Primjena četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domu za starije

Gorišek, Snježana

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:770121

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

zir.nsk.hr

dabar
DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

Sveučilište Sjever

Završni rad br. 912/SS/2017

Primjena četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domu za starije

Sniježana Gorišek, 0244/336

Varaždin, kolovoz 2017. godina

Sveučilište Sjever

Odjel za biomedicinske znanosti

Završni rad br. 912/SS/2017

Primjena četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domu za starije

Student

Sniježana Gorišek, 0244/336

Mentor

Melita Sajko, dipl.med.techn.

Varaždin, kolovoz 2017. godine

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

UNIVERSITY NORTH

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL: Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK: Sniježana Gorišek | MATIČNI BROJ: 0244/336

DATUM: 23.08.2017. | KOLEGIJ: Zdravstvena njega starijih osoba

NASLOV RADA: Primjena četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domu za starije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU: Usage of four levels of geriatric health care in the elderly care homes

MENTOR: Melita Sajko, dipl.med.techn. | ZVANJE: predavač

ČLANOVI POVJERENSTVA:

1. Damir Poljak, dipl.med.techn., predsjednik
2. Melita Sajko, dipl.med.techn., mentor
3. Marijana Neuberg, mag.med.techn., član
4. Jurica Veronek, mag.med.techn., zamjenski član
5.

Zadatak završnog rada

BROJ: 912/SS/2017

OPIS

Dužina i kvaliteta života, osim u genetskim predodređenostima, u velikoj mjeri ovisi o zdravstvenom ponašanju i stavovima, načinu života i socijalnoj okolini. Starost kao fiziološka pojava predstavlja normalan slijed u životnom ciklusu čovjeka. Životni vijek se produžio te dovodi do sve većeg broja osoba starijih od 65 godina. S porastom broja starijih raste i potreba za pružanjem raznih oblika skrbi. Jedan od njih su i domovi za starije osobe. Domovi za starije osobe su ustanove za zbrinjavanje starijih i nemoćnih osoba koje više nisu u mogućnosti brinuti o najosnovnijima životnim potrebama. Za medicinsku sestru u domu za starije izazov je upoznavanje svakog stanovnika doma i pružanja najbolje njege i individualnog tretmana. Primjena programa četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije učinkovit je način za zadovoljavanje zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerijatrijskih osiguranika. Cilj ovog rada je prikazati primjenu četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege kroz sestrinsku dokumentacije u domu za starije osobe.

U radu je potrebno:

- definirati starenje i teorije starenja
- opisati znakove starenja
- prikazati ulogu i smjernice pravilne prehrane za starije osobe
- opisati modele skrbi za starije osobe
- prikazati i objasniti primjenu četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domu za starije osobe

REPUBLIKA HRVATSKA
SVEUČILIŠTE SJEVER

ZADATAK URUČEN: 24.08.2017. | POTPIS MENTORA:

Predgovor

Zahvaljujem se svim profesorima i predavačima stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju, a posebno svojoj mentorici Meliti Sajko, dipl. med. techn. koja me je svojim savjetima vodila u izradi ovog završnog rada.

Veliko hvala mojim prijateljima, kolegama sa studija i kolegama sa posla koji su uvijek bili uz mene i davali mi podršku i vjerovali u mene.

Najviše hvala kćeri Maji, suprugu Saši i roditeljima koji su mi bili najveća podrška, pomoć ali i motiv od prvog dana studija.

Sažetak

Produljenje životne dobi uzrokuje mnogobrojne promjene organa i organskih sustava, što dovodi do progresivnog slabljenja i oštećenja njihove funkcije, pa se u starosti učestalije javljaju pojedine kronične bolesti, a time i funkcionalna onesposobljenost starijeg čovjeka. Starenje stanovništva zahtijeva promjene u organizaciji društva radi specifičnih potreba koje nalaže briga o starijim i nemoćnim osobama, pogotovo u socijalnoj i zdravstvenoj skrbi. Institucijska skrb o starijim osobama uključuje uslugu dugotrajnog smještaja u domovima socijalne skrbi ili drugim pravnim osobama. Izvaninstitucijska skrb o starijim osobama obuhvaća pomoći u kući u korisnikovom domu, usluga dugotrajnog smještaja u obiteljskom domu, organiziranom smještaju i udomiteljskoj obitelji. Za medicinsku sestru u gerontološkoj skrbi svojevrstan je izazov upoznavanje svakog stanovnika doma i pružanje najbolje njege i najboljeg individualnog tretmana. Primjena Programa Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije je efikasan način za zadovoljenje zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerijatrijskih osiguranika. Primjena ova četiri stupnja provodi se uz timove specijalista opće/obiteljske medicine s primjerenim brojem medicinskih sestara te ostalih zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika i omogućuje pružanje zdravstvene njege prema individualnim potrebama korisnika. Sestrinska dokumentacija je skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene gerijatrijske zdravstvene njege i namijenjena je za upotrebu u svakodnevnoj praksi u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi za starije osobe. Medicinske sestre su oduvijek procjenjivale stanje svojih pacijenata i na temelju toga donosile određene zaključke, a danas se taj proces zove sestrinsko dijagnosticiranje. Svrha ovog rada je analizirati četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domu za starije osobe. Cilj ovog rada je prikazati primjenu četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege kroz sestrinsku dokumentacije u domu za starije osobe. Metode korištene pri izradi ovog rada jesu analiza, sinteza i dedukcija informacija prikupljenih proučavanjem stručnih knjiga i publikacija.

Ključne riječi: starenje, skrb, zdravstvena njega, sestrinska dokumentacija, sestrinske dijagnoze.

Abstract

Aging causes many changes in organs and organic systems, which leads to progressive weakening and impairment of their function, so that some chronic diseases, and thus the functional disability of an older person, occur more frequently. Aging of the population requires changes in the organization of the society for specific needs that require care for the elderly and the disabled, especially in social and health care. Institutional care for the elderly involves long-term care in social welfare homes or other legal entities. Out-of-institutional care for the elderly includes home help in the user's home, long-term family home accommodation, organized accommodation, and foster families. For a nurse in gerontology, it's a challenge to meet every single user and provide the best care and best individual treatment. Application of the Program Four levels of geriatric health care in homes for the elderly is an efficient way to meet the health needs and functional abilities of geriatric insurers. The application of these four levels is carried out with a team of general / family medicine specialists with appropriate number of nurses and other health care professionals and provides health care according to the individual needs of the users. Nursing documentation is a set of data that serves the quality control of planned and implemented geriatric health care and is intended for use in everyday practice in institutional and non-institutional care for the elderly. Nurses have always evaluated the condition of their patients and based on that they have made certain conclusions, and today this process is called nursing diagnosis. The purpose of this paper is to analyze the four levels of geriatric healthcare at the home for the elderly. The aim of this paper is to show the application of four levels of geriatric health care through nursing documentation at the home for the elderly. The methods used in this paper are the analysis, synthesis and deduction of information gathered through the study of professional books and publications.

Key words: aging, nursing, health care, nursing documentation, nursing diagnosis.

Sadržaj

1. Uvod 1

2. Starenje 3

2.1. Biološke teorije starenja 4

2.2. Vanjski znakovi starenja 5

2.3. Starenje unutarnjih organa 7

2.4. Uloga prehrane u procesu starenja 8

2.4.1. Smjernice pravilne prehrane za starije osobe 9

3. Oblici skrbi za starije osobe u RH 11

3.1. Institucijska skrb 11

3.2. Izvaninstitucijska skrb 13

3.3. Domovi za starije i nemoćne osobe 14

4. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege 17

5. Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege 20

5.1. Ciljevi i svrha sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege 21

5.2. Obrasci sestrinske dokumentacije 22

6. Sestrinske dijagnoze 26

7. Zaključak 34

8. Literatura 35

1. Uvod

Starost je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku pojedinca, a može se definirati prema kronološkoj dobi (kao nakon 65. godine života), prema socijalnim ulogama ili statusu (nakon umirovljenja) ili prema funkcionalnom statusu (na primjer nakon određenog stupnja opadanja sposobnosti). Starost je razdoblje prema kojem se odvija razvoj svakog pojedinca, bez obzira na spol, rasu ili ekonomski status. [1]

Duljina i kvaliteta života, osim o genetskim predispozicijama, u velikoj mjeri ovise o zdravstvenom ponašanju i stavovima, načinu života i socijalnoj okolini. Starost kao fiziološka pojava predstavlja normalan slijed u životnom ciklusu čovjeka. Postoje tri osnovna vida starenja. Biološko starenje obuhvaća promjene, usporavanje i opadanje u funkcijama organizma s vremenom. Psihološko starenje podrazumijeva promjene u psihičkim funkcijama i prilagodba ličnosti na starenje. Socijalno starenje uključuje promjene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi. [1]

Životni vijek se produžuje te dovodi do sve većeg broja stanovništva starijeg od 65 godina. Starenje stanovništva zahtijeva promjene u organizaciji društva, s obzirom na specifične potrebe starijih osoba, pogotovo u socijalnoj i zdravstvenoj skrbi. S porastom broja starijih raste i potreba za pružanjem raznih oblika skrbi. Oblici skrbi za starije jesu institucijska i izvaninstitucijska skrb. Domovi za starije su institucijske ustanove za zbrinjavanje starijih i nemoćnih osoba koje više nisu u mogućnosti brinuti o najosnovnijima životnim potrebama.

Najviši cilj multiprofesionalnog stručnog tima djelatnika institucijskog oblika skrbi je ponuditi dom sa visokom kvalitetom života za gerijatrijskog osiguranika. Mjere gerijatrijske njege temelje se na konceptu integrirane, aktivne gerijatrijske njege usmjerene na obnavljanje izgubljenih sposobnosti i na jačanje i razvoj postojećih sposobnosti. [2]

Razumijevanje, empatija i stručne kompetencije smatraju se jednako važnim uvjetima za visoku kvalitetu života gerijatrijskog osiguranika i njegove obitelji. Osoblje u instituciji obavlja stručne aktivnosti učinkovito, pazeći na resurse i suvremene spoznaje zdravstvene gerijatrijske njege. Za medicinsku sestru u domu za starije izazov je upoznavanje svakog stanovnika doma i pružanja najbolje njege i individualnog tretmana. [2]

Profesionalnost, stručnost i humani odnos medicinskih sestara u Domu za starije, komunikacijske vještine i strpljivost moraju biti odlike kojima će sestra pridonijeti osjećaju dostojanstva kod starijeg čovjeka, samopoštovanja i zadovoljstva.

Gerijatrijska zdravstvena njega temeljena je na holističkom pristupu te je orijentirana na životne događaje , život i životno iskustvo starije osobe, a ne samo na poznavanje bolesti. Zdravstvena njega nije nikakav čvrsto utvrđen statistički postupak, već se odvija kao živ dinamičan proces, u kojem sudjeluje starija osoba s jedne strane i stručno osoblje s druge strane.

Glavni cilj gerijatrijske zdravstvene njege je održati samostalnost gerijatrijskog korisnika u svakodnevnim aktivnostima i poticati vlastitu odgovornost za svoje zdravlje, što je duže moguće. Cilj gerijatrijske njege je i skrbiti za dostojanstvo, pravo i zadovoljstvo gerontološkog korisnika zajedno s njegovom obitelji, pružiti potporu i poticati njegove kompetencije s orijentacijom na individualne životne priče i osigurati im priznato mjesto u društvu. [3]

Gerijatrijska zdravstvena njega mora biti kompetentna, kontinuirana, a gerijatrijski korisnik u središtu njenog profesionalnog djelovanja.

Primjena programa četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije učinkovit je način za zadovoljavanje zdravstvenih potreba i procjenu funkcionalne sposobnosti gerijatrijskih osiguranika. Sestrinska dokumentacija olakšava evaluaciju provedbe četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa ciljem kontinuiranog razvoja i unapređenja kvalitete.

Kako bi se mogla evaluirati provedba četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u Domovima za starije osobe, bilo je nužno izraditi sveobuhvatnu sistematiziranu individualnu preventivnu i profesionalnu sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege s ciljem kontinuiranog razvoja i unapređenja kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege u svakodnevnoj praksi u domovima za starije osobe. [2]

Sestrinska dokumentacija je skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene gerijatrijske zdravstvene njege. Prva sestrinska dokumentacija za medicinske sestre u socijalnim ustanovama izrađena je 2007. g. sukladno zakonskim ovlastima. Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege unaprijeđena je 2008. godine.

2. Starenje

Starenje je dio ljudskog života i ljudske prirode. Ljudi su oduvijek pokušavali shvatiti uzroke starenja. Zanimanje za proučavanje starenja može se promatrati sa znanstvenog, osobnog i društvenog aspekta. Znanstveni dio interesa potječe od ljudske znatiželje za shvaćanjem utjecaja prolaska vremena na žive organizme. Što se osobnog aspekta tiče, ljudi sve više proučavaju starenje kako bi razumjeli vlastiti razvoj i promjene u organizmu. Proučavanje starenja važno je i sa društvenog stajališta koje se bazira na činjenici da broj starijih ljudi stalno raste pa je potrebno planirati i osigurati skrb za starije.

Prema fosilnim ostacima evidentno je da su ljudi prije živjeli kraće. Pretpostavlja se da su neandertalci živjeli oko 30 godina, a najviše do 40. Razlozi leže u napornim životnim uvjetima, a posljedica ranog umiranja prije starosti bila je nedovoljno prenošenje iskustava na potomstvo i sporo napredovanje kulture. Tek se u ranim civilizacijama, zahvaljujući boljim životnim uvjetima, povećao broj starijih osoba. [2]

Starenje stanovništva zahtijeva promjene u organizaciji društva, s obzirom na specifične potrebe starijih osoba, pogotovo u socijalnoj i zdravstvenoj skrbi. Istraživanja starenja intenzivno su se provodila u medicini, biologiji, sociologiji, psihologiji itd., pa se pojavila potreba okupljanja rezultata tih istraživanja u jednoj znanstvenoj disciplini. Tako je nastala gerontologija (grč: *geron* - starac, *logos* - znanost) kao interdisciplinarna znanost koja proučava biološke, psihičke i socijalne promjene u procesu starenja i starosti. [2]

Starenje je proces tijekom kojega se događaju promjene u funkciji dobi. Postoje tri osnovna vida starenja: [1]

- biološko - promjene, usporavanje i opadanje u funkcijama organizma s vremenom
- psihološko - promjene u psihičkim funkcijama i prilagodba ličnosti na starenje
- socijalno - promjene u odnosu pojedinca koji stari i društva u kojem živi

Starost je posljednje razvojno razdoblje u životnom vijeku pojedinca, a može se definirati prema kronološkoj dobi (npr. nakon 65. godine života), prema socijalnim ulogama ili statusu (npr. nakon umirovljenja) ili prema funkcionalnom statusu (npr. nakon određenog stupnja opadanja sposobnosti). Starost je razdoblje prema kojem se odvija razvoj svakog pojedinca, bez obzira na spol, rasu ili ekonomski status. [1]

Starenje obuhvaća pravilne ili redovite promjene reprezentativnih organizama u reprezentativnoj okolini koje se zbivaju s protokom vremena. [3] Starenje prirodan, ireverzibilan fiziološki proces koji završava smrću. Kod pojedinih ljudi starenje napreduje različitom brzinom. Starost predstavlja određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi. S povisivanjem životne dobi događaju se mnogobrojne promjene organa i organskih sustava, što dovodi do progresivnog slabljenja i oštećenja njihove funkcije, pa se u starosti učestalije javljaju pojedine kronične bolesti, a time i funkcionalna onesposobljenost starijeg čovjeka. [4]

2.1. Biološke teorije starenja

Osim o zdravstvenim, duljina ljudskog života ovisi o mnogobrojnim faktorima kao što su dob, spol, rasa, zemljopisni položaj, socioekonomski status. Jedna od najpoznatijih teorija starenja je teorija nošenja i trošenja koja tijelo uspoređuje s odjećom koja se nošenjem troši. Ova teorija ima manu u tome da pretpostavlja kako se povećanom aktivnošću povećava i trošenje, što bi značilo da aktivniji ljudi stare brže, a to nije istina jer je poznato kako se aktivnošću starost usporava. [5]

Teorija nakupljanja grešaka je stanična teorija prema kojoj se starenjem u stanicama nakupljaju genetske greške. Sve tjelesne stanice, osim živčanih, obnavljaju se tokom cijelog života. Svaka nova stanica trebala bi biti identična onoj iz koje je nastala. No djelovanjem raznih toksina, visoke temperature i radijacije dolazi do mutacija na molekulama i javljaju se pogreške u procesu kopiranja stanica, a njihova je posljedica starenje organizma. Neke promjene u fizičkom izgledu, te općenito u funkcioniranju, nastupaju ranije, a neke kasnije. Primjerice, kosa slabi i sijedi, koža se stanjuje i bora, javljaju se problemi s vidom i sluhom, motoričke sposobnosti gube na snazi i preciznosti itd. [5]

Teorija slobodnih radikala nalaže kako je glavni uzrok starenja u elektronima koji se odvajaju od svojih atoma i stvaraju atome s nepravilnim brojem elektrona, a nazivaju se slobodnim radikalima. Slobodni radikali u stanici mogu nastati nepotpunom redukcijom kisika, razgradnjom molekula vode i drugih manjih molekula, kao nusprodukt enzimskih reakcija ili kao produkt egzogenih molekula unesenih u organizam. Slobodni radikali u prosjeku oštećuju oko 10 000 nukleotida molekule deoksiribonukleinske kiseline dnevno po

svakoj stanici organizma. Najveće posljedice slobodnih radikala u stanici nastaju nakon oštećenja molekule deoksiribonukleinske kiseline jer se time mijenja razina ekspresije gena. Slobodni radikali potencijalno stvaraju povećan rizik za razvoj bolesti i ubrzavaju proces starenja. [6]

Teorija programiranog starenja tvrdi kako su staračke promjene i smrt genetski programirani. Tu spada i teorija genetskog sata prema kojoj deoksiribonukleinska kiselina unutar stanice regulira proces starenja i smrti. U starosti se "pale" geni koji uzrokuju staračke promjene, a "gase" oni koji su utjecali na mladenačke promjene kao što je sazrijevanje u pubertetu. Ovu teoriju potkrepljuje rijetka bolest progerija jer genetski sat kod oboljelih djeluje pogrešno i radi jako ubrzano. [5]

2.2. Vanjski znakovi starenja

Vrijeme utječe na mnoge biološke procese pa tako i na proces starenja kože, a promjene koje se na njoj javljaju su jedan od prvih znakova starenja. Proces starenja najviše je vidljiv na koži, a pogotovo licu s obzirom da je lice najvidljiviji dio tijela. Koža se sastoji od tri glavna sloja; vanjski sloj ili epidermis, srednji sloj ili dermis i unutarnji sloj potkožnog tkiva odnosno hipodermis. Čovjek tijekom svog sedamdesetogodišnjeg životnog vijeka odbaci oko 20 kila kožnog tkiva.

Starenjem je propadanje stanica ubrzano pa se vanjski sloj kože stanjuje i tako pospješuje stvaranje bora. Osim toga, povećava se količina melatonina koji se nepravilno raspoređuje uzrokujući tako staračke pjege. U srednjem sloju odnosno dermisu dolazi do pomanjkanja čvrstoće jer kolagen stvara ″odrvenjene″ veze, a pomanjkanje elastina uzrokuje gubitak elastičnosti kože. Lojne žlijezde proizvode sve manje loja pa koža postaje sve labavija. Izlučivanje znoja je također umanjeno pa se koža slabije prilagođava visokim vanjskim temperaturama zraka, a zbog sušenja postaje ispucana. U potkožnom tkivu odnosno unutarnjem sloju kože u kojem se većinom nalaze masne stanice ali starenjem dolazi do propadanja mišićnog tkiva pa se koža prilagođava vlastitoj težini i javlja se mlohavost.

Proces starenja kože je složen degenerativni proces koji zahvaća kožu i potporno tkivo te se može podijeliti na intrinzično i ekstrinzično. Intrinzično (kronološko, prirodno) starenje je proces koji većinom počinje u srednjim dvadesetim godinama života. Obilježeno je atrofijom kože, gubitkom elasticiteta te usporavanjem metaboličke aktivnosti. Promjene koje se javljaju intrinzičnim starenjem su stanjivanje epidermisa te slabljenje dermoepidermalnih sveza što rezultira povećanom fragilnošću kože, a suhoća kože je posljedica smanjene količine protektivnih lipida u rožnatom sloju. Klinički znakovi su nježne bore, suhoća kože, tanka prozirna koža, bljedoća, svrbež i smanjeno znojenje. [6]

Drugi tip starenja je ekstrinzično starenje i uzrokovano je utjecajem vanjskih čimbenika. Dugotrajno izlaganje ultraljubičastim zrakama predstavlja najznačajniji vanjski čimbenik ekstrinzičnog starenja i uzrokuje fotostarenje kože. S obzirom da se u dermisu nalaze krvne žile, te zrake mogu uzrokovati širenje i pucanje krvnih žilica, najčešće na nosu i obrazima. Fotostarenje je kumulativni proces koji najviše ovisi o stupnju izloženosti sunčevim zrakama i pigmentu kože. Rizični čimbenici za fotostarenje uključuju dob, spol, tip kože i geografski položaj. Osobe bijele puti i s manje pigmenta u koži imaju povećan rizik za fotooštećenja, kao i za sunčevim zračenjem inducirani rak kože. Glavni rizični čimbenik za fotostarenje je vrijeme provedeno na suncu, a zaštita od sunca može prevenirati većinu promjena vezanih za fotostarenje. (7,8)

Osim promjena na koži, starenjem se javljaju i promjene na kosi koja više opada, česta je pojava ćelavosti te sijedih vlasi. U kostima dolazi do opadanja količine minerala, propadanje je brže od obnavljanja te se smanjuje koštana masa. Kod žena kosti propadaju brže nego kod muškaraca. Muškarci izgube prosječno 3% koštane mase u razdoblju od 10 godina, a žene čak 8%. Posljedica toga je otežano kretanje koje je vidljivo tijekom hodanja pa se stariji ljudi sve slabije kreću radi bolova. Starenjem opada mišićna snaga radi opadanja mišićne mase, skraćuje se brzina mišićnog reagiranja, a opadanje mišićne moći vidljivo je na rezultatima atletskih natjecanja. Primjerice, najstarija osoba koja je na olimpijadi osvojila zlatnu medalju imala je 42 godine, a to je bilo 1920. godine. Zbog trošenja hrskavičnog tkiva u zglobovima kao i tekućina za podmazivanje uzrokuje slabu pokretljivost i smanjenje visine tijela. [5]

Gubitak koštanog tkiva u donjem dijelu čeljusti stvara dojam obješene vilice, nos i uši izgledaju veći i duži, nakupljena mast i tekućina ispod očiju stvaraju jastučiće, pigmentacija kože i staračke pjege narušavaju izgled kože lica, pojavljuju se bradavice i izrasline,

propadanje kapilara mijenja boju kože koja starenje postaje tanja pa se sve promjene vide još i više. Sve te male promjene zajedno stvaraju staračko izgled. [5]

2.3. Starenje unutarnjih organa

Najmanje 50% promjena za koje se smatra kako su posljedica starenja su zapravo uzrokovane atrofijom zbog neaktivnosti. Starenjem se smanjuje funkcija krvožilnog sustava. Često se događa smanjenje minutnog volumena za 1% svake godine života počevši od 40-e godine. Također, smanjuje se udarni volumen za 0,7% po godini, a periferna vaskularna rezistencija se povećava za 1,2 % po godini. Kod osoba koje se bave aktivnom tjelovježbom se sposobnost kardio-respiratornog sustava smanjuje za 1-2%, a kod tjelesno neaktivnih osoba za čak 8 do 10%. [9]

Forsirani ekspiratorni volumen pluća smanjuje se, kao i srednji ekspiracijski protok i najviši kapacitet disanja. Funkcijski rezidualni kapacitet povećava se na oko 60%, dok u mlađih to iznosi oko 50%. Starenjem se događaju funkcijske promjene bubrega: glomerulska filtracija smanjuje se za 0,8 ml/min (normalne vrijednosti za žene: 85- 135 ml/min, za muškarce 100-150 ml/min. [9]

Starenjem se smanjuje protok krvi kroz bubrege, kao i veličina bubrega za do trećine. Mišićno-koštani sustav se ravnomjerno smanjuje starenjem kao i neuporabom. Funkcijska sposobnost opada, osobito u žena pa tako oko 40% žena u dobi 55-64 godine ne mogu podignuti teret od 4,5 kg, istu težinu ne može podići 45% žena u dobi 65-74 godine i 65% žena u dobi 75-84 godine. Radni kapacitet smanjuje se za 25-30% tijekom starenja, a označava smanjenu sposobnost rada tijekom koga se koriste velike skupine mišića tijekom duljeg vremena. Najviši primitak kisika nakon 30. godine smanjuje se godišnje za 0,75-1% (0,40-0,50 ml/kg/min), odnosno za 8-10% tijekom svakog desetljeća. [9]

Nakon 30. godine života smanjuje se i minutni volumen srca za oko 30%, najviša frekvencija srca za oko 25%, sistolički krvni tlak poraste za 10- 40%, dijastolički za 5-10%, vitalni kapacitet pluća smanjuje se za 40-50%, rezidualni volumen pluća za 30-50%, bazalni metabolizam za oko 10% (8- 12%). Mišićna se masa smanjuje za 25-30%, jakost stiska šake za 25-30%, brzina provođenja živčanih impulsa prosječno za 10-15%, koštana masa u žena za 25-30%, u muškaraca za 15- 20%, a bubrežna funkcija za 30-50%. [9]

2.4. Uloga prehrane u procesu starenja

Pravilna prehrana je prehrana koja zadovoljava energetske potrebe i potrebe za esencijalnim hranjivim tvarima, a istovremeno smanjuje rizik obolijevanja od kroničnih bolesti povezanih s načinom prehrane. Obzirom da se tijekom starenja javljaju i određene promjene u funkciji probavnog sustava, prehrana starijih osoba treba biti usklađena s općim preporukama zdrave prehrane, energetskim potrebama i tjelesnom aktivnošću. [10]

Gerontološka istraživanja upućuju da nisu važne samo fizičke aktivnosti, intelektualna aktivnost, pozitivno zdravstveno ponašanje i socijalni kontakti, nego da je stanje uhranjenosti i prehrana za starije od izuzetnog ako ne i presudnog značaja. Pravilna i zdrava prehrana za starije osobe smanjuje rizik nastanka kroničnih bolesti. Implementacija jelovnika u domovima za starije je značajna zbog primjene prehrambeno-gerontoloških normi za starije osobe, a odnosi se i na smanjenje unosa „5B“ u hrani za starije: bijelo brašno, bijeli šećer, bijela riža, sol i mast, što opet vodi do smanjenja i sprječavanja pogrešnih prehrambenih navika u starijih osoba. [11]

Najčešća pogreška u prehrani je prekomjeran unos soli, šećera, bijelog brašna i zasićenih masnoća. To su štetni čimbenici koji pogoduju nastanku bolesti u starosti, a time i funkcionalne onesposobljenosti. Starenjem se postupno smanjuje udio vode u tijelu pa je nužno uzimati barem osam čaša nezaslađene i negazirane tekućine dnevno. [10]

Starenjem dolazi do slabljenja osjeta okusa, opipa, mirisa, vida i sluha, što može imati negativan utjecaj na prehranu i stanje uhranjenosti starijih osoba. Osim fizioloških promjena uvjetovanih starenjem, kroničnih bolesti i oštećenja funkcije pojedinih organa i organskih sustava kao i načina prehrane, na prehrambeni status starijih osoba utječu i psihološki (žalovanje, apatija i sl.), sociološki (izoliranost uvjetovana teškom pokretljivosti i sl.) i ekonomski čimbenici. Ljudi starije dobi koriste lijekove od kojih mnogi mogu uzrokovati gubitak apetita, smanjiti osjet okusa i mirisa, ili doći u interakciju s drugim prehrambenim tvarima, smanjujući tako njihovu apsorpciju. [10]

2.4.1. Smjernice pravilne prehrane za starije osobe

Starenjem dolazi do snižavanja bazalnog metabolizma što uz smanjenu tjelesnu aktivnost dovodi do manjih energetskih potreba. Unatoč padu energetskih potreba važno je potrebno konzumirati hranu bogatu nutrijentima, a siromašnu kalorijama, kako bi se u isto vrijeme osigurali svi esencijalni hranjivi sastojci i potrebna količina energije. [10]

Planiranje obroka, dodaci prehrani te oralni nutritivni dodaci koji se propisuju kod dijagnosticirane ili prijeteće pothranjenosti, mogu imati značajan utjecaj na zdravlje starijih osoba. Primjena enteralne i parenteralne prehrane opravdana je kod pothranjenih bolesnika starije dobi. Bolesnici starije dobi dijele indikacije s bolesnicima ostalih dobnih skupina, iako se veće značenje kod ovih bolesnika daje kvaliteti života. Radna skupina koju su činili internisti, gerontolozi, antropolozi, nutricionisti i ostali stručnjaci, posebno upućeni u liječenje gerijatrijskih bolesnika izradila je Hrvatske smjernice za prehranu osoba starije dobi. Izrada smjernica temeljena je na dokazima iz relevantne medicinske literature te kliničkim iskustvima članova radne skupine. Smjernice pravilne prehrane za starije uključuju osam prehrambenih pravila: [11]

1) Primjeren unos hrane do 1500 kcal dnevno uz stalnu tjelesnu aktivnost.
2) Svakodnevno jesti što raznovrsniju hranu, voće i povrće, nemasne mliječne proizvode (jogurt), što više plave ribe, uz jedan dcl crnog vina. Unositi što manje kalorijskih namirnica, najkasnije tri sata prije spavanja i po mogućnosti uvijek u isto vrijeme.
3) Dnevno uzimati osam čaša vode od dva dcl ili negazirane i nezaslađene tekućine (što se umanjuje konzumacijom tekuće hrane kao što su bistre juhe i variva).
4) Sezonsko voće, povrće, klice i integralne žitarice konzumirati u povećanoj količini.
5) Crveno meso djelomično zamijeniti s bijelim mesom peradi (bez kožice) i osobito plavom ribom.
6) Primjeren unos nemasnog mlijeka, svježeg sira, jogurta, kefira, tofua i orašastih plodova.
7) Maksimalno ograničiti unos 5B u hrani: sol, bijeli šećer, bijelo brašno, bijelu rižu, bijelu mast (zamjenski koristiti ulje buče, masline ili suncokreta).
8) Povećati unos brokule, cvjetače, prokulice, cikle, crvenog i bijelog luka, sojinih proizvoda te bućinih koštica u cilju sprječavanja bolesnog starenja.

Primjena pravilne mediteranske prehrane za starije osigurava zdravo aktivno starenje, što su potvrdila hrvatska i europska gerontološka istraživanja prema kojima starije osobe oboljele od dijabetesa ne doživljuju duboku starost od 85 i više godina. [12]

3. Oblici skrbi za starije osobe u RH

Opredjeljenje Republike Hrvatske za zaštitu starijih osoba kao ranjive skupine proizlazi iz Ustava Republike Hrvatske. Prema članku 21. Zakona o socijalnoj skrbi, starije i nemoćne osobe su u sustavu socijalne skrbi prepoznate kao posebno osjetljiva kategorija korisnika. U Obiteljskom zakonu u članku 292. navodi se da je punoljetno dijete dužno uzdržavati roditelja koji nije sposoban za rad, a nema dovoljno sredstava za život ili ih ne može ostvariti iz svoje imovine. [15]

Starije osobe navedene su i u programu Vlade Republike Hrvatske za razdoblje od 2016.-2020. godine gdje je naglašeno da će se pristupiti izmjenama u mirovinskom sustavu i pružiti primjerena institucionalna i izvaninstitucionalna skrb za starije građane, kako bi im se osigurao dostojanstven život nakon završetka radnog vijeka. [15]

Prema procjeni stanovništva sredinom 2015., u Republici Hrvatskoj je živjelo 4 203 604 stanovnika od koji je 799 286 osoba ili 19,01% staro 65 i više godina. [13] Udio starijeg stanovništva u populaciji veći od 8% pokazatelj je da je neko stanovništvo zakoračilo u demografsku starost. [14]

Kad u nekom društvu prosječna dob stanovništva prijeđe 30 godina smatra se da je društvo zakoračilo u proces starenja stanovništva. Hrvatska je ušla u proces starenja već 1953. godine kad je prosječna dob bila 30,7 godina i kontinuirano je rasla da bi 2014. godine dosegla 42,3 godina. [13]

3.1. Institucijska skrb

Institucijska skrb o starijim osobama podrazumijeva uslugu dugotrajnog smještaja koja se starijim osobama pruža u domovima socijalne skrbi ili drugim pravnim osobama. Institucijska skrb o starijim osobama može obuhvatiti usluge prihvata, stanovanja, prehrane, nabave odjeće i obuće, održavanja osobne higijene, brige o zdravlju i njege, čuvanja, radnih aktivnosti, psihosocijalne rehabilitacije te organiziranja slobodnog vremena. [15]

Najvažnije usluge u sustavu socijalne skrbi jesu pružatelji usluge smještaja i pomoći u kući. Oni se u sustavu socijalne skrbi vode pod zajedničkim nazivom institucionalni smještaj.

Pružatelj usluge smještaja može biti dom socijalne skrbi kojeg sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi i Zakonu o ustanovama može osnovati država, vjerska zajednica, trgovačko društvo, udruga te druga domaća i strana pravna ili fizička osoba. [15]

Pružatelj usluge smještaja bez osnivanja doma može biti udruga, vjerska zajednica, druga pravna osoba te obrtnik koji uz obavljanje svoje djelatnosti, za koju su upisani u sudski registar ili kod drugog nadležnog tijela u skladu s posebnim zakonima, mogu pružati uslugu smještaja u zasebnoj organizacijskoj jedinici sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi. [15]

Prema statističkim podacima Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, krajem 2015. godine, uslugu smještaja kao institucijskog oblika skrbi u RH pružalo je slijedećih 197 pružatelja: [15]

- državni domovi za stare i nemoćne -3
- županijski (decentralizirani) domovi za starije i nemoćne - 45
- domovi drugih osnivača - 97
- druge pravne osobe koje pružaju usluge smještaja bez osnivanja doma - 52

Prema statističkim podacima Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, stanje na dan 31.12.2015.g., 17.141 osoba stara 65 i više godina smještena je u domove i druge pravne osobe za starije i nemoćne osobe, od čega su temeljem rješenja centra za socijalnu skrb smještene 3.374 osobe stare 65 i više godina. [15]

Prema statističkim podacima Ministarstva za demografiju, obitelj, mlade i socijalnu politiku, stanje na dan 31.12.2015. godine, u domovima za starije i nemoćne osobe kojima je osnivač županija, a koji čine 59,08 % ukupnih smještajnih kapaciteta u institucionalnom smještaju na smještaj je čekalo 769 osoba kojima je pravo na uslugu smještaja priznato temeljem rješenja centra za socijalnu skrb, od tog broja 387 osoba bilo je zainteresirano za trenutni smještaj. [15]

3.2. Izvaninstitucijska skrb

Izvaninstitucijska skrb o starijim osobama odnosi se na pružanje usluga kao što je pomoći u kući u korisnikovom domu, usluga dugotrajnog smještaja u obiteljskom domu, organiziranom smještaju i udomiteljskoj obitelji.

Izvaninstitucionalni smještaj se ostvaruje u obiteljskom domu, organiziranom stanovanju i udomiteljskoj obitelji. Obiteljski dom pruža uslugu smještaja za najmanje 5 i najviše 20 starijih osoba, u organiziranom stanovanju u jednoj stambenoj jedinici može biti smješteno najviše 8 osoba, a udomiteljska obitelj može udomljavati najviše 4 starije osobe. Kod ova tri tipa pružanja usluge smještaja htjelo se za korisnika sačuvati dio obiteljske atmosfere. U obiteljskom domu i udomiteljskoj obitelji korisnik i pružatelj usluge dijele stambeni prostor. [15]

Pomoć u kući primarno pružaju centri za pomoć u kući, ali mogu je pružati i centri za pružanje usluga u zajednici, domovi te drugi pružatelji usluga (bez osnivanja doma) te fizičke osobe koje samostalno pružaju uslugu pomoć u kući kao profesionalnu djelatnost. Organizacija prehrane je aktivnost pomoći u kući koju pružaju domovi, centri za pružanje usluga u zajednici i pružatelji usluga bez osnivanja doma. Obavljanje kućanskih poslova, održavanje osobne higijene i zadovoljavanje drugih svakodnevnih potreba uglavnom odrađuju centri za pomoć u kući i fizičke osobe koje samostalno pružaju uslugu pomoć u kući kao profesionalnu djelatnost. [15]

Obiteljskih domova je prema Evidenciji fizičkih osoba koje samostalno obavljaju socijalnu skrb kao profesionalnu djelatnost na dan 31.12.2015. bilo upisano 336. Na isti datum bilo je 1240 udomiteljskih obitelji za starije osobe, prema podacima prikupljanim za potrebe Službe za stare i nemoćne osobe, osobe s problemima ovisnosti i azilante. [15]

Prema podacima Službe za starije osobe na dan 31.12.2015. u 231 obiteljskom domu koji su dostavili podatke bilo je smješteno ukupno (temeljem rješenja centra za socijalnu skrb i temeljem ugovora o smještaju) 2.774 starije i nemoćne osobe. Prema podacima Službe za starije osobe, prikupljenim od centara socijalne skrbi koji utvrđuju uvjete i izdaju rješenja za obavljanje udomiteljstva, na dan 31. 12. 2015. bilo je smješteno 3.279 starijih i nemoćnih osoba. [15]

3.3. Domovi za starije i nemoćne osobe

Domovi su nezamjenjive ustanove za zbrinjavanje starijih i nemoćnih osoba koje nemaju pomoć od strane svoje uže ili šire obitelji. Potražnja za smještajem u domu je uvijek visoka unatoč negativnim konotacijama o takvom obliku brige za starije.

Glavni prigovor vezan uz smještaj u domu temelji se na izdvajanju starije osobe iz poznate fizičke i socijalne sredine što joj uzrokuje dodatan stres i neugodu. Promjena boravišta uzrokuje nezadovoljstvo u bilo kojoj životnoj dobi, ali je posebno teška u starosti. Za stariju osobu promjena mjesta boravišta često je praćena socijalnom izolacijom, problemima u prilagodbi i osjećajem da se nekomu nameće ili da joj se netko nameće. Kako bi se smanjio stres starije osobe zbog promjene životne sredine, potreban je njen dobrovoljni pristanak. Na taj način se povećava šansa za zadovoljnim nastavkom života. Kada pristanak izostane, kraj je brz, a nezadovoljstvo ogromno. [16]

Osjećaj integriteta i vlastite autonomije mnogo utječe na kvalitetu odnosa između primatelja i davatelja skrbi. Potpuna ovisnost od strane primatelja, kao i osjećaj obveze od strane davatelja skrbi negativno utječu na odnos te izazivaju napetost i sukobe. Komparacija rezultata u europskim zemljama pokazala je kako je najveće zadovoljstvo starih ljudi kvalitetom života u zemljama velike društvene brige za stare ljude (Norveška i Velika Britanija), a najmanje u Španjolskoj, u kojoj briga za stare ljude uglavnom pada na obitelj. Materijalna neovisnost starih ljudi ima veliku ulogu u njihovoj subjektivnoj kvaliteti života. [16]

Veći stupanj pokretljivosti i aktivnosti povezan je s većim osjećajem zadovoljstva i smanjenim mortalitetom. Čini se da socijalne aktivnosti koje se obavljaju u društvu i koje su produktivne pozitivno djeluju na veće zadovoljstvo, veće funkcionalne sposobnosti i smanjen mortalitet. Usamljeničke aktivnosti kao što su hobiji i čitanje pokazale su se povezane samo sa zadovoljstvom. [16]

U jednom istraživanju (Wandesten, 2007) provedena je kvalitativna analiza života u domu temeljena na izjavama korisnika doma za starije osobe. Rezultati pokazuju da stanovnici doma shvaćaju svoju situaciju na vrlo različite načine. Svi pojedinci koji su bili zadovoljni situacijom u domu za njegu također su bili zadovoljni svojim ranijim životom. Za medicinsku sestru u gerontološkoj skrbi svojevrstan je izazov upoznavanje svakog stanovnika

doma i pružanje najbolje njege i najboljeg individualnog tretmana. Još jedan izazov je pomoći svakom stanovniku da pronađe prihvatljiv život u domu za njegu, a uključuje pomoć stanovnicima u procesu starenja. Ova studija ističe važnu ulogu koju ima osoblje u odnosu na stanovnike staračkih domova. [17]

Često se spominju prednosti i nedostaci domova kao institucijskog oblika skrbi za starije i nemoćne unatoč tome što je prednost domova upravo to što pružaju garanciju profesionalne multidisciplinarne skrbi za stare i nemoćne sa različitim zdravstvenim i socijalnim problemima. Nedostaci su većinom ograničenje slobode, intimnosti i individualnosti gerijatrijskog korisnika radi smještaja u dvokrevetne ili višekrevetne sobe, ograničavanje u donošenju vlastitih odluka, poteškoće u prilagodbi na nova pravila i organizacijsku strukturu institucije. Dom kao mjesto života stereotipno predstavlja napuštenost, gubitak vlastite vrijednosti i osjećaj odbačenosti za gerijatrijskog korisnika što često može pogoršati njegovo zdravstveno stanje. [2]

Prednosti smještaja u domu: [17]

- Zdravstvena i opća njega organizirana kroz 24 sata
- Redovna i zdrava prehrana
- Siguran okoliš prilagođen starijim osobama
- Osigurana liječnička pomoć u razumnom vremenu
- Čišćenje i održavanje soba i okoliša
- Druženje s vršnjacima
- Brižno osoblje
- Samostalno odlučivanje o provođenju slobodnog vremena

Nedostaci smještaja u domu: [17]

- Stres zbog izdvajanja iz poznatog okruženja

- Prilagodba i mijenjanje duboko ukorijenjenih navika
- Strogo određen raspored njege i aktivnosti kojima se starija osoba ne potiče na samozbrinjavanje
- Fluktuacija osoblja i nemogućnost stvaranja odnosa povjerenja
- Monotonija i dosada
- Cijena

4. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege

Primjena Programa Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije je učinkovit način za zadovoljenje zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerijatrijskih osiguranika na razini primarne zdravstvene zaštite za starije, uz timove specijalista opće/obiteljske medicine s primjerenim brojem medicinskih sestara te ostale zdravstvene djelatnike. [17]

Uvjet za primjenu Programa Četiri stupnja gerijatrijske njege u domovima za starije je postojanje jednog stalnog tima SOM-a (liječnika obiteljske medicine) u svakom domu za starije osobe. Tim se sastoji od jednog stalnog liječnika specijaliste obiteljske medicine i jednu medicinsku sestru po domu za starije osobe koji u svojoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti pruža zdravstvenu gerijatrijsku zaštitu kako za stacionarno smještene gerijatrijske bolesnike, tako i na stambenom dijelu doma za starije osobe. [17]

Utvrđivanje funkcionalne sposobnosti u odnosu na fizičku pokretljivost i psihičku samostalnost korisnika doma za starije osobe glavni je indikator prema kojemu se određuje minimalni kadrovski standard zdravstvenih djelatnika na broj gerijatrijskih osiguranika u stambenom i stacionarnom dijelu domova za starije osobe. Navedeni indikator je osnova za određivanje kategorije gerijatrijskog osiguranika, čime se utvrđuje i potreban stupanj gerijatrijske zdravstvene njege. Uz utvrđivanje funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika i zdravstvenog stanja, neophodno je utvrditi i obilježja negativnog zdravstvenog ponašanja jer je to glavnog kriterija prema kojemu se određuje prijem starije osobe u stambeni ili stacionarni dio doma za starije. [17]

O svim navedenim kriterijima ovisi kategorija starijeg korisnika/gerijatrijskog osiguranika za algoritam usluga i obuhvata zdravstvenih mjera i postupaka opće/obiteljske medicine s gerijatrijskom zdravstvenom njegom, koji se pruža u specifičnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti u domovima za starije osobe. Kadrovsku normu broja medicinskih sestara, po gerijatrijskom osiguraniku, određuje utvrđivanje funkcionalne sposobnosti gerijatrijskog osiguranika, osim utvrđenog zdravstvenog stanja i obilježja negativnog zdravstvenog ponašanja. Time se usmjerava kategorija gerijatrijskog bolesnika/korisnika doma za starije za primjenu postupaka gerijatrijske zdravstvene njege. [15]

Primjena Programa četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege omogućuje osiguranje djelatnosti tima liječnika obiteljske medicine i ravnomjernu zastupljenost većeg broja medicinskih sestara ovisno o zdravstvenoj potrebi po individualnom gerijatrijskom bolesniku stacionarno smještenom u domu za starije osobe. Time se osigurava kategorija gerijatrijskog osiguranika za primjenu 4 stupnja gerijatrijske zdravstvene njege indiciranu njegovim zdravstvenim stanjem i funkcionalnom onesposobljenošću. Kako bi se mogla evaluirati provedba četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe izrađena je sestrinska dokumentacija sa ciljem kontinuiranog razvoja i unapređenja kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije osobe. [17]

Glavne determinante kategorije gerijatrijskog osiguranika određuju četiri stupnja gerijatrijske njege: od prvog (minimalan stupanj) do četvrtog (maksimalan stupanj), koji su sukladni gerijatrijskim europskim normama u stacionarnom i stambenom dijelu domova za starije. Kadrovska norma za opću/obiteljsku medicinu i četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege prikazana je u tablici 4.1.

BROJ MEDICINSKIH SESTARA	**BROJ GERIJATRIJSKIH BOLESNIKA / KORISNIKA DOMA**
1. stupanj gerijatrijske zdravstvene njege (minimalan stupanj – za stambeni dio doma)	**1 : 12**
2. stupanj gerijatrijske zdravstvene njege (minimalni stupanj za stacionar u domu)	**1 : 6**
3. stupanj gerijatrijske zdravstvene njege (optimalni za stacionar u domu)	**1 : 4**
4. stupanj gerijatrijske zdravstvene njege	**1 : 3**

Tablica 4.1. Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege

Izvor: izradila autorica prema podacima Gerontološkog ljetopisa, 2016.

Cilj i svrha provedbe specijalne primarne zdravstvene zaštite u domovima za starije osobe: [17]

1. utvrđivanje kategorije gerijatrijskog bolesnika / korisnika doma za starije u odnosu na zdravstveno stanje i po procjeni funkcionalne sposobnosti u odnosu na fizičku pokretnost i psihičku samostalnost,
2. algoritam opće/obiteljske medicine u domovima za starije,
3. određivanje stupnja gerijatrijske zdravstvene njege po individualnom gerontološkom pristupu,
4. redovita provedba sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege,
5. kvaliteta zdravstvenih gerontoloških usluga; stručna djelatnost i odgovornost te suodgovornost,
6. razvoj gerijatrijske zdravstvene struke u skladu sa europskim gerijatrijskim i gerontološkim normama,
7. identitet i prepoznatljivost profesije u gerontologiji i gerijatriji,
8. jednaka i međusobna ovisnost pojedinih profesionalnih grana unutar struke,
9. definiranje standarda gerijatrijske zdravstvene njege i njihova primjena u struci,
10. primjena standarda usluga (postupaka) u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi
11. evaluacija

Provedba primarne zdravstvene zaštite za starije je u cilju prevencije nastanka“ 4 N“ u gerijatriji. To se odnosi na prevenciju nepokretnosti, nesamostalnosti, nestabilnosti i nekontroliranog mokrenja. Gerijatrijski “domino-efekt” je obilježje koje se javlja samo u pravilu kod gerijatrijskog bolesnika. Nastanak bolesti u starije osobe prati istovremena pojavnost i njezine funkcionalne onesposobljenosti. Nastupaju komplikacije u obliku nastanka tzv. „4 N u gerijatriji“ nepokretnost, nesamostalnost, nestabilnost i nekontrolirano mokrenje. Gerijatrijska zdravstvena njega i opća medicina u domovima za starije učinkovito, primjereno i dostupno rješava gerontološke zdravstvene probleme na razini primarne zdravstvene zaštite za starije. [17]

5. Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege

Na temelju Čl. 88. Ustava Republike Hrvatske, Hrvatski Sabor je na sjednici 17. srpnja 2003. g. donio odluku o Zakonu o sestrinstvu Čl. 16., st. 5. Zakona o sestrinstvu kaže: „Dužnost medicinske sestre je vođenje sestrinske dokumentacije kojom se evidentiraju svi provedeni postupci tijekom 24 sata." Zakon također nalaže: „Postupanje po utvrđenim pravilima i protokolima za provođenje postupaka u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi i provedbu gerijatrijske zdravstvene njege po utvrđenom planu njege". Čl. 17. istog zakona kaže: "Medicinska sestra obavezna je evidentirati sve provedene postupke u sestrinskoj dokumentaciji za svakog pojedinog gerontološkog osiguranika na svim razinama zdravstvene zaštite". [17]

Kako bi se mogla evaluirati provedba četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u Domovima za starije osobe, bilo je nužno izraditi sveobuhvatnu sistematiziranu individualnu preventivnu i profesionalnu sestrinsku dokumentaciju gerijatrijske zdravstvene njege s ciljem kontinuiranog razvoja i unapređenja kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege u svakodnevnoj praksi u domovima za starije osobe. [2]

Sestrinska dokumentacija je skup podataka koji služe kontroli kvalitete planirane i provedene gerijatrijske zdravstvene njege. Prva sestrinska dokumentacija za medicinske sestre u socijalnim ustanovama izrađena je 2007. g. sukladno zakonskim ovlastima. Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege unaprijeđena je 2008. godine. [2]

U Hrvatskoj je 2009. godine prvi put donesena povijesna potvrda Hrvatske komore medicinskih sestara o prihvaćanju sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege u Domovima za starije osobe kao nacionalni standard Hrvatske komore medicinskih sestara sukladno Zakonu o sestrinstvu (NN br. 121/03 i 117/08). [17]

Sestrinskom dokumentacijom se utječe na društvene promjene činjenicom da su pacijenti bolje upućeni u bolest, metode liječenja te potrebne intervencije. Pacijenti / korisnici gerijatrijske zdravstvene njege očekuju da medicinska sestra posjeduje znanje, da je kompetentna te da pruža visokokvalitetnu gerijatrijsku zdravstvenu njegu na najučinkovitiji mogući način. [19]

Sestrinska dokumentacija gerijatrijske zdravstvene njege namijenjena je za upotrebu u svakodnevnoj praksi na razini medicinska sestra - gerijatrijski osiguranik u institucijskoj i izvaninstitucijskoj skrbi za starije osobe.

5.1. Ciljevi i svrha sestrinske dokumentacije gerijatrijske zdravstvene njege

Sestrinska dokumentacija služi za dokumentiranje procesa zdravstvene njege u svim fazama kako bi se nakon određivanja potrebne njege ista mogla planirati, unaprjeđivati i evaluirati. Obzirom da je zdravstvena njega osnovna djelatnost medicinske sestre i da je zdravstvena njega sustavan pristup utemeljen na znanju medicinske sestre, postavljeni su ciljevi i svrha sestrinske dokumentacije. [2]

Ciljevi sestrinske dokumentacije: [19]

- Medicinskim sestrama u RH omogućiti novi pristup u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi
- Potaknuti procjenjivanje i kontinuirano praćenje stanja korisnika na temelju prikupljenih podataka
- Omogućiti dijagnosticiranje problema u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi - razvoj sestrinskih dijagnoza
- Potaknuti medicinske sestre da novim pristupom bolje osmisle i unaprijede kvalitetu sestrinske skrbi
- Omogućiti bolju evaluaciju gerijatrijske zdravstvene njege
- Omogućiti bolju kontrolu kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege
- Potaknuti medicinske sestre da usvajanjem nove tehnologije govore i pišu jedinstvenim jezikom

Svrha sestrinske dokumentacije: [19]

- Stvaranje osnove za izradu baze podataka za razvoj sestrinskog dijela zdravstvene
- socijalne informatike
- Omogućiti istraživanja u sestrinstvu
- Unaprjeđivati kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege

- Omogućiti određivanje zastupljenosti i kontrolu potrebnih kadrova
- Omogućiti poštivanje Zakona o sestrinstvu (NN br. 121/03 i 117/08).

5.2. Obrasci sestrinske dokumentacije

Sestrinsku dokumentaciju gerijatrijska sestra samostalno planira, ispunjava i provodi kroz slijedećih 19 obrazaca: [19]

1. Matični obrazac - Biografija - životni događaji
2. Sestrinska anamneza po modelu Roper / Juchli ortopedska pomagala
3. Plan procesa gerijatrijske zdravstvene njege
4. Zdravstvena njega prva smjena
5. Zdravstvena njega druga smjena
6. Zdravstvena njega noćna smjena
7. Preventivna zdravstvena njega prva i druga smjena
8. Specifični postupci zdravstvene njege / promatranje zdravstvenog stanja
9. Evaluacija / sestrinsko izvješće
10. Evidencija ordinirane i primljene terapije
11. Braden ljestvica za procjenu rizika dekubitusa
12. Prevencija i praćenje dekubitusa
13. Unos i izlučivanje tekućina kroz 24 sata
14. Protokol prehrane
15. Gerijatrijski obrazac za prevenciju pada (S. Huhn)
16. Izvješće o incidentu (spriječenom ili nastalom)
17. Procjena bola
18. Sestrinsko otpusno pismo za gerijatrijskog osiguranika
19. Kategorijski postupnik 4 stupnja gerijatrijske zdravstvene njege i Opis čimbenika kategorizacije gerijatrijskih korisnika po kategorijama

U nastavku su opisani najčešće korišteni obrasci u domu za starije.

Matični obrazac - biografija ispunjava medicinska sestra prvostupnica ili diplomirana medicinska sestra kod prijema gerijatrijskog osiguranika u dom za starije osobe. Cilj prikupljanja podataka je upoznati gerijatrijskog osiguranika, razumjeti njegova ograničenja i stupanj potrebe za gerijatrijskom zdravstvenom njegom te upoznati i otkriti njegove mogućnosti i sposobnosti.

U obrazac biografija – životni događaji unose se podaci o cjelokupnom životu gerijatrijskog osiguranika. Podaci se dobivaju promatranjem i vođenjem razgovora sa gerijatrijskim osiguranikom, članovima obitelji, zatim dobivenim podacima od liječnika i drugih službi. Daljnjim ispitivanjem ciljanih i individualnih potreba, običaja, navika i želja za gerijatrijskom zdravstvenom njegom i prepoznavanjem rizičnih čimbenika dolazi do uspostavljanja odnosa povjerenja i otvorenosti prema starijoj osobi.

Sestrinska anamneza služi za ispitivanje i procjenjivanje potreba za gerijatrijskom njegom te sustavno evidentira i dokumentira zatečeno stanje u 12 aktivnosti svakodnevnih ljudskih potreba: pranje / njega tijela i oblačenje, aktivnost kretanja, prehrana i tekućina, eliminacija stolice i urina, odmor i spavanje, komunikacija, dnevna aktivnost, disanje, regulacija tjelesne temperature, osobitosti u odnosu žena / muškarac, psihosocijalna aktivnost, briga o vlastitoj sigurnosti.

Zdravstvena njega prva smjena - tijekom prve smjene medicinska sestra sukladno smjernicama svakodnevno kroz cijeli mjesec potvrđuje provedbu za sljedeće aktivnosti: pranje i oblačenje, pokretljivost, prehranu i unos tekućine te eliminaciju. Ovisno o postojećem funkcionalnom i zdravstvenom stanju te mogućnostima bolesniku/korisniku doma će se pružiti pomoć pri navedenim aktivnostima u cilju održavanja osobne higijene.

Zdravstvena njega druga smjena - tijekom druge smjene medicinska sestra isto tako sukladno smjernicama kroz cijeli mjesec potvrđuje provedbu za sljedeće aktivnosti: pranje i oblačenje, pokretljivost, prehranu i unos tekućine te eliminaciju.

Zdravstvena njega noćna smjena - tijekom noćne smjene medicinska sestra isto tako sukladno smjernicama kroz cijeli mjesec potvrđuje provedbu za sljedeće aktivnosti: pranje i oblačenje, pomoć kod prehrane i unosa tekućine, nadalje uključuje noćni obilazak, pomoć kod eliminacije, zbrinjavanja inkontinencije, provođenje preventivnih mjera za sprječavanje dekubitusa, kontraktura, pneumonije te ojedina. Medicinska sestra svojim

potpisom potvrđuje provedbu za okretanje u krevetu i pomoć kod noćnog hodanja kao i pomoć kod orijentacije.

Promatranje zdravstvenog stanja – potrebno je redovito bilježiti stolicu, mjeriti tjelesnu težinu obavezno kod dolaska, kontrola jedanput mjesečno i prema uputi liječnika. Mjeriti puls i tlak prema uputi liječnika, a najmanje jedanput tjedno i prema potrebi gerijatrijskog osiguranika. Evidencija unosa i izlučivanja tekućine kroz 24 sata.

Evidencija ordinirane i primljene terapije – potrebno je upisati točan naziv ordiniranog lijeka, vrijeme davanja te obavezno provjeravati propisanu medikamentoznu terapiju, davati lijek prema uputama liječnika.

Prevencija i praćenje dekubitusa – u listi se bilježi promjena položaja tijela po potrebi i svaka dva sata. Antidekubitalna pomagala upisuju se u obrazac. Učestalost prijevoja se provodi prema uputama liječnika. U rubriku Braden skala upisuje se dobiveni zbroj bodova iz obrasca br. 13 Braden ljestvica za procjenu rizika dekubitusa.

Unos i izlučivanje tekućina kroz 24 sata - Ovisno o postojećem funkcionalnom i zdravstvenom stanju te mogućnostima bolesnika / korisnika medicinska sestra doma će se pružiti pomoć pri navedenim aktivnostima, kako bi se zadovoljile dnevne potrebe unosa tekućine. Izračunavanje ukupne unesene količine tekućine tijekom 24 sata vrši se na temelju zbroja dnevnog pojedinačnog unosa tekućine. (provodi se uvijek u isto vrijeme ujutro između 5 - 7 sati, sadašnja praksa). Gerijatrijski bolesnik koji ima postavljen kateter ili drenažu - medicinske sestre vode dnevnu evidenciju datum i vrijeme i količinu izlučivanja urina ili drenaže u ml (ujutro između 5 - 7 sati , sadašnja praksa).

Izvješće o incidentu - ukoliko dođe do bilo kakvog incidenta, npr. pad iz kreveta u noći kod ustajanja na toalet, medicinska sestra je dužna u svojoj smjeni napisati izvješće o spriječenom ili nastalom incidentu. Izvješće o incidentu je pisani dokument i služit će kao dokaz u zaštiti medicinske sestre i gerijatrijskog osiguranika.

Sestrinsko otpusno pismo za gerijatrijskog osiguranika – ispunjava glavna sestra Doma za starije osobe kada se gerijatrijski osiguranik premješta odnosno otpušta iz Doma za starije osobe u bolnicu, ili ponovni otpust iz bolnice u Dom za starije osobe, ili patronažnoj službi u lokalnoj zajednici gdje gerijatrijski osiguranik boravi i živi. Pismeni dokument za primopredaju gerijatrijskog bolesnika nadležnim medicinskim sestrama za nastavak kontinuirane skrbi u provođenju dijagnostičkih i terapeutskih mjera i postupaka gerijatrijske

zdravstvene njege. Sestrinsko otpusno pismo temelj je za nastavak daljnjeg kontinuiranog planiranja sestrinskih mjera i postupaka u aktivnostima svakodnevnih ljudskih potreba koje će prilagoditi individualnim potrebama osjetljivih i krhkih starijih osoba, pružajući i poboljšavajući skrb u zadovoljavanju njihovih fizioloških, psiholoških socijalnih i duhovnih potreba.

6. Sestrinske dijagnoze

Medicinske sestre su oduvijek procjenjivale stanje svojih pacijenata i na temelju toga donosile određene zaključke. Međutim, tek prije nekoliko desetljeća taj se proces počeo nazivati sestrinskim dijagnosticiranjem, a zaključci sestrinskim dijagnozama. Klasifikacija sestrinskih dijagnoza s pratećim klasifikacijama podataka, ciljeva i intervencija smatra se jedim od najvećih postignuća u sestrinstvu, a istodobno i instrumentom daljnjeg razvoja. [20] U nastavku će biti prikazane najčešće sestrinske dijagnoze u domu za starije i nemoćne.

Visok rizik za dehidraciju u/s oslabljenim/oštećenim poticajem za žeđ

Definicija - stanje mogućeg rizika za deficit volumena tekućine.

Kritični čimbenici: životna dob, pretilost/pothranjenost, povraćanje, proljev, pojačano mokrenje, gubitak tekućina drenažom, smanjena mogućnost brige za sebe, poremećaj svijesti, vrućina.

Mogući ciljevi:

- Pacijent će razumjeti uzroke problema i načine na koje mu se pomaže, pokazati će želju i interes za uzimanjem tekućine.
- Pacijent neće pokazivati znakove i simptome dehidracije, imati će dobar (elastičan) turgor kože, vlažan jezik i sluznice kroz 24 sata.
- Pacijent će povećati unos tekućine na minimalno 2000 ml/24sata. Diureza će biti viša od 1300 ml/dan (ili min 30 ml/sat), a specifična težina urina biti će u granicama normalnih vrijednosti za 48 sati.
- Krvni tlak, puls, tjelesna temperatura i disanje u pacijenta će biti u granicama normalnih vrijednosti.

Intervencije:

- Objasniti pacijentu važnost unosa propisane količine tekućine
- Podučiti pacijenta rizičnim čimbenicima
- Objasniti pacijentu da se ne oslanja na žeđ kao pokazatelj za uzimanje tekućine
- Osigurati tekućinu nadohvat ruke

- Pomoći bolesniku uzeti tekućinu
- Pratiti unos i iznos tekućina
- Mjeriti vitalne funkcije

U tablici 6.1. prikazani su stupnjevi dehidracije sa znakovima i simptomima.

Znakovi i simptomi	Blaga (gubitak < 5 %)	Umjerena (gubitak 10 %)	Teška (gubitak 15 %)
Sluznice	Djelomično suha	Suha	Suha, ispucana
Turgor kože	Normalan	Snižen (slab)	Veoma slab
Prednja fontanela	Normalna	Uvučena	Uvučena
Oči (izgled)	Normalne	Uvučene	Uvučene
Srčana frekvencija	Normalna	Povišena	Povišena
Respiratorna frekvenca	Normalna	Povišena	Povišena
Krvni tlak	Normalan	Minimalno snižen	Snižen
Koža	Blijeda, topla	Veoma blijeda do hladna, prošarana	Prošarana do cijanotična, hladna
Kapilarno punjenje	Normalno	Minimalno usporeno	Usporeno
Mentalni status	Budan	Razdražljivost	Letargičan (pospan)

Tablica 6.1. Stupnjevi dehidracije

Izvor: http://www.hkms.hr/data/1316431501_827_mala_sestrinske_dijagnoze_kopletno.pdf

Visok rizik za dekubitus u/s smanjena pokretnost / nepokretnost

Definicija: Prisutnost mnogostrukih vanjskih i unutarnjih čimbenika rizika za oštećenje tkiva.

Kritični čimbenici: nedovoljna/smanjena tkivna cirkulacija, poremećaj prehrane: pretilost, malnutricija, dugotrajna primjena gipsanih udlaga, prevoja, traka, otopina, primjena urinarnog katetera, nazogastrične sonde, izloženost izlučevinama, temperatura, vlaga.

Mogući ciljevi:

- Pacijentova koža će ostati intaktna; integritet kože će biti očuvan.
- Pacijent će sukladno svojim sposobnostima sudjelovati u provođenju mjera prevencije nastanka dekubitusa
- Pacijent i obitelj će usvojiti znanja o preventivnim mjerama i njihovoj važnosti u sprečavanju dekubitusa

Intervencije:

- Procijeniti postojanje čimbenika rizika za dekubitus - Braden skala dva puta tjedno
- Djelovati na rizike čimbenika sukladno bodovima Braden skale
- Dokumentirati ranija oštećenja kože i sadašnje stanje
- Održavati higijenu kože
- Mijenjati položaj pacijenta u krevetu svakih 2 sata.
- Koristiti antidekubitalne madrace i jastuke koji umanjuju pritisak
- Provoditi aktivne i pasivne vježbe ekstremiteta

Braden skala za procjenu sklonosti nastanka dekubitusa obuhvaća procjenu senzorne percepcije, vlažnosti, aktivnosti, pokretljivosti, prehrane, trenja i razvlačenja. Svaki parametar se boduje od 1 do 4. Bodovi se unose u skalu za procjenu rizika (Tablica 6.2.) u kojoj se raspon bodova skreće od 6 do 23, s tim da manji broj bodova označava veći rizik za nastanak dekubitusa. [21]

Nema rizika	**19 – 23**
Prisutan rizik	**15 – 18**
Umjeren rizik	**13 – 14**
Visok rizik	**10 – 12**
Vrlo visok rizik	**9 i manje**

Tablica 6.2. Raspon vrednovanja rizika u Braden skali

Izvor: izradila autorica prema podacima HKMS, Sestrinske dijagnoze, Zagreb, 2011

Mjesta na kojima se pojavljuje dekubitus su mjesta iznad koštanih prominencija. Zbog dugotrajnog pritiska dolazi do ishemije i nekroze tkiva. Promatrajući bolesnika od glave do pete, oštećenja nastaju, ako bolesnik leži na leđima : u predjelu zatiljne kosti, laktovi, lopatice, križa, trtica i pete. Ako bolesnik leži na boku oštećenja će se javiti: na predjelu uške, ramena, vanjske strane lakta, kuka, vanjske strane koljena i gležnja. U položaju bolesnika na trbuhu oštećenja se javljaju u predjelu prsne kosti, rebara, prednjih izbočenja crijevne kosti, koljena, gornje strane stopala i unutarnje strane gležnja. [21]

Visok rizik za pad u/s općom slabosti, primjenom lijekova

Definicija: stanje u kojem je povećan rizik za pad uslijed međudjelovanja osobitosti pacijenta i okoline.

Kritični čimbenici: bolesti sustava za kretanje, bolesti živčanog sustava, bolesti srčano-žilnog sustava, primjena lijekova, nedostatak zaštitnih pomagala, opća slabost.

Mogući ciljevi:

- Pacijent tijekom boravka u domu neće pasti
- Pacijent će se pridržavati sigurnosnih mjera za sprječavanje pada

Intervencije:

- Upoznati pacijenta sa nepoznatom i novom okolinom
- Objasniti pacijentu korištenje sustava za pozvati pomoć
- Staviti zvono na dohvat ruke
- Postaviti pacijentu sve potrebne stvari na dohvat ruke
- Upaliti orijentacijsko svjetlo po noći
- Podučiti pacijenta da prije ustajanja iz kreveta nekoliko minuta sjedi, a potom ustane pridržavajući se
- Preporučiti pacijentu prikladnu odjeću i obuću
- Planirati fizioterapeuta u skrb za bolesnika
- Provjeriti je li pacijent shvatio upute

Procjenu rizika pada napraviti kod dolaska korisnika u instituciju i promjene zdravstvenog stanja u obrazac za prevenciju pada (S. Huhn). Viša medicinska sestra u rubriku bodovi upisuje jedan od stupnjeva rizika (4,3,2 ili 1) za svako obilježje gerijatrijskog osiguranika, koji prema procjeni odgovara gerijatrijskom osiguraniku. Nakon procjene zbrajaju se bodovi i određuje se stupanj rizika za pad gerijatrijskog osiguranika. (Tablica 6.3.) Što je veći zbroj bodova to je veći rizik od nastanka pada. Raspon bodova kreće se od 0 – 24, pri čemu veći broj bodova označava veći rizik za nastanak pada. [17]

Mali rizik	0 – 4 boda
Srednji rizik	4 boda
Visoki rizik	5 – 10 bodova
Vrlo visoki rizik	11 – 24 boda

Tablica 6.3. Vrednovanje rizika po Huhn skali

Izvor: izradila autorica prema [17]

Ovisno o dobivenim rezultatima rizika od pada viša sestra će u timu odrediti mjere i postupke prevencije pada, te ih provoditi sukladno smjernicama. Instrumenti procjene u gerijatrijskoj zdravstvenoj njezi pružaju bitan doprinos objektivizaciji i utemeljenosti djelovanja. [17]

Smanjena mogućnost brige o sebi - oblačenje, eliminacija, osobna higijena, hranjenje u /s dobi pacijenta, neurološke bolesti

Definicija: stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja, obavljanja eliminacije urina ili stolice, obavljanja osobne higijene, uzimanja hrane i tekućine.

Kritični čimbenici: senzorni, motorni i kognitivni deficit, dob pacijenta, bolesti i traume lokomotornog sustava: frakture, kontrakture, pareze, hemipareze, amputacija ekstremiteta, reumatoidni artritis; neurološke bolesti: cerebrovaskularni inzult, als, demencija; psihičke bolesti: depresija, bol, poremećaj svijesti: kvalitativni, kvantitativni, okolinski činitelji – neadekvatan prostor, nemogućnost osiguranja privatnosti, ordinirano mirovanje.

Vodeća obilježja: nemogućnost - samostalnog oblačenja i svlačenja odjeće, samostalnog dotjerivanja, samostalnog odlaska / povratka do toaleta ili sani kolica, samostalnog premještanja na wc školjku ili sani kolica, samostalnog pranja cijelog tijela ili pojedinih dijelova tijela, shvaćanja potrebe održavanja osobne higijene, samostalnog pripremanja hrane, samostalnog rezanja hrane ili otvaranja posude s hranom, samostalnog prinošenja hrane ustima, gutanja hrane, samostalnog žvakanja hrane.

Mogući ciljevi:

- Pacijent će biti primjereno obučen/dotjeran
- Pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom obavljanja eliminacije
- Pacijent će sudjelovati u provođenju osobne higijene sukladno stupnju samostalnosti
- Pacijent će povećati stupanj samostalnosti tijekom hranjenja
- Pacijent će bez nelagode i ustručavanja tražiti pomoć

Intervencije:

- Definirati situacije kada pacijent treba pomoć
- Pomoći pacijentu odjenuti potrebnu odjeću
- Poticati pacijenta da koristi protetska pomagala: propisane naočale, leće, slušni aparat, štap, hodalice, štake, kolica...
- Dogovoriti način na koji će pacijent pozvati pomoć kada treba obaviti eliminaciju
- Osigurati dovoljno vremena, ne požurivati pacijenta
- Osigurati i upotrebljavati pomagala: povišeno sjedalo za WC školjku, produženi držači za toaletni papir...
- Osigurati privatnost.
- Osobnu higijenu izvoditi uvijek u isto vrijeme, ako je to moguće, te tijekom izvođenja aktivnosti poticati pacijenta na povećanje samostalnosti.
- Osigurati optimalnu temperaturu prostora gdje se provodi osobna higijena
- Okolinu učiniti sigurnom za obavljanje aktivnosti: sprječavanje pada
- Prinijeti pacijentu hranu na poslužavniku i staviti na stolić za serviranje.
- Narezati hranu

- Povremeno, svakih 5 minuta, nadgledati pacijenta tijekom hranjenja
- Učiniti toaletu usne šupljine prije i poslije uzimanja obroka
- Smjestiti pacijenta u odgovarajući položaj: visoki Fowlerov.
- Nakon hranjenja ostaviti pacijenta još 30 minuta u istom položaju

Smanjeno podnošenje napora u/s smanjenje fizioloških sposobnosti za izvođenje potrebnih ili željenih aktivnosti

Definicija: stanje u kojem se javlja nelagoda, umor ili nemoć prilikom izvođenja svakodnevnih aktivnosti.

Kritični čimbenici: medicinske dijagnoze(respiratorne bolesti, bolesti mišića i zglobova, živčanog sustava, kardiovaskularne bolesti ..), postojanje boli, poremećaj svijesti, dugotrajno mirovanje, primjena lijekova, pretilost, pothranjenost, nedostatak motivacije, poremećaj spavanja.

Vodeća obilježja: pacijent izvještava o umoru, nelagodi i boli, smanjenje fizioloških sposobnosti za izvođenje potrebnih ili željenih aktivnosti, kardiovaskularne reakcije na napor(cijanoza, tahikardija, bradikardija, palpitacije, slabost , vrtoglavicaj, poremećaj krvnog tlak), respiratorne reakcije na napor (dispneja ,tahipneja , bradipneja , cijanoza).

Mogući ciljevi:

- Pacijent će racionalno trošiti energiju tijekom provođenja svakodnevnih aktivnosti.
- Pacijent će bolje podnositi napor, povećati će dnevne aktivnosti.
- Pacijent će očuvati mišićnu snagu i tonus muskulature.
- Pacijent će razumjeti svoje stanje, očuvati samopoštovanje i prihvatiti pomoć drugih

Intervencije:

- Prepoznati uzroke umora kod pacijenta.
- Osigurati pomagala za lakšu mobilizaciju bolesnika, trapez ,štake, naslon, štap, hodalicu, naočale, slušni aparat
- Izmjeriti puls, krvni tlak i disanje prije, tijekom i 5 minuta nakon tjelesne aktivnosti.
- Prekinuti tjelesnu aktivnost u slučaju pojave boli u prsima, stenokardije, dispneje, pada ili porasta krvnog tlaka ili smetenosti.

- Poticati pacijenta na aktivnost sukladno njegovim mogućnostima
- Pružiti emocionalnu podršku.
- S pacijentom izraditi plan dnevnih aktivnosti.
- Podučiti pacijenta da svakodnevne aktivnosti izvodi sa što manje umaranja, npr. da se odijeva u sjedećem položaju, da koristi obuću koja se jednostavno obuje

7. Zaključak

Demografsko starenje stanovništva postaje sve veći problem društva i javnozdravstvenog sustava jer se broj starijih osoba povećava i potrebno je ispuniti zahtjeve njihove skrbi. Domovi za starije i nemoćne uz pomoć liječnika i medicinskih sestara implementiraju četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege pristupajući svakom korisniku individualno s ciljem poboljšanja njegovih funkcionalnih sposobnosti i kvalitete života u doma. Kvaliteta života u domu ovisi o izgradnji povjerenja između korisnika i medicinskih sestara, o stručnosti osoblja i komunikaciji.

Sestrinska dokumentacija izrađena je s ciljem boljeg praćenja stanja korisnika kako bi se osigurao ispravan individualni pristup ovisno o zdravstvenom stanju i potrebama. Sestrinska dokumentacija omogućuje bolje razumijevanje bolesti, metoda liječenja te potrebne intervencija i olakšava medicinskim sestrama bolji stupanj kontrole. Radim u domu za starije gdje se sestrinske liste vode u papirnatom obliku, dok se pojedini obrasci (biografija, anamneza, terapija korisnika) vodi i u elektroničkom obliku. Vođenje sestrinske dokumentacije unaprijedilo je gerijatrijsku zdravstvenu njegu, omogućilo nam je lakši pristup podacima, uspješniju organizaciju rada, a smanjenje vremena potrebnog za vođenje dokumentacije ostavlja više vremena za provođenje uz korisnika.

Sestrinske dijagnoze olakšavaju postupanje s korisnicima i upućuju medicinske sestre na postizanje mogućih ciljeva i intervencija prilagođenih svakoj dijagnozi posebno, a onda i korisniku doma za starije osobe. Sestrinske dijagnoze doprinose boljem donošenju zaključaka i odluka vezanih za terapiju i zdravstvenu njegu pojedinog korisnika.

U Varaždinu, _____

Sniježana Gorišek

_____

8. Literatura

[1] J. Despot-Lučanin: Iskustvo starenja, Naklada slap, 2003.

[2] T. G. Parkin: Demography and Roman Society, Baltimore, London: Johns Hopkins University Press, 1992.

[3] J. E. Birren: Handbook of the psychology of aging. Academic Press, Inc. 1990.

[4] S. Tomek-Roksandić: Osnove o starosti i starenju – vodič uputa za aktivno zdravo starenje, http://www.nzjz-split.hr/pdf/OSNOVE%20O%20STARENJU%20I%20STAROSTI.pdf (15.7.2017.)

[5] V. Pečjak: Psihologija treće životne dobi, Prosvjeta, Zagreb, 2001.

[6] Z. Duraković, N. Žarković: Biologija starenja i gerijatrija, Naklada Ljevak, Zagreb, 2008.

[7] I. Sjerobabski-Masnec, M. Šitum: Skin aging, Acta Clin Croat, br. 49, 2010, str. 515-519

[8] M. R. Hamblin, Y. Huang: Handbook of photomedicine, CRC press, Boca Raton FL, 2013.

[9] Z. Duraković: Promjene organa i organskih sustava tijekom starenja, Medix, br. 19, str. 85-86

[10] Gerontološki simpozij: Zdravstveni prioriteti u brizi za osobe starije životne dobi, 2015. http://www.stampar.hr/sites/default/files/Aktualno/Dogadjanja/pregled_radova_i_sazetaka.pdf (9.7.2017.)

[11] Prevencija dijabetesa za aktivno zdravo starenje, http://www.stampar.hr/hr/povodom-svjetskog-dana-zdravlja-prevencija-dijabetesa-za-aktivno-zdravo-starenje (1.8.2017.)

[12] DRŽAVNI ZAVOD ZA STATISTIKU, https://www.dzs.hr/ (10.7.2017.)

[13] I. Nejašmić, A. Toskić, Hrvatski geografski glasnik, izd.75, br. 1, 2013, str. 89 –110

[14] Nacrt Strategije socijalne skrbi za starije osobe u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2017.-2020. https://esavjetovanja.gov.hr/Econ/MainScreen?EntityId=5171 (15.8.2017.)

[15] A. Štambuk: Povezanost sociodemografskih i psihičkih obilježja kod prilagodbe na život u domu umirovljenika. Magistarski rad, Zagreb: Medicinski fakultet.

[16] B. Wadensten: Life situation and daily life in a nursing home as described by nursing home residents in Sweden, Int J Older People Nurs. Izd. 2, br. 3, 2007., str. 180-188

[17] S. Tomek-Roksandić, Z. Šostar, V. Fortuna, S. Ožić: Četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom i postupnikom opće/obiteljske medicine u domu za starije osobe. 2012.Referentni centar Ministarstva zdravlja RH za zaštitu zdravlja starijih osoba

[18] Gerontološkojavnozdravstveni pokazatelji zaštite zdravlja starijih osoba u hrvatskoj i gradu zagrebu (2014. - 2016. g. / popisna 2011. g.), Zagreb, 2016.

[19] G. Fučkar: Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb, 1996.

[20] Sestrinske dijagnoze, HKMS Zagreb, 2011.

Sveučilište Sjever

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, Snježana Gorišek *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Primjena četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domu za starije *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Snježana Gorišek
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost 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, Snježana Gorišek *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Primjena četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege u domu za starije *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Snježana Gorišek
(vlastoručni potpis)