koliki postotak od 102 ispitanika se slaže s pretpostavljenim odgovorom, te je temeljem svih podataka dobivenih na temelju uzetog uzorka utvrđen opći zaključak.

5.3. Uzorak istraživanja

Anketirana su 102 ispitanika koji su ujedno korisnici Domova za starije i nemoćne osobe. U istraživanju su sudjelovale sljedeće institucije: Dom za starije i nemoćne osobe Varaždin, Caritasov dom „Sv. Ivan Krstitelj“ Ivanec, Dom za starije i nemoćne osobe „Novi život“ Radovec te Dom za starije i nemoćne osobe „Sv. Ana“ Babinec. Istraživanje je odobreno od strane Etičkog povjerenstva svake institucije, nakon što im je upućena Zamolba za provođenje istraživanja. Anketni upitnik su ispunjavale osobe starije životne dobi koje su korisnici navedenih institucija, uz napomenu da je sudjelovanje anonimno i dobrovoljno.

Uzorak se sastoji od osoba starije dobi u rasponu od 53. do 96. godina života. Dakle, u uzorku je sudjelovalo:

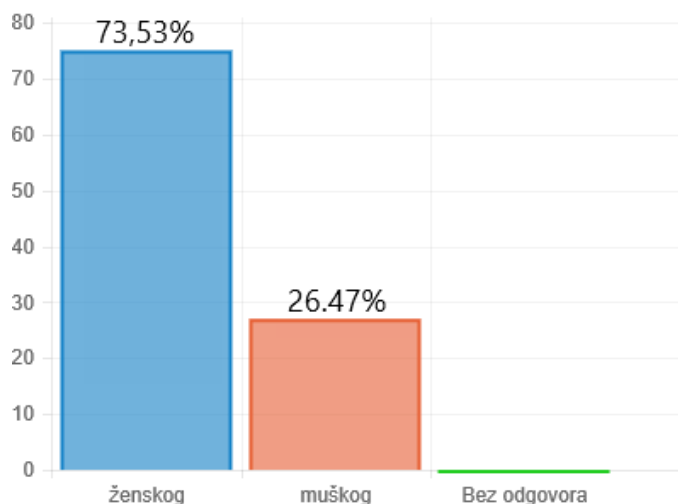


Graf 5.3.1. *Raspodjela ispitanika po dobi, [Izvor: Autor K.C.]*

5.4. Rezultati istraživanja

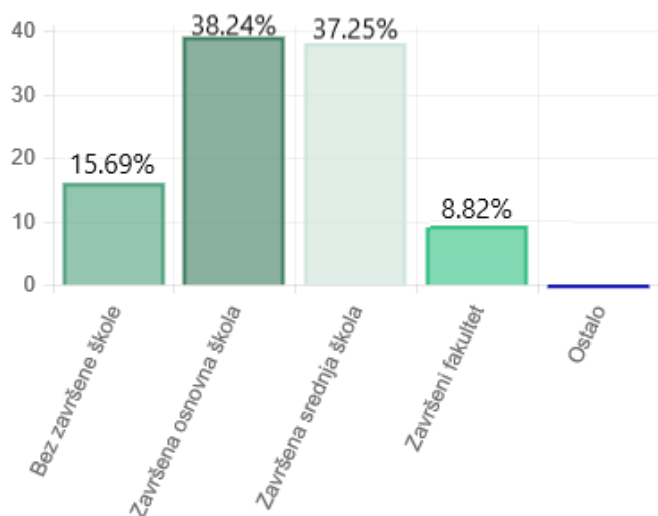
Deskriptivni podaci istraživanja

Anketu su ukupno ispunila 102 ispitanika, od kojih je bilo 75 osoba ženskog spola (73,53%), te 27 osoba muškog spola (26,47%). Na grafu 5.4.1. prikazana je raspodjela ispitanika po spolu.



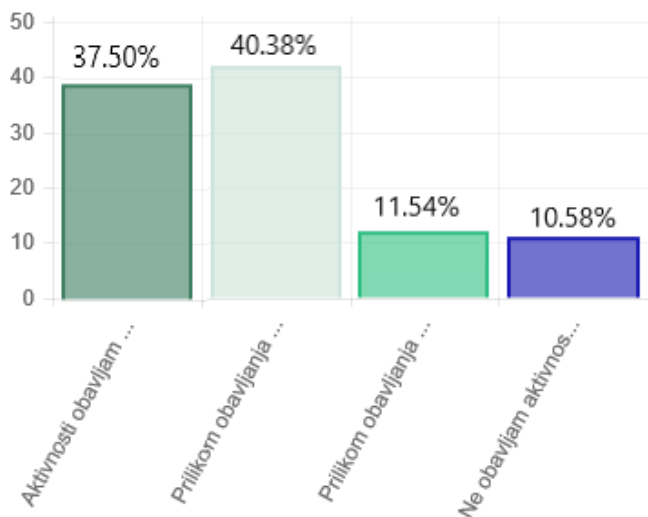
Graf 5.4.1. Raspodjela ispitanika po spolu, [Izvor: autor K.C.]

Od 102 ispitanika, najviše njih ima završenu osnovnu (39 ispitanika - 38,24%) ili srednju školu (38 ispitanika – 37,25%). Nekolicina ispitanika je završila fakultet (9 ispitanika – 8,82%), dok je bez završene škole njih 16 (15,69%). Navedeni podaci vidljivi su u grafu 5.4.2.



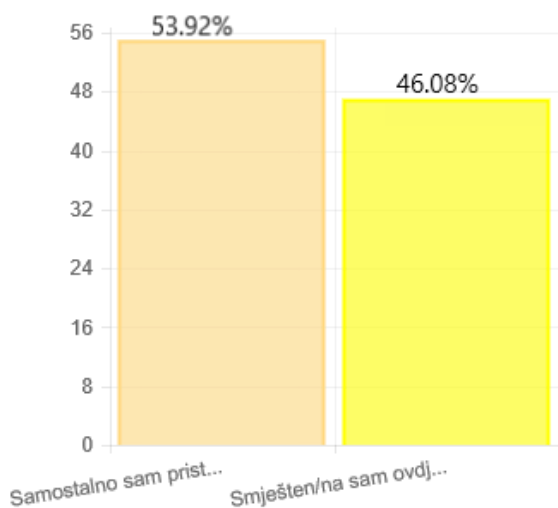
Graf 5.4.2. Obrazovanje, [Izvor: autor K.C.]

Što se tiče obavljanja svakodnevnih aktivnosti, 39 ispitanika *Obavlja aktivnosti samostalno* (37,50%), 42 ispitanika *Prilikom obavljanja aktivnosti koristi neko pomagalo* (40,38%), najčešće štake ili hodalicu, nadalje, Pomoć druge osobe potrebna je 12 ispitanika (11,54%), a njih 11 (10,58%) *Ne obavlja aktivnosti samostalno već ih netko obavlja umjesto njih.*



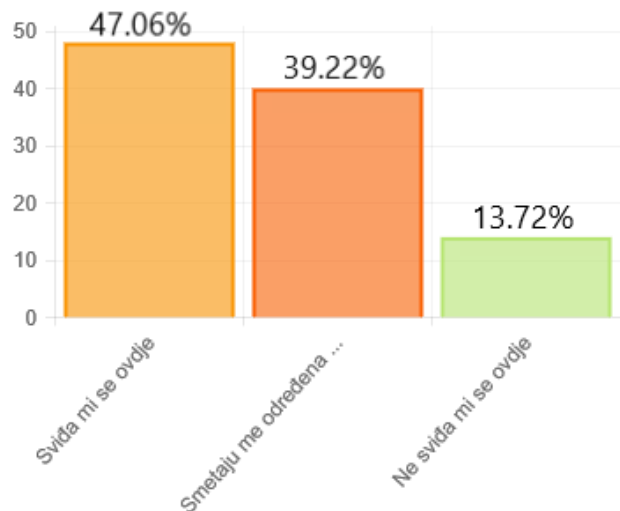
Graf 5.4.3. *Obavljanje svakodnevnih aktivnosti, [Izvor: autor K.C.]*

Na dolazak u instituciju *Samostalno je pristalo* 55 ispitanika (53,92%), dok je njih 47 (46,08%) *Smješteno u instituciju mimo svoje volje.*



Graf 5.4.4. *Odluka o dolasku u instituciju, [Izvor: autor K.C.]*

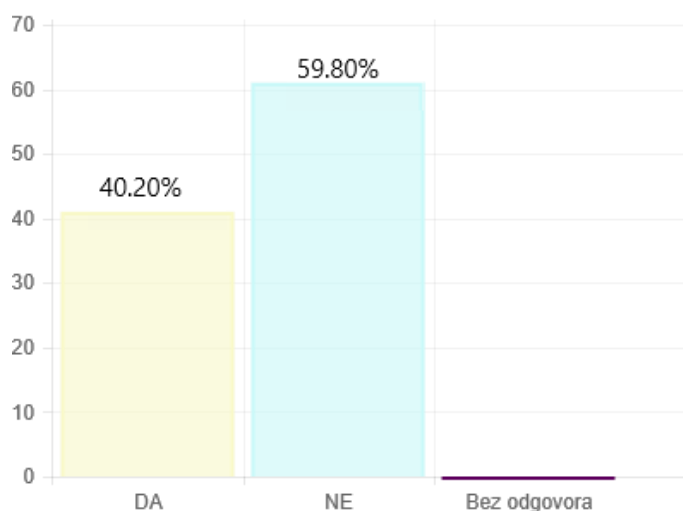
Na pitanje o Prilagodbi na život u domu 48 ispitanika (47,06%) je odgovorilo da im *se Sviđa život u instituciji*, njih 40 (39,22%) je zaokružilo kako im *Smetaju određena pravila u domu ali je u globalu dobro*, dok je 14 ispitanika (13,72%) odgovorilo da im se *Ne sviđa život u instituciji*.



Graf 5.4.5. Život u instituciji, [Izvor: autor K.C.]

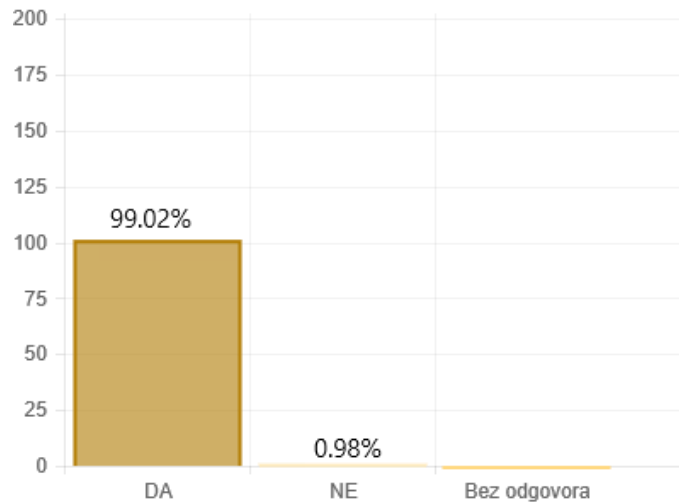
Sljedeće pitanje sastojalo se od 6 potpitanja, a odnosi se na održavanje rituala koji su se provodili kod kuće.

Prvi ritual koji se ispitivao jest *Kupanje* u vrijeme kada odgovara korisniku. Njih 41 (40,20%) je zadržalo taj ritual i odlaze na kupanje kada im odgovara, dok se njih 61 (59,80%) ne kupa kada bi željeli već to umjesto njih odlučuje osoblje.



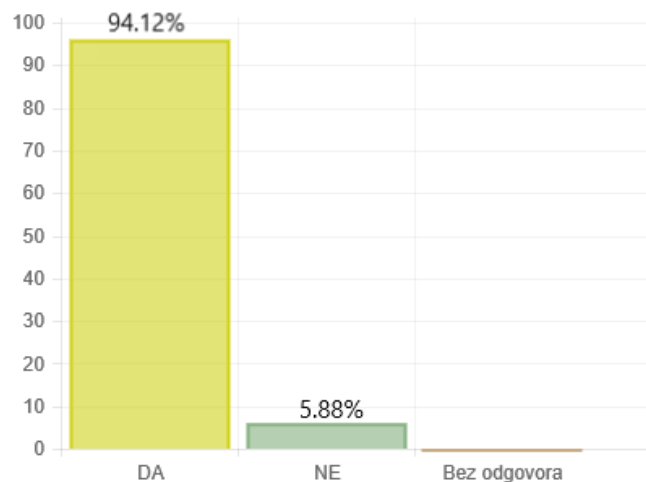
Graf 5.4.6. Kupanje, [Izvor: autor K.C.]

Sljedeći ritual jest *Odlazak na spavanje u vrijeme kada odgovara korisniku*. Gotovo svi ispitanici, njih 101 (99,02%), izjasnili su se kako odlaze na spavanje kada žele, dok je jedan ispitanik (0,98%) odgovorio kako ne odlazi na spavanje kada želi.



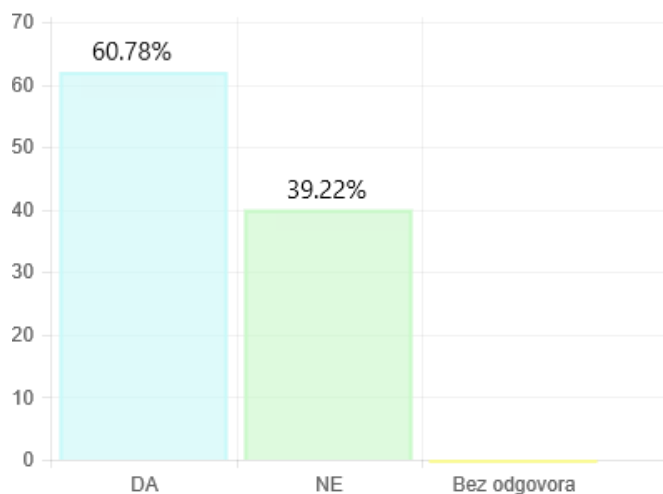
Graf 5.4.7. *Odlazak na spavanje*, [Izvor: autor K.C.]

Sljedeća ispitivana tvrdnja je *Buđenje u vrijeme koje odgovara korisniku*. Od ispitanih 102 korisnika, njih 96 (94,12%) odgovorilo je kako se budi u vrijeme koje im odgovara, dok se njih 6 (5,88%) izjasnilo kako im ne odgovara vrijeme buđenja.



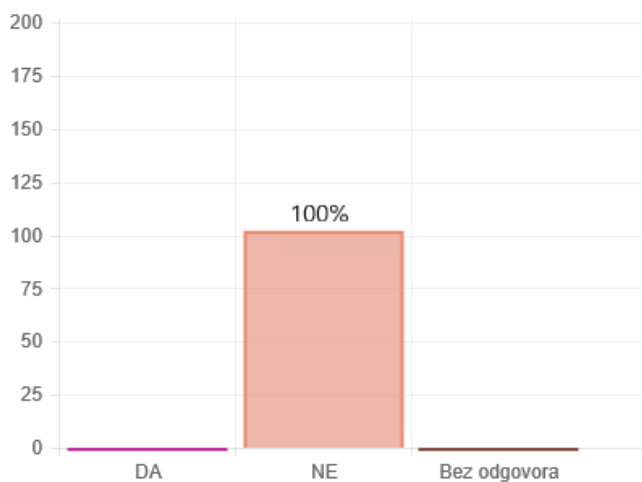
Graf 5.4.8. *Buđenje*, [Izvor: autor K.C.]

Zatim sljedeći ritual jest *Šetnja kada je korisnik raspoložen*. Od 102 ispitanika, njih 62 (60,78%) šee kada je raspoloženo, dok preostalih 40 (39,22%) ispitanika nema tu mogućnost.

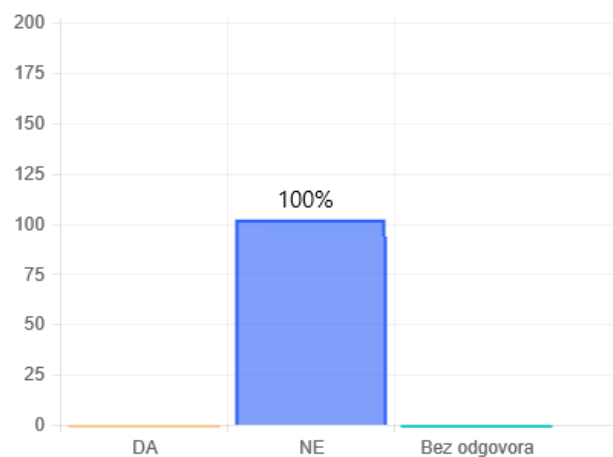


Graf 5.4.9. *Šetnja*, [Izvor: Autor K.C.]

Posljednje dvije tvrdnje odnose se na prehranu. Na upit o *Samostalnom odlučivanju o vrsti hrane koju žele jesti* i *Samostalno odlučivanje o vremenu obroka* svih 102 ispitanika, odnosno njih 100% je odgovorilo negativnim odgovorom. Što znači da nitko od ispitanika ne odlučuje samostalno što će jesti ni kada će jesti.

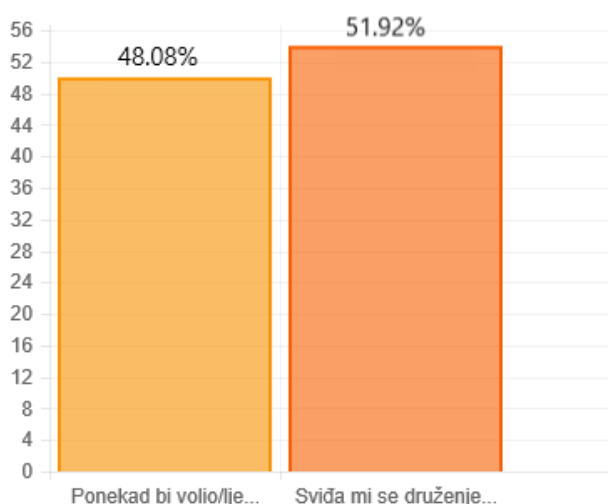


Graf 5.4.10., *Odlučivanje o vrsti hrane*, [Izvor: Autor K.C.]



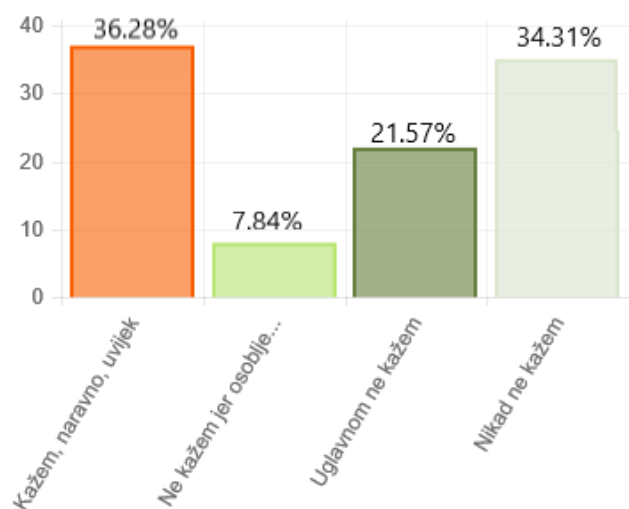
Graf 5.4.11., Odlučivanje o vremenu obroka, [Izvor: Autor K.C.]

Vežano za obavljanje aktivnosti u domu, 50 ispitanika (48,08%) bi *Ponekad voljelo samostalno obavljati neke aktivnosti*, dok se njih 54 (51,92%) više *Sviđa druženje i rad u grupi*.



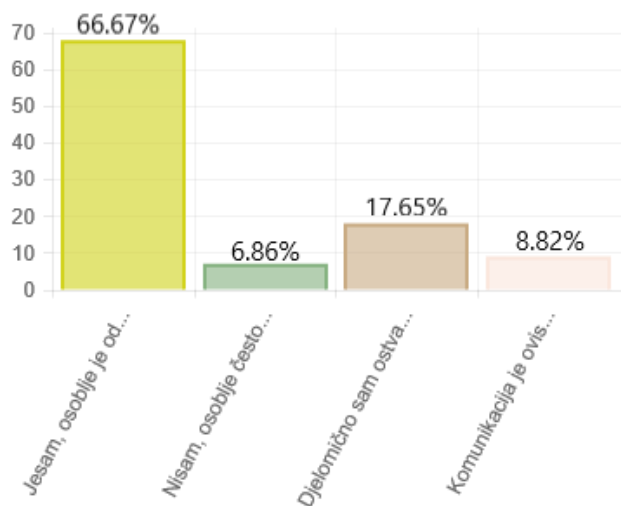
Graf 5.4.12., Aktivnosti u domu, [Izvor: Autor K.C.]

Na pitanje *Kada Vam se nešto ne sviđa kažete li osoblju da želite promjenu?*, 37 ispitanika (36,28%) odgovorilo je *Kažem, naravno, uvijek*, zatim njih 8 (7,84%) izjasnilo se kako *Ne kaže jer osoblje nema vremena za razgovor*, zatim njih 22 (21,57%) *Uglavnom ne kaže*, a preostalih 35 (34,31%) *Nikad ne kaže*.



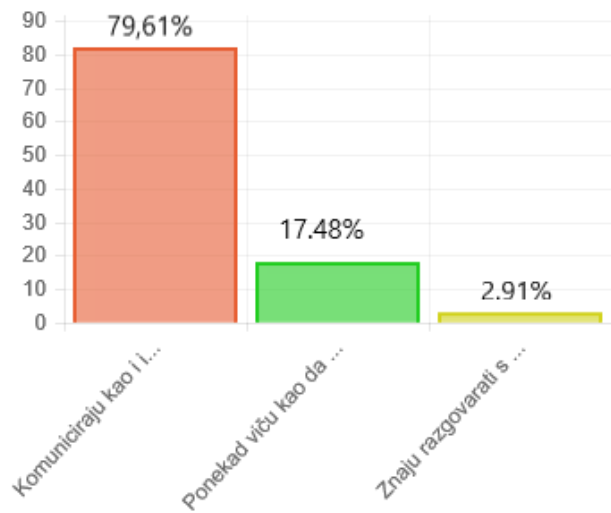
Graf 5.4.13. *Iskazivanje želje za promjenom, [Izvor: Autor K.C.]*

Zatim u vezi komunikacije s osobljem, na pitanje *Jeste li ostvarili dobru komunikaciju sa osobljem doma?*, od 102 ispitanika njih 68 (66,67%) odgovorilo je *Jesam, osoblje je odlično i lijepo komuniciramo*, 7 ispitanika (6,86%) odgovorilo je *Nisam, osoblje često ne razumije moje potrebe*, zatim njih 18 (17,65%) je *Djelomično ostvarilo komunikaciju s osobljem*, dok njih 9 (8,82%) smatra kako je *Komunikacija ovisna o samom djelatniku*.



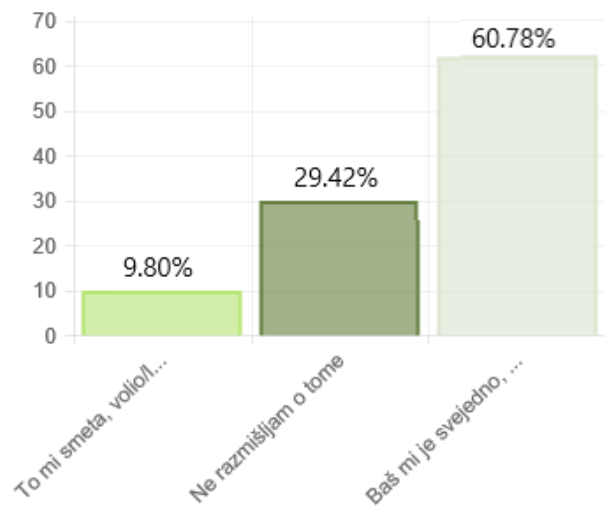
Graf 5.4.14., *Komunikacija s osobljem doma, [Izvor: Autor K.C.]*

Na pitanje *Primjećujete li razliku u komunikaciji osoblja sa starijim osobama?*, 82 ispitanika (79,61%) smatra kako *komuniciraju kao i inače*, 18 ispitanika (17,48%) odgovorilo je *Ponekad viču kao da ih mi ne čujemo*, a njih troje (2,91%) smatra kako *Znaju razgovarati kao s malom djecom*.



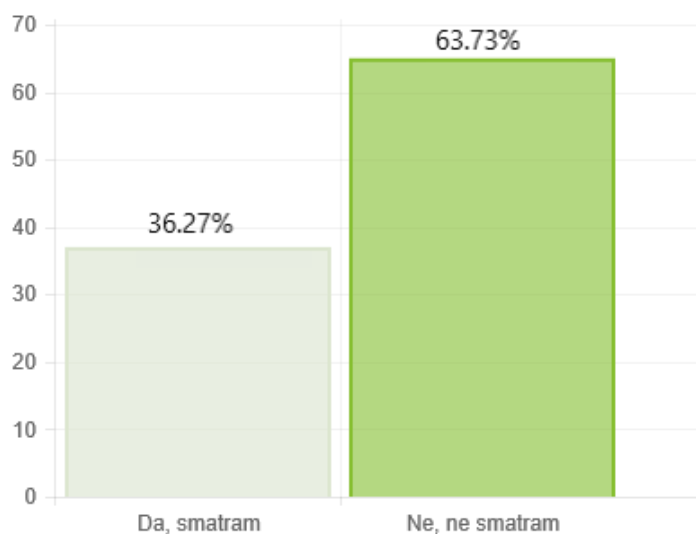
Graf 5.4.15., *Razlike u komunikaciji osoblja*, [Izvor: Autor K.C.]

Sljedeće pitanje odnosi se na pravila i kućni red. Od 102 ispitanika njih 10 (9,80%) odgovorilo je kako im *To smeta, volio/la bih sam/a odlučivati o nekim stvarima*, čak 30 (29,42%) ispitanika *Ne razmišlja o tome*, dok je 62 (60,78%) ispitanika *Baš svejedno i vole kad netko odlučuje umjesto njih*.



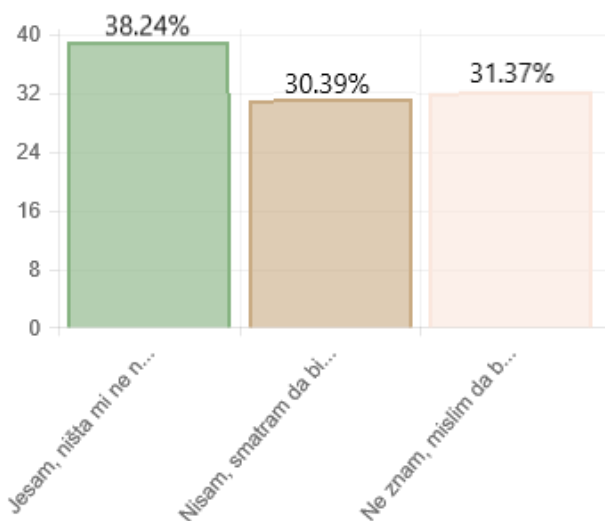
Graf 5.4.16., *Pravila i kućni red*, [Izvor: Autor K.C.]

Nadalje, na pitanje *Smatrate li da ste pod povećanim nadzorom i kontrolom djelatnika doma?*, 37 ispitanika (36,27%) *Smatra da jest*, dok njih 65 (63,73%) to *Ne smatra*.



Graf 5.4.17., *Kontrola i nadzor*, [Izvor: Autor K.C.]

Na posljednje pitanje *Jeste li zadovoljni načinom na koji starite?*, od 102 ispitanika njih 39 (38,24%) je odgovorilo *Jesam, ništa mi ne nedostaje*, 31 ispitanik (30,39%) odgovorilo je *Nisam, smatram da bi mi bilo bolje kod kuće*, a njih 32 (31,37%) odgovorilo je sa *Ne znam, mislim da bih volio/la imati veću mogućnost donošenja odluka*.



Graf 5.4.18., *Zadovoljstvo starenja*, [Izvor: Autor K.C.]

Kako bi ispitali prvu hipotezu, proveden je Hi kvadrat test.

Prva hipoteza glasi: Kod institucionaliziranih osoba starije dobi dolazi do gubitka autonomije. S obzirom da ne postoje podatci za neinstitucionalizirane ispitanike, umjesto te varijable uzeto je peto pitanje tj. jesu li ispitanici samostalno odlučili doći u dom ili ne. Kao mjera autonomije uzeto je dvanaesto pitanje, tj. pitanje o pravilima i kućnom redu te mogućnosti samostalnog odlučivanja ispitanika. Rezultati su prikazani u tablici 5.4.1.

Tablica 5.4.1. Prikaz rezultata Hi kvadrata, [Izvor: Autor K.C.]

		U domu postoje pravila i kućni red:		
		To mi smeta, volio/la bih sam/a odlučivati o nekim stvarima	Ne razmišljam o tome	Baš mi je svejedno, volim kad odlučuju umjesto mene.
Odluka o dolasku u dom	Samostalno sam pristao/la na dolazak	6 (10,9%)	17 (30,9%)	32 (58,2%)
	Smješten/na sam ovdje protiv svoje volje	4 (8,5%)	13 (27,7%)	30 (63,8%)
$X^2 = 0,37$		$p = 0,83$		

Nema značajne razlike između ispitanika koji su samostalno pristali na dolazak u dom i onih koji su smješteni u dom protiv svoje volje u željama oko veće autonomije. Općenito, većini ispitanika je poželjno da drugi odlučuju umjesto njih.

Kako bi ispitali drugu hipotezu, također je proveden Hi kvadrat test.

Druga hipoteza glasi: Kontrola i utjecaj drugih imaju negativan utjecaj na zadovoljstvo starenja. Kao mjera kontrole i utjecaja drugih uzeto je trinaesto pitanje, tj. smatraju li ispitanici da su pod prevelikim nadzorom i kontrolom djelatnika doma. Rezultati su prikazani u idućoj tablici 5.4.2.

Tablica 5.4.2. Prikaz rezultata Hi kvadrata, [Izvor: Autor K.C.]

		Jeste li zadovoljni načinom na koji starite?		
		Jesam, ništa mi ne fali	Nisam, smatram da bi mi bilo bolje kod kuće	Ne znam, mislim da bih volio/la imati mogućnost donošenja odluka
Smatrate li da ste pod prevelikim nadzorom i kontrolom djelatnika doma?	Da, smatram	16 (43,2%)	6 (16,2%)	15 (40,5%)
	Ne, ne smatram	23 (35,4%)	25 (38,5%)	17 (26,2%)
		$X^2 = 5,77$	$p = 0,04$	

Veći udio ispitanika smatra da nisu pod prevelikim nadzorom i kontrolom djelatnika doma i smatra da bi im bilo bolje kod kuće, dok su ispitanici koji smatraju da su pod prevelikim nadzorom nešto zadovoljniji od ispitanika koji smatraju da nisu pod prevelikim nadzorom i kontrolom. Dakle, u skladu s time, hipoteza koja kaže da „Kontrola i utjecaj drugih imaju negativan utjecaj na zadovoljstvo starenja“, nije potvrđena.

Na kraju, kako bi ispitali treću hipotezu također je proveden Hi kvadrat test.

Treća hipoteza glasi: Napuštanje osobnih rituala i slobode volje negativno utječu na samostalnost osobe starije dobi. Kao mjera samostalnosti starijih osoba uzeto je četvrto pitanje koje ispituje koliko su ispitanici samostalni u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Rezultati su prikazani u idućim tablicama.

Tablica 5.4.3. Prikaz rezultata Hi kvadrata [Izvor: Autor K.C.]

		U domu postoje pravila i kućni red:		
Održavanje rituala		To mi smeta, volio/la bih sam/a odlučivati o nekim stvarima	Ne razmišljam o tome	Baš mi je svejedno, volim kad odlučuju umjesto mene.
Kupanje u vrijeme kad Vam odgovora	Da	3 (30%)	10 (33,3%)	28 (45,2%)
	Ne	7 (70%)	20 (66,7%)	34 (54,8%)
	$X^2 = 1,56$	$p = 0,44$		

Nema značajnih razlika u održavanju rituala kupanja u vrijeme kada ispitanicima odgovara i održavanja samostalnosti osoba starije dobi.

Tablica 5.4.4. Prikaz rezultata Hi kvadrata [Izvor: Autor K.C.]

		U domu postoje pravila i kućni red:		
Održavanje rituala		To mi smeta, volio/la bih sam/a odlučivati o nekim stvarima	Ne razmišljam o tome	Baš mi je svejedno, volim kad odlučuju umjesto mene.
Odlazak na spavanje u vrijeme koje želite	Da	10 (100%)	30 (100%)	61 (98,4%)
	Ne	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,6%)
	$X^2 = 0,65$	$p = 0,72$		

Nema značajne razlike za ritual spavanja jer gotovo svi ispitanici i dalje odlaze na spavanje u vrijeme koje im odgovara.

Tablica 5.4.5. Prikaz rezultata Hi kvadrata, [Izvor: Autor K.C.]

		U domu postoje pravila i kućni red:		
Održavanje rituala		To mi smeta, volio/la bih sam/a odlučivati o nekim stvarima	Ne razmišljam o tome	Baš mi je svejedno, volim kad odlučuju umjesto mene.
Buđenje u vrijeme kad Vam odgovara	Da	8 (80%)	28 (93,3%)	60 (96,8%)
	Ne	2 (20%)	2 (6,7%)	2 (3,2%)
	$X^2 = 4,42$	$p = 0,11$		

Nema značajne razlike za buđenje u vrijeme koje odgovara ispitanicima, jer se gotovo svi bude po svom izboru.

Tablica 5.4.6. Prikaz rezultata Hi kvadrata, [Izvor: Autor K.C.]

		U domu postoje pravila i kućni red:		
Održavanje rituala		To mi smeta, volio/la bih sam/a odlučivati o nekim stvarima	Ne razmišljam o tome	Baš mi je svejedno, volim kad odlučuju umjesto mene.
Šetnja kada ste raspoloženi	Da	3 (30%)	19 (63,3%)	40 (64,5%)
	Ne	7 (70%)	11 (36,7%)	22 (35,5%)
	$X^2 = 4,42$	$p = 0,11$		

Nije dobivena značajna razlika za šetanje kada su ispitanici raspoloženi.

Za preostala dva pitanja nisu rađene analize jer nijedan ispitanik nije označio da može samostalno odlučivati o vrsti hrane koju želi jesti niti o vremenu obroka. Samim time ti rituali nisu ostali očuvani.

Hipoteza je djelomično potvrđena jer postoje rituali koji se mogu očuvati dolaskom u instituciju, ali postoje i oni koji su određeni kućnim redom. Rituali koji su očuvani potiču samostalnost osobe starije dobi.

5.5. Rasprava

Vidljivo je kako većina ispitanika obavlja aktivnosti samostalno ili za to koriste neko od pomagala, čime su u sposobnosti očuvati vlastitu funkcionalnu autonomiju (Graf 5.4.1.). Pojam "funkcionalna sposobnost" Caldas definira kao sposobnost pojedinaca da obavljaju aktivnosti koje se od njih zahtijevaju u njihovom neposrednom okruženju [15]. Ideje koje su se pojavile o povezanosti zdravlja i sposobnosti za obavljanje naprednih instrumentalnih funkcionalnih aktivnosti i sposobnosti rješavanja problema nerazmrsivo su povezane s idejom "imati kontrolu nad vlastitim životom, a ne biti ovisan". Iako su Doyal i Gough izjavili da su i autonomija i fizičko zdravlje temeljne ljudske potrebe, ne treba pretpostaviti da je nepostojanje fizičkog zdravlja ili funkcionalnog kapaciteta (ili kognitivnog kapaciteta) kod osoba starije dobi prepreka za njih da su, barem donekle, autonomni [1].

Odluku o dolasku u dom ipak većina ispitanika donijela samostalno, međutim njih čak 46,08% smješteno mimo svoje volje. Čime se potkrepljuje pitanje o prilagodbi života u domu ispitanika koji su smješteni mimo svoje volje gdje se čak njima 21.28% korisnika ne sviđa tamo ili im smetaju određena pravila što je odgovorilo 38.30% (18 ispitanika). Možemo zaključiti da se osobe koje su smještene mimo svoje volje teže prilagođavaju životu u instituciji, te da su se na život u domu pretpostavkom „sviđanja“ prilagodile samo 40.42% osoba (19 ispitanika od 47 ispitanika). Upoznavanje sa institucijom i njenim djelatnicima prije dolaska u dom kao i samoinicijativna odluka o smještaju pokazuje se kao dobra praksa, jer osobe tada imaju kontrolu nad svojim životom. Redondo i Lloyd-Sherlock smatraju uključenje korisnika u donošenje odluke o institucionalizaciji ključnim faktorom za osjećaj subjektivnog blagostanja za vrijeme boravka u domu [2]. Uz sve navedeno, istraživanja su pokazala kako korisnici počinju osjećati pripadnost ustanovi već nakon četiri tjedna boravka [22].

S druge strane, postavlja se pitanje o prilagodbi života u domu ispitanika koji su odluku o dolasku u dom donijeli samostalno. Njih 54.55% (30 ispitanika) sviđa se u domu, no zabrinjava činjenica kako se njima čak 38.18% (21 ispitanik) ne sviđaju određena pravila i njih 7.27% (4 ispitanika) uopće ne sviđa u domu. Što upućuje na istraživanje pravila/rituala s kojima ispitanici nisu zadovoljni.

Kada govorimo o ritualima koji se održavaju, u najvećem postotku od ukupnog boja ispitanika se očuvalo spavanje, kupanje u vrijeme koje odgovara korisnicima održalo je 40,20%

korisnika, dok ostatak ovisi o kućnom redu institucije. Šetnja se održala kod 60,78% korisnika, dok je ostatak u nemogućnosti za isto. Što se tiče prehrane, nijedan korisnik nije očuvao taj ritual, vrijeme i vrsta hrane kod svih ovise o pravilima institucije. Istraživanje autora Boylea o kvaliteti života u ustanovama i ustanovama kućne njege u Belfastu ispitalo je važnost koju starije osobe pridaju autonomiji u odnosu na aspekte svakodnevnog života (kao što je kada ustati, imati obroke i vidjeti prijatelje). Rezultati ukazuju da kada je njihova autonomija bila ograničena (na primjer od strane osoblja ili pravila o kućama za njegu) često su smatrali da je izbor bio nevažan, jer je tada sloboda izbora postala nevažna [1]. U studiji provedenoj u Japanu na autonomnim stogodišnjacima, s obzirom na navike spavanja, spontano buđenje ujutro bilo je snažno povezano s istim [17]. Kod osoba starije dobi koje se bude spontano, manja je vjerojatnost da imaju nepravilan obrazac spavanja, što je obično posljedica difuznog oštećenja mozga ili teške fizičke bolesti, nedostatka redovite rutine ili ograničenosti u krevetu. Ostaje da se utvrdi jesu li iznimno stare jedinice, osobito stogodišnjaci, podložne nepravilnom obrascu spavanja i buđenja. Moguće je da osobe starije dobi koje imaju uredan obrazac spavanja, također, imaju i manju vjerojatnost da će patiti od difuznog oštećenja mozga ili slabijeg funkcionalnog kapaciteta.

Nadalje, u provedenom istraživanju ustanovljeno je:

PRAVILA KOJA OMETAJU AUTONOMIJU			
SAMOSTALNA ODLUKA o dolasku o dom		MIMO SVOJE VOLJE dolazak u dom	
KUPANJE	DA – 42.86% (9 ispitanika) NE – 57.14% (12 ispitanika)	KUPANJE	DA – 27.78% (5 ispitanika) NE – 72.22% (13 ispitanika)
SPAVANJE	DA – 100% (21 ispitanik)	SPAVANJE	DA – 94.44% (17 ispitanika) NE – 5.56% (1 ispitanik)
BUĐENJE	DA – 95.24% (20 ispitanika) NE – 4.76% (1 ispitanik)	BUĐENJE	DA – 100% (18 ispitanika)
ŠETNJE	DA - 57.14% (12 ispitanika) NE - 42.86% (9 ispitanika)	ŠETNJE	DA - 61.11% (11 ispitanika) NE - 38.89% (7 ispitanika)
VRSTA JELA	NE – 100% (21 ispitanik)	VRSTA JELA	NE – 100% (18 ispitanika)
VRIJEME JELA	NE – 100% (21 ispitanik)	VRIJEME JELA	NE – 100% (18 ispitanika)

Tablica 5.5.1. Utjecaj donošenja odluke o dolasku na očuvanje rituala, [Izvor: Autor K.C.]

Što se tiče ispitanika koji su samostalnu donijeli odluku o dolasku u dom vrijeme:

- kupanja nije odgovarajuće najviše za ispitanike koji ne obavljaju aktivnosti samostalno već ih netko obavlja umjesto njih (6 ispitanika), zatim slijede ispitanici koji prilikom obavljanja aktivnosti koriste pomagalo (3 ispitanika) i samostalno (2 ispitanika)
- šetnja najviše ne odgovara ispitanicima koji ne obavljaju aktivnosti samostalno već ih netko obavlja umjesto njih (6 ispitanika), slijede ispitanici koji prilikom obavljanja aktivnosti koriste pomagalo (2 ispitanika) i prilikom obavljanja aktivnosti potrebna im je pomoć druge osobe (1 ispitanik)

Što se tiče ispitanika koji su mimo svoje volje donijeli odluku o dolasku u dom vrijeme:

- kupanja nije odgovarajuće najviše za ispitanike koji prilikom obavljanja aktivnosti koriste pomagalo (6 ispitanika), a nakon njih ispitanicima koji aktivnosti obavljaju samostalno (4 ispitanika) i prilikom obavljanja aktivnosti potrebna im je pomoć druge osobe (4 ispitanika)
- šetnja najviše ne odgovara ispitanicima koji prilikom obavljanja aktivnosti koriste pomagalo (4 ispitanika), a nakon njih ispitanici koji prilikom obavljanja aktivnosti potrebna im je pomoć druge osobe (3 ispitanika)

Vodeći se hipotezom da napuštanje osobnih rituala i slobode volje negativno utječe na samostalnost osobe starije dobi, primjećujemo kako je u institucijama moguće sačuvati tek mali dio rituala koji su se provodili kod kuće, pa samim time ne čudi postotak odgovora iz grafa 5.4.5. u kojem se više od polovici ne sviđa ili im smetaju određena pravila institucije. Napetost između promicanja autonomije i zaštite štićenika uvijek je bila prisutna u svakodnevnom životu, kao što je to istaknuo autor Stalker. Istraživanje je pokazalo da je osoblje preuzelo ulogu u nekoliko situacija kada nije bilo potrebno. Prekomjerna zaštita bila je ukorijenjena u rutinama i ponašanju osoblja (tj. nedostatku informacija) i djelovanjem u "najboljem interesu" stanovnika bez pažljivog utvrđivanja stvarnog interesa stanovnika [23].

Kod obavljanja aktivnosti mala je razlika u postocima, gdje 51,92 % osoba više voli druženje i rad u grupi, dok bi ostatak ipak više volio samostalno obavljati aktivnosti. No, to ovisi individualno o osobnosti same osobe. Vrlo važna zaštitna značajka primatelja skrbi je i njegova socijalna uključenost. Devetogodišnje praćenje stalnog uzorka osoba starije dobi u Sjedinjenim Američkim Državama pokazalo je da su društveno aktivniji pojedinci bili vještiji u obavljanju

svakodnevnih zadataka i da su bili pokretljiviji. Iako nije utvrđen uzročno posljedični odnos između pokretljivosti i društvene aktivnosti, smatra se da ima dovoljno potvrda da društvena uključenost pozitivno djeluje na odgodu poteškoća u fizičkoj aktivnosti [24].

Kod iskazivanja nezadovoljstva samo njih 36,28 % uvijek kaže da želi promjenu, što se smatra relativno malim postotkom jer se radi o instituciji i načinu na koji žive. Njih 7,84 % se izjasnilo kako ne kaže jer smatraju da osoblje nema vremena za razgovor. Ako promotrimo ostale postotke može se primijetiti kako većina ne iskazuje da želi ikakvu promjenu.

Kada govorimo o komunikaciji sa osobljem većina se izjasnila kako ima dobru komunikaciju sa osobljem doma, te da su odlični i da lijepo komuniciraju, dok također njih velika većina, njih 79.61%, ne primjećuje razliku u komunikaciji, kao što su vikanje ili baby talk, što je vidljivo u grafu 5.4.15. U domovima za starije i nemoćne osobe često se javlja tzv. „sekundarno tepanje”, „baby talk“ kada se osobama starije dobi obraća na način tipičan za komunikaciju s malom djecom. Komunikacija je pojednostavljena i neprirodnog emocionalnog toka. Također, može se javiti pretjerano prilagođavanje ili „overaccomodation“ gdje mlađi ljudi postaju pretjerano pristojni, govore glasnije i sporije, pretjeruju u intonaciji, koriste viši ton glasa i govore jednostavne rečenice starijima [25].

Zanimljiva je činjenica kako od ispitanika koji su smatrali da su ostvarili dobru komunikaciju s osobljem te da s njima odlično i lijepo komuniciraju, njih samo 36.76% (25 ispitanika) navelo je kako uvijek kaže osoblju da želi promjenu kada im se nešto ne sviđa, ali s druge strane i njih 36.76% (25 ispitanika) nikad ne kaže osoblju da želi promjenu kada im se nešto ne sviđa, te 23.54% uglavnom ne kaže (16 ispitanika). Ugodno okruženje je također važno za kvalitetu života korisnika skrbi, ono mora biti čisto, komforno, sigurno i osigurano [24].

Iz grafa 5.4.16. možemo zaključiti kako tek malom postotku korisnika smetaju pravila i kućni red u instituciji dok je više od polovici njih svejedno za pravila i sviđa im se što netko odlučuje umjesto njih. U skladu s tim možemo neformalno zaključiti kako su se ispitanici već prilagodili na gubitak autonomije i nemaju problem s tim da se odlučuje umjesto njih. Glickman i sur., u njihovoj studiji pokazali da su stariji ljudi voljni i sposobni preuzeti više odgovornosti u svakodnevnom životu, ali im se mora pružiti prilika [23].

SMATRA DA JE POD POVEĆANIM NADZOROM I KONTROLOM DJELATNIKA DOMA	NE SMATRA DA JE POD POVEĆANIM NADZOROM I KONTROLOM DJELATNIKA DOMA
<ul style="list-style-type: none"> • 8.11% smeta i voljeli bi odlučivati o nekim stvarima • 24.32% ne razmišlja o tome da u domu postoje pravila i kućni red • 67.57% je svejedno i vole kad se odlučuje umjesto njih 	<ul style="list-style-type: none"> • 10.77% smeta i voljeli bi odlučivati o nekim stvarima • 32.31% ne razmišlja o tome da u domu postoje pravila i kućni red • 56.92% je svejedno i vole kad se odlučuje umjesto njih

Tablica 5.5.2. Utjecaj pravila i kućnog reda na osjećaj autonomije, [Izvor: Autor K.C.]

Unatoč institucionalizaciji više od polovice ispitanika ne smatra da je pod povećanim nadzorom ili kontrolom od strane djelatnika, što je vidljivo u grafu 5.4.17. Postotak ovih koji smatraju da su pod kontrolom potkrijepili su svoj odgovor time da to tako mora biti jer su zato smješteni u instituciju. Ulazak osoblja u svako vrijeme i doba dana u sobu korisnika može se također promatrati kao „konataminacija osobnosti“ koju opisuje Goffman, definira je kao »otuđenje osobnih stvari dolaskom u instituciju, pregled cijelog tijela koji je neugodan i ponekad ponižavajući«. Naglašena je u domovima za osobe starije dobi, a time se zapravo pokazuje korisniku da ne postoji njegov privatni prostor bitan za očuvanje osobnosti [2].

Zadovoljstvo načinom na koji ispitanici stare prikazan je u grafu 5.4.18. te su rezultati jednake distribucije, možemo primijetiti kako je postotak onih koji smatraju da su pod kontrolom i onih korisnika koji bi voljeli imati veću mogućnost za donošenje odluka vrlo sličan. No, unatoč tome hipoteza koja kaže kako kontrola i utjecaj drugih imaju negativan utjecaj na zadovoljstvo starenja nije potvrđena. Čak se pokazalo kako su ispitanici koji smatraju da su pod prevelikim nadzorom nešto zadovoljniji od ispitanika koji smatraju da nisu pod prevelikim nadzorom i kontrolom.

Od osoba starije dobi koje smatraju da su pod povećanim nadzorom i kontrolom djelatnika ustanove, njih 43.24 % zadovoljno je načinom na koji stari, 16.22 % smatra da bi bilo bolje ako bi stari kod kuće, a 40.54 % smatra kako bi starenje bilo bolje kad bi imali veću mogućnost donošenja odluka.

Koncept autonomije je nedovoljno istražen u istraživanju kvalitete života osoba starije dobi. Ipak, istraživanja koja su se bavila definicijama kvalitete života osoba starije dobi utvrdila su da je autonomija ključna za njihovu kvalitetu. Tester i sur. ispitali su percepciju kvalitete života

nemoćnih osoba starije dobi koji su se nedavno preselili u institucionalne okvire u Škotskoj i utvrdili da je ostvarivanje autonomije, osobito u odnosu na svakodnevni život, imalo pozitivan učinak na kvalitetu života. Slično tome, istraživanja ostalih autora naglasila su da je održavanje autonomije odlučivanja u svakodnevnom životu ključno za kvalitetu života starijih osoba u dugotrajnoj skrbi, bilo u ustanovama ili u domovima [1].

6. Postupci za održavanje i povećanje autonomije osoba starije dobi

Za kvalitetan rad svake medicinske sestre vrlo je bitna razina obrazovanja iste. Uz razinu, ključan čimbenik koji utječe na percepciju medicinskog osoblja o autonomiji pacijenta jest i sam obrazovni sadržaj. Zbog toga je bitno za medicinsku sestru da razvija kompetencije, kao što su komunikacija, asertivnost i vještine odlučivanja. Kontinuiranom edukacijom osoblja domova za starije i nemoćne trebalo bi podići razinu autonomije u odlučivanju. Osobama starije dobi treba se omogućiti izražavanje mišljenja o preseljenju u novi dom, privatnosti, dopustiti im da urede novi prostor življenja po vlastitoj volji te donesu neke njima bitne stvari od kuće. Samim time osobe starije dobi osjećale bi se zadovoljnije, zadržale bi osjećaj kontrole nad svojim životom, a uz to bi se smanjio otpor, te bi pravila bila češće prihvaćena.

Može se reći kako je glavni cilj skrbi za osobe starije dobi održavanje što veće samostalnosti osobe u obavljanju aktivnosti svakodnevnog života, te poticanje odgovornosti za vlastito zdravlje. Kako bi se to postiglo, ali i očuvalo bitno je da medicinska sestra poštuje etička načela profesije. Osobu starije dobi treba se holistički poimati, znači doživljavati je kao cjelovito biće sa svim njezinim specifičnostima, te joj dopustiti izražavanje istih. Nadalje, primjenjivati individualizirani pristup, što znači da će svaka osoba osobne potrebe zadovoljavati na sebi svojstven način. Jedno od važnijih jest i poštovanje osobnosti, pravila i vrijednosti. Ovim načelom osoba i medicinska sestra grade partnerski odnos, koji je vrlo značajan za cjelokupan proces pružanja skrbi, posebno u domovima za starije i nemoćne koji osobi predstavlja novi dom. Poštujući načelo jednakosti, svim osobama se pruža jednaka skrb bez obzira na vjeru, nacionalnost, godine ili vrstu bolesti. Ovo je vrlo bitno kod zadovoljavanja autonomije osobe, jer u različitim nacionalnostima postoje različita pravila življenja pa samim time i za zadovoljavanje autonomije. Prihvaćanje i priznavanje prava korisnika zadovoljava se tako da se osobe starije dobi obavještava, te da oni sami sudjeluju u donošenju odluka o njihovoj skrbi, osobito onda kada se te odluke odnose na očuvanje i unaprjeđenje zdravlja. U praksi se veći naglasak treba staviti na analizu vrijednosti pacijenata, te na ono što oni poštuju, što očekuju te što bi oni odredili kao kvalitetnu sestrinsku skrb. To se odnosi na način na koji se pacijentima pristupa, primjerice, ispitivanjem njihovih subjektivnih percepcija o njihovoj kvaliteti života.

Bolje poznavanje čimbenika koji utječu na gubitak autonomije među institucionaliziranim osobama starije dobi omogućuje prvostupnicama sestrinstva da organiziraju edukacije o promociji očuvanja i sprječavanju gubitka autonomije, te kako da se oporave izgubljene funkcije, smanji i uspori ovisnost osoba starije dobi, te poticanje njihove autonomije i poboljšanje ili održavanje kvalitete života.

7. Zaključak

Iako još uvijek nedovoljno istražena, autonomija jest ključna za očuvanje osobnosti osoba koje stare. Sama po sebi utječe na kvalitetu života te održavanje samopoštovanja. Iako se institucionalizacija smatra jednom od najboljih opcija za osobu i obitelj, bitno je prije odabira skrbi provjeriti i analizirati sve faktore koji mogu utjecati na završnu odluku. Najbitnije je da se u obzir uzme sama dobrobit korisnika.

Istraživanje nije pokazalo značajnu razliku koja bi pokazala gubitak autonomije između osoba starije dobi koje su prisilno smještene u instituciju i onih koje su samostalno pristale na dolazak. Značajno je za osobu starije dobi da je uključena u odlučivanje koje je bitno za njih, te to može uzrokovati smanjenje otpora, ali i prihvaćanje pravila koja se nameću te se samim time povećava kontrola koju su do sada imali nad svojim životom. Nadalje, nije utvrđeno da kontrola i utjecaj drugih imaju negativan utjecaj na zadovoljstvo starenja. No, djelomično je potvrđeno kako napuštanje osobnih rituala utječe na samostalnost osobe starije dobi. Ovisno o ritualima koji su održani, oni koji su određeni pravilima institucije, sprečavaju održavanje samostalnosti kod osoba starije dobi.

Vrlo je bitan pristup medicinskih sestara i ostalih zdravstvenih djelatnika koji rade sa osobama starije dobi, zbog toga je značajna adekvatna komunikacija te razina empatije, ali i znanje te poštovanje prema ljudima koji se zbrinjavaju. Kvalitetnim obrazovanjem podiže se svijest te stavovi o osobama starije dobi koji su značajni za kvalitetnu skrb istih. Ukoliko im se omogući donošenje i najmanjih odluka, u njima se stvara osjećaj da su bitni te kako još uvijek imaju kontrolu nad svojim životom.

Sveučilište Sjever



SVEUČILIŠTE
SJEVER



IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU



HRON
AKISBAINII

Završni 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, Karolina Ceglec pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključiva autorica završnog rada pod naslovom „Autonomija osoba starije dobi u institucijama“ te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(Karolina Ceglec)

(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, Karolina Ceglec neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog rada pod naslovom „Autonomija osoba starije dobi u institucijama“ čija sam autorica.

Student/ica:
(Karolina Ceglec)

8. Literatura

- 1) G. Boyle, Autonomy in long-term care: a need, a right or a luxury?, *Disability & Society*, br.23 , lipanj 2008., str. 299-310
- 2) M. Neuberger, G. Kozina, I. Canjuga, Utjecaj kućnog reda i pravila ponašanja u institucijama na autonomiju osoba starije dobi, *RIS Znanstvena monografija*, srpanj 2016., str. 122-134
- 3) P.A. Scott i sur., Perceptions of autonomy in the care of elderly people in five european countries, *Nursing Ethics*, br.10, 2003. str. 28-38
- 4) C. Welford i sur., A concept analysis of autonomy for older people in residential care, *Journal of Clinical Nursing*, br. 19, 2010., str. 1226-1235
- 5) R. Jakopsen, V. Sørli, Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers, *Nursing Ethics*, br. 17, 2010., str. 289-300
- 6) M. Lovreković, Z. Leutar, Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu, *Socijalna ekologija*, br.1, ožujak 2010.
- 7) S. Galić, N. Tomasović Mrčela i sur., Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba - psihologije starenja, *Medicinska škola Osijek*, 2013.
- 8) S. Jedvaj i sur., Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj, pregledni članak, *Socijalne teme*, 2014.
- 9) J. Despot Lučanin, *Iskustvo starenja*, Naklada Slap, 2003.
- 10) N. Žganec i sur., Trendovi skrbi za osobe starije životne dobi u Republici Hrvatskoj i u zemljama Europe, *Rev. Soc. Pol.*, br.2, 2008, str. 171-188
- 11) B. Jurinec, *Sestrinska skrb u gerontologiji*, diplomski rad, Medicinski fakultet sveučilišta u Zagrebu, 2018.
- 12) H.-L. Hwang., H.-S. Lin, Perceived enactment of autonomy and related sociodemographic factors among non-institutionalized elders, *Kaohsiung J Med Sci*, br.20, travanj 2004., str. 166-173
- 13) M.M. Perkins i sur., Relational autonomy in assisted living: A focus on diverse care settings for older adults, *Journal of Aging Studies*, br.26, 2012., str. 214-225
- 14) K. Atkins, Autonomy and autonomy competencies: a practical and relational approach, *Nursing Philosophy*, br.7, 2006., str. 205-215
- 15) M.G.U.P. Fonseca i sur., Role of autonomy in selfassessment of health by the elderly, *Rev Saúde Pública*, br. 44, siječanj 2010.

- 16) H. Leino Kilpi i sur., Perceptions of autonomy, privacy and informed consent in the care of elderly people in five european countries: comparison and implications for the future, *Nursing Ethics*, br. 10., 2003., str. 58-66
- 17) A. Ozaki i sur., The Japanese Centenarian Study: Autonomy Was Associated with Health Practices as Well as Physical Status, *J Am Geriatr Soc*, br. 55, siječanj 2007., str. 95-101
- 18) A. Berthé i sur., The key actors maintaining elders in functional autonomy in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso), *BMC Public Health*, br. 14, srpanj 2014.
- 19) S. Kalauz, Bioetika u sestrinstvu, *Medicina*, br. 44, 2008., str. 129-134
- 20) D.L. Domitrović i sur., Obrazovanje medicinskih sestara u Republici Hrvatskoj, *Liječ. Vjesnik*, br. 140, travanj 2018., str. 229-236
- 21) Z. Đapić – Kolak, V. Antičević, Učinak trajne izobrazbe medicinskih sestara i njegovatelja na zaštitu zdravlja korisnika doma za starije i nemoćne, *Med. Jad.*, br.48, siječanj 2018., str. 207-216
- 22) A. Stavljenić-Rukavina i sur., *Kvaliteta dugotrajne skrbi starijih osoba*, Priručnik, Zagreb, 2012.
- 23) E. Wikström, U. Melin Emilsson, Autonomy and Control in Everyday Life in Care of Older People in Nursing Homes, *Journal of Housing for the Elderly*, br. 28, ožujak 2014., str. 42-61
- 24) M. Čudina-Obradović, J. Obradović, Psihosocijalne pretpostavke skrbi za stare ljude, *Rev. soc. polit.*, god. 11, br. 2, 2004.
- 25) M. Neuberg, *Skrb za osobe starije dobi, nastavni tekstovi*, Sveučilište Sjever, 2018. (<https://moodle.srce.hr/2018-2019/course/view.php?id=40254>) dostupno: 12.06.2019.

Prilog 1

Poštovani, pred Vama se nalazi anketni upitnik koji će se koristiti u svrhu izrade završnog rada na studiju Sestrinstva Sveučilišta Sjever u Varaždinu pod mentorstvom doc.dr.sc. Marijane Neuberg. Molila bih Vas da pročitate pitanja i iskreno označite odgovore.

Srdačno sam Vam zahvalna, Ceglec Karolina, studentica Sestrinstva.

1.KOLIKO IMATE GODINA? _____ god

2.SPOL

- a) Muško
- b) Žensko

3.OBRAZOVANJE?

- a) Bez završene škole
- b) Završena osnovna škola
- c) Završena srednja škola
- d) Završen fakultet
- e) ostalo _____

4.OBAVLJANJE SVAKODNEVNIH AKTIVNOSTI

- a) Aktivnosti obavljam samostalno
- b) Prilikom obavljanja aktivnosti koristim pomagalo
- c) Prilikom obavljanja aktivnosti potrebna mi je pomoć druge osobe
- d) Ne obavljam aktivnosti samostalno već ih netko obavlja umjesto mene

5. ODLUKU O DOLASKU U DOM DONJELA/O SAM:

- a) Samostalno sam pristao/la na dolazak
- b) Smješten/na sam ovdje mimo svoje volje

6. NA ŽIVOT U DOMU PRILAGODILA/O SAM SE:

- a) Sviđa mi se ovdje
- b) Smetaju me određena pravila u domu, ali je dobro
- c) Ne sviđa mi se ovdje

7. ODRŽAVANJE RITUALA KOJI SU SE PROVODILI KOD KUĆE

Kupanje u vrijeme kad Vam odgovara	Da	Ne
Odlazak na spavanje u vrijeme koje želite	Da	Ne
Buđenje u vrijeme kad Vam odgovara	Da	Ne
Šetnja kada ste raspoloženi	Da	Ne
Samostalno odlučivanje o vrsti hrane koju želite jesti	Da	Ne
Samostalno odlučivanje o vremenu obroka	Da	Ne

8. AKTIVNOSTI U DOMU

- a) Ponekad bi volio/ljela samostalno obavljati neke aktivnosti
- b) Sviđa mi se druženje i rad u grupi

9. KADA VAM SE NEŠTO NE SVIĐA KAŽETE LI OSOBLJU DA ŽELITE PROMJENU?

- a) Kažem, naravno, uvijek
- b) Ne kažem jer osoblje nema vremena za razgovor
- c) Uglavnom ne kažem
- d) Nikad ne kažem

10. JESTE LI OSTVARILI DOBRU KOMUNIKACIJU SA OSOBLJEM DOMA?

- a) Jesam, osoblje je odlično i lijepo komuniciramo
- b) Nisam, osoblje često ne razumije moje potrebe
- c) Djelomično sam ostvarila/o komunikaciju s osobljem
- d) Komunikacija je ovisna o samom djelatniku

11. PRIMJEĆUJETE LI RAZLIKU U KOMUNIKACIJI OSOBLJA SA STARIJIM OSOBAMA

- a) Komuniciraju kao i inače
- b) Ponekad viču kao da ih mi ne čujemo
- c) Znaju razgovarati s nama kao s malom djecom

12. U DOMU POSTOJE PRAVILA I KUĆNI RED:

- a) To mi smeta, volio/la bih sam/a odlučivati o nekim stvarima
- b) Ne razmišljam o tome
- c) Baš mi je svejedno, volim kad odlučuju umjesto mene

13. SMATRATE LI DA STE POD POVEĆANIM NADZOROM I KONTROLOM
DJELATNIKA DOMA

- a) Da, smatram
- b) Ne, ne smatram

14. JESTE LI ZADOVOLJNI NAČINOM NA KOJI STARITE?

- a) Jesam, ništa mi ne nedostaje
- b) Nisam, smatram da bi mi bilo bolje kod kuće
- c) Ne znam, mislim da bih volio/la imati mogućnost donošenja odluka