

Kvaliteta života osoba starije životne dobi u zajednici

Pomper, Valentina

Undergraduate thesis / Završni rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:577414>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-18**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 769/SS/2016

Kvaliteta života osoba starije životne dobi u zajednici

Valentina Pomper, 5399/601

Varaždin, rujan 2016. godine



Sveučilište Sjever

Odjel za Biomedicinske znanosti

Završni rad br. 769/SS/2016

Kvaliteta života osoba starije životne dobi u zajednici

Student

Valentina Pomper, 5399/601

Mentor

Ivana Živoder, dipl. med. techn.

Varaždin, rujan 2016. godine

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

| | | | |
|-----------------|---------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------|
| ODJEL | Odjel za biomedicinske znanosti | | |
| PROJEKAT | Valentina Pomper | NACIONALNI BROJ | 5399/501 |
| ODJEL | 29.08.2016 | POSREDOVANJE | Zdravstvena njega u zajednici |
| NASLOV RADA | Kvaliteta života osoba starije životne dobi u zajednici | | |
| NACIONALNI BROJ | Quality of life among elderly people in community | | |
| MENTOR | Ivana Živoder, dipl. med. techn. | POSREDOVANJE | predavač |

| | | |
|---------------------|---|-------------------------------------------------|
| ČLANCI PUVJERENSTVA | 1 | Vesna Sertić, dipl. med. techn., predsjednik |
| | 2 | Ivana Živoder, dipl. med. techn., mentor |
| | 3 | Melita Sajko, dipl. med. techn., član |
| | 4 | Junca Veronek, mag. med. techn., zamjenski član |
| | 5 | |

Zadatak završnog rada

| | |
|--------------|-------------|
| POSREDOVANJE | 769/55/2016 |
|--------------|-------------|

Starenje je kontinuirani proces koji smatramo fiziološkim. S godinama se događaju mnogobrojne promjene organa i organskih sustava što dovodi do progresivnog slabljenja i oštećenja njihove funkcije. No, starenje se izražava ne samo fiziološkom, psihološkom i socijalnom aspektu i navedene promjene odražavaju se i na kvalitetu života starijih osoba. S obzirom na rastući broj starijih osoba (65 godina i više) u ukupnoj populaciji Republike Hrvatske javlja se potreba za istraživanjem uvjeta i kvalitete života starijih osoba, što uključuje procjenu kvalitete života u ustanovama, za skrb o starijim osobama i procjenu kvalitete života starijih osoba koje žive u lokalnoj zajednici.

- U radu je potrebno:
- definiirati koncept kvalitete života
 - opisati teorije starenja
 - navesti dosadašnja istraživanja o kvaliteti života na području Republike Hrvatske
 - prikazati rezultate ankete o procjeni kvalitete života starijih osoba u Varaždinskoj županiji
 - usporediti podatke dobivene od osoba smještenih u domovima za starije i nemoćne i osobe koje žive u vlastitom kućanstvu s obitelji
 - ciljati korištenju literature

POSREDOVANJE

12.03.2016



Ivana Živoder

Zahvala

Zahvaljujem se svojoj mentorici Ivani Živoder, dipl. med. techn. koja mi je svoji stručnim savjetima oblikovala ideju i pomogla mi u izradi ovog završnog rada.

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

Sažetak

Starenje je proces kojeg većina ljudi smatra fiziološkim. No, starenje se događa na fiziološkom, psihološkom i socijalnom aspektu, i te se promjene odražavaju i na kvalitetu života starijih osoba. S obzirom na rastući broj starijih osoba (65 godina i više) u ukupnoj populaciji Hrvatske, kojima je potrebna bolja socijalna i zdravstvena skrb, povećava se i interes u istraživanju i mjerenju kvalitete života starijih osoba. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira kvalitetu života kao individualnu percepciju osobne pozicije u kontekstu kulture i vrijednosnog sustava u kojem pojedinci žive i u odnosu na ciljeve, očekivane vrijednosti i želje, uključujući tjelesno zdravlje, psihološko stanje, razinu samostalnosti, društvene odnose, osobna uvjerenja i slično. Kako bi dobili uvid u kvalitetu života starijih osoba, tijekom izrade rada provedeno je istraživanje.

Cilj istraživanja je bio multidimenzionalno ispitati subjektivnu kvalitetu života starijih osoba u Varaždinskoj županiji te relativnu važnost pojedinih područja života za njihovu opću kvalitetu života. Ispitivanje je provedeno na uzorku od 119 ispitanika s područja Varaždinske županije, od kojih je 57 ženskog spola i 62 muškog spola. Dob ispitanika je u rasponu od 65 do 94 godine. Pri anketiranju korišten je upitnik kvalitete života prema COMQoL-u. Analizirala se procjena zadovoljstva i važnosti pojedinih područja u životu (materijalno blagostanje, zdravlje, postignuće u životu, bliski odnosi s drugim osobama, sigurnost, pripadnost zajednici, emocionalno blagostanje i osjećaj sreće). Starije osobe, sudionici ovog ispitivanja, su ukupnu kvalitetu života prilično dobro. Najlošije je procijenjeno zadovoljstvo zdravljem, dok su najzadovoljniji osjećajem sigurnosti i emocionalnim blagostanjem. Zdravstveni djelatnici, uključujući i medicinske sestre mogu na različite načine utjecati na poboljšanje kvalitete života starijih osoba, bez obzira da li osoba boravi u domu za starije osobe ili vlastitom kućanstvu. Patronažna služba može mnogo učiniti za starije osobe u zajednici ako ih redovito prati, upućuje, kontrolira i pomaže u rješavanju njihovih poteškoća.

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

Abstract

Aging is a process that most people considered physiological. However, aging occurs at the physiological, psychological and social aspects, and these changes are reflected in the quality of life of older people. Due to the growing number of older people (65 and over) in the total Croatian population in need of better social and health care, there has been increased interest in the study and measurement of the quality of life of older people. The World Health Organization (WHO) defines quality of life as individual perception of personal positions in the context of culture and value system in which individuals live and in relation to the objectives, expected values and aspirations, including physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and similar. To get an insight into the quality of life of older people, this survey was conducted.

The aim of the research was to examine the multidimensional subjective quality of life of older people in Varazdin County and the relative importance of certain areas of life for their overall quality of life. Testing was conducted on a sample of 119 respondents in the Varazdin county, of which there were 57 females and 62 males. Age of patients ranged from 65-94 years. When interviewing The quality of life COMQoL survey was used. Assessment of satisfaction and importance of certain areas in life (material well-being, health, achievement in life, close relationships with other people, safety, community affiliation, emotional well-being and happiness) was analyzed. The elderly, the participants of this study, assess the overall quality of life pretty well. The worst estimated is health satisfaction, while they are most satisfied with sense of security and emotional well-being. Health professionals, including nurses can in different ways influence the improvement of the quality of life of older people, regardless of whether the person is staying in the home for the elderly or own household. Patronage service can do a lot for the elderly in the community if they are regularly monitored, indicating, controlling and solving their problems.

Keywords: quality of life, the elderly, homes for the elderly, community, nurse

Popis korištenih kratica

COMQoL Comperhensive Quality of Life Scale

WHO World Health Organization (Svjetska zdravstvena organizacija)

Sadržaj

| | | |
|--------|------------------------------------------------------------|----|
| 1. | Uvod | 1 |
| 2. | Koncept kvalitete života | 3 |
| 3. | Demografski podaci | 5 |
| 4. | Starost i starenje..... | 7 |
| 5. | Teorije starenja | 9 |
| 5.1. | Biološke teorije starenja..... | 9 |
| 5.2. | Sociološke teorije starenja | 9 |
| 5.3. | Psihološke teorije starenja..... | 10 |
| 5.3.1. | Teorija ljudskog života | 10 |
| 5.3.2. | Teorija životnih razdoblja | 11 |
| 5.3.3. | Razvojni zadaci | 11 |
| 5.3.4. | Teorija psihosocijalnog razvoja | 12 |
| 6. | Proces zdravstvene njege u osoba starije životne dobi..... | 14 |
| 6.1. | Sestrinske dijagnoze u osoba starije životne dobi..... | 14 |
| 7. | Patronažna skrb o osobama starije životne dobi..... | 20 |
| 8. | Cilj istraživanja..... | 21 |
| 8.1. | Problemi i hipoteze | 21 |
| 9. | Metodologija..... | 22 |
| 9.1. | Uzorak..... | 22 |
| 9.2. | Mjerni instrument..... | 22 |
| 9.3. | Postupak..... | 22 |
| 10. | Rezultati..... | 23 |
| 11. | Rasprava | 32 |
| 12. | Zaključak | 35 |
| 13. | Literatura | 37 |

1. Uvod

Povećani udio starijih osoba u ukupnoj populaciji, sa povećanim očekivanjima „dobrog života“ i zahtjeva za poboljšanom socijalnom i zdravstvenom skrbi je doveo do internacionalnog interesa u istraživanju i mjerenju kvalitete života starijih osoba. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira kvalitetu života kao individualnu percepciju osobne pozicije u kontekstu kulture i vrijednosnog sustava u kojem pojedinci žive i u odnosu na ciljeve, očekivane vrijednosti i želje, uključujući tjelesno zdravlje, psihološko stanje, razinu samostalnosti, društvene odnose, osobna uvjerenja i sl. [1] Životna je dob izvor velikih kontroverzi u proučavanju zadovoljstva životom. Prema Dieneru ne postoji odnos između zadovoljstva životom i dobi, dok prema Horleyu i suradnicima postoji negativan odnos, prema kojem su mlađi sretniji nego stari. [2]

Kvaliteta života starijih osoba, iako je povezana s tjelesnim zdravljem i funkcioniranjem, ne mora biti izravno ovisna o zdravstvenim čimbenicima. Neki stari ljudi žive kvalitetno i zadovoljni su vlastitim životom usprkos narušenom zdravlju i obrnuto. [3] Kvaliteta života starijih osoba svakako je viša u onim sredinama u kojima postoje dostupni oblici financijske, institucionalne, izvaninstitucionalne, profesionalne i volonterske pomoći. Starije osobe često su stavljene u nepovoljan položaj u pogledu društvenog utjecaja, ekonomski su slabije od mlađih ljudi, zdravstveno su ugroženije i sl. Starost je također čest uzrok siromaštva. Prema istraživanju tipične skupine koje u Hrvatskoj imaju najveći rizik od siromaštva su starije osobe, odnosno umirovljenici.

Ovo istraživanje je imalo za svrhu ispitati subjektivnu percepciju kvalitete života starijih osoba u Varaždinskoj županiji te utvrditi postoje li razlike u procjeni kvalitete života između osoba smještenih u domovima za starije i nemoćne i osoba koji žive u vlastitom kućanstvu. Istraživanje je provedeno u tri privatna doma na području Varaždinske županije te putem mjesne zajednice.

Na početku teorijskog dijela definiran je koncept kvalitete života, koji je i središnji koncept ovog istraživanja. Kvaliteta života postaje sve zanimljiviji predmet istraživanja znanstvenicima koji proučavaju starost i starenje, njome se sve više bave pojedinci i ustanove koji u praksi skrbe za starije osobe, kao i kreatori raznih politika u razvijenim zemljama. [1] U nastavku rada bit će prikazani demografski podaci koji se tiču Republike Hrvatske, definirat će se osnovni pojmovi starost i starenje, te će se navesti neke od bitnijih teorija starenja. Naposljetku je prikazan proces zdravstvene njege u osoba starije životne dobi.

Kvaliteta života starijih osoba u ovom radu bit će obrađena kroz istraživanje provedeno anketom pod nazivom „Upitnik kvalitete života COMQol-a“ na uzorku od 119 ispitanika. Anketom će se prikazati i analizirati procjena zadovoljstva i važnosti pojedinih područja u životu (materijalno blagostanje, zdravlje, postignuće u životu, bliski odnosi s drugim osobama, osjećaj sigurnost, pripadnost zajednici, emocionalno blagostanje) u starijih osoba u Varaždinskoj županiji. Kao metoda prikupljanja podataka korišten je upitnik kvalitete života COMQol-a gdje su ispitanici procjenjivali zadovoljstvo i važnost već navedenih područja na skali 1 – 5 s vremenskim okvirom od unatrag 14 dana. Primjer ankete priložen je na kraju rada (Prilog 1.).

U šestom poglavlju rada prikupljeni podatci su kategorizirani i analizirani u tri kategorije: demografski podaci, zadovoljstvo i važnost pojedinih područja u životu. Sedmo poglavlje iznosi bitne podatke dobivene statističkom obradom podataka koji se zatim uspoređuju s već provedenim istraživanjima. Osmo poglavlje rada čini zaključak koji sažima ukupne rezultate istraživanja. Zatim, u zadnjem poglavlju, slijedi pregled literature korištene za potrebe strukturiranja teorijskog i metodološkog okvira rada, kao i za interpretaciju podataka.

2. Koncept kvalitete života

Razumijevanje koncepta kvalitete života prošlo je dugu evoluciju. Tijekom povijesti definicije i mjerenja kvalitete života uvelike su se razlikovale i mijenjale. Sredinom dvadesetog stoljeća pod kvalitetom života se uglavnom podrazumijevao životni standard, a istraživanja na tu temu su bila rađena u području ekonomije. S povećanjem životnog standarda istraživanja kvalitete života usmjerila su se i na opažanje zadovoljenja osobnih i društvenih potreba, a istraživanja su pretežito bila u području sociologije. Šezdesetih godina dvadesetog stoljeća počelo se jasno razlikovati subjektivne od objektivnih pokazatelja osobne kvalitete života. Sedamdesetih godina istraživanja kvalitete života usmjerila su se na subjektivne pokazatelje kvalitete života. To je koncept kvalitete života koji se razlikuje od prijašnjih po svojoj usmjerenosti na pojedinca. S vremenom su se razvila dva različita pristupa konceptualizaciji kvalitete života: skandinavski, koji uzima u obzir objektivne indikatore kvalitete života društva kao cjeline, te američki, u okviru kojega su naglašeni subjektivni indikatori kvalitete življenja. [3]

Još uvijek ne postoji slaganje oko definicije kvalitete života, niti univerzalno prihvaćen "zlatni standard" mjerenja. Obzirom da ne postoji jedna, univerzalno prihvaćena definicija kvalitete života, ovdje će biti prikazane neke od najčešće citiranih. [3]

Svjetska zdravstvena organizacija (WHO) definira kvalitetu života kao pojedinčevu percepciju pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom te okolišnom kontekstu. Jednu od sveobuhvatnijih definicija kvalitete života iznose Felce i Perry (1993) definirajući kvalitetu života kao sveukupno, opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, uključujući osobni razvoj i svrhovitu aktivnost, a sve promatrano kroz osobni sustav vrijednosti pojedinca. Cummins (2000) kvalitetu života također definira multidimenzionalno navodeći da kvaliteta života podrazumijeva i objektivnu i subjektivnu komponentu. Subjektivna komponenta života uključuje sedam domena: materijalno blagostanje, emocionalno blagostanje, zdravlje, produktivnost, intimnost, sigurnost i zajednicu. Objektivna komponenta uključuje kulturalno relevantne mjere objektivnog blagostanja. [3]

Brajković definira objektivnu dimenziju kao mjerljive objektivne uvjete života (npr. bruto nacionalni dohodak, dostupnost raznih službi i usluga), dok se subjektivna dimenzija odnosi na osobnu procjenu zadovoljstva različitim dimenzijama kao što su zdravlje, socijalni odnosi, intimni odnosi, materijalno blagostanje i sl. Kvaliteta života pojedinca ovisi o njegovoj mogućnosti nadoknađivanja nedostataka koji ga opterećuju i korištenju prednosti koje mu se pružaju, što omogućuje postizanje ravnoteže između očekivanja i realizacije. Sve navedeno jednostavno upućuje na to da je nemoguće procijeniti kvalitetu života pojedinca na osnovu poznavanja objektivnih uvjeta u kojima živi ili objektivnih poteškoća koje ga opterećuju, kao što su starost, bolest ili briga o drugoj osobi. [2]

3. Demografski podaci

Bitan čimbenik trajanja života jest kronološka dob, koja može biti u nerazmjeru sa samim starenjem ili biološkoj dobi. Većina razvijenih zemalja dob od 65 godina uzima kao referentnu vrijednost za stariju životnu dob koju obilježavaju brojne promjene kako u samom funkcioniranju organizma tako i u socijalno - ekonomskim relacijama. [2] Zahvaljujući porastu općeg životnog standarda i unaprijeđenju zdravstvene zaštite te kao posljedica smanjenja prirodnog priraštaja, u razvijenim zemljama je došlo do produženja životnog vijeka, a time i većeg udjela starijih osoba u cjelokupnoj populaciji. Broj stanovnika starijih od 65 godina neprekidno i ubrzano raste, prvenstveno u ekonomski razvijenim zemljama, ali je ta tendencija prisutna i u zemljama u razvoju. [4] Proces ubrzanog starenja prisutan je Republici Hrvatskoj.

Prema najnovijim demografskim pokazateljima, Republika Hrvatska se ubraja među države s visokim udjelom starog stanovništva. Očekivano trajanje života za muškarce je 73,8 , a za žene 79,9 godina. [5]

U Republici Hrvatskoj, prema najnovijem popisu stanovništva iz 2011. godine, živi 4.284.889 stanovnika. Prema istom izvoru 758.633 ili 17,7% ukupnog stanovništva je starije od 65 godina, što je međunarodno prihvaćena dobna granica za ulazak u starost. U kontingentu starijeg stanovništva 462.425 je žena i 296.208 muškaraca. Starije stanovništvo, u znanstvenoj literaturi koja prati skrb o starima, se dijeli u slijedeće tri dobne skupine: mlađa (65 – 74 godine), srednja (75 – 84 godine) i stara (85 i više godina). (Tablica 3.1.) [5]

| Dob | Ukupno | Muškarci | Žene |
|------------------|---------------|-----------------|-------------|
| 65 do 74 | 414 403 | 178 276 | 236 127 |
| 75 do 84 | 283 630 | 102 455 | 181 175 |
| 85 i više | 60 600 | 15 477 | 45 123 |
| Ukupno | 758 633 | 296 208 | 462 425 |

Tablica 3.1. Udio starijeg stanovništva u Republici Hrvatskoj 2011.

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

U svijetu se sve veći značaj posvećuje bolesnim stanjima koja u starijoj životnoj dobi često dovode do funkcionalne onesposobljenosti poput kardiovaskularnih bolesti, hipertenzije, cerebrovaskularnih bolesti, diabetesa mellitusa, raka, kronične opstruktivne plućne bolesti, osteomuskularnih bolesti (osteoporoza, artritis), mentalnih poremećaja (demencija, depresija) sljepoće i vidnih poremećaja. Najučestaliji uzrok hospitalizacija i smrtnosti kod starijih osoba u Hrvatskoj su bolesti cirkulacijskog sustava i rak. [6]

4. Starost i starenje

Dva pojma koja najčešće izgovaramo skupa, a da gotovo ne primjećujemo razliku u njihovom značenju su starost i starenje. Starost je posljednje 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. Starenje je tijekom života ireverzibilno propadanje struktura i funkcija organizma, smanjenje psihofizičkih svojstava te pad prilagodbe i odgovora (reakcije i adaptacije). [7]

Starenje je proces tijekom kojega se događaju promjene u funkciji dobi. Razlikuju se tri osnovna vida starenja:

- biološko – usporavanje i opadanje u funkcijama organizma s vremenom
- psihološko – promjene u psihičkim funkcijama i prilagodbi ličnosti na starenje
- socijalno – promjene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi. [2]

Na *biološkoj razini* osoba može biti puno starija ili mlađa od svoje dobne skupine. Starenje je izrazito individualan proces koji ne zahvaća istovremeno sve organe i organske sustave, dakle nastupa kod svakog čovjeka drugačije. Biološku starost moguće je definirati kao individualnu sposobnost organizma da se adaptira na uvjete okoline, najčešće izražene izdržljivošću, jakošću, fleksibilnošću, koordinacijom i radnim kapacitetom. Niz je regresivnih promjena koje se događaju osobi na biološkoj razini u procesu starenja. Trajni gubitak velikog broja fizičkih sposobnosti, usporavanje reakcija na vanjske podražaje, smanjenje otpornosti i elastičnosti tkiva, povećanje krhkosti kostiju, itd. Takve promjene slabe otpornost i funkcionalnost organizma čime je povećana opasnost od oboljenja i ozljeda. Biološka starost prepoznatljiva je u nizu vanjskih pokazatelja: sijeda kosa, naborana i isušena koža, pogrbljeno držanje, teški i usporeni hod, itd. [7] Stare osobe najčešće obolijevaju od nekih kardiovaskularnih bolesti, karcinoma, reumatskih bolesti te nekih psihičkih bolesti (npr. depresija, anksioznost i sl.). Naročito su zastupljene kronične bolesti poput bolesti lokomotornog sustava, hipertenzije, dijabetesa, oštećenja središnjeg živčanog sustava i promjene na senzornim organima. Od posebne važnosti za staru osobu su promjene u percepciji. Dolazi do slabljenja vida, sluha, okusa i mirisa. Slušna osjetljivost važnija je od vida za osobnu integraciju i psihološku adaptaciju starijih osoba. Bez obzira na to što su okružene ljudima, starije osobe sa slabim sluhom osjećaju se često izolirane. [2]

Psihološka starost se definira s obzirom na mogućnost prilagodbe pojedinca promjenama u životnoj okolini, starenje se odnosi na proces promjena u psihičkim funkcijama kao i na tijek prilagodbe. Tijekom starenja dolazi do promjena u psihičkom funkcioniranju stare osobe. Najčešće praćene promjene u psihologiji starijih osoba odnose se na pamćenje i inteligenciju. Starije osobe često se tuže na poteškoće u pamćenju, slabo zapamćivanje novih sadržaja, zaboravljanje podataka, gubljenje predmeta i sl. [7]

Socijalna starost odnosi se na izmijenjene socijalne uloge pojedinca u društvu. Starenje je proces napuštanja dosadašnjih društvenih uloga i preuzimanje onih primjerenih dobi. Socijalna starost usko je povezana s kronološkom dobi, iako i biološka i psihološka nisu nezavisne od kronološke starosti. Društvo vrši pritisak da se osoba ponaša u skladu sa svojim godinama. Socijalna starost u kulturnom krugu kojemu i mi pripadamo je razdoblje iznad 65. godine života kad se iz radno aktivne faze prelazi u umirovljeničko razdoblje. To je zakonska norma koja se primjenjuje u najvišem broju zemalja u zapadnom, razvijenom svijetu. Kao i drugi vidovi, starost ima svoje negativne strane kako za osobu dospjelu u tu dob tako i za društvo u cjelini. Za osobu problem socijalne starosti pored ostalog znači socijalnu marginalizaciju, često osamljenost i smanjena sredstva za život, za društvo to je teret uzdržavanja starih neproduktivnih osoba, povećani izdaci, koji su nerijetko jedan od naglašenijih financijskih opterećenja državne blagajne u svim razvijenim zapadnim društvima. [7] Gubitak socijalnih uloga (prvenstveno radi odlaska u mirovinu) koje su u prvom redu djelovale na aktivnost pojedinca najčešće dovode do gubitka motivacije za bilo kakvu aktivnost. Što je socijalna motivacija bila veća, to je pojedincu teže naći sukladne motive nakon gubitka radne uloge odnosno socijalnog statusa. Iz navedenog proizlazi potreba starijih osoba da budu korisni, da ih drugi trebaju, ako ne šira socijalna okolina, onda u prvom redu vlastita obitelj, odnosno djeca. [2]

Kada govorimo o starenju nužno je razlikovati primarno i sekundarno starenje. *Primarno starenje* katkad se poistovjećuje s fiziološkim starenjem, a odnosi se na normalne, fiziološke procese koji su posljedica sazrijevanja i protoka vremena (npr. menopauza kod žena). *Sekundarno starenje* odnosi se na patološke promjene koje su posljedica vanjskih čimbenika, a uključuju bolest, okolišne utjecaje i ponašanja (npr. utjecaj buke na slabljenje sluha). [2]

Starost je posljednje razvojno razdoblje u životu osobe, a definira se prema kronološkoj dobi (npr. nakon 65. godine života), prema socijalnim ulogama ili statusu (npr. nakon umirovljenja) ili prema funkcionalnom statusu (npr. nakon određenog stupnja opadanja sposobnosti). [2]

5. Teorije starenja

Teorije starenja dijele se na biološke, sociološke i psihološke teorije starenja te će kao takve biti navedene u nastavku ovog poglavlja.

5.1. Biološke teorije starenja

Ove teorije imaju za cilj objasniti uzroke i proces starenja na razini stanica, organa i organizma kao cjeline. Niz je bioloških teorija koje objašnjavaju proces starenja, ali ni jedna od njih nije dala potpuno zadovoljavajući odgovor na pitanje zašto i kako ljudski organizam stari. Biološke teorije starenja svrstavaju se u dvije glavne skupine:

- *Programirane teorije starenja* (nazivaju se još i genetičke ili razvojne teorije). Teorija programiranoga starenja stavlja na prvo mjesto genetički programirano starenje i ističe da postoje specifični geni koji dovode do naglih promjena u stanicama, što rezultira starenjem. Prema toj teoriji starenje je programirano kao i svako drugo životno doba čovjeka.
- *Stohastičke ili slučajne teorije* pretpostavljaju da je proces starenja rezultat samog života, odnosno rezultat akumuliranih oštećenja koja uzrokuju slučajni događaji iz svakodnevnog života, a mogu biti izazvani unutarnjim i/ili vanjskim čimbenicima (npr. ozljede, bolesti i sl.). Oštećenja se zbivaju unutar stanice (npr. promjene molekula proteina, promjene u DNA i sl.). [2]

5.2. Sociološke teorije starenja

Cilj je socioloških teorija starenja objasniti promjene u odnosu pojedinca i društva, a do kojih dolazi radi procesa starenja. Navedeno se očituje u promjenama u socijalnim aktivnostima, socijalnim interakcijama i socijalnim ulogama starih osoba. Unutar socioloških teorija razlikuju se:

- *socijalne makroteorije* – promatraju starenje u svjetlu demografskih i socioloških promjena
- *socijalne mikroteorije* – objašnjavaju starenje na razini pojedinca, njegovog socijalnog statusa i uloga koje mu društvo dodjeljuje, a na temelju navedenog pojedinac određuje svoju vrijednost

- *socijalne povezujuće teorije* – nastoje povezati socijalnu strukturu s pojedincem, njihovim interakcijama koje mogu naglasiti društvenu aktivnost starijeg čovjeka ili mu je uskratiti ili mu dodijeliti uloge na temelju njegove dobi. [2]

5.3. Psihološke teorije starenja

U nastavku rada osvrnut ćemo se na neke od psiholoških teorija starenja.

5.3.1. Teorija ljudskog života

Autorica navedene teorije, Charlotte Bühler tridesetih je godina prošlog stoljeća u Beču na temelju prikupljenih biografija postavila model psihičkog razvoja kroz ljudski vijek, uspoređan biološkom tijeku života, a odvija se kroz pet osnovnih razdoblja. (Tablica 5.3.1.1. Teorija ljudskog života prema Charlotte Bühler) [2]

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

Tablica 5.3.1.1. Teorija ljudskog života prema Charlotte Bühler

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

Ova teorija bazira se na naglašavanju usporednog tijeka bioloških procesa rasta, stabilnosti i opadanja te psihosocijalnih procesa razvoja, kulminacije i sažimanja aktivnosti i postignuća. No, bitno je istaknuti da se biološki i psihički razvoj ne moraju odvijati usporedno, niti se on na jednak način odvija kod različitih pojedinaca. Nadalje, ova teorija napominje da u starosti nužno dolazi do opadanja što se kosi s novijim psihologijskim spoznajama vezanim uz proces starenja. [2]

5.3.2. Teorija životnih razdoblja

Tridesetih godina prošlog stoljeća Carl Gustav Jung predlaže teoriju psihičkog razvoja, a odnosi se na čitav životni vijek. Jung promatra psihički razvoj u razdoblju mladosti koje počinje nakon puberteta i traje do srednjih godina (35 – 40). U tom periodu osoba širi vlastite životne horizonte. Nakon 40. godine života, koje naziva „podnevom života“, dolazi do procesa individualizacije. U tom razdoblju osoba se počinje okretati sebi, postaje svjesnija sebe i traži cilj, smisao i cjelovitost vlastitog života. Osoba, rješavajući unutarnje sukobe (maskulinitet – feminitet, kreativnost – destruktivnost, mladost – starost i separacija – privrženost) otkriva smisao vlastitog postojanja i lakše prihvaća vlastitu smrtnost. [2]

5.3.3. Razvojni zadaci

Robert Havighurst, pionir socijalne gerontologije pedesetih je godina prošlog stoljeća predložio model razvoja kroz životni vijek, baziran na pojmu razvojnog zadatka. Razvojni zadatak najvažnije je postignuće u određenom periodu života, a o kojem ovisi zadovoljstvo i uspješnost u trenutnom životnom razdoblju, ali i u budućem razvojnem razdoblju. Lemme navodi Havighurstove razvojne zadatke starosti:

- prilagodba na smanjenu tjelesnu snagu
- prilagodba na umirovljenje i smanjenje prihoda
- prilagodba na smrt supružnika
- identifikacija s vlastitom dobnom skupinom
- ispunjavanje socijalnih i građanskih obveza
- uspostavljanje zadovoljavajućih uvjeta života. [2]

Glavna tema koja se provlači kroz Havighurstov popis je oslobađanje od obveza, voljno ili nevoljno smanjivanje aktivnog sudjelovanja u društvu. Umirovljenje je dio oslobađanja od obveza; opadanje snage i zdravlje čini aktivnosti težima; smrt supružnika oduzima osobi pratioca u prijašnjim aktivnostima i „isušuje“ emocionalne izvore. Oslobađanje od društvenih uloga srednje životne dobi (npr. uloga radnika) nadomješta se usvajanjem nekih novih aktivnosti i prilagođavanjem starih (npr. umirovljene osobe mogu se početi baviti nekim novim hobijima, priključiti se nekoj društveno – rekreacijskoj skupini; mogu proširiti svoju obiteljsku ulogu – npr. druženje s unucima i sl.). Pogledamo li Havighurstov popis razvojnih zadataka uočava se da na popisu nema prilagodbe na vlastitu smrt, što neupitno postaje predmet razmišljanja svake stare osobe. [2]

U usporedbi s mlađim osobama, starije osobe češće razmišljaju o smrti, ali je se manje boje. Strah je vjerojatno manji jer su stare osobe „socijalizirane“ – društvo ih je naučilo da starost vrlo brzo dovodi do smrti te se i na taj način pripremaju i očekuju je. [2]

5.3.4. Teorija psihosocijalnog razvoja

Erik Erikson, Freudov učenik, proširio je Freudovu teoriju psihosocijalnog razvoja na čitav životni vijek te je uključio kao bitan čimbenik i utjecaj socijalne okoline na razvoj. Erikson u svojoj teoriji razlikuje osam razvojnih faza. U svakoj razvojnoj fazi osoba se suočava s određenom psihosocijalnom krizom odnosno prekretnicom, izazovom, a ishod može biti pozitivan ili negativan. Erikson smatra da što je više negativnih ishoda krize prethodnog razvojnog razdoblja, to će razvoj u narednim razdobljima biti teži. No, on napominje da period razrješavanja krize nije točno određen, ovisi o pojedincu i razlikuje se od pojedinca do pojedinca. Sukladno tome, niti svako pojedino razvojno razdoblje nema strogo određeno trajanje. Prijelaz iz jednog stadija u drugi ne podrazumijeva da taj stadij više ne djeluje. Njegov je utjecaj moguć jer je on integralni dio ličnosti. Erikson smatra važnim i način ritualizacije. Pod ritualizacijom podrazumijeva obrazac ili način na koji se odvija interakcija među pojedincima određene sredine. Cilj ritualizacije je da od pojedinca učini djelotvornog i familijarnog člana pojedine društvene sredine. [2]

Pet razvojnih faza odnosi se na djetinjstvo i mladost, a tri na odraslu dob i starost.

| Stadij | Dob | Razvojna razdoblja i krize |
|--------|-----------|-----------------------------------------|
| 1 | 0 – 1 | Povjerenje nasuprot nepovjerenju |
| 2 | 1 – 3 | Autonomija nasuprot sumnji |
| 3 | 3 – 6 | Inicijativa nasuprot krivnji |
| 4 | 6 – 11 | Produktivnost nasuprot inferiornosti |
| 5 | 11 – 20 | Identitet nasuprot konfuziji identiteta |
| 6 | 20 – 40 | Intimnost nasuprot izolaciji |
| 7 | 40 – 60 | Plodnost nasuprot stagnaciji |
| 8 | 60 – smrt | Integritet nasuprot očajanju |

Tablica 5.3.4.1. Razvojne faze prema Eriku Eriksonu

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

U osmom stadiju prema Eriksonu dolazi do retrospekcije cijelog života, svih postignuća i svih promašaja kao i cjelokupnog iskustva. Erikson napominje da to nije samo retrospekcija, nego i evaluacija životnog puta. To je period početka starosti u kojem dolazi do postupnog smanjivanja, odnosno degeneriranja brojnih tjelesnih funkcija i zdravlja. U ovoj fazi dolazi i do niza psihosocijalnih pitanja i problema (npr. smanjenje novčanih sredstava, gubitak (smrt) partnera, potreba da se izbjegne samoća ili osamljenost.

Psihosocijalna kriza u ovom razdoblju proizlazi iz evaluacije vlastitog životnog puta. Takvom evaluacijom, ako je pozitivna, pojedinac zapaža da je u njegovom životu postojao red, da je on u svom životu našao svoje mjesto i da je tom životu dao određeni smisao. Iz navedenog se zaključuje da osjećaj integriteta ega proizlazi iz zadovoljstva onim što je pojedinac učinio i postigao. Kod osoba koje doživljavaju tako svoj život i svoju prošlost ne postoji strah od smrti jer su, kao što Erikson navodi, svjesni da oni i dalje žive u svojim potomcima ili u svojim djelima. Oni pojedinci koji smatraju da je njihov život bio promašaj, da nisu postigli sve ono što su htjeli ili željeli, da im život nije bio ispunjen, odnosno smatraju da su ostali nešto dužni, nemaju adekvatan integritet ega. Oni se plaše smrti, zaokupljeni su nečim iz prošlosti što kod njih izaziva neugodu. Takvi pojedinci skloni su projekciji, okrivljujući druge za vlastite promašaje i neuspjehe. U tim situacijama skloni su potisnuti sve ono što izaziva neugodu, odnosno sve ono što ih podsjeća na vlastite neuspjehe i sve ono što je štetno za integritet личности. Tako se javlja zaborav za promašaje, grijehe, neugode, a u sjećanju ostaju samo ugodni trenutci. Navedeno se zove optimizam pamćenja, što se često susreće kod starih ljudi. Tako se nerijetko čuju rečenice kako je u njihovo vrijeme sve bilo ljepše, bolje i drugačije nego danas, bolje od sadašnjosti koja je loša. [2]

6. Proces zdravstvene njege u osoba starije životne dobi

Proces zdravstvene njege starijih osoba ima iste faze kao i skrb za ostale kategorije štićenika. Medicinska sestra, voditeljica tima, najprije utvrđuje potrebe starijih osoba promatranjem, prikupljanjem podataka, provedbom intervjua, analizom podataka itd. Potom slijedi definiranje problema i utvrđivanje prioriteta. Nakon postavljanja ciljeva, planiraju se intervencije, izvedbeni program i način provjere uspješnosti. Evaluacija cilja i plana pokazat će uspješnost i potrebu za promjenom intervencija. Valja napomenuti da u procesu starenja postoje znatne individualne razlike, pa se prema tome često razlikuju potrebe, načini i stupnjevi stimulacije samopomoći ili pomoći drugih osoba, stupanj suradnje i postignuća ciljeva. [8]

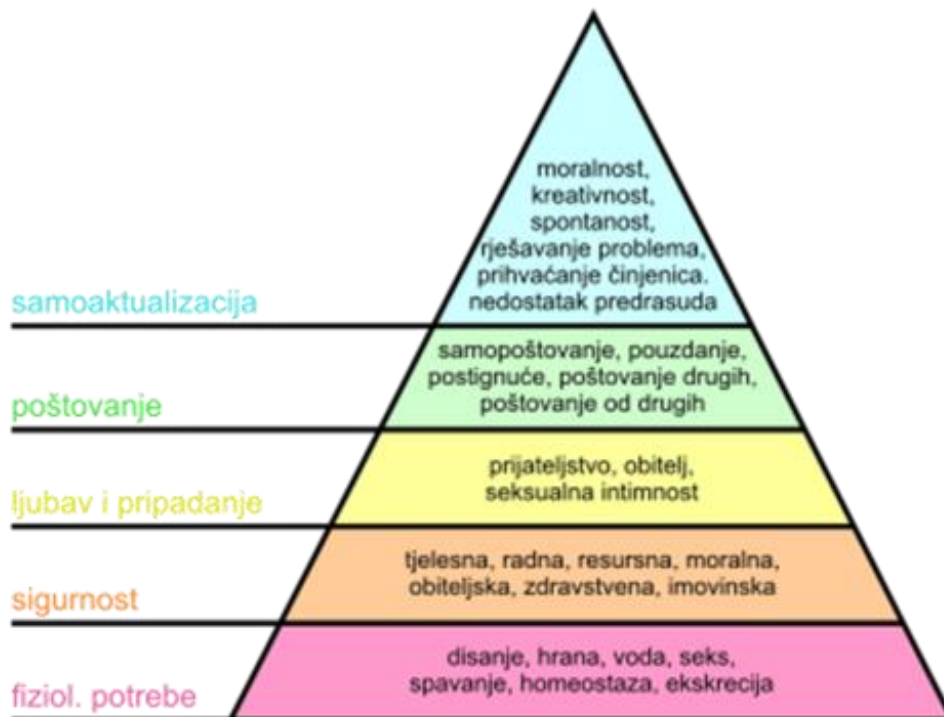
6.1. Sestrinske dijagnoze u osoba starije životne dobi

Sestrinska dijagnoza je, prema M. Gordon (1982.) aktualni ili potencijalni zdravstveni problem, koji su medicinske sestre s obzirom na njihovu edukaciju i iskustvo sposobne i ovlaštene tretirati. Razvoj sestrinskih dijagnoza potaknut je potrebom definiranja područja zdravstvene njege, kao profesionalne djelatnosti medicinskih sestara, odnosno potrebom razlikovanja medicine i zdravstvene njege. Prema bifokalnom modelu sestrinske prakse koju opisuje Carpenito, medicinske sestre, uz samostalne sestrinske intervencije koji proizlaze iz sestrinskih dijagnoza, provode i nesamostalne sestrinske postupke u suradnji s drugim profilima zdravstvenih radnika koji proizlaze iz sestrinsko – medicinskih problema. Sestrinske dijagnoze su zaključak utemeljen na znanstvenim odrednicama pacijentovih problema iz zdravstvene njege, proizašao iz kritičke analize njegovog ponašanja, naravi njegove bolesti i brojnih drugih činitelja koji utječu na njegovo stanje. (prema Fučkar, 1996.) [9]

U procesu zdravstvene njege sestrinske dijagnoze razlikuju se po načinu formuliranja, vrsti podataka na osnovu kojih se dijagnosticiraju te na planirane ciljeve i intervencije. Aktualne sestrinske dijagnoze opisuju problem koji je prisutan, za razliku od potencijalnih (visoko rizičnih) koje opisuju probleme koji nisu prisutni i koji će se razviti ukoliko izostanu mjere prevencije. Moguće ili vjerojatne sestrinske dijagnoze postavljaju se kada nema dovoljno podataka na osnovu kojih bi se sa sigurnošću može utvrditi potencijalni ili aktualni problem. Povoljne sestrinske dijagnoze koriste se u radu medicinskih sestara sa zdravom populacijom dok skupne sestrinske dijagnoze (sindromi) opisuju više sestrinskih dijagnoza koje su prisutne kod određenog stanja. [9]

Uzimajući u obzir Maslowljev piramidu ljudskih potreba, možemo navesti sljedeće sestrijske dijagnoze:

- Fiziološke potrebe
 - Visok rizik za dehidraciju
 - Visok rizik za oštećenje integriteta kože
 - Smanjeno podnošenje napora
- Sigurnosne potrebe
 - Visok rizik za pad
 - Neupućenost u bolest, terapiju
- Afilijativne potrebe
 - Poremećaj seksualnih odnosa
 - Visok rizik za socijalnu izolaciju
- Potrebe za samopoštovanjem
 - Smanjena mogućnost brige o sebi
- Samoaktualizacija
 - Poremećaj slike o sebi



Slika 6.1.1. Maslowljev piramida ljudskih potreba

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

Sestrinska dijagnoza

- Visok rizik za dehidraciju u/s smanjenim uzimanjem tekućine.

Cilj: Osoba neće biti dehidrirana.

Intervencije:

- Objasniti osobi važnost unosa propisane količine tekućine
- Podučiti osobu i obitelj rizičnim čimbenicima
- Objasniti osobi da se ne oslanja na žeđ kao pokazatelj za uzimanje tekućine.
- Odrediti dnevnu količinu tekućine i rasporediti je tijekom dana
- Poticati osobu da uzima preporučenu količinu tekućine
- Educirati obitelj da prati i potiče osobu na dovoljno uzimanje tekućine

Sestrinska dijagnoza

- Visok rizik za oštećenje integriteta kože u/s izloženosti izlučevinama

Cilj: Koža osobe neće biti oštećena.

Osoba i obitelj će znati nabrojati metode održavanja integriteta kože.

Intervencije:

- Podučiti obitelj mjerama sprječavanja nastanka oštećenja kože
- Podučiti osobu i obitelj o prvim znakovima oštećenja kože
- Provoditi higijenu
- Poticati osobu na provođenje aktivnih vježbi
- Podučiti osobu o važnosti održavanja osobne higijene
- Preporučiti losione ili kreme za njegu kože

Sestrinska dijagnoza

- Smanjeno podnošenje napora u/s bolestima krvožilnog sustava

Cilj: Osoba će obavljati svakodnevne aktivnosti bez znakova napora.

Osoba će prihvatiti pomoć drugih pri obavljanju svakodnevnih aktivnosti.

Intervencije:

- Dati informaciju osobi i obitelji o zdravstvenom stanju i riziku od smanjenog podnošenja napora

- Podučiti osobu i obitelj pravilnom načinu planiranja svakodnevnih aktivnosti koristeći jasne jednostavne upute
- Planirati s osobom svakodnevne aktivnosti i odmor
- Osigurati dovoljno vremena za izvođenje planiranih svakodnevnih aktivnosti
- Osigurati 4 – 5 minuta odmora tijekom aktivnosti
- Izbjegavati nepotreban napor
- Podučiti osobu uporabi pomagala
- Osigurati neometani odmor i spavanje.

Sestrinska dijagnoza

- Visok rizik za pad u/s bolesti sustava za kretanje

Cilj: Pacijent će se pridržavati sigurnosnih mjera za sprječavanje pada.

Intervencije:

- Uputiti osobu i obitelj u postojanje rizika za pad
- Podučiti osobu i obitelj o čimbenicima rizika, padu i mjerama prevencije
- Podučiti osobu o korištenju pomagala i rukohvata
- Provjeriti je li osoba shvatila upute
- Provjeriti pridržava li se osoba uputa
- Ponavljati upute.

Sestrinska dijagnoza

- Neupućenost u pravilnu primjenu terapije u/s nedostatkom znanja

Cilj: Osoba će verbalizirati pravilnu primjenu terapije.

Intervencije:

- Prilagoditi učenje kognitivnim sposobnostima osobe
- U edukaciju uključiti i obitelj
- Poticati osobu i obitelj da postavljaju pitanja
- Omogućiti osobi demonstriranje naučenih znanja
- Pohvaliti osobu za usvojena znanja.

Sestrinska dijagnoza

- Poremećaj seksualnih odnosa u/s kognitivnog gubitka i disfunkcionalnog ponašanja

Cilj: Osoba će zadovoljiti svoje potrebe za intimnošću.

Intervencije:

- Pružiti mogućnost za ispunjavanjem seksualnih potreba
- Ohrabrivati izražavanje intimnosti i nježnosti sa supružnikom
- Poticati seksualni odnos sa supružnikom ako postoji interes

Sestrinska dijagnoza

- Smanjena socijalna interakcija u/s kognitivnog gubitka

Cilj: Povećanje stupnja socijalizacije i zadovoljavanje potreba za intimnošću.

Intervencije:

- Poticati druženja s obitelji i prijateljima
- Koristiti dodir za održavanje kontakta s osobom
- Dodirnuti, zagrliti i pokazati osjećaje
- S osobom dijeliti osjećaje iskreno i otvoreno
- Objektivno reagirati na pacijentove negativne odgovore
- Prihvatiti osobu unatoč negativnim interakcijama
- Ograničiti broj posjetitelja na 2 ili 3 osobe u isto vrijeme
- Pacijentu omogućiti kućnog ljubimca ukoliko je moguće i prikladno.

Sestrinska dijagnoza

- Smanjena mogućnost brige o sebi (hranjenje, odijevanje, održavanje osobne higijene, eliminacija) u/s kognitivnog gubitka

Cilj: Održavanje najvišeg mogućeg stupnja samostalnosti u svakodnevnim aktivnostima.

Intervencije: Razviti strategije koje omogućavaju svakodnevno izvođenje aktivnosti:

- Osigurati prilagođena pomagala
- Održavati redoviti dnevni raspored u vrijeme koje je prikladno za pacijenta
- Održavati okolinu jednostavnom i ugodnom
- Davati jednostavne upute i podijeliti zadatke na manje dijelove

- Promatrati funkcioniranje tjelesnih sustava
- Osigurati specifičnu zaštitu u kupaonici (temperatura vode, sigurnosna pomagala)
- Poticati pacijenta na odabir (odjeće, hrane, rasporeda)
- Osigurati odgovarajuću privatnost
- Osigurati odgovarajuće mjere za obavljanje eliminacije (dostupnost kupaonice)
- Koristiti odjeću koja se lako skida
- Poticati odgovarajući unos tekućine, vlakana i provođenje aktivnosti za reguliranje eliminacije

Sestrinska dijagnoza

- Poremećaj slike o sebi u/s kognitivnog gubitka

Cilj: Osoba će se prilagoditi promjenama vezane za kognitivni deficit.

Intervencije:

- Poticati osobu da verbalizira svoje osjećaje
- Pružiti psihosocijalnu podršku
- Provoditi edukaciju osobe i obitelji
- Poticati na samostalno obavljanje aktivnosti.

7. Patronažna skrb o osobama starije životne dobi

Patronažna zdravstvena zaštita sastavni je dio primarne zdravstvene zaštite i u nadležnosti je domova zdravlja. Troškove usluga patronažne zaštite u cijelosti pokriva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, odnosno svi sudionici imaju pravo na besplatno korištenje usluga patronažne zdravstvene zaštite.

Cilj patronažne zdravstvene zaštite je pružiti zdravstvenu zaštitu korisnicima izvan zdravstvenih ustanova (u domovima korisnika), poticati ih na očuvanje i unaprijeđenje vlastitog zdravlja, osobito u posebnim stanjima i okolnostima kao što su kronične bolesti, invaliditet, starost ili loša socijalna (materijalna) situacija. Rad patronažne medicinske sestre sa starijim osobama u zajednici uključuje: utvrđivanje potreba za zdravstvenom njegom starijih osoba u kući, planiranje zdravstvene njege, provođenje zdravstvene njege i evaluaciju. Patronažna sestrinska skrb za osobe starije životne dobi usmjerena je prema dvije glavne grupe rješavanja postavljenih zadataka: promicanje i očuvanje zdravlja i sprječavanje bolesti kod starijih i nemoćnih osoba te prepoznavanje, pravodobno otkrivanje i skrb za bolesne i nemoćne osobe koja se provodi tamo gdje ljudi žive, a to je najčešće u njihovim domovima. Patronažna sestra je često prva u prilici da primijeti koje potrebe za pomoći neka osoba ima. Najvažnija uloga koju medicinska sestra u zajednici ima je zdravstvena edukacija osoba u lokalnoj zajednici. Zdravstvena njegu starijih osoba provodi kroz individualan ili grupni rad u svrhu zdravog aktivnog starenja i očuvanja funkcionalne sposobnosti, što uključuje:

- Zdravstveno prosvjeđivanje oboljele osobe i članova njezine obitelji
- Edukacija o mjerama liječenja i njezi
- Kontrola primjene propisanih terapijskih postupaka (pravilno uzimanje propisanih lijekova, pridržavanje režima prehrane)
- Edukacija o načinima i potrebi praćenja vlastitog zdravstvenog stanja (mjerjenje krvnog tlaka, šećera u krvi)
- Procjena potrebe za uslugom zdravstvene njege u kući te drugi oblika potpore (materijalna pomoć)
- Savjetovanje o pravima na određene oblike pomoći (ortopedska pomagala, pribor za njegu)
- Pomoć u uspostavljanju komunikacije između bolesnika i izvan zdravstvenih službi i organizacija (klubovi, udruge, dnevni boravak).

8. Cilj istraživanja

Cilj istraživanja je bio ispitati subjektivnu kvalitetu života starijih osoba u Varaždinskoj županiji te relativnu važnost pojedinih područja života za njihovu opću kvalitetu života.

8.1. Problemi i hipoteze

S obzirom na postavljeni cilj, formulirani su sljedeći problemi:

Problem 1: Ispitati razlikuje li se procjena kvalitete života starijih osoba u Varaždinskoj županiji s dosad provedenim istraživanjima o kvaliteti života starijih osoba na području Republike Hrvatske.

Hipoteza 1 Kvaliteta života starijih osoba u Varaždinskoj županiji ne razlikuje se od kvalitete života u drugim dijelovima Republike Hrvatske u usporedbi s drugim provedenim istraživanjima.

Problem 2: Ispitati postoje li razlike u procjeni kvalitete života u institucionalnim ustanovama za skrb starijih osoba i osoba smještenih u vlastitom kućanstvu.

Hipoteza 2 Osobe koje žive u vlastitom kućanstvu procjenjuju svoju kvalitetu života bolje u odnosu na to kako kvalitetu života procjenjuju osobe u institucionaliziranim ustanovama.

9. Metodologija

9.1. Uzorak

U istraživanju sudjelovalo je 119 ispitanika u dobi 65 – 94 godine (prosječna dob 74,5 godina), od toga 54 ispitanika smještenih u tri privatna doma za starije i nemoćne i 65 ispitanika smještenih u vlastitom kućanstvu. Podaci su prikupljeni putem mjesne zajednice, ustanova za zdravstvenu njegu u kući, te su posjećeni domovi za starije i nemoćne. Iz uzorka su izuzete starije osobe s demencijom, nepokretne ili teže pokretne osobe, osobe oboljele od psihičkih bolesti te osobe s težim kroničnim bolestima.

9.2. Mjerni instrument

U svrhu ovog istraživanja korišten je modificirani upitnik kvalitete života prema COMQol-u (Comprehensive Quality of Life Scale). Upitnik se sastoji od demografskih podataka (dob, spol, stručna sprema) te sedam područja života za subjektivnu procjenu kvalitete života (materijalno blagostanje, zdravlje, postignuće u životu, bliski odnosi s drugim osobama, sigurnost, pripadnost zajednici, emocionalno blagostanje i osjećaj sreće). Odgovori za svaku česticu daju se na skali Likertovog tipa od 1 do 5, gdje 1 označava potpuno nezadovoljstvo, odnosno potpuno nevažno, a 5 znači: „u potpunosti zadovoljan/a“, odnosno „najvažnije“. U upitniku se postavlja vremenski okvir od unatrag 14 dana unutar kojeg sudionik procjenjuje kvalitetu života. (Prilog 1.)

9.3. Postupak

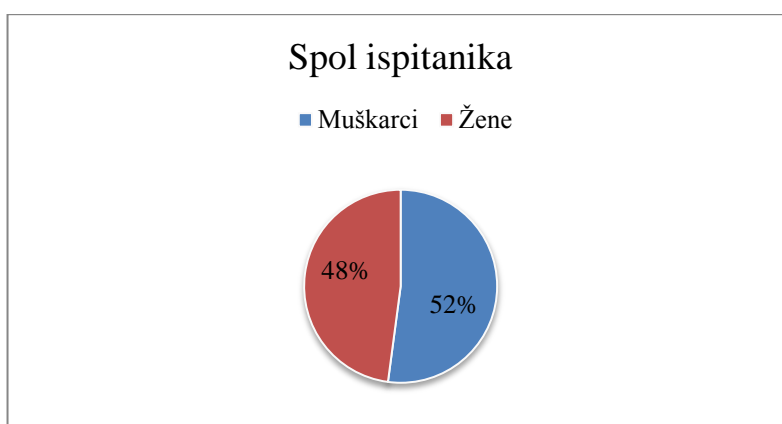
Sudionici su informirani o cilju istraživanja te su dobrovoljno pristali na sudjelovanje u njemu. Svi sudionici su samostalno ispunjavali upitnik. Sudionici smješteni u domovima za starije i nemoćne pristupili su grupnom popunjavanju upitnika, dok je ostali dio uzorka upitnika ispunjavao individualno. Vrijeme potrebno za popunjavanje upitnika kretalo se oko 8 – 13 minuta. Uputa za ispunjavanje nalazila se na početku samog upitnika. Intervencije je provodila autorica završnog rada u slučaju da treba dodatno pojasniti poneko pitanje i riješiti nejasnoće. Istraživanje je provedeno tijekom polovice srpnja i kolovoza 2016. godine. Ispitanicima je objašnjeno da će dobiveni podaci biti povjerljivi i koristiti će se isključivo za potrebe izrade završnog rada.

10. Rezultati

Podaci dobiveni anketom pod nazivom „Upitnik kvalitete života COMQol-a“ bit će prikazani tablično i grafički u nastavku rada.

Spol ispitanika

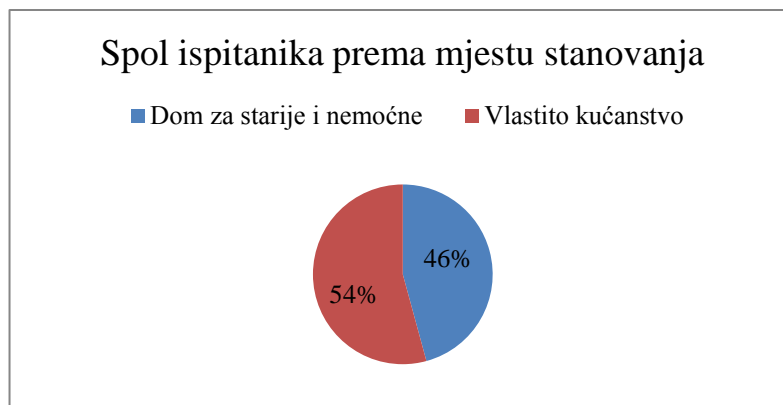
Od ukupno 119 ispitanika u ispitivanom uzorku bilo je 62 (52%) muškaraca i 57 (48%) žena. (Graf 10.1.)



Graf 10.1. Prikaz spola ispitanika

(Izvor: autor)

Od ukupno 119 ispitanika, 54 ispitanika je smješteno u domovima za starije i nemoćne osobe, dok 64 ispitanika živi u vlastitom kućanstvu. (Graf 10.2.)



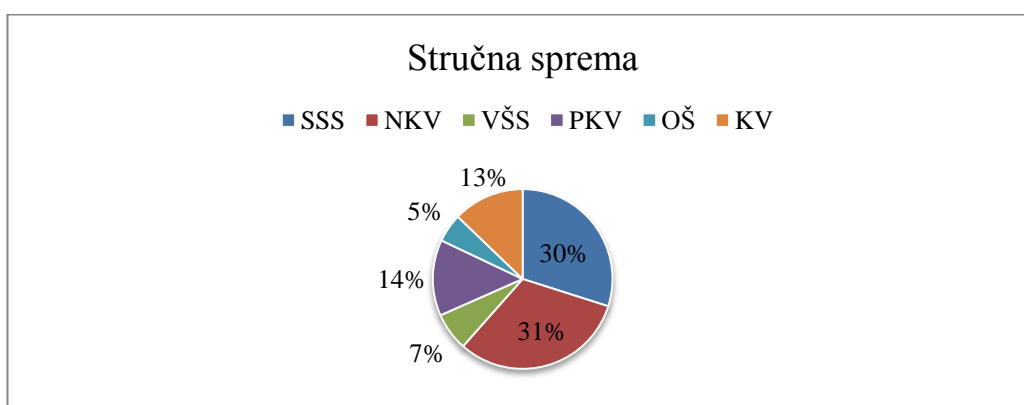
*Graf 10.2. Prikaz spola ispitanika prema mjestu stanovanja
(Izvor: autor)*

Dob ispitanika

Prosječna životna dob iznosila je 74,5 godina. Najmlađi ispitanik imao je 65 godina, dok je najstariji imao 94 godine. Prosječna dob starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu iznosi 75 godina, dok prosječna dob starijih osoba koji žive u domovima za starije i nemoćne osobe iznosi 74 godine.

Stručna sprema

31% ispitanika ima NKV status, 30% ispitanika ima završenu osnovnu školu, 14% ispitanika ima PKV status, dok ih 13% ima KV status, 5% ima završenu srednju školu i 7% ima višu stručnu spremu. (Graf 10.3.)



*Graf 10.3. Prikaz stručne spreme ispitanika
(Izvor: autor)*

1,85% ispitanika u domu za starije i nemoćne ima završenu osnovnu školu i KV status, 51,85% ima NKV status, 16,67% ima PKV status, 22,22% ima srednju stručnu spremu i 5,56% ima višu stručnu spremu. 7,69% ispitanika u vlastitom kućanstvu ima završenu osnovnu školu, 13,85% ima NKV status, 10,77% ima PKV status, 21,54% ima KV status, 35,38% ima srednju stručnu spremu i 10,77% ima višu stručnu spremu. (Tablica 10.1.)

| Stručna sprema | Vlastito kućanstvo | | Dom za starije i nemoćne | |
|----------------|--------------------|--------|--------------------------|--------|
| | n | % | n | % |
| OŠ | 5 | 7,69% | 1 | 1,85% |
| NKV | 9 | 13,85% | 28 | 51,85% |
| PKV | 7 | 10,77% | 9 | 16,67% |
| KV | 14 | 21,54% | 1 | 1,85% |
| SSS | 23 | 35,38% | 12 | 22,22% |
| VŠS | 3 | 10,77% | 2 | 5,56% |

*Tablica 10.1. Prikaz stručne spreme ispitanika prema mjestu stanovanja
(Izvor: autor)*

Procjena zadovoljstva pojedinih područja

Ispitanicima je ponuđeno da prema svojem mišljenju i osjećajima procjene zadovoljstvo pojedinim područjima (materijalno blagostanje, zdravlje, postignuće u životu, bliski odnosi s drugim osobama, osjećaj sigurnosti, pripadnost zajednici, emocionalno blagostanje) unatrag 14 dana od popunjavanja upitnika. Odgovori su ponuđeni brojevima 1 – 5 pri čemu:

- 1 označava „u potpunosti sam nezadovoljan/a“
- 2 označava „djelomično sam nezadovoljan/a“
- 3 označava „nisam ni zadovoljan/a ni nezadovoljan/a“
- 4 označava „djelomično sam zadovoljan/a“
- 5 označava „u potpunosti sam zadovoljan/a“.

Materijalno blagostanje

14% ispitanika procijenilo je zadovoljstvo materijalnim blagostanjem ocjenom 5, 33% ispitanika ocjenom 4, 47% ocjenom 3 te 6% ispitanika ocjenom 2.

Zdravlje

18% ispitanika procijenilo je zadovoljstvo zdravljem ocjenom 5, 30% ispitanika ocjenom 4, 26% ocjenom 3, 20% ocjenom 2, te 5% ispitanika ocjenom 1.

Postignuće u životu

14% ispitanika procijenilo je zadovoljstvo postignućem u životu ocjenom 5, 39% ispitanika ocjenom 4, 34% ocjenom 3, 8% ocjenom 2, te 3% ispitanika ocjenom 1.

Bliski odnosi s drugim ljudima

18% ispitanika procijenilo je zadovoljstvo bliskim odnosima s drugim osobama ocjenom 5, 51% ispitanika ocjenom 4, 22% ocjenom 3, 5% ocjenom 2, te 3% ispitanika ocjenom 1.

Osjećaj sigurnosti

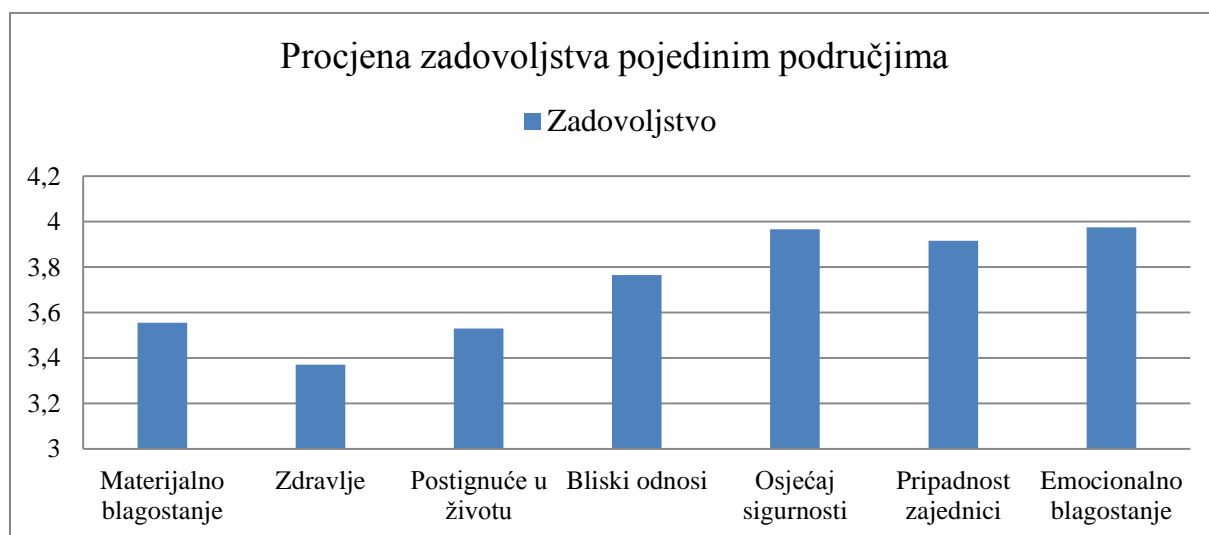
24% ispitanika procijenilo je zadovoljstvo osjećajem sigurnosti ocjenom 5, 52% ispitanika ocjenom 4, 22% ocjenom 3, te 3% ispitanika ocjenom 2.

Pripadnost zajednici

23% ispitanika procijenilo je zadovoljstvo pripadnosti zajednici ocjenom 5, 50% ispitanika ocjenom 4, 23% ocjenom 3 te 4% ispitanika ocjenom 2.

Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće

23% ispitanika procijenilo je zadovoljstvo emocionalnim blagostanjem ocjenom 5, 53% ispitanika ocjenom 4, 22% ocjenom 3 te 2% ispitanika ocjenom 2. (Graf 10.4.)



Graf 10.4. Prikaz procjene zadovoljstva pojedinim područjima

(Izvor: autor)

Procjena zadovoljstva pojedinih područja u životu prema mjestu stanovanja

Materijalno blagostanje

13% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu zadovoljstvo materijalnim blagostanjem procjenjuju ocjenom 5, 30% ocjenom 4, 52% ocjenom 3 i 5% ocjenom 2, dok 17% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju zadovoljstvo materijalnim blagostanjem ocjenom 5, 33% ocjenom 4, 43% ocjenom 3 i 7% ocjenom 2.

Zdravlje

11% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu zadovoljstvo zdravljem procjenjuju ocjenom 5, 27% ocjenom 4, 24% ocjenom 3, 32% ocjenom 2 i 6% ocjenom 1, dok 26% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju zadovoljstvo zdravljem ocjenom 5, 35% ocjenom 4, 28% ocjenom 3, 7% ocjenom 2 i 4% ocjenom 1.

Postignuće u životu

13% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu zadovoljstvo postignućem u životu procjenjuju ocjenom 5, 30% ocjenom 4, 38% ocjenom 3, 16% ocjenom 2, 3% ocjenom 1, dok 17% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju zadovoljstvo postignućem u životu ocjenom 5, 48% ocjenom 4, 31% ocjenom 3, 4% ocjenom 1.

Bliski odnosi s drugim ljudima

19% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu zadovoljstvo bliskim odnosima s drugim osobama procjenjuju ocjenom 5, 48% ocjenom 4, 24% ocjenom 3, 6% ocjenom 2 i 3% ocjenom 1, dok 17% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju zadovoljstvo bliskim odnosima ocjenom 5, 57% ocjenom 4, 19% ocjenom 3, 4% ocjenom 2 i 4% ocjenom 1.

Osjećaj sigurnosti

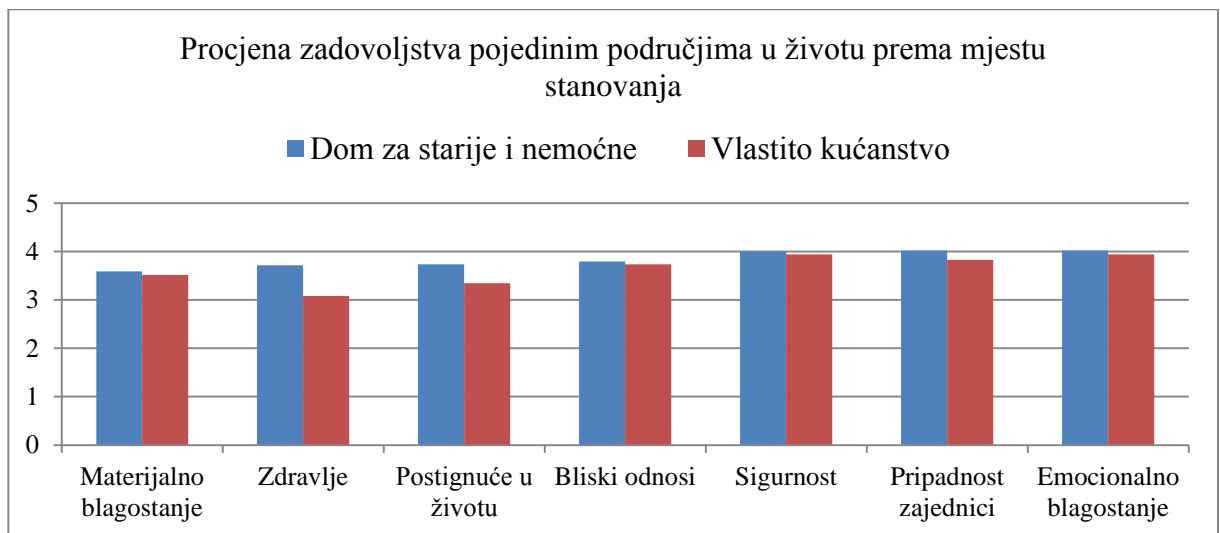
24% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu zadovoljstvo osjećajem sigurnosti procjenjuju ocjenom 5, 48% ocjenom 4, 25% ocjenom 3 te 3% ocjenom 2, dok 22% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju zadovoljstvo osjećajem sigurnosti procjenjuju ocjenom 5, 57% ocjenom 4, 19% ocjenom 3 i 2% ocjenom 2.

Pripadnost zajednici

22% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu zadovoljstvo pripadnošću zajednici procjenjuju ocjenom 5, 44% ocjenom 4, 25% ocjenom 3 te 8% ocjenom 2, dok 23% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju zadovoljstvo pripadnošću zajednici ocjenom 5, 57% ocjenom 4 i 20% ocjenom 3.

Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće

24% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu zadovoljstvo emocionalnim blagostanjem procjenjuju ocjenom 5, 49% ocjenom 4, 24% ocjenom 3, 3% ocjenom 2, dok 20% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju zadovoljstvo emocionalnim blagostanjem ocjenom 5, 61% ocjenom 4 i 19% ocjenom 3. (Graf 10.5.)



Graf 10.5. Prikaz procjene zadovoljstva pojedinim područjima u životu prema mjestu stanovanja

(Izvor: autor)

Procjena važnosti pojedinih područja

Sljedeće pitanje odnosilo se na procjenu važnosti već navedenih područja u životu. Odgovori su ponuđeni brojevima 1 – 5 pri čemu:

- 1 označava „uopće nije važno“
- 2 označava „djelomično nevažno“
- 3 označava „niti važno niti nevažno“
- 4 označava „djelomično važno“
- 5 označava „najvažnije“

Materijalno blagostanje

8% ispitanika procjenjuje važnost materijalnog blagostanja ocjenom 5, 44% ispitanika ocjenom 4, 36% ocjenom 3, 4% ispitanika ocjenom 2, te 8% ispitanika ocjenom 1.

Zdravlje

82% ispitanika procjenjuje važnost zdravlja ocjenom 5, 17% ispitanika ocjenom 4, te 1 % ocjenom 3.

Postignuće u životu

9% ispitanika procjenjuje važnost postignuća u životu ocjenom 5, 36% ispitanika ocjenom 4, 50% ocjenom 3, 2% ocjenom 2, te 3% ispitanika ocjenom 1.

Bliski odnosi s drugim ljudima

14% ispitanika procjenjuje važnost bliskih odnosa s drugim osobama ocjenom 5, 61% ispitanika ocjenom 4, 20% ocjenom 3, 4% ocjenom 2.

Osjećaj sigurnosti

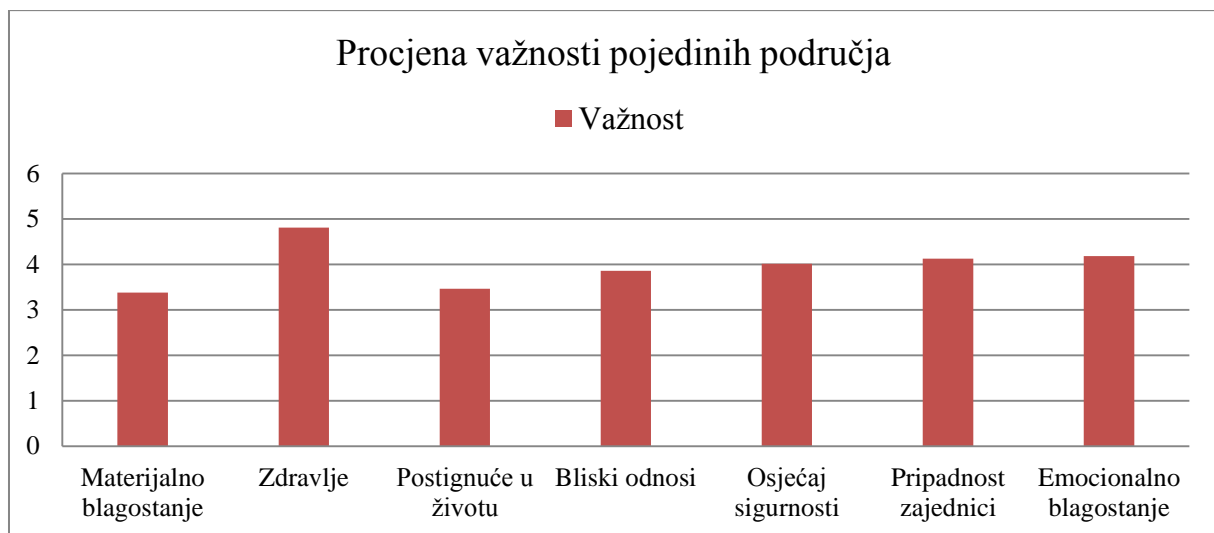
20% ispitanika procjenjuje važnost osjećaja sigurnosti ocjenom 5, 66% ispitanika ocjenom 4, 10% ocjenom 3, te 4% ispitanika ocjenom 2.

Pripadnost zajednici

33% ispitanika procjenjuje važnost pripadnosti zajednici ocjenom 5, 50% ispitanika ocjenom 4, 15% ocjenom 3 te 3% ispitanika ocjenom 2.

Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće

34% ispitanika procjenjuje važnost emocionalnog blagostanja ocjenom 5, 54% ispitanika ocjenom 4, 10% ocjenom 3 te 3% ispitanika ocjenom 2. (Graf 10.6.)



Graf 10.6. Prikaz procjene važnosti pojedinih područja u životu

(Izvor: autor)

Procjena važnosti pojedinih područja u životu prema mjestu stanovanja

Materijalno blagostanje

6% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu važnost materijalnog blagostanja procjenjuju ocjenom 5, 52% ocjenom 4, 37% ocjenom 3, 3% ocjenom 2 i 2% ocjenom 1, dok 7% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju važnost materijalnog blagostanja ocjenom 5, 35% ocjenom 4, 35% ocjenom 3, 6% ocjenom 2 i 17% ocjenom 1.

Zdravlje

89% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu važnost zdravlja procjenjuju ocjenom 5, 10% ocjenom 4 i 1% ocjenom 3, dok 74% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju važnost zdravlja procjenjuju ocjenom 5 i 26% ocjenom 4.

Postignuće u životu

10% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu važnost postignuća u životu procjenjuju ocjenom 5, 30% ocjenom 4 i 60% ocjenom 3, dok 7% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju važnost postignuća u životu ocjenom 5, 44% ocjenom 4, 37% ocjenom 3, 4% ocjenom 2 i 7% ocjenom 1.

Bliski odnosi s drugim ljudima

21% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu važnost bliskih odnosa s drugim osobama procjenjuju ocjenom 5, 60% ocjenom 4 i 19% ocjenom 3, dok 6% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju važnost bliskih odnosa s drugim osobama ocjenom 5, 63% ocjenom 4, 22% ocjenom 3 i 9% ocjenom 2.

Osjećaj sigurnosti

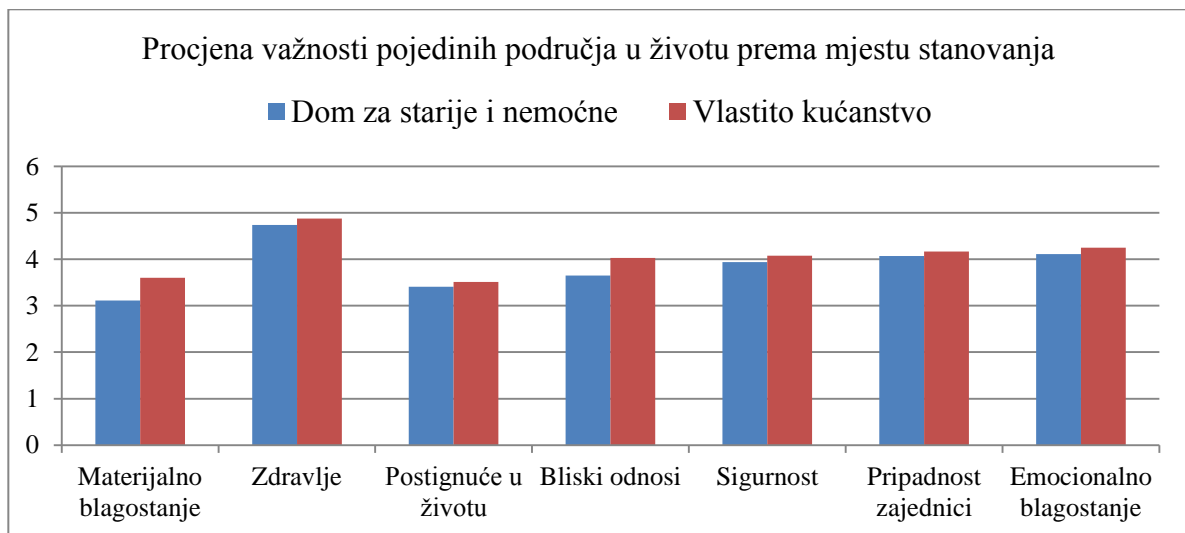
25% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu važnost osjećaja sigurnosti procjenjuju ocjenom 5, 57% ocjenom 4, 16% ocjenom 3 i 2% ocjenom 2, dok 13% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju važnost osjećaja sigurnosti procjenjuju ocjenom 5, 76% ocjenom 4, 4% ocjenom 3 i 7% ocjenom 2.

Pripadnost zajednici

33% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu važnost pripadnosti zajednici procjenjuju ocjenom 5, 49% ocjenom 4, 16% ocjenom 3 i 2% ocjenom 2, dok 30% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne procjenjuju važnost pripadnosti zajednici ocjenom 5, 52% ocjenom 4, 15% ocjenom 3 i 4% ocjenom 2.

Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće

38% starijih osoba koje žive u vlastitom kućanstvu važnost emocionalnog blagostanja procjenjuju ocjenom 5, 48% ocjenom 4, 13% ocjenom 3 i 2% ocjenom 2, dok 26% starijih osoba koji žive u domu za starije i nemoćne važnost emocionalnog blagostanja procjenjuju ocjenom 5, 63% ocjenom 4, 7% ocjenom 3 i 4% ocjenom 2. (Graf 10.7.)



*Graf 10.7. Prikaz procjene važnosti pojedinih područja u životu prema mjestu stanovanja
(Izvor: autor)*

11. Rasprava

Ovo istraživanje provedeno je s ciljem da bi se utvrdila subjektivna kvaliteta života starijih osoba u Varaždinskoj županiji te relativna važnost pojedinih područja života za njihovu opću kvalitetu života. Kvaliteta života procjenjivala se na skali Likertovog tipa gdje niža vrijednost znači i manje zadovoljstvo, odnosno važnost. Analiza rezultata ukazuje na nepostojanje razlika u zadovoljstvu životom među ispitanicima muškog i ženskog spola. Razlika u zadovoljstvu životom s obzirom na mjesto stanovanja postoji u jednom području života, ali nije statistički značajna. Radi usporedbe rezultata, u nastavku poglavlja navest će se rezultati kod nekih autora dobiveni ispitivanjem starije populacije.

Prema sumarnoj vrijednosti, starije osobe svoje zadovoljstvo životom procjenjuju prilično dobro, ukupna procjena kvalitete života daje prosječnu vrijednost od 3,73. Najlošije je procijenjeno zadovoljstvo zdravljem (3,37), dok su najzadovoljniji osjećajem sigurnosti (3,97) i emocionalnim blagostanjem (3,97). Sličnu procjenu kvalitete života starih osoba, odnosno zadovoljstva životom, dobili su i drugi ispitivači pomoću drugih instrumenata. U istraživanju „Kvaliteta života starijih ljudi u ruralnoj sredini“ (Ilić, Županić, 2013) provedeno na 60 osoba na otoku Mljetu, autorice su dobile rezultate da je više od polovine ispitanika zadovoljno kvalitetom života na otoku. [4] U istraživanju „Kvaliteta života u domovima za starije i nemoćne osobe“ (Radman, 2015) provedenom u dva privatna i jednom državnom domu u Splitu u kojem je sudjelovalo 21 ispitanik, navodi se da su ispitanici ukupnu kvalitetu života procijenili osrednjom, ni pretjerano dobrom ni pretjerano lošom, a ukupna procjena kvalitete života daje prosječnu vrijednost od 3,52. [1] Autorica Martinis (2005) u istraživanju „Percepcija kvalitete života u funkciji dobi“ navodi da se s dobi zadovoljstvo životom u cjelini smanjuje, te je kod osoba starijih od 60. godina zadovoljstvo najniže. [10]

Zadovoljstvo materijalnim blagostanjem ispitanici su procijenili prosječnom vrijednosti 3,55, više su zadovoljni nego nezadovoljni svojom financijskom situacijom. Važnost materijalnog blagostanja procjenjuju nešto manjom ocjenom 3,38. Čest problem starijim osobama su niske mirovine, što može pridonijeti izražavanju nižeg zadovoljstva na ovoj domeni. U istraživanju Lovreković i Leutar (2010) u domovima za starije i nemoćne osobe u Zagrebu ispitanici su iskazali nezadovoljstvo financijskom situacijom i ukazali na financijsku nesamostalnost. [7] U istraživanju autorice Radman (2015) sudionici istraživanja također ukazuju na tu činjenicu, izjavljuju kako osjećaju financijski teret kod plaćanja smještaja, te zadovoljstvo materijalnim blagostanjem procjenjuju prosječnom vrijednosti 2,8. [1]

Zadovoljstvo zdravljem procjenjuju s vrijednosti 3,37, odnosno nisu ni zadovoljni ni nezadovoljni, no ovo područje procjenjuju kao najvažnije u životu (4,82). Ova domena u procjeni zadovoljstva životom je najlošije procijenjena. Što smo stariji to imaju više problema sa zdravljem, koriste sve više lijekova, počinju ih boljeti koljena i leđa, sve slabije čuju, a ni vid ih ne služi baš najbolje. Na sve te probleme nailaze ljudi kroz život, i što su stariji to se problemi više gomilaju. Autorica Martinis (2005) navodi da je isti trend opadanja zadovoljstva tjelesnim zdravljem s dobi kao i kod zadovoljstva životom u cjelini. [10] U istraživanju autorice Radman (2015) većina ispitanika navodi da im zdravlje nije ni dobro ni loše. Trećina ispitanika navodi da je zdravlje najvažnije za bolju kvalitetu života. [1]

Zadovoljstvo postignućem u životu ispitanici procjenjuju srednjom vrijednosti 3,53, odnosno nisu ni zadovoljni ni nezadovoljni dosadašnjim postignućima. Važnost postignuća u životu procjenjuju slično, prosječnom vrijednosti 3,46. Ova domena proizlazi iz evaluacije vlastitog životnog puta. Takvom evaluacijom, ako je pozitivna, pojedinac zapaža da je u njegovom životu postojao red, da je on u svom životu našao svoje mjesto i da je tom životu dao određeni smisao, odnosno postigao sve što je mogao. Oni pojedinci koji smatraju da nisu postigli sve ono što su htjeli zaokupljeni su nečim iz prošlosti što kod njih izaziva neugodu.

Zadovoljstvo bliskim odnosima s drugim osobama procjenjuju srednjom vrijednosti 3,76, odnosno više su zadovoljni nego nezadovoljni odnosima s obitelji, prijateljima i drugim osobama. Važnost bliskih odnosa s drugim osobama procjenjuju slično (3,86). Kod osoba iznad 65 godina zadovoljstvo odnosima s drugim osobama smanjuje se iz više razloga. Krug prijatelja u toj dobi se smanjio, a i neke bliske osobe vjerojatno više nisu žive. Uz to, većina osoba visoke životne dobi više ne razmišlja o seksualnom životu, a mnoge udovice/udovci ostali su bez seksualnog partnera. Martinis (2005) navodi da su stariji od 60 godina značajno manje zadovoljni domenom socijalnih odnosa. [10] Ilić i Županić (2013) navode kako osjećaj korisnosti u odnosu na vlastitu obitelj i lokalnu zajednicu utječe na poboljšanje zdravlja i dobrog osjećanja, a samim time i na poboljšanje kvalitete života. [4]

Zadovoljstvo osjećajem sigurnosti procjenjuju srednjom vrijednosti 3,97, što označava da su ispitanici prilično zadovoljni osjećajem sigurnosti u mjestu stanovanja. Važnost osjećaja sigurnosti procjenjuju slično sa prosječnom vrijednosti 4,02. Ovaj rezultat ne iznenađuje budući da ispitanici koji žive u vlastitom kućanstvu, stanuju sa svojom bližom obitelji, dok su ispitanici smješteni u domove umirovljenika imaju osjećaj da netko brine o njima, tu je medicinsko osoblje koje je stalno prisutno u domu te boravak u domu smanjuje brigu vezanu za svakodnevne situacije s kojima se susreće stara osoba koja živi u vlastitom kućanstvu (npr. plaćanje računa i sl.), a do istog zaključka došla je i autorica Brajković (2010). [2]

Zadovoljstvo pripadnosti zajednici ispitanici procjenjuju prosječnom vrijednosti 3,92, što označava da su ispitanici zadovoljni pripadnosti zajednici, a važnost ovog područja procijenili su srednjom vrijednosti 4,13. U istraživanju „Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi“ autorica Brajković (2010) navodi da su osobe smještene u domovima za starije i nemoćne osobe zadovoljnije društvenih aktivnostima. U domu u kojem je provedeno istraživanje stare se osobe potiče na niz društvenih aktivnosti, omogućavajući im na taj način uspostavljanje široke mreže socijalnih veza i odnosa. Tako se smanjuje mogućnost socijalne izolacije i osjećaja odbačenosti što je u negativnim korelacijama sa zadovoljstvom životom. [2] U istraživanju autorice Radman (2015) trećina ispitanika je zadovoljstvo druženjem i aktivnostima procijenila osrednjim. [1]

Zadovoljstvo emocionalnim blagostanjem i osjećajem sreće ispitanici procjenjuju vrijednosti 3,97, što označava da su ispitanici zadovoljni emocionalnim blagostanjem, a važnost ovog područja procjenjuju sa 4,18. Autorica Brajković (2010) u svojem istraživanju ukazuje na pozitivnu statistički značajnu povezanost između emocionalne stabilnosti i zadovoljstva životom. [2]

12. Zaključak

S porastom broja starijih osoba u Hrvatskoj, raste i potreba za pružanjem raznih oblika skrbi. Osim neformalne skrbi koja je još uvijek većinski zastupljena, postoji i sve veća potreba za formalnom, institucionalnom skrbi, bilo u vidu državnog doma za starije i nemoćne osobe ili privatnih domova kojih je sve više. U okviru ovog rada provedeno je istraživanje na dvije skupine starijih osoba, onih koji su smješteni u domovima za starije i nemoćne i osobe smještene u vlastitom kućanstvu. U navedenim istraživanjima na temu kvalitete života korištene su raznolike skupine čimbenika, dok se u ovom istraživanju ispituje zadovoljstvo i važnost sedam izuzetih područja života (materijalno blagostanje, zdravlje, postignuće u životu, bliski odnosi s drugim osobama, osjećaj sigurnosti, pripadnost zajednici i emocionalno blagostanje i osjećaj sreće). Starije osobe, sudionici ovog istraživanja, ukupnu kvalitetu života procijenili su prilično dobro, prosječnom vrijednosti 3,73. Uspoređujući dobivene podatke s već provedenim istraživanjima drugih autora, može se zaključiti da starije osobe na području Varaždinske županije svoju kvalitetu života procjenjuju bolje nego starije osobe u drugim područjima Republike Hrvatske, te Hipoteza 1 nije potvrđena. Najlošije procijenjen aspekt cijelog koncepta je zadovoljstvo zdravljem (3,37), te je prema tome bilo za očekivati da će procijeniti zdravlje kao najvažniji aspekt u svojem životu (4,81), dok su najzadovoljniji osjećajem sigurnosti (3,97) i emocionalnim blagostanjem (3,97).

Razlike između procjene kvalitete života prema mjestu stanovanja nema, osim što su starije osobe koji žive u domovima za starije i nemoćne svoje zadovoljstvo zdravljem procijenile za 0,5 više od osoba koje žive u vlastitom kućanstvu, te tako Hipoteza 2 također nije potvrđena. Razlog tome je vjerojatno činjenica da ljudi u domu imaju medicinsko osoblje koje je stalno prisutno u domu te boravak u domu smanjuje brigu vezanu za posjete liječniku, uzimanje terapije i slično.

Određeni čimbenici su mogli imati utjecaj na dobivene rezultate. Prvenstveno, bitno je istaknuti karakteristike uzorka, odnosno ispitanika uključenih u ovo istraživanje koje su mogle utjecati na rezultate u promatranim varijablama. U istraživanju su sudjelovali ispitanici privatnih domova za starije i nemoćne osobe u kojima nema puno korisnika te im je prema tome omogućena bolja zdravstvena skrb, te osobe iz lokalne zajednice koje još uvijek žive sa svojom djecom, odnosno obiteljima, i kao takav ima obilježja prigodnog uzorka. S obzirom da prigodni uzorak smanjuje širinu zaključivanja, navedeno se moglo odraziti na rezultate istraživanja.

U istraživanju su sudjelovali samo oni ispitanici kod kojih su prisutni znakovi tzv. normalnog starenja odnosno ispitanici kod kojih nisu poteškoće, tj. bolesti i stanja koja nisu isključivo vezana za proces starenja, te se time smanjio varijabilitet rezultata.

Zbog svih ovih faktora potrebno je povećati uzorak i varijabilitet za daljnja istraživanja o kvaliteti života starijih osoba. U istraživanjima je poželjno koristiti jednake metode ispitivanja uzorka i analize podataka. Na osnovu tako dobivenih podataka moglo bi se s velikom sigurnošću zaključivati da je jedan oblik skrbi bolji od drugog po shvaćanju samih starijih osoba. Ta saznanja koristila bi u daljnjem planiranju socijalne i zdravstvene skrbi starijih osoba.

U Varaždinu, _____ 2016.

Potpis:

13. Literatura

- [1] A. Radman: Kvaliteta života u domovima za starije i nemoćne osobe, Diplomski rad, Filozofski fakultet Sveučilišta u Splitu, Split, 2015
- [2] L. Brajković: Pokazatelji zadovoljstva u trećoj životnoj dobi, Disertacija, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2010.
- [3] G. Vuletić i sur.: Kvaliteta života i zdravlje, Filozofski fakultet Sveučilišta u Osijeku, Osijek, 2011
- [4] B. Ilić, M. Županić: Kvaliteta života starijih ljudi u ruralnoj sredini, Hrvatski časopis za javno zdravstvo, br. 37, siječanj 2014, str. 22 – 44
- [5] Ministarstvo socijalne politike i mladih: Nacrt strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje 2014 do 2016
- [6] S. Galić, N. Tomasović Mrčela i sur: Priručnik iz gerontologije, gerijatrije i psihologije starijih osoba – psihologije starenja, Medicinska škola Osijek, Osijek, 2013
- [7] M. Lovreković, Z. Leutar: Kvaliteta života u domovima ta starije i nemoćne osobe u Zagrebu, Socijalna ekologija, br. 1, ožujak 2010, str. 55 – 79
- [8] B. Sedić: Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2010
- [9] J. Plužanić: Sestrinske dijagnoze u procesu zdravstvene njege u kući, Zbornik radova Baška, Baška Voda, 2011, str. 7 – 8
- [10] T. Martinis: Percepcija kvalitete života u funkciji dobi, Diplomski rad, Filozofski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, 2005

Popis slika i grafova

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Slika 6.1.1. Maslowljeva piramida ljudskih potreba, Izvor: https://sh.wikipedia.org/wiki/Maslowljeva_hijerarhija_potreba | 15 |
| Graf 10.1. Prikaz spola ispitanika, (Izvor: autor) | 23 |
| Graf 10.2. Prikaz spola ispitanika prema mjestu stanovanja, (Izvor: autor) | 24 |
| Graf 10.3. Prikaz stručne spreme ispitanika, (Izvor: autor) | 24 |
| Graf 10.4. Prikaz procjene zadovoljstva pojedinim područjima, (Izvor: autor) | 26 |
| Graf 10.5. Prikaz procjene zadovoljstva pojedinim područjima u životu prema mjestu stanovanja, (Izvor: autor) | 28 |
| Graf 10.6. Prikaz procjene važnosti pojedinih područja u životu, (Izvor: autor)..... | 29 |
| Graf 10.7. Prikaz procjene važnosti pojedinih područja u životu prema mjestu stanovanja, (Izvor: autor) | 31 |

Popis tablica

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablica 3.1. Udio starijeg stanovništva u Republici Hrvatskoj 2011., Izvor: https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/2015/237%20sjednica%20Vlade//237%20-%202010.pdf | 5 |
| Tablica 5.3.1.1. Teorija ljudskog života prema Charlotte Büchler, Izvor: http://medlib.mef.hr/824/ | 10 |
| Tablica 5.3.4.1. Razvojne faze prema Eriku Eriksonu, Izvor: http://medlib.mef.hr/824/ | 12 |
| Tablica 10.1. Prikaz stručne spreme ispitanika prema mjestu stanovanja, (Izvor: autor)..... | 25 |

Prilozi

Prilog 1. Upitnik kvalitete života COMQol-a

UPITNIK KVALITETE ŽIVOTA COMQOL-A

DOB _____

SPOL _____

STRUČNA SPREMA _____

Molimo Vas da ispunite upitnik prema vašem mišljenju i osjećajima u zadnjih 14 dana ocjenjujući pitanja odgovorima od 1 do 5 gdje je

- 1 – u potpunosti sam nezadovoljan/na
- 2 - djelomično sam nezadovoljan/na
- 3 – nisam ni zadovoljan/na ni nezadovoljan/na
- 4 – djelomično sam zadovoljan/na
- 5 – u potpunosti sam zadovoljan /na

| Pitanje | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------------------|---|---|---|---|---|
| Materijalno blagostanje | | | | | |
| Zdravlje | | | | | |
| Postignuće u životu | | | | | |
| Bliski odnosi s drugim osobama | | | | | |
| Osjećaj sigurnosti | | | | | |
| Pripadnost zajednici | | | | | |
| Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće | | | | | |

U sljedećoj koloni ocijenite za vas važnost pojedinih domena u životu ocjenom od 1 do 5 gdje je

- 1** – uopće nije važno
- 2** - djelomično nevažno
- 3** – niti važno niti nevažno
- 4** – djelomično važno
- 5** – najvažnije

| Pitanje | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----------------------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Materijalno blagostanje | | | | | |
| Zdravlje | | | | | |
| Postignuće u životu | | | | | |
| Bliski odnosi s drugim osobama | | | | | |
| Osjećaj sigurnosti | | | | | |
| Pripadnost zajednici | | | | | |
| Emocionalno blagostanje i osjećaj sreće | | | | | |



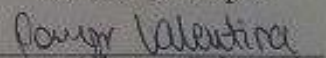
IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

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

Ja, Valentina Pomper pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autorica završnog rada pod naslovom „Kvaliteta života osoba starije životne dobi u zajednici“ te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:

Valentina Pomper

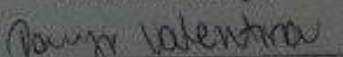

(Vlastoručni potpis)

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, Valentina Pomper neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog rada pod naslovom „Kvaliteta života osoba starije životne dobi u zajednici“ čiji sam autorica.

Studentica:

Valentina Pomper


(Vlastoručni potpis)