

Sestrinska skrb za starije osobe u zajednici - usporedba europskih zemalja

Dragović, Andreja

Undergraduate thesis / Završni 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:122:062853>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-31**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom sestrinstva skrb za starije osobe u zajednici (upisati naslov) te da u i način (bez pravilnog citiranja) korišteni evropskih zemalja

Andrej Dogačić
(vlastoručni)

ANDREJ Dogačić

suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) pod naslovom sestrinstva skrb za starije osobe u (upisati u) čiji sam autor/ica. zajednici - usporedba evropskih zemalja

Andrej Dogačić
(vlastoručni)



**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1520/SS/2021

**Sestrinska skrb za starije osobe u zajednici – usporedba
europskih zemalja**

Andreja Dragović, 2413/336

Varaždin, veljača 2022. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1520/SS/2021

Sestrinska skrb za starije osobe u zajednici – usporedba europskih zemalja

Student

Andreja Dragović, 2413/336

Mentor

Dr.sc. Melita Sajko, viši predavač

Varaždin, veljača 2022. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJSKI preddiplomski stručni studij Sestrinstva

PRISTUPNIK Andreja Dragović

JMBAG 0336023712

DATUM 20.10.2021.

KOLEGIJI Zdravstvena njega starijih osoba

NASLOV RADA Sestrinska skrb za starije osobe u zajednici- usporedba europskih zemalja

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Nursing Care the elderly in the community - a comparing of European countries

MENTOR dr.sc. Melita Sajko

STANJE Viši predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Ivana Živoder, predsjednik
2. dr.sc. Melita Sajko, v.pred., mentor
3. Vesna Sertić, v.pred. član
4. Ivana Herak, pred. zamjenski član
5. _____

Zadatak završnog rada

BRIGI 1520/SS/2021

OPIS

Starost je period života koji karakteriziraju fiziološke promjene kod pojedinca i specifične društvene uloge. Gerontologija je znanstvena disciplina koja proučava starost kao kronološku dob i njene specifičnosti u društvenoj ulozi pojedinca. Briga za osobe starije dobi dinamičan je proces između osobe starije dobi i medicinskih sestara, te je objašnjen mnogim teorijskim konceptima. Unatoč činjenici da je sestrinska skrb osobe starije dobi, odnosno gerijatrijska skrb u Hrvatskoj još u povojima, gerijatrijsku skrb pružaju medicinske sestre na svim razinama zdravstvene zaštite, sukladno razini obrazovanja. Sestrinska skrb za osobe starije dobi podijeljena je na sestrinsku skrb u bolničkim ustanovama, sestrinsku skrb u vlastitom domu i zajednici, te sestrinsku skrb u ustanovama trajnog boravka. Sestrinska skrb osoba starije dobi uglavnom se pruža u ustanovama primarne zdravstvene zaštite i u zajednici.

Cilj ovog rada je prikazati sestrinsku skrb za osobe starije dobi u Hrvatskoj s usporedbom sestrinske skrbi u europskim zemljama kroz teorije sestrinske skrbi, određnice gerijatrijske zdravstvene njege, kompetencije medicinske sestre, organizacije sestrinske skrbi, prikazom uloge sestre u pružanju sestrinske skrbi te sustavnim pregledom znanstvene literature na navedenu temu.

ZADATAK URUČEN

21. 10. 2021

POTPIS MENTORA
MELITA SAJKO
SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠTE
SJEVER

Predgovor

Zahvaljujem svojoj mentorici dr. sc. Meliti Sajko koja mi je pomogla svojim nesebičnim savjetima prilikom izrade ovog diplomskog rada.

Naizmjerno hvala mojem zaručniku, obitelji i prijateljima koji su mi bila velika podrška i motivacija, te su vjerovali u moj uspjeh.

Sažetak

Starost je životna dob koju karakteriziraju fiziološke promjene pojedinca i specifične društvene uloge. Gerontologija je znanstvena disciplina koja proučava starost kao kronološku dob i njene specifičnosti u društvenoj ulozi pojedinca. Briga za osobe starije dobi dinamičan je proces između osobe starije dobi i medicinskih sestara, te je objašnjen u mnogim teorijskim konceptima koji će biti opisani u radu. Unatoč činjenici da je sestrinska skrb osobe starije dobi, odnosno gerijatrijska skrb u Hrvatskoj još u povojima, gerijatrijsku skrb pružaju medicinske sestre na svim razinama zdravstvene zaštite, sukladno razini obrazovanja. Sestrinska skrb za osobe starije dobi podijeljena je na sestrinsku skrb u bolničkim ustanovama, sestrinsku skrb u vlastitom domu i zajednici, te sestrinsku skrb u ustanovama trajnog boravka. Sestrinska skrb osoba starije dobi uglavnom se pruža u ustanovama primarne zdravstvene zaštite i u zajednici.

Cilj ovog rada je prikazati sestrinsku skrb za osobe starije dobi u Hrvatskoj s usporedbom sestrinske skrbi u europskim zemljama kroz teorije sestrinske skrbi, odrednice gerijatrijske zdravstvene njege, kompetencije medicinske sestre, organizacije sestrinske skrbi, prikazom uloge sestre u pružanju sestrinske skrbi te sustavnim pregledom znanstvene literature na navedenu temu.

Ključne riječi: starost i starenje, zajednica, sestrinska skrb, medicinska sestra

Abstract

Old age is age characterized by physiological changes of the individual and specific social roles. Gerontology is a scientific discipline that studies age as a chronological age and its specifics in the social role of the individual. Elderly care is a dynamic process between the elderly and nurses, and is explained in many theoretical concepts that will be described in the paper. Despite the fact that nursing care for the elderly, ie geriatric care in Croatia is still in its infancy, geriatric care is provided by nurses at all levels of health care, in accordance with the level of education. Nursing care for the elderly is divided into nursing care in hospitals, nursing care in one's own home and community, and nursing care in permanent care institutions. Nursing care for the elderly is mainly provided in primary health care facilities and in the community.

The aim of this paper is to present nursing care for the elderly in Croatia with a comparison of nursing care in European countries through theories of nursing care, determinants of geriatric health care, nursing competencies, nursing care organization, presentation of the role of nursing in nursing care and systematic review of scientific literature on the above topic.

Key words: old age and aging, community, nursing, nurse

SADRŽAJ

1. Uvod	1
1.1. Starost i starenje.....	2
1.2. Gerontologija, gerijatrija	5
2. Teorije starenja	6
2.1. Biološke teorije.....	6
2.1.1. Genetske teorije starenja.....	7
2.1.2. Fiziološke teorije starenja.....	7
2.1.3. Teorije promjene funkcije organa.....	7
2.2. Psihološke teorije.....	8
2.3. Socijalne teorije	8
2.3.1. Socijalni odnosi u starenju.....	9
3. Sestrinska skrb za starije osobe u zajednici	13
3.1. Koncepti sestrinske skrbi.....	13
3.2. Etička načela sestrinske skrbi	19
3.3. Razvoj sestrinske skrbi	21
3.4. Organizacija sestrinske skrbi	23
3.5. Zajednica	24
3.5.1. Uloga medicinske sestre u zajednici.....	24
3.5.2. Skrb za starije osobe u vlastitom domu	25
4. Modeli skrbi za starije-skrb izvan ustanove	27
4.1. Projekt „Pomoć u kući starijim osobama“	28
4.2. Klub za starije osobe.....	28
5. Prikaz sestrinske skrbi u gerontologiji u Europi.....	29
6. Zaključak	32
7. Literatura	33

1. Uvod

Starenje stanovništva prepoznato je kao jedno od najvažnijih pitanja za budući društveni razvoj mnogih zemalja. Učinci i posljedice relativno brzog povećanja udjela starijih osoba u društvu očiti su u najvažnijim sektorima gospodarstva, zdravstva i socijalne skrbi [1].

Svjetska zdravstvena organizacija definira starost prema kronološkoj dobi i dijeli ju u tri skupine, prva skupina su starije osobe u dobi od 60 do 75 godina, druga skupina su stare osobe u dobi od 76 do 90 godina, a treću skupinu su vrlo stare u dobi iznad 90 godina [1]. Iako se starost kao fenomen u politici sestrinske skrbi često provodi na osobnoj razini, pokušavajući pronaći odgovore na specifične potrebe starijih osoba, te u današnje vrijeme razvijena društva nastoje sagledati fenomen starenja sa šire društvene razine. Ova metoda bazira se na činjenici da prilagodba dobi ne ovisi samo o fizičkim i psihičkim čimbenicima, nego i o vanjskim čimbenicima, kao što su društveno okruženje, obiteljsko okruženje, uvjeti stanovanja i sustavi podrške koji postoje u okruženju i osmišljeni su za pomoć starijim osobama [2]. Međutim, definiranje dobi nije samo problem između odnosa stvarne dobi i funkcionalne sposobnosti, nego i kvalitete života osobe, sustava vrijednosti i karakteristika životne sredine starije osobe.

Udio starijeg stanovništva u svijetu raste iz dana u dan. Razlog tome su sve bolji uvjeti života na planeti i poboljšanje kvalitete medicinske skrbi, čime se produljuje životni vijek. U 20. stoljeću očekivani životni vijek bio je oko 74 godina, dok je za muškarce 74 godine, a žene 79 godina [3]. Hrvatska je jedna od deset zemalja svijeta s najstarijim stanovništvom. Ova pojava je uzrokovana poboljšanjem kvalitete života ljudi i ukupnog očekivanog životnog vijeka, kao i kontinuiranim padom stope fertiliteta. Projekcije stanovništva pokazuju da će se to nastaviti i sljedećih trideset godina, te su starenje i pad stanovništva postali glavna obilježja hrvatskog stanovništva. Osim demografskih, takvi pokazatelji imaju mnoge ekonomske i socijalne posljedice kao i druge posljedice [4]. U Europi, 2019. godine osobe u dobi od 55 ili više godina činile su nešto više od jedne trećine (33,6 %) ukupnog stanovništva. Među državama članicama Europe taj je udio bio veći od jedne trećine u 10 država članica EU-a i dosegao je vrhunac od 36,5% u Italiji. Na drugom kraju raspona, ljudi u dobi od 55 godina ili više činili su jednu četvrtinu (25,0 %) stanovništva u Irskoj. Predviđa se da će udio ove dobne skupine (55 godina ili više) u populaciji EU doseći 40,6 % do 2050.g.; povećat će se u svakoj od država članica EU. Predviđanja su da će do 2050. osobe u dobi od 55 ili više godina činiti 45,9 % stanovništva u Italiji i više od 45,0 % u Litvi, Portugalu, Grčkoj i Latviji [5].

1.1. Starost i starenje

Pojam starenje najčešće donosi dvije osnovne negativne konotacije. Jedno je propadanje, krhkost, a drugo starost ili kronološka dob, kao bitna odrednica promjena u procesu starenja. Kako bismo izbjegli izjednačavanje starenja s propadanjem, najbolje je tumačiti povezanost koncepta starenja s konceptom razvoja ili promjene, čime se naglašava proces. Što se tiče drugog negativnog smisla, proces starenja obuhvaća povezanost s kronološkom dobi, ali ne i ekvivalentno. Prvenstveno, nemoguće je točno definirati u kojoj dobi započinje starenje. Osim golemih razlika u starenju pojedinaca, postoje i mnogobrojne razlike unutar svakog pojedinca. Na fiziološkoj razini, svi organski sustavi ne stare od istog trenutka, bilo istim redoslijedom ili istom brzinom. I na psihološkoj razini razlika je veća unutar pojedinaca ili između različitih pojedinaca. Na društvenoj razini postoje značajne kulturne i povijesne razlike u procesu starenja [6].

Pokušaji utvrđivanja stvarne prirode starenja često razlikuju primarno i sekundarno starenje. Primarno starenje, koje se ponekad naziva i tjelesno starenje, odnosi se na normalne fiziološke procese koji su određeni unutarnjim biološkim faktorima koji su nezaobilazni i rezultat su protoka vremena ili sazrijevanja, kao što je menopauza kod žena ili usporena aktivnost središnjeg živčanog sustava. Sekundarno starenje podrazumijeva patološke promjene uzrokovane vanjskim čimbenicima, uključujući bolesti, utjecaje iz okoline, te učinke buke na gubitak sluha i druga ponašanja, te fenomen opadanja s godinama [7].

Cijeli naš organizam stari, iako različitom brzinom u pojedinim dijelovima i organima. Jedan od prvih znakova starenja je žutilo zuba nakon 30. godine života. Oko je drugi organ koji također brzo slabi. Mnogi ljudi razviju dalekovidnost prije 40. godine i moraju nositi naočale za čitanje. Starenje tijela izravno ili neizravno utječe na doživljaje i ljudsko ponašanje. Izravno ometajući životne funkcije (npr. dalekovidne osobe ne mogu čitati bez naočala), a posredno utječući na psihički život (psihološko ponašanje), na primjer, pojavom kompleksa inferiornosti kod starijih osoba. Vanjski znakovi starenja koji mijenjaju izgled, kao što su tanja i sijeda kose, pojava bora, nedostatak zuba, pjegice na koži, mršavost ili debljina, pogrbljeno držanje i sl., mogu imati posebno jake neizravne učinke, ma koliko stvarno smetali na životnu funkciju osobe [8].

Promjene u mišićnom i koštanom tkivu, kao i nekoliko drugih, mogu ostaviti snažan trag na izgledu lica i cijelog tijela. Promjene u elastičnosti kože i povećane masne naslage mogu dovesti do pojave podbratka. Gubitak mandibularnog tkiva daje dojam viseće mandibule. Nos i uši

djeluju veći i duži. Zbog nakupljanja masnoće i tekućine ispod očiju javljaju se jastučići koji su vidljivi ukoliko ih osoba ne skriva tamnim naočalama. Taj dojam može i povećati pigmentacija kože, čime se pojačava dojam upaljenih očiju. Staračke pjege se mogu manifestirati bilo gdje na koži, te se također mogu pojaviti bradavice i izrasline. Zbog degeneracije kapilara, boja kože mijenja se u žućkastu ili ružičastu nijansu. Mnoge vene postaju vidljive zbog tanke kože. Sveukupno, te male promjene zajedno doprinose staračkom izgledu [8].

Kako osoba stari, neke promjene i sposobnosti opadaju u njegovom tijelu, što ga čini sklonijim raznim bolestima. Dolazi do smanjenja oštrina vida, javlja se oštećenje sluha i svih ostalih osjetila (miris, okus, dodir). Dolazi do promjene u krvožilnom sustavu, intenzitetu i tonusu ruka. Koža gubi svoju elastičnost i dolazi do pojave bora. Degenerativne promjene nastaju u zglobovima i kostima. Promjene u raspodjeli masnog tkiva mijenjaju izgled starijih osoba. Ovo su samo neke od fizičkih promjena koje mogu utjecati na zdravlje pojedinca, funkcionalnu sposobnost i doživljaj o samom sebi [6].

Kognitivne sposobnosti su složene mentalne sposobnosti koje obuhvaćaju percepciju, pamćenje, mišljenje, inteligenciju i učenje. Promjene u kognitivnim sposobnostima kod zdravih osoba su najmanje. Ako su starije osobe dobrog zdravlja, njihova inteligencija, pamćenje ili sposobnost učenja neće biti smanjene. Jedina značajna promjena je u brzini realizacije kognitivnih procesa. Odnosno, zbog smanjenog osjeta put ulaska podražaja u živčani sustav, zbog usporenog protoka, živčani impulsi prolaze kroz živčana vlakna, a zbog usporavanja središnjih procesa u mozgu usporuju se i kognitivni procesi. Drugim riječima, u usporedbi s mlađim odraslim osobama, starijim osobama potrebno je više vremena za rješavanje problema ili zadataka na mentalnoj razini, sporije pamte podatke pohranjene u memoriji i zahtijevaju više ponavljanja kako bi naučili nove stvari [6].

Međutim, oko 5% ljudi koji su stariji od 65 godina i oko 20% osoba starijih od 80 godina zahvaćeno je kognitivnim oštećenjem. Jedna od najčešćih bolesti je demencija, odnosno pad mentalnog funkcioniranja, koja se javlja u mnogim oblicima i iz raznih razloga, a posebno je najčešća demencija, koja se naziva Alzheimerova bolest. Bolest uništava moždane stanice i moždano tkivo. Demenciju karakterizira pogoršanje i gubitak pamćenja, pogoršanje inteligencije i tjelesnog funkcioniranja, zatim promjene u osobnosti koje se odražavaju na cjelokupni život bolesnika i njegove obitelji. Demencija je progresivna bolest, što označava da je neizlječiva jer su promjene ireverzibilne i završavaju smrću. Međutim, bitno je istaknuti da, iako se demencija javlja u starijoj dobi, pojava demencije nije normalan dio starenja, već ozbiljna bolest [6].

Kako ljudi stare, povećava se vjerojatnost osjećaja gubitka. Obično su to gubici zbog odlaska u mirovinu, odnosno gubitak posla, često praćeni financijskim gubicima, zatim emocionalni gubici poput gubitka voljenih, obitelji i prijatelja, odlazak odraslih osoba. Dijete odlazi od kuće, gubi aktivnosti i funkcije, gubi samostalnost i ostalo. No, čovjek može prvi put doživjeti lijepe događaje u kasnijoj životnoj dobi, poput rođenja unuka ili praunuka, što rijetko doživljavaju prijašnje generacije. Premda stariji ljudi su dosta izloženi stresu, također imaju i životno iskustvo suočavanja sa stresom i problemima. Između ostalog, to iskustvo nameće temelje za planiranje pomoći i planiranja postupaka za starije osobe koje se suočavaju s gubitkom [6].

Negativni stavovi prema starenju i danas su prisutni. Stereotipi se često temelje na slabom poznavanju starenja i starosti te iskustvu sa starijim osobama. Većina ljudi izbjegava razmišljati o starosti i samom starenju, vjerujući da starost donosi mnoge negativne situacije i ishode.

Prema Despot Lučanin neke tipične predrasude su [1]:

- osobe su sve sličnije što su starije
- starije osobe postaju zaboravne
- starije osobe nemaju izraženu želju za seksualne odnose
- starije osobe su čvrstih stavova
- starije osobe nisu produktivni ni kreativni
- starije osobe teže uče
- starije osobe su usamljeni
- što su osobe starije, to su više religiozniji i ostalo [9].

Srećom, mitovi, stereotipi i predrasude o starenju povlače se zahvaljujući nedavnom nizu znanstvenih spoznaja i boljoj svijesti javnosti. Međutim, laički koncept starenja ostaje proturječan: općenito kažu da ljudi starenjem postaju nježniji i tolerantniji, ali drugi kažu da postaju neraspoloženi; s obzirom na to da se s godinama tjelesne funkcije mijenjaju, te da postaju gerijatrijski hipohondri; pripisuju starost starima, dok s druge strane tvrde da su mudri, te starost nazivaju "zlatnim godinama", ali za starije osobe kažu da su depresivni i da se uvijek boje smrti.

1.2. Gerontologija, gerijatrija

Gerontologija je znanost koja istražuje promjene u tijelu tijekom normalnog procesa starenja i bavi se fizičkim, psihološkim i društvenim karakteristikama starijih osoba. Riječ je nastala od grčkih riječi geron (starac) i logos (znanost) [7].

Gerijatrija je interdisciplinarna medicinska znanost koja proučava stanja bolesti, prevenciju i liječenje starijih osoba. Riječ se sastoji od grčkih riječi: geron = starac, iatreia = lijek [7].

U nekim regijama svijeta gerontologija je posebna disciplina, dok je gerijatrija zasebna disciplina, kao na primjer u Sjedinjenim Državama, premda su tamo te dvije discipline usko povezane. U pojedinim europskim zemljama gerijatrija se smatra sastavnicom gerontologije, što je šira znanstvena disciplina. Iako u nekim zemljama poput Nizozemske gdje gerijatrijsko obrazovanje nije u skladu s trenutnim demografskim trendovima. Nacionalni plan ne pruža dovoljno detaljne ciljeve za obrazovanje studenata o skrbi za starije osobe. Gerijatrijski sadržaji koje nude medicinski fakulteti su raznoliki i nepotpuni [10].

Iako postoji više od 3000 institucija u Europskoj uniji koje se usredotočuju na istraživanje starenja, samo 250 programa u Latinskoj Americi podučava teorijsko i praktično znanje. U Meksiku je broj institucija koje nude gerontologiju i gerijatrijsko obrazovanje relativno mali. Jedna od glavnih briga je to što Meksiko nije u potpunosti spreman nositi se sa svojim starenjem stanovništva. Stoga je glavni izazov za Meksiko osposobiti praktičare, istraživače i kreatore politike kako bi se mogli baviti prioritetima starenja zemlje [11].

Od važnih povijesnih događaja za gerontologiju i gerijatriju možemo izdvojiti sljedeće događaje. Godine 1903. godine Elie Metchnikoff prvi je upotrijebio izraz gerontologija u proučavanju biologije starenja. U Kijevu 1938. godine je održana prva konferencija o starenju. Godine 1940. osnovan je Institut za gerontologiju u Europi i Sjedinjenim Državama, a 1950. godine osnovana je prva udruga gerontologa [12].

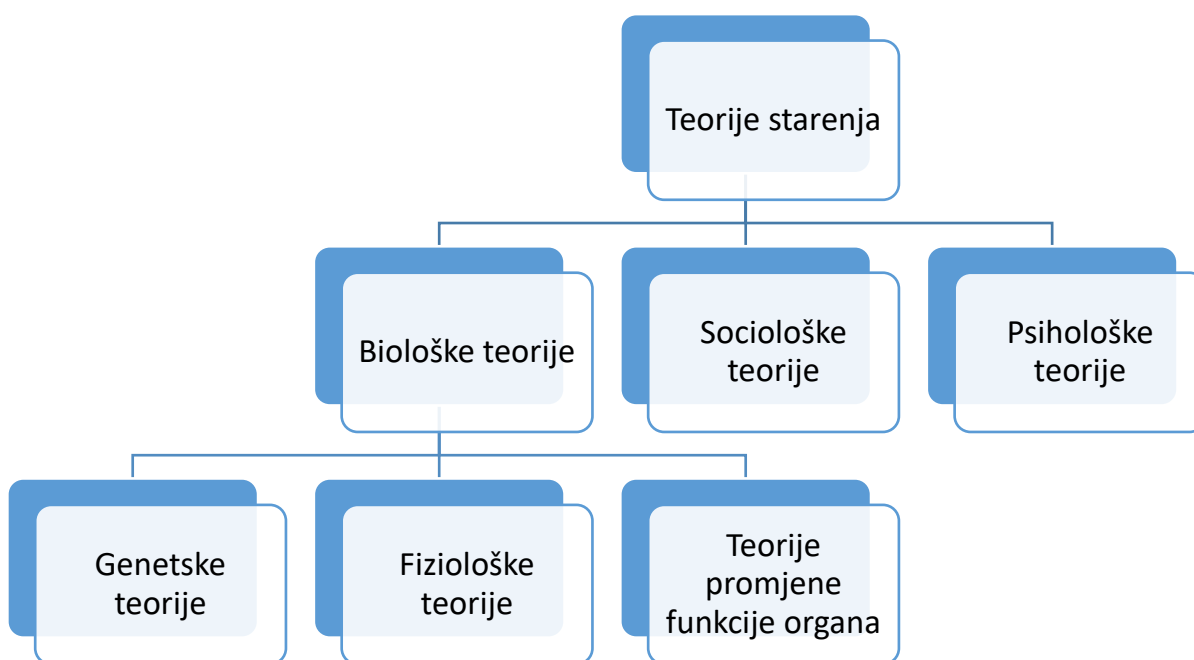
Godine 1958. objavljena je knjiga prof. dr. Franjo Kogej "Simpozij o gerontologiji". Profesorica Nada Smolić-Krković je 1974. godine u svojoj knjizi istaknula potrebu razvoja gerontologije u Hrvatskoj [12].

Godine 1984. otvorio se prvi postdiplomski studij iz gerontologije na Medicinskom i Filozofskom fakultetu u Zagrebu [13].

2. Teorije starenja

Iako nema jedinstvene teorije koja bi objasnila složenost procesa starenja, istraživači su pokušali konsolidirati i objasniti empirijske nalaze u disciplinama koje imaju starenje kao temu istraživanja.

Teorije starenja uglavnom se dijela na biološke, sociološke i psihološke teorije starenja [7].



Slika 2.1. Podjela teorija starenja

(izvor: autor, prema: Z. Duraković i suradnici: Gerijatrija Medicina starije dobi, Medicinska naklada, Zagreb, 2007.)

2.1. Biološke teorije

Biološke teorije tumače uzroke i procese starenja na nivou stanica, organa i cjelokupnog organizama. Mogu se podijeliti na skup genetskih teorija, skup fizioloških teorija i skup promjena funkcije organa [7].

2.1.1. Genetske teorije starenja

Genetska teorija dijeli se na teoriju pogreške, teoriju somatskih mutacija i teoriju programiranog starenja. Prema teoriji pogrešaka, biokemijske pogreške javljaju se u porukama koje se šalju na DNK i RNA. Što je izmjena tvari intenzivnija, veća je vjerojatnost pogreške i samim time brže starenje.

Prema teoriji somatskih mutacija, mutacije u tijelu dovode do starenja. Teorija programiranog starenja odnosi se na prisutnost specifičnih gena koji uzrokuju promjene u stanicama. Sukladno tome, postoji unaprijed određeni raspored starenja, koji se naknadno aktivira poslije reproduktivne zrelosti [7].

2.1.2. Fiziološke teorije starenja

Fiziološka teorija starenja uključuje teoriju slobodnih radikala, teoriju umrežavanja i teoriju nakupljanja otpadnih tvari. Teorija slobodnih radikala tumači proces starenja kao ishod nakupljanja slobodnih radikala. U tijelu nastaju slobodni radikali iz tvari koje se unose hranom ili iz atmosfere tijekom metaboličkih reakcija.

Teorija unakrsne povezanosti bazira se na promjenama u molekulama, uključujući one koje nose informacije: DNA i RNA. Između molekula nastaju kovalentne veze, što rezultira gubitkom molekularne funkcije i na kraju razgradnjom stanice. Teorija nakupljanja otpada temelji se na otkriću da se lipofuscin, odnosno pigment starenja, koje se tijekom procesa starenja nakuplja u tkivima i organima i time ometa staničnu funkciju [7].

2.1.3. Teorije promjene funkcije organa

Teorije o promijenjenoj funkciji organa obuhvaćaju imunološke i neuroendokrine teorije. Teorije su međusobno isprepletene. Imunološka teorija bazira se na promjenama u imunološkom sustavu koje s godinama postaju manje učinkovite [7]. Neuroendokrinološka teorija tumači starenje kao poremećaj koordinacije i kontrole unutar tijela (npr. smanjeno lučenje spolnih hormona, posebice estrogena kod žena, kreira uvjete za razvoj osteoporoze) [9].

2.2. Psihološke teorije

Psihološke teorije pojašnjavaju psihički razvoj ljudi i čimbenike koje utječu na njihov razvoj. Dijelimo ih na teoriju ljudskog života C. Bühlera, teoriju životnog ciklusa C.G Junga, razvojne zadatke prema R. Havighurstu, teoriju psihosocijalnog razvoja E. Eriksona, teoriju životnog ciklusa D. Levinsona, dijalektičke i psihosocijalne procese razvoja, te sumiranje aktivnosti i rezultata [9].

C.G. Jungova teorija životnog ciklusa uzima u obzir psihološki razvoj života osobe kroz njezin životni vijek. Model razvoja kroz život temelji se na razvojnoj misiji R. Havighursta. Tumačenje razvojnih zadataka starosti kao prihvaćanja gubitka i izgradnje zadovoljavajućih životnih uvjeta u nekim slučajevima. Prema Havighurstu, razvojni zadaci obuhvaćaju prilagodbu na smanjenje fizičke snage, umirovljenje i smanjenje prihoda, smrti supružnika, ispunjavanje društvenih i građanskih potreba, te razvijanje zadovoljavajućih životnih uvjeta [9].

Teorija psihosocijalnog razvoja E. Eriksona povećava teoriju psihoseksualnog razvoja na cijeli život, uključujući i društveno okruženje. E. Erickson je objasnio ljudski razvoj kroz osam faza. Svaki je obilježen jedinstvenim izazovima ili krizama. Učinkoviti rješavanje krize od ranih faza utječe na to kako će osoba reagirati na svaku sljedeću fazu. Pet faza razvoja se odnosi na djetinjstvo i adolescenciju, a na odraslu dob i starost tri faze. Prema Ericksonu, život i postignuća se procjenjuju u starosti, zajedno s psihosocijalnim pitanjima i problemima [9].

Prema teoriji životnog ciklusa D. Levinsona, razvoj odrasle dobi izmjenjuje se s razdobljima stabilizacije i tranzicije. Dijalektička analiza razvoja K. Riegela prati razvojni proces promjene. Sukladno ovoj teoriji, postoji konstantna interakcija s ostalim dimenzijama unutar - biološka, osobna-psihološka, kulturna-socijalna i eksterna-fizička.

Većina suvremenih psihologa vjeruje da starenje je doživljavanje novih životnih izazova i prilika [9].

2.3. Socijalne teorije

Društvena teorija uključuje makro teoriju, mikro teoriju i teoriju društvenih veza. Prema teoriji makro teoriji, starenje se tumači kao rezultat pasivne ekspaniranosti društvenim i kulturnim utjecajima. Prema mikro teoriji, starenje se tumači na nivou pojedinca, njegove pozicije u društvu i društveni status. Teorija socijalne povezanosti tumači starenje kao

povezanost društvenih struktura s pojedincima i njihovim interakcijama, što može ili naglasiti ili oslabiti društvene aktivnosti starijih odraslih osoba [9].

2.3.1. Socijalni odnosi u starenju

Prilikom procesa starenja, priroda njihovih društvenih uloga i odnosa se mijenja. Istodobno, veliku važnost ima takozvani neformalni sustavi socijalne podrške: obitelj, prijatelji, susjedi i poznanici ili način na koji te društvene mreže oslobađaju dio stresa starenja (npr. zbog smrti bliske osobe, odlaska u mirovinu, preseljenja, bolesti i slično) [7].

Brojne studije su uočile važnost neformalnih sustava socijalne podrške u životima starijih osoba. Neformalni odnosi ključni su za dobrobit i osjećaj autonomije starijih osoba. Uobičajeni mit među starijim osobama je usamljenost i odvojenost od obitelji i prijatelja. Međutim, čak i najočitije usamljene i najranjivije starije odrasle osobe često imaju neformalne društvene mreže kojima se mogu obratiti za informacije, financijsku pomoć, emocionalnu podršku ili specifične usluge [7].

Promjene u društvenim ulogama i odnosima s kojima se suočavaju starije odrasle osobe događaju se unutar obitelji, u odnosima s susjedima i prijateljima, te u rješavanju poteškoća stanovanja, rada i umirovljenja, financijskih poteškoća i planiranju slobodnog vremena [7].

Znanstveni dokazi nedavno su potvrdili svakodnevno iskustvo da su društveni čimbenici važne determinante zdravog života i dugovječnosti, te utječu na pojavu bolesti, nemoći i smrti. Društvena sredina pokazuje značajan utjecaj u djetinjstvu i starosti, tim krajnostima života. Uspoređujući grupe po društvenim klasama, razinama siromaštva i drugim društvenim karakteristikama tijekom životnog vijeka, postoje četverostruke ili više razlike u mortalitetu, morbiditetu i invalidnosti [7].

Društveni status starijih osoba predmet je značajne rasprave s teološke, filozofske, sociološke, ekonomske i pravne perspektive. Društveni status starijih nedvojbeno je uvjetovan povijesnim uvjetima, od stare vladavine plemenskih odnosa, klasičnog obožavanja iskustva i mudrosti, do starosti kao zasluženog odmora i pripreme za ulazak u drugi svijet u srednjem vijeku, te moderno doba nepriznavanja razlike među ljudima kao ni potrebu različitog stava prema prvom i drugom djetinjstvu. Iz današnje perspektive čini se da su stavovi prema starenju uvijek bili pozitivni i negativni [7].

Obitelj je glavni izvor socijalne potpore za starije osobe. Članovi uže obitelji često su primarni izvor pomoći kod bolesti, dok proširene obitelji povezuju starije sa zajednicom. Čak i

kada članovi obitelji ne žive zajedno, emocionalna veza između njih često ostaje jaka. Obitelji izravno pomažu ili pružaju socijalnu pomoć starijim članovima u slučaju starijih osoba u potrebi. Brz rast višegeneracijskih kućanstava jedan je od najvažnijih čimbenika demografske promjene koje utječu na stavove članova obitelji prema starijoj rodbini. Slika socijalno izoliranih ostarjelih roditelja uglavnom je netočna. Kao i sve druge faze obiteljskog ciklusa, dob zahtijeva određenu prilagodbu [7].

Bračni odnos ključna je podrška u životima većine starijih osoba. Značajka starijih bračnih odnosa je osamostaljšivanje i umirovljenje djece, te supružnici svaki dan provode više vremena zajedno. Kako se roditeljske i radne obveze smanjuju, tako se smanjuje i suovisnost među supružnicima. U slučaju da je partner bolestan, zdrav preuzima brigu na sebe. Razvoj zajedničkih interesa i međuovisnosti pojačava osjećaj intimnosti i zadovoljstva kod starijih osoba. Oženjeni stariji su sretniji, zdraviji i žive dulje od svojih razvedenih ili udovskih kolega iste dobi [7].

Poslije supružnika, djeca su najvažniji su izvor podrške i društvenih veza za starije osobe. Na ženskoj strani postoji trend jačanja obiteljskih veza. Pojedini roditelji u starijoj dobi žive u zajedničkom kućanstvu sa svojom djecom, pogotovo ako više nije moguće živjeti odvojeno. To se više odražava na žene, udovice, razvedene ili rastavljene roditelje nego na supružnike. Za obje generacije život u zajedničkoj obitelji zahtijeva pažljivo planiranje, suradnju i razumijevanje. Ako starije osobe imaju kronične bolesti, obično se o njima brinu djeca ili mlađi članovi obitelji. Pružanje pomoći najčešće uključuje emocionalnu podršku, financijsku potporu, pomoć u kućanskim poslovima i izvan kuće kao što su kućanski poslovi, kuhanje, namirnice, prijevoz i ostalo, te pomoći u stjecanju prava na zdravstvenu i socijalnu skrb [7].

Većina starijih osoba, sa ili bez podrške i pomoći člana obitelji, mogu računati na prijatelje ili poznanike koji se mogu obratiti u hitnim situacijama. Također, prijatelji i susjedi često mogu pružiti bržu pomoć starijim osobama od obitelji s obzirom na prostornu blizinom i učestalosti susreta. Prijatelji i susjedi igraju iznimno važnu ulogu kada djeca nisu prisutna ili ne mogu priskočiti u pomoć. Međutim, kada je potrebna duža i dublja pomoć i podrška, članovi obitelji ulažu više truda od prijatelja ili susjeda [7].

Prijateljstva puno znače starijim osobama i pomažu u razvoju pozitivnog samopoimanja. To se može pojasniti spoznajom da ljudi imaju više zajedničkog sa osobama svoje dobi, prijateljstvo pruža mnogo više ugone jer nije obavezno, a osim toga, prijateljstvo uključuje starije osobe u širu zajednicu od obiteljskih veza. Druženje je zamjena za ulogu supružnika, zaposlenika ili bake i djeda. Izgleda da su najvažniji faktori u održavanju prijateljstva reciprocitet i kvaliteta odnosa, a ne broj [7].

Kako se društvene uloge mijenjaju, mijenjaju se i starije osobe. U davna vremena, stariji ljudi su bili poštovani kao viši savjetnici i članovi plemenskih vijeća. Ljudi koji su posebno cijenjeni zbog svog vrijednog znanja i znanja Iskustvo. U brzom i dinamičnom novom društvu, gdje njihovo iskustvo brzo zastarijeva, stariji ljudi su niže cijenjeni [8].

Samoća je u porastu u suvremenom društvu (usamljeni ljudi) i sve je više potaknuta virtualnim zajednicama, iluzijama povezanim sa svjetskim događajima putem elektroničkih medija, a naizgled korisna, ali komunikacija na daljinu ne zamjenjuje osobni kontakt. Neovisnost koju moderni čovjek traži dolazi po cijenu usamljenosti, osobito u starosti. Broj starijih osoba koji borave sami u europskim zemljama gotovo se udvostručio u posljednja tri desetljeća. U Zagrebu je od 1973. do 1994. god. u uzorku ispitanika udio koji živi sam porastao je sa 7,1% na čak 18,2% [7].

Samostalan život i usamljenost nisu isti fenomen, ali oboje pokazuju slične negativne asocijacije na zdravlje. Kulturno i često organizirana podrška starijim osobama, su uglavnom obiteljski odnosi. Tradicionalno, to je funkcija žene, odnosno snahe i kćeri. Stariji ljudi češće dobivaju pomoć u ruralnim područjima, dok manji broj ljudi dobiva pomoć u gradovima Kao stručno osoblje, čini se da je sve više volontera iz humanitarnih razloga i vjerskih uvjerenja. Umor i depresija često prate pružatelje pomoći, osobito starijim osobama s mentalnim poremećajima [7].

Smrt supružnika može predstavljati veliku krizu u životima starijih osoba. Udovištvo nakon smrti muža ili žene zahtijeva veliku prilagodbu, te stvaraju velike poteškoće starijim ljudima. Te su teškoće izraženije kod starijih žena, odnosno udovica, nego kod udovaca iz sljedećih razloga:

- muškarci imaju kraći životni vijek od žena, odnosno muškarci u prosjeku umiru ranije, te je u starijoj populaciji veći postotak udovica od udovaca.
- vjerojatnije je da će se muškarci ponovno vjenčati nakon smrti svojih žena, prevladavajući krizu udovištva i usamljenosti novim brakovima. Nasuprot tome, žene uglavnom više ne ulaze u brak, žive češće same i imaju veće poteškoće s društvenom izolacijom i usamljenošću.
- iz mnogih drugih razloga, žene teže podnose udovištvo nego muškarci. Neke od njih su financijska ovisnost o mužu, više usredotočenosti na obiteljske i kućne poslove, Mogućnosti zapošljavanja smanjile su se zbog, na primjer, niže prosječne razine obrazovanja žena.

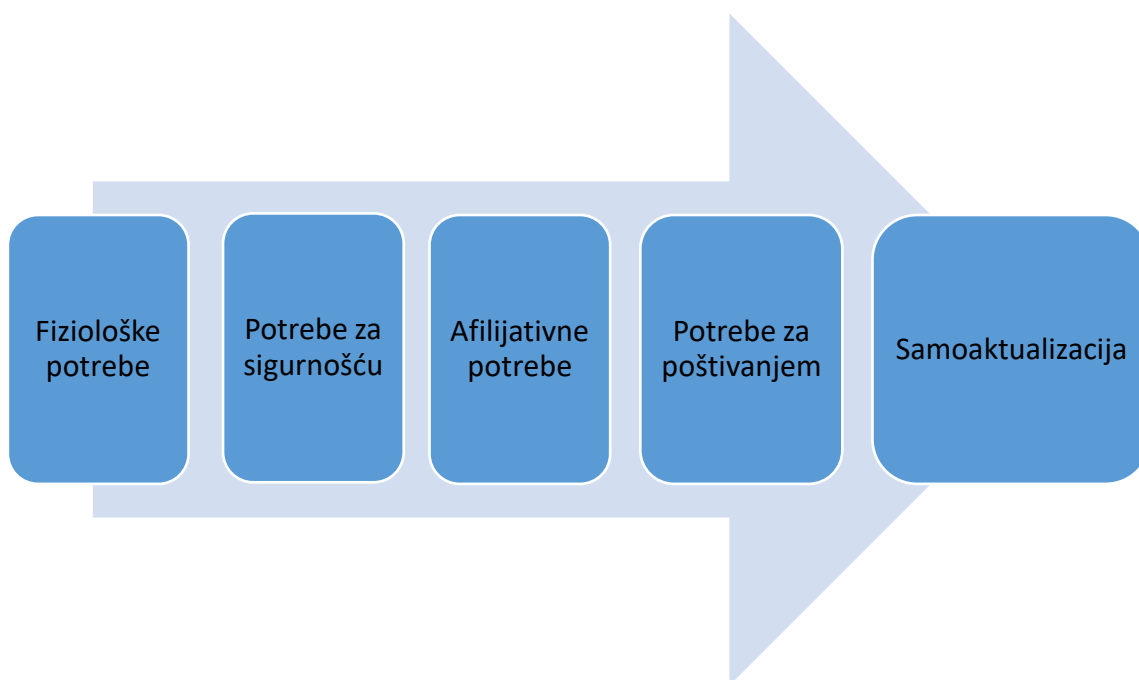
Sve to, u kombinaciji s primarnim stresom uzrokovanim smrću muža, rezultiralo je sekundarnim stresom vezan za ekonomsku nesigurnost i socijalnu izolaciju. Poznato je da se u prvim fazama tugovanja obično javljaju karakteristične poteškoće kao što su glavobolja, razdražljivost, nesanica, gubitak apetita, , bolovi u mišićima, , nedostatak zraka, osjećaj praznine u želucu, napetost, uznemirenost i slično [7].

Realna je činjenica da žene žive duže od muškaraca. U razvijenijim zemljama žene mogu živjeti sedam godina dulje od muškaraca, no u nekim zemljama, poput Rusije, razlika je još veća. Gotovo polovica svih žena od 65 i više godina u Sjedinjenim Državama su udovice [14].

3. Sestrinska skrb za starije osobe u zajednici

3.1. Koncepti sestrinske skrbi

Maslowljeva teorija motivacije proizlazi iz razvoja koncepta skrbi za starije osobe. Prema teoriji motivacije A.G. Maslowa, životne potrebe podijeljene su u pet kategorija; fiziološke potrebe, potrebe za sigurnošću, afilijativne potrebe, potrebe za poštovanjem, te potrebe za samoaktualizacijom [15].



Slika 3.1.1. Maslowljeva hijerarhija potreba

(izvor: autor, prema: AH. Maslow: Motivation and personality. New York: Harper & Row, 1970.)

Maslowljeva teorija naveliko se odrazila na razvoj teorije V. Henderson.

Definicija zdravstvene njege prema V. Henderson, je: „Pomoć pojedincu zdravom ili bolesnom u obavljanju aktivnosti koje doprinose zdravlju ili oporavku ili mirnoj smrti, a koje bi pojedinac obavljao samostalno kada bi imao potrebnu snagu, volju ili znanje. Pomoć treba pružiti na način koji će pridonijeti što bržem postizanju samostalnosti pojedinca „ [16].

V. Henderson definirala je osnovne ljudske potrebe, te ih je sažela u 14 kategorija; unos hrane i tekućine, disanje, eliminacija otpadnih tvari, kretanje i zauzimanje odgovarajućeg

položaja tijela, vjerske potrebe, spavanje i odmor, komunikacija, održavanje normalne temperature tijela, izbjegavanje štetnih utjecaja okoline, održavanje osobne higijene, obavljanje svrsishodnog rada, rekreacija, te učenje, zadovoljavanje znatiželje i istraživanje [16].



Slika 3.1.2. Osnovne ljudske potrebe prema V.Henderson

(izvor: autor, prema: S. Tomek-Roksandić, M. Lukić, A. Deucht, M. Županić, M. Ljubičić, D. Šimunec, et al.:

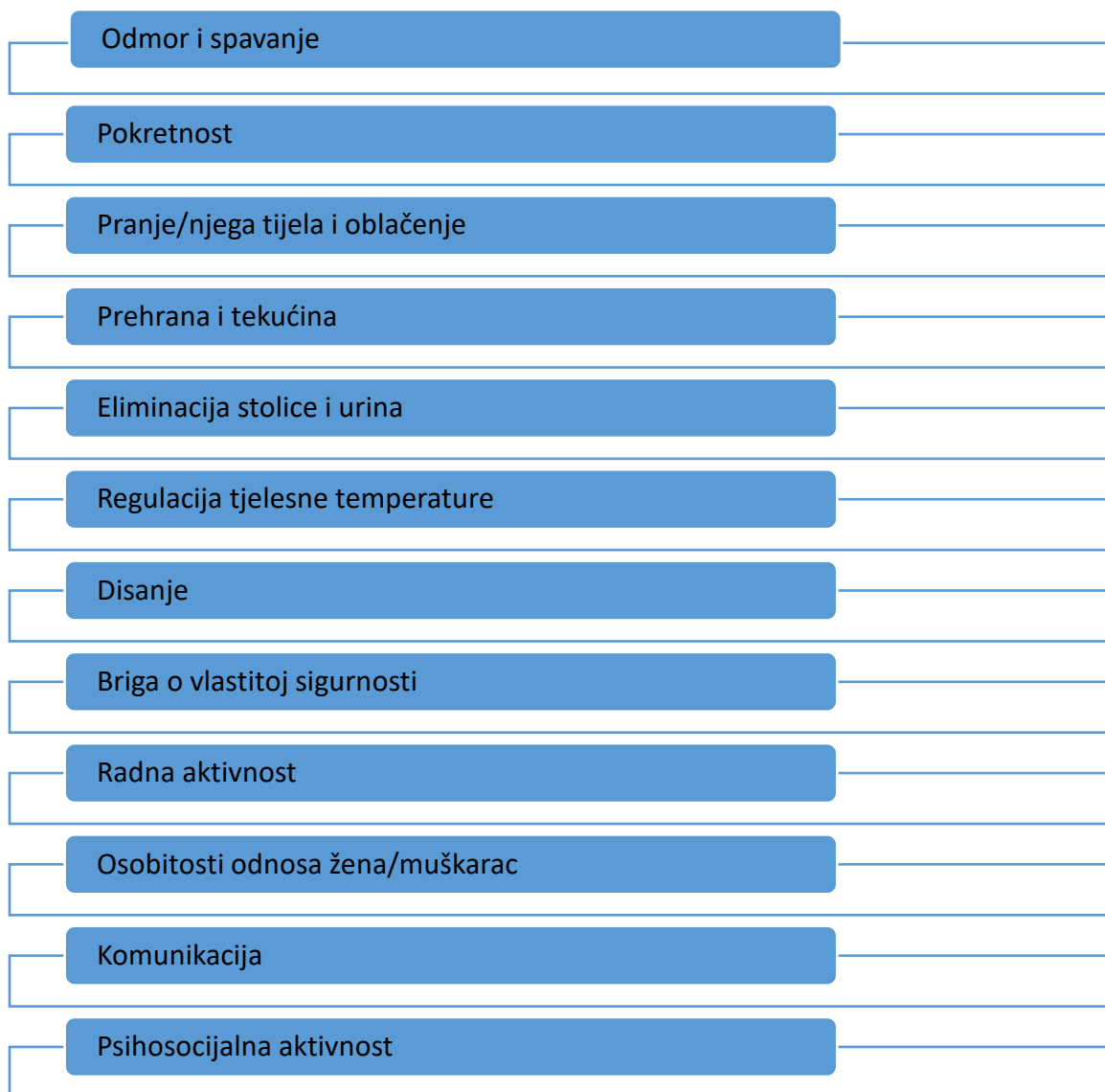
Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće / obiteljske medicine u domu za starije osobe. Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba, Zagreb, 2012.)

Roper-Juchli model bazira se na teoriji zdravstvene skrbi V. Henderson i modelima životne aktivnosti N. Roper, W. Logan i A. Tierney. Model životne aktivnosti N. Ropera, W. Logana i A. Tierneyja obuhvaća sljedeće aktivnosti: izbjegavanje štetnih utjecaja okoline, komunikaciju, disanje, unos hrane i tekućine, uklanjanje otpadnih tvari, higijenu i oblačenje, tjelovježbu, rad i rekreaciju, san i umiranje, seksualne potrebe i aktivnosti [16].

Roper-Juchli model definirale su švicarska zdravstvena znanstvenica Liliane Juchli i britanska zdravstvena znanstvenica Nancy Roper. Prema Roper-Juchlijevoj teoriji, starije osobe zauzimaju središte profesionalne aktivnosti [16].

Životne aktivnosti adaptirane su potrebama starijih osoba te njihovim biološkim, psihološkim, sociokulturnim, okolišnim i političko-ekonomskim čimbenicima. Biološki čimbenici obuhvaćaju prisutnost bolesti, anatomiju i fiziologiju, ozljede, psihološki uključujući utjecaj na emociju, spoznaju, duhovna uvjerenja i razumijevanje, sociokulturne utjecaje na pojedince, utjecaje okoline, a također i utjecaj svih tih aktivnosti na okoliš i političko - ekonomski utjecaj vlade, politike i ekonomije [16].

Prema Roper – Juchli modelu životne aktivnosti obuhvaćaju; odmor i spavanje, disanje, pokretljivost, njega tijela i oblačenje, eliminacija stolice i urina, prehrana i tekućina, regulacija tjelesne temperature, briga o vlastitoj sigurnosti, radna aktivnost, komunikaciju, psihosocijalnu aktivnost, te posebnosti u odnosu žena i muškarac. Životne aktivnosti su uzajamno povezane i utječu na zdravlje starijih osoba [16].



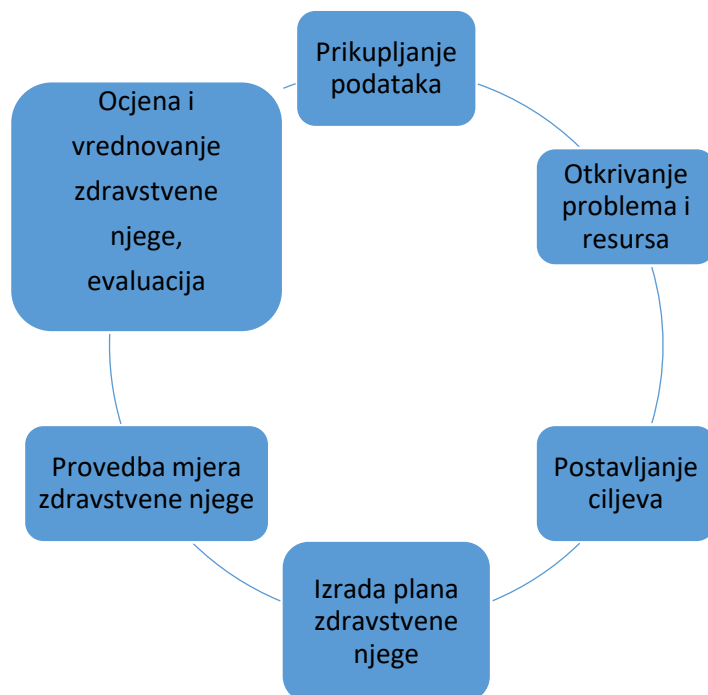
Slika 3.1.3. Model Roper – Juchli – 12 aktivnosti svakodnevnih životnih potreba

(izvor: autor, prema: S. Tomek-Roksandić, M. Lukić, A. Deucht, M. Županić, M. Ljubičić, D. Šimunec, et al.:

Četiri stupnja 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, 2012.)

Model V. Fiechter-M. Meier temelji se na znanstvenim načelima i načelima gerijatrijske zdravstvene skrbi. To znači prilagodbu individualnim potrebama starijih osoba. Organizira se u šest faza: prikupljanje podataka, otkrivanje problema i resursa, postavljanje ciljeva, planiranje skrbi/planiranje intervencije, mjere gerijatrijske zdravstvene skrbi/provedba intervencije, procjena i evaluacija učinka gerijatrijske zdravstvene skrbi i postizanje cilja [16].



Slika 3.1.4. Model V. Fiechter - M. Meier

(Izvor: autor, prema: S. Tomek-Roksandić, M. Lukić, A. Deucht, M. Županić, M. Ljubičić, D. Šimunec, et al.: Četiri stupnja 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, 2012.)

Prikupljanje podatka

Prilikom određivanja prioriteta gerijatrijskog bolesnika ili osiguranika sakupljaju se informacije o zdravstvenom stanju i potrebama bolesnika, nepovoljnim čimbenicima zdravstvenog ponašanja, te se određuje funkcionalna sposobnost starijih odraslih osoba. Procjena funkcionalne sposobnosti u starijih osoba temelji se na mobilnosti i neovisnosti [16].

POKRETNOST	SAMOSTALNOST
sasvim pokretan	sasvim samostalan
ograničeno pokretan (koristi povremena pomagala – štap ili štake ili ortopedsku klupicu)	ograničeno samostalan (prisutne sporadične psihičke poteškoće)
trajno ograničeno pokretan (trajno u invalidskim kolicima)	trajno nesamostalan (trajne psihičke poteškoće)
trajno nepokretan	nemogućnost odgovora

Tablica 3.1.1. Funkcionalna sposobnost u odnosu na pokretnost i samostalnost

(izvor: Tomek-Roksandić S, Lukić M, Deucht A, Županić M, Ljubičić M, Šimunec D, et al. (2012.) Četiri stupnja 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)

Otkrivanje problema i resursa

Procjena gerijatrijskih bolesnika i gerijatrijskih osiguranika omogućava definiranje trenutnih i mogućih problema, identificiranje dostupnih vještina, identificiranje potreba za zdravstvenom skrbi i razvrstavanje postupaka prema Kategorijskom postupniku programa četiri razine gerijatrijske zdravstvene skrbi za starije osobe. Razine obuhvaćaju:

- prva razina– minimalan nivo za stambeni dio doma,
- druga razina – minimalan nivo za stacionar u domu,
- treća razina – optimalni nivo za stacionar u domu
- četvrta razina – maksimalni nivo za stacionar u domu [16].

Postavljanje ciljeva

Ciljevi moraju biti mjerljivi, realni i izvedivi kako bi pridonijeli procjeni i evaluaciji zdravstvene skrbi. (18). Starijim ljudima treba dati priliku da preuzmu odgovornost i sudjeluju u donošenju odluka o vlastitom životu, što im podiže samopoštovanje [18].

Izrada plana mjera / intervencija zdravstvene njege

Izrađivanje plana temelji se na sposobnostima starijih osoba. Trebao bi biti kratak i precizan. Prilikom planiranja treba paziti što se planira, kada i kada će se realizirati, koja će sredstva biti potrebna i tko će što provoditi [17]. Program plana temelji zdravstvenu skrb na znanju i vještinama, integraciji standarda, autonomiji medicinskih sestara u zdravstvu, profesionalnosti i kvaliteti zdravstvene skrbi na opće zadovoljstvo starijih osoba [16].

Provedba mjera / intervencija gerijatrijske zdravstvene njege

Provođenje mjera uključuje provedbu konkretnog djelovanja koje je usmjereno na ublažavanje ili rješavanje problema radi postizanja navedenih ciljeva.

Evaluacija ocjena i vrednovanje djelovanja / učinkovitosti gerijatrijske zdravstvene njege te stupanja ostvarenih ciljeva

Procjene omogućuju procjenu učinkovitosti zdravstvene skrbi. Provodi se kroz izvješćivanje o skrbi za starije osobe. Izvješće sadrži provedene intervencije, učinkovitost provedenih intervencija, rezultate koji opisuju u kojoj mjeri su ciljevi postignuti, profesionalno zadovoljstvo, ponovne procjene (ponašanje, neovisnost, promjena situacije, odgovor i zadovoljstvo korisnika i obitelji), upravljanje skrbi o starima, te ekonomiju upravljanja [16].

3.2. Etička načela sestrinske skrbi

Etička načela za medicinske sestre postavlja Etički kodeks sestrinstva. Prvi etički kodeks Američkog udruženja medicinskih sestara datira iz 1926. godine. Temeljio se na tadašnjem kršćanskom moralu i odnosu prema sestrinstvu. U tekstu se nabrajaju osnovne moralne vrijednosti medicinskih sestara, poslušnost i odanost liječnicima te bespogovorno pridržavanje utvrđenih pravila. Godine 1940. u fokusu na sestrinstvo kao profesiju objavljeno je novo izdanje etičkog kodeksa. U tekstu su navedene dužnosti i odgovornosti medicinske sestre, odnosno odnos prema pacijentu, drugim medicinskim sestrama, poslodavcu, javnosti, drugima i samoj sebi [19].

Nakon promjena u etičkom kodeksu medicinskih sestara diljem svijeta, Hrvatska udruga medicinskih sestara (HKMS) objavila je 1995. godine Hrvatski etički kodeks medicinskih sestara. Godine 2005., kao sestrinsko regulatorno tijelo, HKMS-a, objavila je Etički kodeks, koji definira načela odnosa prema HKMS-u, načela postupanja s pacijentima, načela

odgovornosti medicinskih sestara za rad, radnje i propuste, načela brige o pacijentima, načela poštivanja zakona.

Načela odnosa prema HKMS-u preporučuje da medicinske sestre koje se bave svojim aktivnostima trebaju biti članice komore, moraju biti upisane u registar i da im se daju odobrenja za samostalni rad. Načelo poštovanja prema pacijentu sugerira da medicinske sestre trebaju poštivati pacijenta kao osobu. Načelo da su medicinske sestre odgovorne za svoj rad, postupke i propuste preporučuje da se medicinske sestre trebaju ponašati samo u skladu s profesionalnim pravilima i ne moraju biti vezane savjetima ili nalogima drugih stručnjaka. Načela skrbi o pacijentima savjetuju medicinskim sestrama da vode računa o zaštiti prava pacijenata te sigurne i kvalitetne zdravstvene skrbi. Načelo poštivanja zakona savjetuje medicinskim sestrama da poštuju zakon koji propisuje prava pacijenta i zanimanja [19].

Etička načela temelj su holističkog odnosa između sestara i korisnika, sestara i kolega i svih ostalih koji pridonose najboljoj mogućoj zaštiti [20].

Etička načela obuhvaćaju:

❖ holističko poimanje čovjeka

To je metoda u kojoj se osoba sagledava kao cjelina sa svim detaljima (tjelesnim, mentalnim, emocionalnim i duhovnim). Podrazumijeva promatranje i poštivanje sveobuhvatnog okruženja pojedinca, prvenstveno obitelji i zajednice u kojoj starija osoba živi [21].

❖ individualizirani pristup

Bazira se na činjenici da je svaka osoba jedinstvena, neponovljiva i da će osnovne potrebe zadovoljiti se na njegov način [20].

❖ poštovanje svakog pojedinca i njegove osobnosti, njegovih potreba i vrijednosti

To je jedno od temeljnih načela koje se provlači kroz cjelokupni međuljudski odnos medicinske sestre-pacijent. Poštujući ovo načelo, medicinske sestre i pacijenti razvijaju i održavaju partnerstvo tijekom cijelog procesa njege [21].

❖ načelo jednakosti i pravednosti

Načela jednakosti i pravde osiguravaju jednak pristup kvalitetnim uslugama za sve, bez obzira na spol, dob, vjeru i nacionalnost, vrstu bolesti ili invaliditeta ili bilo koje drugo obilježje [20].

❖ priznavanje i prihvaćanje prava korisnika

Prepoznati i prihvatiti pravo korisnika na informiranje i sudjelovanje u odlukama o samozbrinjavanju, posebno u odlukama koje se odnose na promicanje i zaštitu zdravlja [20].

3.3. Razvoj sestrinske skrbi

Sukladno potrebama stanovništva, uočena je potreba za poboljšanjem razine skrbi o starijim osobama, te je započeo razvoj skrbi za starije osobe. U Hrvatskoj se u zamjenu naziva gerontološka sestrinska skrbi upotrebljava naziv gerijatrijska / gerontološka zdravstvena njega [22].

Gerijatrija zdravstvena njega uključuje neovisno i profesionalno planiranje, provedbu i dokumentiranje gerijatrijske zdravstvene skrbi i provedbe medicinskih uputa. Obuhvaća skrb o starijim pacijentima i starijim osiguranicima [22].

Gerijatrijski bolesnici definirani su kao bolesnici koji su stariji od 65 godina sa specifičnim medicinskim značajkama koje vode i prate dijagnostiku u razvoju narušene funkcionalne sposobnosti vezane uz tjelesnu aktivnost i mentalnu neovisnost, te razvoj gerijatrijskog sindroma. Gerontološki osiguranici definirani su kao funkcionalno osigurani stariji 65 godina očuvanog zdravlja [22].

Ciljevi gerijatrijske / gerontološke zdravstvene skrbi su sljedeće:

- održavanje samostalnosti starijih osoba u svakodnevnim aktivnostima
- poticanje vlastite odgovornosti za osobno zdravlje [16].

Stručni Pravilnik gerijatrijske/gerontološke sestrinske skrbi izrađen je na temelju koncepta Nursing Roper-Juchli i V. Fichter-M. Maier. Propisi sadrže elemente kompetentne, individualne, dokumentirane gerijatrijske/gerontološke skrbi, s naglaskom na holistički i interdisciplinarni pristup usmjeren na gerijatrijske/gerontološke osiguranike [16].

Stručni Pravilnik gerijatrijske/gerontološke sestrinske skrbi definira standarde gerijatrijske/gerontološke sestre i kompetencije gerijatrijskih/gerontoloških medicinskih sestara [16].

Standardi gerijatrijske/gerontološke skrbi uključuju:

- preventivnu gerijatrijsku skrb, odnosno gerijatrijske preventivne mjere (dekubitusi, kontrakture, tromboza, upala pluća u niskom položaju i padovi)
- terapijsku gerijatrijsku njegu (enteralna i lokalna primjena lijekova, parenteralna primjena, njega rana, njega stome, kateterizacija, aspiracija, inhalacija i oksigenacija)
- aktivnosti potrebne za svakodnevni život
- hitna stanja (tjelesne ozljede, poremećaj svijesti, bolesti srca i cirkulacije, bolesti dišnog sustava)
- neizravnu gerijatrijsku zdravstvenu skrb (prijem, otpust ili transfer starijih bolesnika i gerijatrijska zdravstvena skrb na kraju života) [16].

Kompetencije gerijatrijske / gerontološke medicinske sestre su:

- provedbu holističkog pristupa prilikom rada sa starijim osobama
- individualni i profesionalni odnos usmjeren na pojedinca
- provedba liječničkih uputa
- praćenje sestrinske dokumentacije
- procjenu zdravstvenog stanja starijih osoba
- planiranje gerijatrijske zdravstvene skrbi
- provedba zdravstvene skrbi u terminalnoj fazi života
- provedba edukacije po modelu Roper – Juchli i modelu zdravstvene njege V. Fichter – M. Maier
- promocija zdravlja
- informiranje i usmjeravanje na pružanje prava starijih osoba u zdravstvenoj i socijalnoj zaštiti
- pružanje zdravstvene skrbi gerontološkog korisnika, savjetovanje i edukacija o zdravoj prehrani [22].

Prema Zakonu o sestrinstvu (NN 121/03), medicinske sestre su obvezne evidentirati sve obavljene postupke za svakog pacijenta na sestrijskoj listi. Kao rezultat toga, 2007. godine izrađena je dokumentacija gerijatrijske zdravstvene skrbi. U 2009. godini, sukladno članku 27. stavak 1. točka 4. Zakona o sestrinstvu (NN 121/03 i 117/08), dokumentaciju za zdravstvenu skrb starijih osoba kao standard prihvatila je Hrvatska udruga medicinskih sestara [23].

Dokumentacija poboljšava komunikaciju između medicinskih sestara i drugih zdravstvenih djelatnika, omogućujući integraciju zdravstvenih procesa gdje su spremljeni svi podaci o gerijatrijskom osiguraniku, pruža profesionalnu odgovornost, pruža legalnu zaštitu, priznaje standarde sestrijske prakse, pruža trajnu gerijatrijsku/starodobnu skrb, poboljšava kvalitetu gerijatrijske skrbi, pruža nadzor nad kontrolom troškova i omogućavanje provedbu istraživanja medicinskih sestara [16].

3.4. Organizacija sestrijske skrbi

Kako se gerontološka zdravstvena skrb razvija, zdravstvenu njegu pružaju medicinske sestre prema stupnju obrazovanja i pravnoj osposobljenosti na svim razinama zdravstvene zaštite. Budući da se aktivnosti koje unapređuju zdravlje mogu koordinirati i usmjeravati, zdravstvena skrb se prvenstveno pruža u primarnoj zdravstvenoj zaštiti [7].

Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (NN 150/08, 71/10) propisana je uloga medicinskih sestara, koja obuhvaća:

- unapređenje zdravlja i mjere za zaštitu stanovnika
- otkrivanje bolesti i mjere za sprječavanje
- postupke liječenja i rehabilitaciju bolesnika
- patronažne posjete bolesniku
- provođenje zdravstvene njege u kući bolesnika
- preventivnu zdravstvenu zaštitu rizičnih skupina, te ostalih stanovnika
- savjetovanje, zdravstveno prosvjeđivanje i promicanje zdravlja, hitnu medicinu
- palijativnu skrb [23].

S obzirom na trenutnu situaciju, organizacija zdravstvene skrbi za starije u Hrvatskoj je organizirana na način:

- skrb za starije osobe u bolničkim ustanovama
- skrb za starije osobe u vlastitom domu
- skrb za starije osobe u ustanovama trajnog boravka

3.5. Zajednica

Zajednica se definira kao društvena skupina ljudi koji su međusobno povezana, koja dijele zajedničku fizičku okolinu, zajedničke interese ili vrijednosti. Ovo okruženje je mjesto gdje ljudi žive, rade i družu se. Fizičko okruženje nije nužno isto što i geografsko okruženje, ali uglavnom ljudi na zajedničkom geografskom položaju imaju iste potrebe i probleme [20].

Sestrinstvo je profesija, te znanstveno utemeljena disciplina koja pomaže svim ljudima da postignu zdrav i produktivan život, ili da se nose s nedostacima na najbolji mogući način, koristeći pritom vještine temeljene na znanju [20].

Sestrinstvo je pomoć koja se pruža pojedincu ili grupi (obitelj/zajednica) kako bi optimalno funkcionirali na različitim razinama zdravlja. To znači da zdravstvena skrb ima funkciju prikladnu za zdravlje i bolesti, te se proteže od začeca do smrti [20].

Briga u zajednici dio je ukupne zdravstvene skrbi (zaštite) stanovnika zajednice. Fokus je na korisniku, a cilj je postići i održati zdravlje kroz holistički pristup. Svrha zdravstvene skrbi u zajednici je dati mogućnost pojedincima, obiteljima ili grupama da budu zbrinuti u vlastitom domu ili negdje drugdje gdje žive, rade, studiraju, pritom uzimajući u obzir kulturne i okolišne čimbenike i posebnosti. Osnovna djelatnost patronažnih medicinskih sestara je zdravstveni odgoj s ciljem poboljšanja i održavanja zdravlja te prevencije bolesti, invaliditeta i slabosti [20].

3.5.1. Uloga medicinske sestre u zajednici

Uloga medicinskih sestara u zajednici je slična, ali drugačija od uloge sestara u tradicionalnim bolničkim uvjetima. Skrb u zajednici usmjerena je na korisnika, a korisnici mogu biti pojedinci i/ili obitelji tamo gdje žive.

Korisnik također može biti zajednica. Medicinske sestre svima njima pomažu oko osnovnih ljudskih i životnih potreba za poboljšanje zdravlja i sprječavanje gubitaka zdravlja, te vratiti narušeno zdravlje. Medicinske sestre čine to kroz mnoge različite uloge primjenjujući različite profesionalne vještine [20].

Sestrinsku skrb u zajednici u Hrvatskoj pružaju dvije sestrinske službe, a koje se međusobno razlikuju po njihovim ciljevima i načinu rada, te ustroju i načinu djelovanja:

- služba zdravstvene njege bolesnika u kući
- patronažna služba [20].

3.5.2. Skrb za starije osobe u vlastitom domu

U cijeloj Europi, briga za starije osobe kod kuće prihvaćen je oblik skrbi za starije osobe ljudi, takozvana zdravstvena skrb za starije osobe izvan agencije [24].

Ciljevi sestrinske skrbi u vlastitom domu su:

- pružanje socijalne i emocionalne potrebe
- poboljšanje kvalitete života
- poticanje starijih osoba na što veću samostalnost u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba
- poticanje samozbrinjavanja s pomoću očuvanih sposobnosti
- pružanje konstantne i integrirane skrbi kroz prevenciju mogućih komplikacija kod kroničnih bolesti
- poboljšanje ili očuvanje kvalitete života pojedinca kroz nastavak zdravstvene njege nakon otpusta iz bolnice
- provođenje zdravstvene njege u recidivu bolesti, te u terminalnoj fazi života poštujući osobnost osobe do samog kraja [25].

Primjenjuje se kroz patronažnu djelatnost i djelatnost zdravstvene njege bolesnika u kući. Aktivnosti se razlikuju po svojim ciljevima i načinu rada, strukturi i načinu rada. Medicinske sestre pomažu u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba za poboljšanje zdravlja, sprječavanje gubitka zdravlja, održavanje zdravlja i obnavljanje narušenog zdravlja [20].

Patronažna djelatnost

Patronažna djelatnost sastavni su dio primarne zdravstvene zaštite i u nadležnosti su domova zdravlja. Patronažne medicinske sestre nadziru demografske pokazatelje. Provode kućne posjete putem kojih dobivaju korisne informacije o potrebama korisnika i kućanstava, ekonomskim prilikama i životnim prilikama u kućanstvu. Obavljaju fizikalne preglede, planiraju i ocjenjuju zdravstvenu skrb. Fizikalni pregled uključuje: procjenu disanja, procjenu termoregulacije, procjenu i promatranje izgleda kože, procjenu vježbanja, procjenu eliminacije stolice i urina, unosa hrane i tekućine, procjenu spolnosti, procjenu odmora i spavanja, procjenu komunikacijskih vještina, procjenu radne aktivnosti, testovi podrške i zaštite za starije osobe, procjenu sigurnosti i osobnih mogućih rizika i ostalo, procjenu čimbenika rizika za starenje, procjenu mogućih negativnih zdravstvenih ponašanja i psihosocijalnih aktivnosti. Osim toga,

patronažne medicinske sestre izrađuju razne priručnike, knjižice i dopise te kroz različite aktivnosti promiču zdravlje [20].

Djelatnost zdravstvene njege u kući

Potreba za brigom za bolesne, siromašne i napuštene postoji od davnina, od prapovijesnih vremena čovječanstva. Kroz povijest se može reći da je suština sestrištva briga za slabe, utemeljena na suosjećanju, ljudskosti i ljubavi. Važno je imati na umu da, pored moralnih vrijednosti koje svaki njegovatelj bezuvjetno treba imati, važno je provođenje zdravstvene skrbi utemeljene na znanstvenim studijama i najnovijim spoznajama [25].

Produženi životni vijek i sve veći broj osoba s kroničnim nezaraznim bolestima, tjelesno oštećenih i invalida, starijih i nemoćnih, ključni su faktori u planiranju i organizaciji zdravstvene zaštite danas. Kvalitetna skrb danas je jedan od najvažnijih aspekata osnovne kućne skrbi za bolesne i nemoćne [20].

Kućna njega bolesnika u Hrvatskoj provodi se kroz ustanove za zdravstvenu njegu u kući ili personalnim radom pojedinih medicinskih sestara, za što je potrebna suglasnost Ministarstva zdravstva [20].

Danas, s povećanjem životnog vijeka, promjenama u načinu života, ubrzanim tempom života, promjenama socioekonomskog statusa stanovništva, te velikim porastom kroničnih bolesti i raznih malignih bolesti, pred društvo se postavljaju visoki zahtjevi. Omogućiti cjelovitu, organiziranu, sustavnu i cjelovitu skrb za bolesne i nemoćne. Uz veliki broj pacijenata koji se nakon hospitalizacije vraćaju svojim obiteljima, ali im je i dalje potreban nastavak liječenja ili pomoć u osnovnim ljudskim potrebama, postavlja se veliko pitanje: na koji način i tko će nastaviti skrbiti o pacijentima kod kuće. Unazad gledano, tijekom vremena pokazalo se da je model stvaranja mreže zdravstvenih ustanova u kući jedan od najadekvatnijih oblika pružanja zdravstvene zaštite, koji pretpostavlja integrirani, multisektorski pristup u kojem je pacijent središnji fenomen u ciklusu izvrsnosti [25].

Pružajući zdravstvenu skrb, medicinske sestre/tehničari komuniciraju s pacijentima i njihovim obiteljima i pomažu im kada im je potrebna. U dogovoru s timom i pacijentom odlučuju kako pomoći, udovoljiti objektivnim zahtjevima, željama i potrebama te osigurati povezanost s drugim aktivnostima u zdravstvenom sustavu. Svaka medicinska sestra/tehničar koji pruža zdravstvenu skrb kod kuće imaju jasan cilj: potaknuti pacijente da budu što samostalniji u zadovoljavanju osnovnih životnih potreba te održati i poboljšati kvalitetu života [25].

4. Modeli skrbi za starije-skrb izvan ustanove

Temeljna načela skrbi o starijim osobama baziraju se na većoj samostalnosti i socijalnoj uključenosti starijih osoba, povećanju uloge obitelji u osiguravanju kvalitetnog starenja te stvaranju društvenih uvjeta koji starijim osobama omogućuju da ostvare svoj puni potencijal i žive u sigurnom, slobodnom vremenu od podcjenjivanja, iskorištavanja i zlostavljanja [7].

Oblici skrbi za starije osobe izvan institucija osmišljeni su da ojačaju sposobnost starijih osoba da se brinu za sebe i zadrže neovisnost. Također nastoji osnažiti ulogu obitelji u skrbi za starije osobe pružajući podršku kroz dobro razvijen sustav usluga, pružajući lokalnim zajednicama različite vrste pomoći. Unutar novih pristupa zdravstvenoj skrbi o starijima, uloga države, nadležnih ministarstava i lokalnih tijela državne vlasti trebala bi biti većinom koordinirajuća, a stvarna provedba skrbi prepuštena lokalnoj zajednici i planirana sukladno posebnostima koje u određenoj lokalnoj zajednici postoje. Na temelju toga, očekuje se uspostavljanje cjelovite mreže malih organizacija: privatnih, humanitarnih ili neprofitnih za starije osobe koje borave u svojim domovima pružajući razne usluge. Te usluge mogu biti one koje zadovoljavaju potrebe svakodnevnog života, kao što su dostava obroka, kupnja hrane, održavanje kućanstva, terapija i kućna njega, ili one koje zadovoljavaju neke od posebnih potreba starijih osoba, kao što su usluge radne terapije, kulturne i rekreacijske usluge, pravne, obrazovne, vjerske i socijalne usluge. Glavni cilj ovih pristupa je spriječiti prerano i morbidno starenje, stanje u kojem starije osobe više nisu sposobne živjeti izvan institucionalnog smještaja [7].

Poželjno je da država pokaže interes i preuzme navedenu brigu s financijskog stajališta jer se to više isplati nego nadoknaditi gubitak zbog nebrige. Mogućnosti financiranja već postoji u zdravstvenom osiguranju, koje se trenutno isplaćuje kada se pojavi psihički poremećaj karakteriziran bolešću. Do populacija koje to još nisu učinile moguće je doprijeti nuđenjem i organiziranjem nekih grupa za samopomoć, u početku pod visokostručnim vodstvom socijalnih radnika i psihologa, a koje su uvedene u nekim velikim gradovima, ali bi svakako trebale biti i manjim [26].

Postoji nekoliko prednosti programa skrbi za starije osobe izvan ustanove:

1. Sposobnost zadovoljiti potrebe najvećeg broja starijih osoba. U institucionalnom smještaju u Hrvatskoj živi tek oko 2% osoba starijih od 65 godina. Većina starijih osoba živi s članovima obitelji ili su sami kod kuće.
2. Javljaju se u prirodnom kućnom okruženju, prihvatljivije su i pristupačnije starijim osobama i njihovim obiteljima, te prihvaćaju veće pojedinačne razlike među starijim osobama.
3. Poticati korištenje trenutnih i razvijanje novih oblika obiteljskih i lokalnih izvora pomoći i podrške.
4. Ne trebaju im velika ulaganja jer se uglavnom temelje na volonterskom radu i podršci članova obitelji, pomoći dobrih susjeda i malim ulaganjima Privatna služba u lokalnoj zajednici.

Iz roga se može zaključiti da se prilikom uvođenjem novih modela skrbi može osigurati bolja kvaliteta života starijih osoba i njihovih obitelji [7].

4.1. Projekt „Pomoć u kući starijim osobama“

Provodi se u općinama Koprivničko-križevačke županije. Ciljana skupina su osobe starije od 65 godina koje su lošeg zdravstvenog i materijalnog stanja, ovise o pomoći drugima, žive same ili sa supružnikom u kućanstvu. Provodi se na području općina Koprivnica, Đurđevac i Križevci uz novčanu potporu Ministarstva socijalne politike i mladih, Koprivničko-križevačke županije i općina uključenih u program [27].

4.2. Klub za starije osobe

Klub za starije osobe "Mariška" je neprofitna i nevladina udruga osnovana prema Zakonu o udrugama i upisana u Registar udruga. Klub je osnovan 12.06.2002. godine. Nastoji okupiti starije stanovništvo Koprivničko-križevačke županije i osmisliti aktivnosti kako bi što bolje iskoristili svoje slobodno vrijeme i poduzeli radnje koje su usmjerene na realizaciji problema i potreba ove populacije, pritom vodeći računa o svim njihovim mogućnostima, potrebama i afinitetima [28].

5. Prikaz sestrinske skrbi u gerontologiji u Europi

Patronažna skrb u drugim zemljama slična je situaciji u Hrvatskoj. Sastavni je dio primarne zdravstvene zaštite. Engleska je primjer zemlje u kojoj se trenutno vodi mnogo rasprava o prepoznavanju vrijednosti patronažnih medicinskih sestara i postavljanju pitanja o budućnosti patronažnih medicinskih sestara. Vjeruju da je došlo vrijeme za "obnovu" brige u zajednici. Kraljičin sestrinski institut naglašava neke od problema povezanih s patronažnom službom danas: smanjene mogućnosti za napredovanje i vodstvo na temelju velikih razlika u mjestu rada i radnoj strukturi, nepriznavanje njihove profesionalne vrijednosti stručnog obrazovanja. Nadalje, vrijeme je da se prepoznaju značajne razlike između patronažnih medicinskih sestara i kliničkih medicinskih sestara, te drugih medicinskih sestara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Pacijenti koriste informacijske i zdravstvene tehnologije koje moraju biti jedinstvene za skrb u zajednici [29].

Sumirajući, možemo zaključiti da su problemi u Hrvatskoj i Engleskoj slični. Stručno obrazovanje patronažnih sestara nije priznato, a isti problemi postoje i s priznavanjem i ocjenjivanjem medicinskih sestara na drugim poslovima. Također, u hrvatskoj postoji problem nemogućnosti promoviranja patronažnih medicinskih sestara. U Hrvatskoj, informatizacija skrbi u zajednici još je u razvoju i tek je ušla u fazu pilot primjene, što zahtijeva mnogo ulaganja i rada da bi u potpunosti odigrala svoju ulogu. U Engleskoj je situacija drugačija. Naglašava važnost korištenja tehnologije u pacijentovom domu, telemedicinskog sustava. Tehnologija je dobro poznata u radu skrbi u zajednici u Engleskoj i Švedskoj. Patronažna sestra je povezana s pacijentom na način da pacijent šalje podatke patronažnoj sestri putem mobilnog telefona ili računala putem interneta. Slično, patronažne sestre mogu kontaktirati pacijente [30].

U većini europskih zemlja, zdravstvena skrb za starije osobe u zajednici je podijeljena između socijalne i zdravstvene skrbi što često rezultira lošom koordinacijom zdravstvene skrbi zbog loše komunikacije. Osim toga, postoje problemi geografske podjele i neravnomjerne raspodjele skrbi između urbanih i ruralnih područja, što rezultira dugim čekanjima i otežanim upravljanjem, što nije dobro za starije osobe [31].

Općenito, dugotrajna skrb za starije osobe uvelike varira u europskim zemljama. U skandinavskim zemljama dobro je regulirana uz potporu države i lokalne zajednice, u zapadnoeuropskim zemljama formalne socijalne politike zahtijevaju financijsko sudjelovanje korisnika, dok u južnim i istočnim zemljama dugotrajna skrb za starije osobe temelji se

prvenstveno na neformalnim i neplaćenim njegovateljima. Autori ga nazivaju "skrivenim zdravstvenim sustavom" [32].

Studija iz 2010. godine u Danskoj potvrdila je da patronažne sestre koje rade s obiteljskim liječnicima mogu pomoći u poboljšanju kvalitete skrbi za starije osobe nakon otpusta iz bolnice, čime se sprječava povratak starijih osoba u bolnicu zbog mogućeg pogoršanja njihovog zdravlja [33].

Među ostalim europskim zemljama, Danska, Finska, Norveška, Švedska i Island imaju vrlo razvijenu skrb u zajednici, gdje patronažne medicinske sestre imaju vrlo važnu ulogu u promicanju zdravlja, prevenciji bolesti i njezi bolesnika s akutnim i kroničnim bolestima kod kuće. U Finskoj patronažne medicinske sestre skrbe za stanovnike određenog zemljopisnog područja, bave se promicanjem zdravlja, prevencijom bolesti, sudjeluju u rehabilitaciji i pružaju njegu umirućim pacijentima. Island ima vrlo fleksibilan sustav skrbi u zajednici koji kombinira rad medicinske sestre u staračkom domu s njegom u domu bolesnika [34].

U Nizozemskoj je sestrinska skrb organizirana oko liječnika te medicinske sestre imaju ograničenu ulogu, a u ponudi su različiti tipovi skrbi u kući koje financira vlada uz sudjelovanje klijenta [35].

U Njemačkoj većina medicinskih sestara radi u zdravstvenim ustanovama, imaju nedefiniranu ulogu u primarnoj zaštiti i rade pod vodstvom liječnika primarne zdravstvene zaštite. Država ne pokriva punu cijenu skrbi, već korisnik sudjeluje u financiranju, ali je moguće organizirati osobnu njegu samo za jednog korisnika koji plaća trošak [36]. U Francuskoj medicinske sestre primarne zdravstvene zaštite također rade pod nadzorom liječnika koji upućuju pacijente medicinskim sestrama koje imaju ograničenu autonomiju. Slična je situacija i u Italiji. Medicinske sestre imaju ograničenu autonomiju u skrbi u zajednici zbog velikog broja privatnih liječnika. U drugim zemljama: baltičkim državama, Hrvatskoj, Poljskoj, Mađarskoj, Sloveniji, Češkoj, Slovačkoj, Sjevernoj Makedoniji, medicinske sestre rade u zajednicama na promicanju zdravlja, prevenciji bolesti, skrbi za ranjive skupine, te kronične bolesnike i starije osobe. U tim zemljama ne postoji posebno obrazovanje za poslove medicinskih sestara u zajednici osim u Poljskoj i Mađarskoj, gdje postoji obuka u obliku tečajeva [38]. Medicinske sestre s deset godina radnog iskustva u Poljskoj mogu završiti tromjesečni tečaj i potom raditi u zajednici, u Mađarskoj postoji trogodišnje školovanje za rad u zajednici, a u Austriji medicinske sestre koje žele raditi u zajednici moraju polagati tečaj socijalne-medicinske skrbi [38].

U većini europskih zemalja skrb o starima je kombinacija formalne i neformalne skrbi, koja je češća u zemljama južne i istočne Europe zbog manje dostupnosti tradicionalnog

naslijeđa i formalne skrbi [38]. Poseban naglasak stavljen je na problematiku dugotrajne skrbi u zajednici u zemljama srednje i istočne Europe, koje su donedavno bile u socijalističkim sustavima, gdje su najveći teret dugotrajne skrbi za starije osobe neformalni skrbnici, najčešće članovi obitelji. Ovo je valjan model sve dok se ne promijene društvene promjene, povećanje zaposlenosti ženskih članova obitelji (uglavnom neformalnih njegovateljica) i smanjene obiteljske strukture u višegeneracijskim kućanstvima [39].

6. Zaključak

Tijekom posljednjih nekoliko desetljeća razvijene zemlje doživjele su značajne demografske promjene. Udio starijih osoba u populaciji porastao je do te mjere da u nekim zemljama svaka peta osoba ima 65 godina ili više. Ne samo da je povećan udio starijih osoba, već se promijenila i struktura tog segmenta stanovništva. Današnje starije osobe nisu stari i bespomoćni, oni su skloni biti aktivni, samostalni, relativno zdravi, zadovoljni štićenici koji se mogu brinuti o sebi do starosti. Međutim, predrasude prema starijim osobama i stereotipi o ovoj populaciji stavljaju ih u nepovoljan položaj i u konačnici mogu dovesti do diskriminacije u svim područjima života.

Budući da većina starijih osoba živi u vlastitim domovima sami ili s članovima obitelji, trebaju pristup raznim objektima, zdravstvenoj, socijalnoj i financijskoj sigurnosti u mjestu gdje žive, a ne smještaj u institucijama. Iako je donedavno skrb za starije osobe bila koncentrirana u ustanovama za njegu starijih osoba, sve se više govori o konceptu starenja u kojima ljudi žive zbog nedovoljnog kapaciteta ovih domova i zbog veće kvalitete života starijih osoba. Ali to zahtijeva resurse zajednice koji su trenutno nedostatni da zadovolje potrebe sve većeg broja starijih osoba. Patronažne sestre svakodnevno se brinu o starijim osobama, zbog čega bi mogle biti najvažniji dio skrbi za starije osobe u zajednici, ako to već nisu. Na život starijih osoba kod kuće utječu mnogi čimbenici. Važno je razumjeti zdravlje i funkcioniranje starije osobe, bilo da živi sama ili s obitelji, dostupnost trgovina, zdravstvenih i drugih sadržaja te prometne povezanosti unutar mjesta stanovanja. Sve ove čimbenike mogu procijeniti patronažne sestre i osigurati angažiranje različitih usluga, a također povezivati različite usluge sa skrbi za starije osobe. Da bi to postigla, mora znati puno o procesima koji se događaju u starenju i kasnijem životu, kao i o potrebama starijih osoba u obitelji.

7. Literatura

- [1] S. Tomek-Roksandić, A. Budak: Zašto zaštita zdravlja starijih ljudi, Smjernice za zaštitu starijih ljudi 1999., Lovran, 1999., str. V-VII
- [2] D. Bouillet: Mogućnosti izvaninstitucionalnih oblika skrbi o starijim osobama. Revija za socijalnu politiku, br.10(3), 2003, str. 321-333
- [3] D. Kuzma: Kvaliteta života osoba treće životne dobi, Diplomski rad, Filozofski fakultet u Rijeci, Rijeka, 2016.
- [4] S. Jedvaj, A. Štambuk, S. Rusac: Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. Socijalne teme : Časopis za pitanja socijalnog rada i srodnih znanosti, br.1(1),2014, str.135-154.
- [5] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments#Older_people_.E2.80.94_population_overview
- [6] M. Havelka: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998.
- [7] Z. Duraković i suradnici: Gerijatrija Medicina starije dobi, Medicinska naklada, Zagreb, 2007.
- [8] V. Pečjak: Psihologija treće životne dobi, Naklada Prosvjeta, Zagreb, 2001.
- [9] J. Despot Lučanin: Iskustvo starenja. Jastrebarsko, Naklada Slap, 2003.
- [10] W. Tersmette, D. van Bodegom, D. van Heemst, D. Stott, R. Westendorp: Gerontology and geriatrics in Dutch medical education. Neth J Med, br. 71(6), 2013 Jul-Aug, str. 331-7.
- [11] M. Rivera-Hernandez, S. Flores Cerqueda, JC. García Ramírez: The growth of gerontology and geriatrics in Mexico: Past, present, and future. Gerontol Geriatr Educ, br. 38(1), 2017 Jan-Mar, str.
- [12] Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar", 2016.
- [13] Akademija medicinskih znanosti Hrvatske. Smjernice za zaštitu zdravlja starijih ljudi, 1999.
- [14] Mayo Clinic: O zdravom starenju, Medicinska naklada, Zagreb, 2005.
- [15] AH. Maslow: Motivation and personality. New York: Harper & Row, 1970.
- [16] S. Tomek-Roksandić, M. Lukić, A. Deucht, M. Županić, M. Ljubičić, D. Šimunec, et al.: Četiri stupnja 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, 2012.
- [17] G. Fučkar: Uvod u sestrinske dijagnoze. Zagreb, 1996.
- [18] M. Havelka: Zdravstvena psihologija, Naklada Slap, Jastrebarsko, 1998.
- [19] S. Kalauz: Etika u sestinstvu. Medicinska naklada. Zagreb, 2012.
- [20] Z. Mojsović i suradnici: Sestrinstvo u zajednici, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2005.
- [21] D. Gavranić, V. Iveta, J. Sindik: Konceptualni modeli sestinstva i načela sestinske prakse, Sestrinski glasnik. Br. 21, 2016, str.148-52
- [22] Referentni centar MZ RH za zaštitu zdravlja starijih osoba - Centar za zdravstvenu gerontologiju Nastavnog zavoda za javno zdravstvo "Dr. Andrija Štampar", GeroS. Projektna dokumentacija. Zagreb, 2015
- [23] Zakon o zdravstvenoj zaštiti, (NN 150/08, 71/10)
- [24] A. Österle: Long-term care in Central and South-Eastern Europe: Challenges and perspectives in addressing a 'new' socialrisk. Social Policy & Administration, br. 44(4), 2010, str. 461–480
- [25] V. Mrzljak: Zdravstvena njega bolesnika u kući, Udruga medicinskih sestara zdravstvene njege u kući, Zagreb, 2016.
- [26] F. Riemann, W. Kleespies, Umijeće starenja, Sazrijevanje i prepuštanje, Naklada Slap, Jastrebarsko, 2009.
- [27] <https://kckzz.hr/nastavlja-se-provođenje-programa-pomoci-u-kuci-starijim-osobama-i-dnevnog-boravka-za-starije-osobe-zupanija-u-proracunu-osigurala-11-milijun-kuna/>
- [28] <https://vck.kopriva.hr/burza-volontera/organizacije-i-udruge/?i=8>
- [29] Queen's Nursing Institut, 2020 Vision – focusing on the future of district nursing http://qni.org.uk/docs/2020_Vision_Exec_Summ.pdf
- [30] C. Nilsson, L. Skär, S. Söderberg: Swedish District Nurses' experiences on the use of information and communication technology for supporting people with serious chronic illness living at home – a case study, Scandinavian Journal of Caring Sciences, br. 24, 2010, str. 259-265.
- [31] S. Spasova, R. Beaten, S. Coster, D. Ghalani, R. Pena-Casas, B. Vanhercke. Challenges in long – term care in Europe. Brussels: European Commission, 2018.
- [32] C. Glendinning: Continuous and Long-term Care: European Perspectives. U The SAGE Handbook of Social Gerontology, ur. Dannefer, Dale i Chris Phillipson, London, UK: Sage Publications ltd, 2013, str. 552–561.

- [33] R. Reiter, B.D. Shiraz, N. Nele Van Den, C.J. Alfonso: How to become a Geriatrician in different European countries. *European Geriatric Medicine*, br. 5(5), 2014, str. 347–351.
- [34] J. Salvage, S. Heijnen: *Nursing in Europe: a resource for better health*. Copenhagen: World Health Organization, 1997.
- [35] N. Ganet, B. Wienke, D.S. Kringos, A. Bouman, A. Francke, C. Fagerström, M.G. Melchiorre, C. Greco, W. Devillé: Home care in Europe: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, br. 11, 2011, str. 207
- [36] S. Lundy, K. Janes, S. Janes: *Community Health Nursing, Caring for the Public's Health*. London: Jones and Bartlett Publishers International, 2009.
- [37] J. Salvage, S. Heijnen: *Nursing in Europe: a resource for better health*. Copenhagen, World Health Organization, 1997.
- [38] V. Hlebec, J. Mali, M. Filipovič Hrast: Community care for older people in Slovenia. *Anthropological notebooks*, br. 20(1), 2014, str. 5–20.
- [39] H. Kenichi, Z. Czepulis-Rutkowska: *Challenges in Long-term Care of the Elderly in Central and Eastern Europe*. Budapest: International Labour Organization, ILO DWT and Country Office for Central and Eastern Europe, 2016.

Popis slika

- [1] Slika 2.1. Podjela teorija starenja (izvor: autor, prema: Z. Duraković i suradnici: *Gerijatrija Medicina starije dobi, Medicinska naklada, Zagreb, 2007.*)6
- [2] Slika 3.1.1. Maslowljeva hijerarhija potreba (izvor: autor, prema: AH. Maslow: *Motivation and personality. New York: Harper & Row, 1970.*).....13
- [3] Slika 3.1.2. Osnovne ljudske potrebe prema V.Henderson (izvor: autor, prema: S. Tomek-Roksandić, M. Lukić, A. Deucht, M. Županić, M. Ljubičić, D. Šimunec, et al.: *Četiri stupnja 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, 2012.*).....14

- [4] Slika 3.1.3. Model Roper – Juchli – 12 aktivnosti svakodnevnih životnih potreba (izvor: autor, prema: S. Tomek-Roksandić, M. Lukić, A. Deucht, M. Županić, M. Ljubičić, D. Šimunec, et al.: Četiri stupnja 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, 2012.).....16
- [5] Slika 3.1.4. Model V. Fiechter - M. Meier (Izvor: autor, prema: S. Tomek-Roksandić, M. Lukić, A. Deucht, M. Županić, M. Ljubičić, D. Šimunec, et al.: Četiri stupnja 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, 2012.).....17

Popis tablica

- [1] Tablica 3.1.1. Funkcionalna sposobnost u odnosu na pokretnost i samostalnost (izvor: S. Tomek-Roksandić, M. Lukić, A. Deucht, M. Županić, M. Ljubičić, D. Šimunec, et al.: Četiri stupnja 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, 2012.).....18

Sveučilište
SjeverSVEUČILIŠTE
SJEVERIZJAVA 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, AUREJA DRAGUČIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom sestrinstva slab za stanje osobe u zajednici (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova. usporedba evropskih zemalja

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Aureja Dragučić
(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, AUREJA DRAGUČIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom sestrinstva slab za stanje osobe u zajednici (upisati naslov) čiji sam autor/ica. usporedba evropskih zemalja

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Aureja Dragučić
(vlastoručni potpis)