

Čimbenici zadovoljstva i sreće osoba starije dobi u domovima za starije

Gorup, Anita

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:553266>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-28**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 945/SS/2017

**Čimbenici zadovoljstva i sreće osoba starije dobi u
domovima za starije**

Anita Gorup, 4412/601

Varaždin, svibanj 2018. godine



**Sveučilište
Sjever**

Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 945/SS/2017.

**Čimbenici zadovoljstva i sreće osoba starije dobi u
domovima za starije**

Student

Anita Gorup, 4412/601

Mentor

dr.sc. Marijana Neuberg

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za biomedicinske znanosti

PRISTUPNIK Anita Gorup

MATIČNI BROJ 4412/601

DATUM 19.09.2017.

KOLEGIJ Zdravstvena njega starijih osoba

NASLOV RADA Čimbenici zadovoljstva i sreće osoba starije dobi u domovima za starije

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Factors satisfaction and happiness elderly in homes for the elderly

MENTOR Marijana Neuberg

ZVANJE mag. med. tech.

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. Irena Canjuga, mag.med.techn., predsjednik

2. Marijana Neuberg, mag. med. techn., mentor

3. Damir Poljak, dipl.med.techn., član

4. Melita Sajko, dipl.med.techn., zamjenski član

5.

Zadatak završnog rada

BROJ 945/SS/2017

OPIS

Dva pojma koja najčešće izgovaramo skupa, a da ne primjećujemo razliku u njihovu značenju su starost i starenje. Starost je posljednje razdoblje u životu čovjeka. U odnosu na pijašnje to je ono razdoblje u kojem je očito propadanje struktura i funkcija organizma, svojstva i sposobnost čovjeka, dakle dosegnuto stanje. Starenje je tijekom života ireverzibilno propadanje struktura i funkcija organizma, smanjenje psihofizičkih svojstava te prilagodbe i odgovora, radi se o procesu. Drugačije rečeno, starost je jedno određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi, dok je starenje progresivan proces samnjenja strukture i funkcije organa. Saznanje da ne ovisimo o ničijoj dobroj volji i milosti, već kao ljudsko biće imamo pravo na to i to pravo vraća čovjeku dostojanstvo. U starosti je osjećaj dostojanstva zbog nemoći možda važniji nego u bilo kojem drugom periodu života jer ulijeva osobi osjećaj sigurnosti i određenu razinu sreće. Domovi za starije i nemoćne osobe su nezamjenjive ustanove za zbrinjavanje vrlo starih osoba koje više nisu u mogućnosti brinuti o najosnovnijim životnim potrebama, a nemaju nikakvu pomoć svojih srodnika. To su mjesta koja osobi sa znatno smanjenim fizičkim i ostalim mogućnostima osiguravaju život dostojan čovjeku.

- U ovom radu ću prikazati:
1. Kako vrijeme prilagodbe na dom utječe na psihičko stanje starijih
 2. Kako poboljšati raspoloženje starijih osoba i njihov boravak u domu napraviti dostojanstveni
 3. Koji čimbenici utječu na sreću i zadovoljstvo u domu

ZADATAK URUČEN

06.11.2017.



Handwritten signature of the mentor.

Predgovor

O starijim osobama se uvijek premalo govori, većina ljudi ih ostavlja negdje iza sebe misleći da oni više nemaju svojih potreba i osjećaja i da su već prošli što su morali pa se tako rijetko tko posveti njihovim osjećajima i gledištima na svijet i pokuša razumjeti njihovo razmišljanje. Misleći da oni više nemaju potrebe za srećom, u tim godinama sreća je i te kako potrebno za njihovu dostojnu starost.

Ovaj rad sam odabrala zato što od samog početka svog radnog odnosa radim u domu za starije i nemoćne i svaki dan sam okružena starijim ljudima pa me to potaklo da o njima pišem jer se o njima jako malo govori.

Zahvaljujem se svojoj mentorici dr. sc. Marijani Neuberg, koja je pratila cijeli proces nastojanja diplomskog rada i svojim entuzijazmom i stručnim savjetima usmjerila me kako da prevladam probleme koji bi se pojavili prilikom izrade diplomskog rada. Pomogla mi je oblikovati ideju i dati smjernice kako da najbolje napišem ovaj diplomski rad. Posebno se želim zahvaliti svojim roditeljima koji su mi bili glavna podrška tokom mog studiranja.

Sažetak

Ljudski život se sastoji od tri kronološka razdoblja – mlada odrasla dob, srednja dob i starost. Posljednji stadij odraslog života je starost-reintegracija ili očaj obuhvaća čak trećinu životnog vijeka. U toj životnoj fazi osoba se hvata u koštac sa smislom života, te se priprema za kraj svog tjelesnog postojanja. Jedan od pionira socijalne gerontologije Rober Havighurst, navodi šest zadataka s kojima se osoba u toj dobi mora suočiti: prilagođavanje na opadanje tjelesne snage i zdravlja, prilagođavanje na umirovljenje i smanjeni prihod, prilagođavanje na smrt supružnika, uspostavljanje jasne povezanosti s vlastitom dobnom skupinom, usvajanje i prilagođavanje društvenih uloga na fleksibilan način, te uspostavljanje zadovoljavajuće fizičke okoline za život. Također starost ima i svoje pozitivne crte kao što su kreativnost i postignuća, te uspješno starenje koje u prvom redu podrazumijeva pozitivan pojam o sebi uz realnu sposobnosti . Čimbenici koji utječu na sreću i zadovoljstvo osoba starije životne dobi u domovima za starije su prehrana, zadovoljstvo smještajem, odnos osoblja. Kvaliteta života starijih osoba često i ne treba biti usko povezana sa zdravstvenim stanjem. Starije osobe mogu živjeti kvalitetno i zadovoljno usprkos narušenom vlastitom zdravstvenom stanju.

Ključne riječi: mlada odrasla dob, srednja dob, starost, obiteljski dom.

Abstract

Human life consists of three chronological periods - younger adults, middle age and age. The last stage of an adult life is age-re-integration or despair encompasses even one third of life. At this stage of life, one gets caught up in the sense of life and prepares for the end of his physical existence. One of the pioneers of social gerontology, Rober Havighurst, lists six tasks that a person at that age has to face: adapting to the decline in bodypower and health, adjusting to retirement and reduced income, adjusting to the spouse's death, establishing a clear link with his own age group, and adapting social roles in a flexible way, and establishing a satisfying physical environment for life. Age also has its own positive lines, such as creativity and achievement, and successful aging, which in the first place implies a pensive concept of self with realistic ability assessment. Factors affecting the happiness and satisfaction of older people in homes for older people are nutrition, accommodation, relationship between staff. The quality of life of elderly people often does not have to be closely related to the health status. Elderly people can live with quality and satisfaction despite their distressed health condition

Key words: younger adult, middle age, age, family home.

Popis korištenih kartica

COMQoL Comperhensive Quality of Life Scale

WHO World Health Organization (Svjetska zdravstvena organizacija)

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Čimbenici koji utječu na sreću i zadovoljstvo ljudi u domovima.....	5
2.1 Prehrana u domovima.....	5
2.2 Druženja u staračkim domovima.....	6
2.3 Zadovoljstvo smještajem	7
2.4 Aktivnosti u domu	7
3. Medicinska skrb.....	10
3.1. Medicinska sestra.....	11
3.2. Njegovatelji.....	12
3.3. Liječnik opće prakse	12
3.4. Fizioterapeutski tehničar.....	13
3.5. Radni terapeut.....	13
3.6. Socijalni radnik	13
4. Proces zdravstvene njege u osoba starije životne dobi	15
4.1.Fiziološke potrebe	15
4.2.Sigurnosne potrebe	16
4.3 Afilijativne potrebe.....	16
4.4.Potrebe za samopoštovanjem.....	17
4.5. Samoaktualizacija	17
5. Pravilna komunikacija s osobama starije dobi u instituciji.....	18
5.1. Pravilan pristup osobi starije životne dobi u instituciji	18
6. Skrb za osobe starije dobi u domu	20
7. Zaključak	22
8. Literatura	23

Uvod

Dva pojma koja najčešće izgovaramo skupa, a da 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 u kojem je očito propadanje struktura i funkcija organizma, svojstva i sposobnost čovjeka, dakle dosegnuto stanje. Starenje je tijekom života ireverzibilno propadanje struktura i funkcija organizma, smanjenje psihofizičkih svojstava te prilagodbe i odgovora, radi se o procesu. Drugačije rečeno, starost je jedno određeno životno razdoblje povezano s kronološkom dobi, dok je starenje progresivan proces smanjenja strukture i funkcije organa. 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, nastupa kod svakog čovjeka drugačije. Psihološka starost se definira s obzirom na mogućnost prilagodbe pojedinca promjenama u životnoj okolini, starenje se odnosi na proces promjena na promjena u psihičkim funkcijama kao i na tijek prilagodbe. Tijekom starenja dolazi do promjena u psihičkom funkcioniranju osobe starije dobi. Socijalna starost odnosi se na izmjene socijalne uloge pojedinca u društvu. Starenje je proces napuštanja dosadašnjih funkcija u društvu i preuzimanje onih primjerenih dobi. Socijalna starost povezana je s kronološkom dobi, iako i biološka i psihološka nisu nezavisne od kronološke starosti. U društvu postoje dobne norme ili očekivanja socijalne okoline o ponašanju osobe određene dobi. Društvo vrši pritisak da se osoba ponaša u skladu sa svojim godinama. Dobne norme su internalizirane u procesu socijalizacije da su pojedinci svjesni kad im je pravo vrijeme da nešto učine u svom životu. 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. Zahtjevi za zadovoljavanjem potreba starih ljudi gotovo su uvijek veći od gospodarskih mogućnosti društva, koliko god bilo bogato. Suvremena društva su prvenstveno urbana društva, stoga je problem starosti još naglašeniji. Stari čovjek dolazi u zavisni položaj ili od društva ili od svoje djece što nije osnova za udobnu starost. To je kontekst koji staru osobu prisiljava na povlačenje u sebe. Socijalna izolacija i osamljenost česte su suputnice starenja. Depresija, neuroza i druge psihičke poteškoće dolaze kao logične posljedice. Porast materijalnih bogatstva u društvu nažalost nije jamstvo porasta standarda i općenito kvalitete života starih i nemoćnih osoba. Očito je za njihovo blagostanje puno važnija svijest u društvu da stara osoba ima potrebe, koje nije u stanju sama zadovoljiti već joj je potrebna pomoć. Neovisno radi li se o potrebi za dodatnom fizičkom ili materijalnom pomoći u svakodnevnom funkcioniranju ili potrebi za

druženjem i kontaktima s drugim ljudima do emocionalne potpore u životnim dvojabama, prisutnost drugih ljudi u životu svake osobe, a ponaosob starije i nemoćne je životno važna. Sigurnost koju pruža društvo, organizirano je tako da brine o svojim članovima, važna je kolika i sama pomoć u slučaju nužde. Saznanje da ne ovisimo o ničijoj dobroj volji i milosti, već kao ljudsko biće imamo pravo na to i to pravo vraća čovjeku dostojanstvo. U starosti je osjećaj dostojanstva zbog nemoći možda važniji nego u bilo kojem drugom periodu života. Pojam kvalitete života od svog pojavljivanja je u znanstvenoj literaturi različito shvaćen. Često ga se izjednačava s pojmovima subjektivno blagostanje, zadovoljstvo životom, subjektivna kvaliteta života [6]. Kvaliteta života starijih osoba često i ne treba biti usko povezana sa zdravstvenim stanjem. Starije osobe mogu živjeti kvalitetno i zadovoljno usprkos narušenom vlastitom zdravstvenom stanju. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, engl. World Health Organization) definira kvalitetu života kao percepciju vlastitog položaja u životu u samom kontekstu kulture i sustava vrijednosti u kojem pojedinac živi i njegovim odnosom prema vlastitim ciljevima, očekivanjima, standardima i interesima [3]. Danas postoji niz teorija, a posljedično i upitnika za mjerenje kvalitete života. Međutim, još uvijek ne postoji slaganje oko definicije kvalitete života, niti univerzalno prihvaćen "zlatni standard" mjerenja. S obzirom na to da ne postoji univerzalno prihvaćena definicija kvalitete života, ovdje će biti prikazane neke od najčešće citiranih. Cummins (2000) kvalitetu života definira kao nešto multidimenzionalno, navodeći da kvaliteta života podrazumijeva i objektivnu i subjektivnu komponentu [3]. Brajković definira objektivnu dimenziju kao mjerljive objektivne uvjete života (npr. bruto nacionalni dohodak, dostupnost raznih službi i usluga), dok se subjektivna kvaliteta života odnosi na osobnu procjenu zadovoljstva različitim dimenzijama kao što su zdravlje, socijalni odnosi, intimnost, materijalno blagostanje i sl. Krizmanić i Kolesarić definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje vlastitoga života određenog objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njezina specifičnoga životnog iskustva [2]. Također istraživanja provedena na temu kvalitete života u Dublinu i Wicklowu prikazuju kako je od velike važnosti da se starije osobe unutar svakog doma osjećaju sigurno, da imaju osjećaj udobnosti. Većina ispitanika navodi kako unutar doma uvijek stvore nova prijateljstva što ujedno pogoduje njihovoj kvaliteti života [16].

Domovi za starije i nemoćne osobe pružaju skrb starijim i nemoćnim osobama izvan vlastite obitelji, a u sklopu stalnog smještaja osiguravaju cjelovitu skrb, koja obuhvaća stanovanje, prehranu, održavanje osobne higijene, brigu o zdravlju, njegu, radne aktivnosti i korištenje slobodnog vremena. Domovi za starije također mogu pružati i usluge poludnevnog, cjelodnevnog, privremenog i povremenog boravka te pomoći njege u kući. Smještaj starijim osobama se može pružiti u domu za starije, obiteljskom domu i udomiteljskoj obitelji [1]. Dom za starije je ustanova. Dom socijalne skrbi (dom za starije) je ustanova i osniva se za obavljanje skrbi izvan vlastite obitelji i to, među ostalim, i za odrasle osobe, odnosno starije i nemoćne. Dom za starije i nemoćne osobe u sklopu stalnog smještaja osigurava cjelovitu skrb koja obuhvaća stanovanje, prehranu, održavanje osobne higijene, brigu o zdravlju, njegu, radne aktivnosti i korištenje slobodnog vremena, a može pružati usluge poludnevnog i cjelodnevnog boravka te pomoći i njege u kući [1].

Dom za starije bez osnivanja ustanove

Vjerska zajednica, udruga, jedinica lokalne samouprave, trgovačko društvo ili druga domaća i strana pravna osoba može sukladno Zakonu o socijalnoj skrbi pružati skrb izvan vlastite obitelji i bez osnivanja ustanove. Skrb izvan vlastite obitelji može se, osim u domovima socijalne skrbi, provoditi u obiteljskim domovima ili u udomiteljskoj obitelji [1].

Obiteljski dom za starije

Obiteljski dom koji pruža usluge skrbi izvan vlastite obitelji za starije i nemoćne osobe, pružanje usluge može ostvariti kao stalni, tjedni i privremeni smještaj te cjelodnevni i poludnevni boravak, a u okviru smještaja ili boravka usluge prehrane, njege i brige o zdravlju, radne aktivnosti i korištenje slobodnog vremena. Osniva se za skrb izvan vlastite obitelji za najmanje 5, a najviše 20 korisnika. Usluge obiteljskog doma pružaju se u objektu u kojem živi predstavnik obitelji i članovi njegove obitelji. Iznimno se usluge obiteljskog doma mogu pružati u drugom objektu, ako je objekt udaljen od objekta u kojem živi predstavnik obitelji i članovi njegove obitelji najviše 100 metara [1].

Udomiteljska obitelj

Udomiteljska obitelj je obitelj koja ima stambene, socijalne i druge uvjete koji omogućuju smještenoj osobi primjereno stanovanje, pravilnu ishranu, odmor, zadovoljavanje drugih potreba i interesa. Centar za socijalnu skrb prema mjestu prebivališta udomitelja ocjenjuje postojanje propisanih uvjeta i izdaje dozvolu za obavljanje udomiteljstva. U jednoj udomiteljskoj obitelji mogu biti smještene najviše 4 osobe [1].

2. Čimbenici koji utječu na sreću i zadovoljstvo ljudi u domovima

Kvalitetu i zadovoljstvo boravka u domu obuhvaća zadovoljstvo prehrane, druženja, smještaj, aktivnosti u domu. Pojmom kvalitete života koriste se različite struke te mu daju i različita značenja. U psihologijskoj literaturi kvaliteta života tumači se kao svojevrsna trajna procjena zadovoljstva životom, a procjena zadovoljstva životom, opet, nastaje na osnovi evaluacije kvalitete življenja u različitim područjima primjerice posao, umirovljenje, socijalne aktivnosti, međuljudski odnosi, emocionalne vez i slično [1].

2.1 Prehrana u domovima

Pod pravilnom prehranom starijih ljudi podrazumijeva se prehrana koja zadovoljava energetske potrebe i potrebe za esencijalnim hranjivim tvarima, a istodobno smanjuje rizik obolijevanja od kroničnih bolesti povezanih s načinom prehrane. Kako se tijekom starenja javljaju i određene promjene u funkciji probavnog sustava, prehrana starijih treba biti usklađena s općim preporukama zdrave prehrane, njihovim energetske potrebama i tjelesnom aktivnošću. Sa životnom dobi postupno se smanjuje sadržaj vode u tijelu. Zbog toga je u starijoj dobi nužno uzimati minimalno osam čaša nezaslađene i negazirane tekućine dnevno. Pritom se mora voditi računa je li ta količina vode već nadoknađena tekućom hranom (npr. juha ili varivo). Povećanjem životne dobi slabi osjet okusa, opipa, mirisa, vida i sluha, što može imati negativan utjecaj na prehranu i stanje uhranjenosti. Pored fizioloških promjena uvjetovanih starenjem, kroničnih bolesti i oštećenja funkcije pojedinih organa i organskih sustava kao i načina prehrane, na prehranbeni status starijih osoba utječu i psihološki (žalovanje, apatija...), sociološki (npr. izoliranost uvjetovana teškom pokretljivošću.) i ekonomski čimbenici. Nadalje, ljudi starije dobi uzimaju i brojne lijekove. Poznato je da mnogi od njih mogu uzrokovati gubitak apetita, smanjiti osjet okusa i mirisa, ili doći u interakciju s drugim prehranbenim tvarima, smanjujući tako njihovu apsorpciju. Tijekom procesa starenja, kao posljedica smanjenja mišićne mase i količine vode u tijelu, uz istodobno povećanje rezervi masnog tkiva, dolazi do sniženja bazalnog metabolizma. Kao posljedica toga i smanjene tjelesne aktivnosti smanjuje se energetska potreba, ali ne opada potreba za vitalnom hranom. Stoga je potrebno osigurati izbor hrane bogate nutrijentima, a siromašne kalorijama, kako bi se u isto vrijeme osigurali svi esencijalni hranjivi sastojci i potrebna količina energije [3].

Osam prehrambenih pravila za osobe starije dobi

- Prehrana starijih treba biti usklađena s općim preporukama zdrave prehrane, njihovim energetske potrebama, kao i tjelesnom aktivnošću;
- Svakodnevno jesti što raznovrsniju hranu, uz obavezan doručak. Doručkovati voće i bezmasne mliječne proizvode. Ručati što više povrća i ribe, uz najviše jedan decilitar crnoga vina. Večerom unositi što manje namirnica, najkasnije tri sata prije spavanja, po mogućnosti uvijek u isto vrijeme.
- Dnevno uzimati osam čaša od 2 dl vode ili negazirane i nezaslađene tekućine, koji se umanjuje unosom tekuće hrane.
- Povećati unos sezonskog voća, povrća, klica i integralnih žitarica.
- Crveno meso svakako zamijeniti bijelim mesom peradi bez kože i osobito plavom ribom.
- Primjereno unositi nemasno mlijeko, nemasni sir, jogurt, kefir, tofu, orašaste plodove.
- Posebno ograničiti unos soli, šećera, bijelog brašna i masnoća u hrani (zamjensku masnoću nadoknaditi uljem buče, masline ili suncokreta).
- Povećati unos brokule, cvjetače, prokulice, cikle, crvenog i bijelog luka, sojinih proizvoda te bučinih koštica, radi sprječavanja bolesnoga starenja [2].

2.2 Druženja u staračkim domovima

Uključivanjem u različite radno-okupacijske i kulturno-zabavne sadržaje korisnici imaju mogućnost međusobnog povezivanja i druženja čime se značajno smanjuje problem osamljenosti koji prati starenje i starost. Svaki korisnik ima pravo izbora ponuđenih aktivnosti prema vlastitim potrebama, sklonostima i mogućnostima. Za vrijeme ljetnih mjeseci što veći boravak vani na svježem zraku, vođenje na izlete koje organiziraju domovi u pratnji fizioterapeuta, radnih terapeuta, socijalnih radnika i medicinskih sestara te njegovatelja [2].

2.3 Zadovoljstvo smještajem

Smještaj u domovima većinom se dijeli na smještaj u jednokrevetne, dvokrevetne, trokrevetne ili četverokrevetne sobe. Osobama u toj dobi je potrebno da imaju svoj mir i blagostanje te da prostor u kojem borave bude što „topliji“ sličniji obiteljskom okruženju da se osjećaju opuštenije kao u okruženju svoga doma. Glavni prigovor domskog smještaju je što se staru osobu izdvaja iz njene fizičke i socijalne sredine, te se tako izlaže pojačanom stresu i nezadovoljstvu životom. Promjena boravišta uzrokuje neugodnosti 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 nekome nameće ili da joj se netko nameće. Da bi stara osoba donekle ublažila stres zbog preseljenja u novu sredinu i bila zadovoljna nastavkom života u domu potreban je prvenstveno njen dobrovoljni pristanak. Izostane li, kraj je brz, a nezadovoljstvo ogromno [2].

2.4 Aktivnosti u domu

Rad s korisnicima stacionarnih odjela provodi se kroz timski rad stručnih radnika (socijalni radnici, radno-okupacioni terapeuti, fizioterapeuti) i medicinskog osoblja (medicinske sestre i negovateljice). Za vrijeme ljetnih mjeseci aktivnosti se izvode na otvorenom, tj. na domskim terasama dok su u zimskom periodu za to predviđeni prostori unutar Doma. Cilj je motivirati korisnike za neke od brojnih aktivnosti koje se izvode te ih osnažiti za "treniranje" postojećih i unaprjeđenje preostalih sposobnosti kako bi se poboljšala ukupna kvaliteta njihovog života te se oni unatoč tjelesnim ili drugim ograničenjima uspješno integrirali u zajednicu u kojoj žive. Pri tome se posebna pozornost posvećuje aktivnostima koje su usmjerene prema nepokretnim korisnicima kod kojih bi dugotrajno ležanje i pasivizacija mogli dovesti do neželjenih posljedica za njihovu rehabilitaciju i psihičko stanje. U svrhu postizanja što većeg stupnja njihove samostalnosti, korisnici kod kojih to nije kontraindicirano, se svakodnevno uz stručnu pomoć i podršku podižu iz kreveta, uz pomoć invalidskih kolica ili drugih medicinskih pomagala potiču na kretanje te se afirmiraju za redovitu tjelesnu aktivnost i druženje. Ovim se oblikom grupnog rada nastoji postići implementacija tzv. modela masovnog grupnog rada koji zahtjeva koordinaciju i suradnju svih stručnih djelatnika, medicinskog osoblja i drugih radnika

ustanove koji su uključeni u proces socijalne integracije korisnika. Za uspješnost ovakvog oblika rada ključno je da članovi tima međusobno surađuju, uvažavaju pojedinačne kompetencije te razmjenjuju informacije. U protivnom bi pravo korisnika na cjelovitu skrb bilo ugroženo [11]!

U timsku psihosocijalnu rehabilitaciju uključeni su korisnici s dementnim sindromom (složeni poremećaj različitih kognitivnih aktivnosti kao odraz promjena u normalnoj funkciji ljudskog mozga uslijed čega dolazi do gubitka neovisnosti, inicijative, sudjelovanja u društvenom životu) te korisnici kod kojih je prisutna motorička disfunkcija parcijalno gornjih ili donjih ekstremiteta kao posljedica cerebrovaskularnog infarkta ili druge bolesti. Vrste aktivnosti koje se izvode s korisnicima stacionarnih odjela obuhvaćaju:

- psihosocijalni rad (otklanjanje poteškoća u prilagodbi, poticanje i održavanje komunikacijskih i socijalnih vještina, razvijanje interesa za provođenje aktivnosti, uspostava i održavanje socijalnih odnosa, podrška i savjetovanje)
- aktivnosti radno-okupacione terapije (čitavanje novina, rješavanje križaljki, društvene igre, likovni rad, muzikoterapija, kreativan rad, mjerenje tlaka i šećera, šetnja, priredbe)
- fizikalna terapija (vježbe za poboljšanje cirkulacije, ravnoteže i stabilnosti tijela, vježbe koordinacije pokreta, vježbe za održavanje mišićne jakosti, vježbe za prevenciju osteoporoze, vježbe snage i disanja, učenje hoda, snalaženje u prostoru, kretanje uz pomoć medicinskih naprava – štaka i hodalica te drugih predmeta) [3]. Slobodno vrijeme korisnika stambenih odjela ispunjeno je brojnim aktivnostima koje se najčešće izvode kroz različite oblike grupnog rada. Socijalni radnici redovito održavaju grupe korisnika predviđene planom i programom rada. Na grupi se korisnici aktivno uključuju i diskutiraju o različitim temama, razmjenjuju mišljenja, iznose prijedloge i vlastite osvrte na aktualna zbivanja u domu, gledane tv emisije, pročitane članke u novinama, prisjećaju se radosnih i tužnih trenutaka iz svoje prošlosti, korisnicima se daju razne obavijesti, razmjenjuju se informacije vezane uz organizaciju svakodnevnog života i drugo [12].

Planirane grupe su:

- adaptacijska grupa
- grupa za dosjećanje
- diskusijska grupa
- grupa za unapređivanje međusobnih odnosa
- grupa za podršku u kriznim situacijama
- informativna grupa.

Cilj grupnog rada jest uspostavljanje osnove za kvalitetan suživot, pronalaženje adekvatnih rješenja, te razvijanje osjećaja zadovoljstva i pripadnosti.

Osim grupnog psihosocijalnog rada provode se sljedeće radno terapijske aktivnosti s korisnicima:

- sudjelovanje u društvenim događanjima (posjet kulturnim i zabavnim manifestacijama u ustanovi i lokalnoj zajednici)
- sportsko-rekreativne aktivnosti (šetnja, izleti, gimnastika, sportska natjecanja, boćanje, pikado, viseća kuglana, nabacivanje kolutova, ples, aerobic)
- društvene igre (šah, karte, domino, čovječe ne ljuti se, tombola)
- zadovoljavanje osobnih potreba (odlazak na Svetu misu u prostoru ustanove, druženje uz kavu, čaj, ...)
- ručni rad (pletenje, vezenje)
- likovne aktivnosti (slikanje, modeliranje, izrada eksponata od kamena, drva, školjki,...)
- bibliotekarske aktivnosti (izdavanje, katalogiziranje, sređivanje knjiga)
- domaćinske aktivnosti (njegovanje cvijeća, čišćenje i uređenje okoliša, pospremanje sobe)
- međusobna pomoć i podrška korisnika (korisnici volonterski brinu i pomažu jedni drugima)
- uključenost u procese (sudjelovanje u radu Komisije za jelovnik, Grupe za samoocjenjivanje u okviru modela E-Qali)
- rekreativno-rehabilitacijske aktivnosti (vježbe fleksibilnosti, vježbe za održavanje mišićne jakosti, vježbe kondicije i ravnoteže, stretching – vježbe istezanja, vježbe dubokog disanja, autogeni trening, vježbe protiv osteoporoze)
- prigodne aktivnosti (dekoriranje doma povodom blagdana i drugih događanja, dežuranje na izložbama, organiziranje maškaranog bala u ustanovi, sudjelovanje u povorci na Riječkom karnevalu)
- zdravstveno-edukativni program (grupa dijabetičara – šećerna bolest tipa 2, dijagnoza šećerne bolesti, liječenje šećerne bolesti)
- mjerenje šećera i tlaka, vaganje
- zdravstvene tribine [12].

3. Medicinska skrb

Medicinska skrb u domovima organizirana je timom različitih stručnjaka fizioterapeutskih tehničara, radnog terapeuta, liječnik specijalista opće medicine, medicinske sestre, njegovatelja i socijalnog radnika. Svi oni zajedno u timu pružaju 24 sata njegu i pomoć osoba starije životne dobi u staračkim domovima [14]. Usluge njege pružaju medicinske sestre srednje stručne spreme i njegovateljice. Nosioci su njege medicinske sestre. Savjesno provedena njega ima za cilj da se teško stanje bolesnika olakša, da se on tjelesno i fizički rehabilitira, udobno osjeća i stekne povjerenje u ustanovu.. Posao medicinske sestre u domu vrlo je zahtjevan, moglo bi se reći težak, ali svesrdno posvećivanje korisniku, osobito bolesnom, čini taj posao plemenitim i važnim. Poznato je da je gerijatrijska zdravstvena njega u domovima za starije i nemoćne osobe specifična, te da zahtjeva uvođenje novih modela u sestrinskoj dokumentaciji i primjeni standard procesa gerijatrijske zdravstvene njege. Za provedbu četiri stupnja gerijatrijske zdravstvene njege sa sestrinskom dokumentacijom gerijatrijske zdravstvene njege uključeni su svi domovi za starije u gradu Zagrebu i pojedini privatni domovi po županijama Hrvatske. Početak je bio veliki izazov s puno prepreka koje se nastojalo rješavati „u hodu“, a sve u cilju kontinuiranog poboljšanja kvalitete gerijatrijske zdravstvene njege. Pristup zaštiti starijih ljudi je cjelovit (holistički pristup) i osigurava unapređenje svih oblika zdravstvene skrbi: od prevencije (sprečavanja), dijagnostike (otkrivanja), liječenja do rehabilitacije i evaluacije (fizičke, psihičke, socijalne) funkcionalno onesposobljenih starijih ljudi. Jedne od najčešće prepreka pri planiranju i uvođenju sestrinske dokumentacije u domu su: tehnički nedostaci, nedostatak stručni djelatnika ili znanja ,nepoznavanje rada na računalu, nedostatak vremena, pristup novom načinu rada, nerazumijevanje medicinskih sestara za potrebom uvođenja sestrinske dokumentacije, različitost timova (sestre i njegovateljice), isključenost pojedinih članova tima, nedostatak motivacije te manjak pomoćnog osoblja. Primjena sestrinske dokumentacije za pružanje gerijatrijske zdravstvene njege u domovima za starije i nemoćne omogućava praćenje kvalitete i količine provedenih postupaka, praćenje stanja korisnika, unapređuje kvalitetu gerijatrijske zdravstvene njege i povećava zadovoljstvo korisnika, pruža osnove za edukaciju medicinskih sestara te omogućava sestrinska istraživanja [14].

3.1. Medicinska sestra

Medicinske sestre rade na području unapređenja zdravlja, sprečavanja bolesti, liječenja i rehabilitacije. Ono što je zajedničko svim sestrama jest sustavni pristup otkrivanju i rješavanju zdravstvenih problema iz njihova djelokruga. One promatraju i procjenjuju tjelesno i psihičko stanje te ponašanje svojih pacijenata. Tako prepoznaju potrebe za sestrinskom skrbi i osiguravaju važne podatke liječnicima za prepoznavanje i praćenje toka bolesti. Utvrđuju rizike za zdravlje te mogućnosti pacijenata i njihovih obitelji za aktivno sudjelovanje u njezi i liječenju. Na osnovi svega toga planiraju, provode i ocjenjuju uspješnost sestrinske skrbi. Najviše sestara radi u bolnicama. One pomažu svojim pacijentima u ublažavanju, rješavanju i podnošenju problema koje imaju zbog bolesti, propisanih pretraga, načina liječenja, boravka u bolnici i odvajanja od obitelji. Primjerice, zbog bolesti ljudi se ne mogu brinuti o sebi, mogu dobiti dekubitus ili se tuže na bolove. Često su zabrinuti zbog pretraga i sa strepnjom očekuju nalaze. Različiti načini liječenja mogu uzrokovati poteškoće poput gubitka kose ili mučnine [14]. Medicinska sestra u domu za starije i nemoćne, osim što obavlja poslove opće i specijalne njege, prati opće zdravstveno stanje bolesnika, vitalne funkcije, psihičku kondiciju, a sve u interesu osiguranja kvalitete življenja u domu kod štićenika smještenih u stacionarnom, polustacionarnom i stambenom odjelu. Budući da se radi o osobama treće životne dobi, koje najčešće imaju slabiju fizičku kondiciju, bolesnim osobama, osobama koje se osjećaju usamljene, od posebnog je značenja lijepa riječ medicinske sestre i osmijeh iz kojeg se treba pročitati utjeha i nada. Najvažnije je za korisnika u domu da pokuša zadržati pozitivan stav prema starosti. Svaka medicinska sestra, uz uvažavanje zdravstvenih, psiholoških i socijalnih poteškoća starijih korisnika u domu za starije, pozvana je da na najhumaniji način bude podrška i utjeha, naročito onima čiji se život bliži kraju. Ona svojim prisustvom ulijeva povjerenje, daje snagu i motivira na izdržljivost. Humani poziv medicinske sestre dolazi do izražaja u svakoj potrebnoj ljudskoj situaciji, ali rad medicinske sestre u domu za starije i nemoćne osobe ima svoju specifičnost: dok medicinska sestra u bolnici prati bolesnika kraće, prosječno dva do tri tjedna, medicinska sestra u domu za starije prati korisnika kroz duži period. To znači da je, uz ostalo stručno osoblje, medicinska sestra druga obitelj korisniku-bolesniku, koja poznaje njegove probleme, njegove sklonosti i njegove vrijednosti. Osim što mu pomaže, ona mora imati «ono nešto» – znati slušati, tješiti, biti blaga i strpljiva [14]

3.2. Njegovatelji

Njegovatelj/ica pruža opću osobnu njegu starim, bolesnim i invalidnim osobama u zdravstvenim i stacionarnim ustanovama ili u njihovim domovima. Njegovatelji/ice u kući pomažu starim, bolesnim i invalidnim osobama tako da im pripremaju ili donose hranu, pomažu pri nabavci, održavanju i čišćenju stambenog prostora, brinu o pranju i glačanju rublja, obavljaju poslove poput plaćanja režija te pomažu pri kućanskim i ostalim poslovima. Njegovatelj/ica svakodnevno vodi brigu o osobnoj higijeni korisnika (umivanje, kupanje, brijanje, i dr.), pomaže pri odijevanju i svlačenju, mijenja posteljinu, pomaže pri kretanju i nadzire uzimanje lijekova. Njegovatelj/ica nastoji očuvati društvene kontakte osobe s obitelji i prijateljima. Njegovatelj/ica prati bolesnike i pomaže im da dođu do liječnika, osigurava prijevoz te pomaže pri eventualnom smještaju u neku od ustanova. Suraduje s medicinskim sestrama i drugim medicinskim osobljem te dogovara različite druge oblike pružanja pomoći osobi koju njeguje. Prati zdravstveno stanje osobe i o tome obavještava nadležnog liječnika ili djelatnika socijalne službe [14].

3.3. Liječnik opće prakse

Liječnik opće prakse svakodnevno obavlja pregled pacijenta i uočava promijene u nekim slučajevima i više puta dnevno na zahtjev medicinske sestre i odlučuje o daljnjim postupcima medicinskog osoblja ili daljnjem transportu bolesne osobe. Zdravstvenu zaštitu u domu umirovljenika vodi tim primarne zdravstvene zaštite u koji su uključeni liječnik opće medicine i medicinske sestre (više i srednje stručne spreme). Uloga liječnika opće medicine u domu za starije ima značajno mjesto. Određenu ulogu liječnik ima i u procesu zdravstvene njege, jer je ona sastavni dio liječenja. Njega starijih i bolesnih u domovima zahtijeva dodatnu izobrazbu o osobitim bolestima te dobi te o tjelesnim i psihičkim promjenama u starosti. Bilo bi potrebno provesti izobrazbu svih zaposlenih u tim ustanovama, radi boljeg razumijevanja problema njihovih korisnika. Specifičnost je u radu tima – da su svi korisnici doma za starije i nemoćne, bolesnici i stalni korisnici zdravstvenih usluga. Jedinice pojačane skrbi u domovima, takozvani stacionari, ispunjeni su pacijentima lošijeg općeg stanja: nepokretnima, inkontinentnima i teže kooperabilnim bolesnicima, kojima je nužna dnevna skrb i naročito prevencija infekcija dišnog sustava, atrofije mišića, dekubitusa i tromboze. Povećana je potrošnja lijekova zbog redovite terapije kroničnih bolesti. Povećana je i potrošnja parenteralne terapije (analgetici, sedativi, neuroleptici, antibiotici, infuzijske otopine) zbog velikog broja terminalno bolesnih. Potrošnja

uputnica veća je od normativa. U ustanovi boravi velik broj gerijatrijskih bolesnika, s jasno ustanovljenim potrebama za liječenjem, medicinskom njegom i rehabilitacijom. Rad liječničkog tima sastoji se u geroprofilaksi, liječenju i održavanju stabilnog kroničnog stanja [14].

3.4. Fizioterapeutski tehničar

Fizioterapeut u domu obavlja svakodnevne grupne vježbe u jutarnjim satima pa i na otvorenome, fizioterapeut prema preporukama liječnika primjenjuje fizikalnu i kineziterapiju. Grupne vježbe prilagođene osobama treće životne dobi. Individualne vježbe s korisnicima prema njihovim potrebama i tegobama, primjena analgetskih struja. Vertikalizacija korisnika, korištenje pravilnih položaja tijela prilikom dugotrajnih ležanja u krevetu [14].

3.5. Radni terapeut

Radni terapeuti pomažu ljudima sa smanjenim tjelesnim i mentalnim sposobnostima da budu što samostalniji i da se što bolje uključe u normalan život. Naime, mnoge ozljede i bolesti sustava za pokretanje, živčanog sustava i drugih tjelesnih sustava ostavljaju trajne posljedice, zbog kojih je teško obavljati svakodnevne aktivnosti – od kretanja i održavanja osobne higijene do obavljanja posla, razonode i druženja. Radni terapeuti pomažu ljudima kako bi sve to mogli ponovno raditi unatoč ograničenim sposobnostima. Pritom ih potiču i uče novim načinima izvođenja određenih radnji uz pomoć posebnih pomagala ili bez njih. Primjerice, s bolesnicima koji su imali moždani udar, provodit će razne vježbe koje će im omogućiti da ponovno nauče držati čašu, upotrebljavati pribor za jelo, odijevati se, češljati i otvarati vrata. Savjetuju ih kako mogu urediti svoj dom ili radno mjesto. Naime, prilagodba radnih površina ili namještaja može pridonijeti njihovoj većoj samostalnosti. Posljedica bolesti može biti i gubitak osjeta, što otežava izvođenje pokreta i povećava rizik za ozljede. Stoga radni terapeuti provode s pacijentima posebne vježbe kako bi im vratili osjet [14].

3.6. Socijalni radnik

Socijalni radnici imaju posebnu ulogu i značaj u radu doma za osobe starije dobi. Svaka osoba koja treba informacije o uslugama socijalne skrbi za osobe starije dobi ili o uvjetima i načinu smještaja u dom obavezno kontaktira socijalnu službu Doma. U tom kontaktu socijalna radnica upoznaje zainteresirane građane, suradnike, rodbinu ili potencijalne korisnike koje usluge pružamo, te na koji način i pod kojim uvjetima te usluge mogu ostvariti. Prilikom i tijekom smještaja socijalne radnice Doma procjenjuju potrebe korisnika. U suradnji s korisnikom,

njegovom obitelji i drugim članovima stručnog tima dogovaraju opseg usluge i oblik stručnog rada s korisnikom i vode ih kroz taj proces. Kroz individualno savjetovanje ili grupne aktivnosti koje provode socijalni radnici ustanove korisnicima se pruža stručna pomoć u prilagodbi na nove životne uvjete, prevladavanju osobnih poteškoća ili očuvanju preostalih funkcionalnih sposobnosti. Organiziranjem psihoedukativnih radionica ili tematskih predavanja korisnici se osnažuju za brigu o vlastitom zdravlju, njegovanju obiteljskih odnosa i socijalnih veza, vlastitim pravima i mogućnostima socijalne zaštite starijih osoba ili drugim pitanjima od značaja za njihovu kvalitetu života. Uključivanjem u različite radno-okupacijske i kulturno-zabavne sadržaje korisnici imaju mogućnost međusobnog povezivanja i druženja čime se značajno smanjuje problem osamljenosti koji prati starenje i starost [15].

4. Proces zdravstvene njege u osoba starije životne dobi

Proces zdravstvene njege starijih osoba ima iste faze kao i skrb za ostale kategorije korisnika. 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. Medicinska sestra prije svega svojim aktivnostima pomaže bolesnicima da razviju ili očuvaju za njih maksimalnu razinu samostalnosti, odnosno optimalnu razinu ovisnosti sukladno njihovom stanju. Medicinska sestra se treba aktivno zanimati za bolesnika, njegove potrebe i probleme. Treba imati dovoljno vremena za svakoga bolesnika i izbjegavati stvaranje ovisnosti bolesnika o sestri i težiti njegovom što većem osamostaljenju. Odnos prema bolesniku treba biti stručan i profesionalan. Pristup svakom bolesniku treba biti individualan, u skladu s njegovim posebnim potrebama. Medicinska sestra je u najbližem kontaktu s bolesnikom i njegovom obitelji pa može prva uočavati promjene i stručnom timu iznositi svoja zapažanja, vrlo značajna za daljnji postupak. Osnova je sestrinske skrbi skrb za čovjeka. Pružanje skrbi temelji se na namjernom, točno utvrđenom i organiziranom pristupu zadovoljavanju potreba i rješavanju problema. Može se reći da je medicinska sestra zamjena za ono što bolesniku nedostaje (snaga, volje, znanje), a što ga čini potpunom i neovisnom osobom [17]. Iz Maslowljeve piramide ljudskih potreba, možemo navesti neke od sestrinskih dijagnoza:

4.1. Fiziološke potrebe

1. Visok rizik za dehidraciju 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, pomanjkanje znanja, nekontrolirano uzimanje diuretika i laksativa, dijeta, medicinske dijagnoze, tjelovježba, vrućina.

2. Visok rizik za oštećenje integriteta kože prisutnost čimbenika koji mogu uzrokovati oštećenje kože i/ili sluznice. Kritični čimbenici: bolesti imunološkog sustava, infekcija, svrbež kože i drugi nelagodni simptomi, smanjena tkivna cirkulacija, edemi, neurološke bolesti, prirodene bolesti i anomalije, metaboličke bolesti, izloženost traumatskim čimbenicima (termički,

kemijski ili fizikalni), trenje i razvlačenje, primjena humane fiksacije i ograničavanja kretanja, izloženost izlučevinama, prisilan položaj, kirurški zahvati, sedacija, primjena katetera, sonde, tubusa..., primjena ortopedskih pomagala, kemoterapija, radioterapija, neadekvatne higijenske navike, starija životna dob, neadekvatna odjeća, neadekvatna obuća.

3. Smanjeno podnošenje napora stanje u kojem se javlja nelagoda, umor ili nemoć prilikom izvođenja svakodnevnih aktivnosti. Kritični čimbenici: medicinske dijagnoze: respiratorne bolesti, bolesti hematopoetskog sustava, bolesti mišića i zglobova, bolesti živčanog sustava, kardiovaskularne bolesti, endokrinološke bolesti, psihoorganske bolesti. Starija životna dob, postojanje boli, poremećaj svijesti, dugotrajno mirovanje, primjena lijekova, pretilost, pothranjenost, nedostatak motivacije, poremećaj spavanja.

4.2. Sigurnosne potrebe

1. Visok rizik za pad 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, maligne bolesti, hematološke bolesti, psihogeni poremećaj, endokrinološke bolesti, respiratorna insuficijencija, poslijeoperacijski period, primjena lijekova, nedostatak zaštitnih pomagala, specifična dobna skupina, opća slabost, kognitivni deficit, poremećaj spavanja.

2. Neupućenost u bolest, terapiju nedostatak znanja i vještina o specifičnom problemu. Kritični čimbenici: kognitivno perceptivna ograničenja, gubitak pamćenja, nepoznavanje izvora točnih informacija, pogrešna interpretacija informacija, nedostatak iskustva, nedostatak motivacije za učenje, tjeskoba, depresija, sociokulturološke i jezične barijere.

4.3 Afilijativne potrebe

Visok rizik za socijalnu izolaciju stanje u kojemu pojedinac ima subjektivni osjećaj usamljenosti te izražava potrebu i želju za većom povezanošću s drugima, ali nije sposoban ili u mogućnosti uspostaviti kontakt. Kritični čimbenici: psihički poremećaj, zarazna bolest, neizlječiva bolest, popratne pojave liječenja, fizički hendikep, nezadovoljstvo fizičkim

izgledom, ovisnosti, dugotrajna izloženost stresu, bolničko liječenje, odsustvo obitelji, prijatelja ili druge podrške, nepovoljna ekonomska situacija.

4.4. Potrebe za samopoštovanjem

Smanjena mogućnost brige o sebi stanje u kojem osoba pokazuje smanjenu sposobnost ili potpunu nemogućnost izvođenja kompletnog odijevanja i brige o svom izgledu. 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..., dijagnostičko terapijski postupci: i.v terapija, trajna infuzija, primjena kisika, gips/ udlaga, nazogastrična sonda, mehanička ventilacija, drenaže..., psihičke bolesti: depresija..., poremećaj svijesti: kvalitativni, kvantitativni, bol, smanjeno podnošenje napora, okolinski činitelji – neadekvatan prostor, nemogućnost osiguranja privatnosti, ordinirano mirovanje.

4.5. Samoaktualizacija

Poremećaj slike o sebi anksiozni poremećaj kod kojih oni koji pate od njega imaju iskrivljenu sliku svog izgleda – može da se manifestira na brojne načine. Stalno provjeravanje izgleda u ogledalu – ili potpuno izbjegavanje reflektirajućih površina; kompulzivno kopanje kože; osama; plastična kirurgija. Takvi oblici ponašanja oboljele osobe mogu isključiti iz svijeta i zarobe ih u krugu straha i samoprezira. U najekstremnijim slučajevima, može da dovede do ubojstva.

5. Pravilna komunikacija s osobama starije dobi u instituciji

Komunikacija nije samo riječ koja se koristi. Podjednako je važno ne samo ono što se kaže već i na koji je način to rečeno. Iskren osmijeh i topla riječ dopiru do srca onome kome su upućeni i čine čudo, pogotovo onima koji su u potrebi i koji su upućeni na pomoć drugih. U procesu njege starijih i nemoćnih osoba komunikacija zauzima značajno mjesto. Problemi u komunikaciji sa starijim osobama dovode do njihove fizičke, psihičke i socijalne dekompenzacije. Poseban vid komunikacije sa starijim jest komunikacija sa slabovidnim, osobama oštećenog sluha i osobama oboljelim od demencije koja iziskuje posjedovanje dodatnih vještina. Pravilnom komunikacijom ostvarujemo potreban kontakt, kako bismo pravilno njegovali staru i nemoćnu osobu [13].

5.1. Pravilan pristup osobi starije životne dobi u instituciji

Preduvjeti uspješne komunikacije u instituciji uključuje:

- Procjena senzornih sposobnosti - način komunikacije prilagođava se stanju sluha i stanju vida.
- Procjena psihosocijalnih potreba –važno je čuti i vidjeti što se zbiva iz klijentove perspektive, npr. pitanje neovisnosti, straha da ne bude na teret drugima i sl.
- Procjena sposobnosti suočavanja s problemima – uspješni načini u prošlosti mogu se koristiti kao pomoć u suočavanju s trenutačnim problemima.
- Procjena emocionalnog stanja – važno je biti osjetljiv na neizražene strahove starijih, npr. da će ih smjestiti u dom.
- Procjena potrebe za pomoći – dobro je ponuditi pomoć klijentu na način kojim se naglašava održavanje što duže neovisnosti, dati da preuzme odgovornost i sam donosi odluke. Upozoriti obitelj koja nedovoljno ili previše skrbi [13].

Komunikacijske vještine u radu s osobama starije dobi

Slušanje:

- Aktivno slušanje - gledati u oči, dati neverbalne znakove (kimanje glavom, izraz lica), sjediti opušteno ili nagnuto prema govorniku.
- Otkloniti vanjske smetnje - npr., ne razgovarati na bučnom hodniku.
- Otkloniti unutarnje smetnje - npr. brinuti hoćete li stići na autobus, pogledavati na sa

Govor:

- Važno je ne samo što govorimo, nego i kako govorimo. Govoriti glasno, jasno, polako, okrenuti licem osobi da nam vidi usta, koristiti jednostavne rečenice i riječi.
- Govor prilagoditi stanju osobe starije dobi - npr. stanju sluha, vida i sl. [13]

Opažanje:

- Opažati ponašanje osobe starije dobi i sve promjene u ponašanju. Svaka nagla ili neobična promjena može biti znak nečega - nastupa bolesti, pogoršanja bolesti, oporavka [13].

Ignoriranje:

- Ponekad je nužno kad starija osoba privlači pažnju drugih na neprikladan način. Ne ignoriramo osobu, nego to ponašanje. Npr., zahtijeva da se njemu prvom obrati.
- Ignorirati stariju osobu smijemo i kad radi nešto što nikom ne smeta - npr. dementna osoba slaže stolice u kuhinji [13]

Poštivanje i prihvaćanje:

- Stari ljudi su odrasli ljudi i tako se treba odnositi prema njima.
- Često su njihove navike drugačije od onih koje mi očekujemo ili ih želimo nametnuti, ali oni imaju pravo na njih.
- Mi vidimo nemoćnog starca, ali iza tog izgleda on je cjelovita zrela ličnost, i treba ga poštovati [13].

Poticanje neovisnosti:

- Bolje je učiniti nešto zajedno sa starijom osobom, nego umjesto nje - pomoći da ispuni obrazac, ali ne učiniti to umjesto nje, ako može [13].

Strpljenje:

- Osobe starije dobi općenito postaju sve sporiji.
- Požurivati osobu starije dobi može biti krajnje frustrirajuće i za stariju osobu, i za osobu koja skrbi o njoj.
- Sa starijim osobama moramo raditi i čekati duže da bismo postigli neke rezultate [13].

6. Skrb za osobe starije dobi u domu

Obitelj

O osobama starije dobi u domu brinu njihove kćeri, sinovi, unuci. Unatoč tome što su oni sad već u staračkim domovima i dalje vode brigu o njima i što se s njima događa. Briga o svojim bližnjima nikad ne prestaje i svaka provedena minuta s njima je svima vrlo dragocjena i bitna. Uz sve ostale medicinske stručnjake briga obitelji je onim najstarijima i najpotrebitijima najbitnija [10].

Medicinske sestre

Medicinske sestre čija uloga je već opisana, isto tako vode brigu o svim korisnicima u domu. Njihova uloga je jako bitna jer provode najviše vremena s njima u domu i one moraju primijetiti i najmanje novonastale probleme u njihovom življenju te im pomoći u njihovom rješavanju [15].

Radni terapeuti

Pomažu korisnicima u svladavanju njihovih fizičkih problema kao što su odijevanje, češljanje, umivanje, samostalno hranjenje- kako držati pribor za jelo i kako uspjeti prinijeti hranu u usta [15].

Fizioterapeutski tehničar

Fizioterapeuti pomažu bolesnim i ozlijeđenim osobama u povećanju pokretnosti, ublažavanju boli te sprečavanju i ublažavanju trajnih posljedica bolesti i ozljeda. Njihovi su pacijenti bolesnici s ozljedama glave i kralježnice, prijelomima, upalom zglobova, moždanim udarom, bolovima u križima te s bolestima živčanog, krvožilnog, dišnog sustava i drugih tjelesnih sustava. Uloga fizioterapeuta proširuje se i na sprečavanje bolova i bolesti sustava za kretanje poučavanjem ljudi o pravilnom držanju i kretanju te savjetovanjem o uređenju okruženja (stolaca, radnih površina, pomagala). Fizioterapeuti procjenjuju zdravstveno stanje svojih pacijenata, a u toj procjeni osobito je važno mjerenje snage, utvrđivanje kretnji i određivanje funkcionalnih sposobnosti. Na temelju te procjene i onoga što propiše liječnik, planiraju rad sa svakim pacijentom i izrađuju program koji sadrži opis postupaka i predviđenih ishoda terapije. Trajno prate pacijentovo stanje i napredak i prema potrebi prilagođuje program

fizioterapije. U radu s nepokretnim pacijentima fizioterapeuti provode razne vježbe kako bi očuvali funkciju zglobova i mišića koje pacijent ne upotrebljava. Kasnije potiču i poučavaju pacijente kako će samostalno provoditi vježbe za povećanje snage, ravnoteže, izdržljivosti i usklađivanje kretnji. Oni primjenjuju i struju, toplinu, hladnoću, ultrazvuk te masažu za ublažavanje boli, smanjenje otekline ili poboljšanje funkcije sustava za pokretanje. Uče i motiviraju pacijente da se pravilno služe štakama, protezama, kolicima i drugim pomagalicama koja im pomažu do veće stupnja samostalnosti u obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Njegova uloga je spriječiti komplikacije dugotrajnog ležanja kao što su kontrakture, pravilno korištenje položaja. Drenaža korisnika, aktivne vježbe i aktivno potpomognute vježbe, pasivne vježbe. Pomoć pri vertikalizaciji korisnika, transport korisnika kolica-krevet, kolica-stolac. Održavanje ravnoteže u sjedećem i stojećem položaju [15].

7. Zaključak

Starenje je prirodan i postupan proces koji ljude ne čini manje vrijednima, lošijima i koji ih ne uniformira. I u starosti se ljudi razlikuju jedan od drugoga i zadržavaju svoju jedinstvenost. Osobe starije životne dobi, jednako kao i mladi, tuguju i vesele se, plaše se i pokazuju hrabrost i odlučnost u nekim situacijama, strepe, brinu se i imaju potrebu za pripadanjem, poštovanjem i podrškom. I osobe starije životne dobi teže uzajamnosti: daju i primaju od drugih, svaki na svoj osobiti način. Kao i u komunikaciji s pripadnikom bilo koje druge dobne skupine, nužno je slušati i gledati, osloboditi se predrasuda i, čak i onda kada su stavovi druge osobe suprotni od naših, iskazati neslaganje ne dovodeći u pitanje integritet i pravo druge osobe da bude različita. U komunikaciji sa svim ljudima trebalo bi slijediti pravilo da se drugom ne čini ništa što ne bismo željeli da netko nama radi. U domovima za starije i nemoćne najbitniji je odnos između djelatnika i štićenika. Medicinske sestre i njegovatelji pružaju osnovne životne potrebe ljudima starije životne dobi. Pomažu im pri tome da bi doživjeli što dostojniju starost i uljepšali im dane provedene u ustanovama za osobe starije dobi. Osobe starije životne dobi nisu samim time postali ljudi bez osjećaja kad su došli u dom već su puno osjećajni i primjećuju svaku sitnicu. I, na kraju, u komunikaciji sa starima ne treba nikada zaboraviti da svi starimo.

8. 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 za starije i nemoćne osobe u Zagrebu, Socijalna ekologija, br. 1, ožujak 2010, str. 55-79
- [8] M. Ajduković, D. Bakić i sur.: Ljetopis studijskog centra socijalnog rada, Pravni fakultet sveučilišta u Zagrebu studijski centar socijalnog rada, sv. 8, Zagreb, 2001, str. 7-35, 117-125
- [9] M. Ajduković, D. Bakić i sur.: Ljetopis studijskog centra socijalnog rada, Pravni fakultet sveučilišta u Zagrebu studijski centar socijalnog rada, sv. 11, Zagreb, 2004, str. 325-329
- [10] M. Krizmanić : Jesenji valcer , 2014
- [11] J. Despot Lučanin: Iskustvo starenja, Zagreb, 2003
- [12] Z. Duraković i sur.: Gerijatrija, medicina starije dobi, Zagreb, 2007
- [13] Socijalno-edukativni centar: Uloga komunikacije u procesu njege starijih osoba, <http://sec.ba/neformalne-obuke/uloga-komunikacije-u-procesu-njege-starijih-osoba/>
- [14] Vodič kroz zanimanja (mrav.ffzg.hr), elektroničko izdanje, <http://mrav.ffzg.hr/zanimanja/>
- [15] A. Štambuk, Studijski centar socijalnog rada, Pravni fakultet u Zagrebu, Socijalni rad u domu za starije i nemoćne osobe-izazovi i poteškoće, Zagreb, listopad 2013.
- [16] S. Cahill, A. Diaz: Quality of Life The Priorities of Older People with a Cognitive Impairment, Trinity College Dublin, school of Social Work and Social Policy
- [17] B. Sedić: Zdravstvena njega gerijatrijskih bolesnika, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2010

Sveučilište
Sjever



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, ANITA GORUP (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom LIHBEŃKI ZADOVOLJSTVA I SREĆE OSOBA STARIJE DOBI U DOMOVIMA 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)

Anita Gorup
(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, ANITA GORUP (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom LIHBEŃKI ZADOVOLJSTVA I SREĆE OSOBA STARIJE DOBI U DOMOVIMA ZA STARIJE (upisati naslov) čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Anita Gorup
(vlastoručni potpis)